

Orthop. — 2012. — № 142(2). — P. 199-206.

6. Rittersma J. Total mandibular alveolar osteotomy // J Oral Surg. — 1981. — № 39(11). — P. 903-906.

7. Anholm J.M., Crites D.A., Hoff R., Rathbun W.E. Corticotomy-facilitated orthodontics // J California Dent Ass. — 1986. — № 14(12). — P. 7-11.

8. Титова А.Т. Хирургическое лечение микрогении в детском и юношеском возрасте / М.: Медицина, 1975. — 184 с.

9. Gantes B., Rathbun E., Anholm M. Effects on the periodontium following corticotomy-facilitated orthodontics // Case reports. J of Period. — 1990. — № 61(4). — P. 234-238.

10. Sebaoun J.D., Surmenian J., Dibart S. Accelerated orthodontic treatment with piezocision: a mini-invasive alternative to conventional corticotomies // Orthod Fr. — 2011. — № 82(4). — P. 311-319.

11. Chung K.R., Oh M.Y., Ko S.J. Corticotomy-assisted orthodontics // J Clin Orthod. — 2001. — № 35(5). — P. 331-339.

12. Lee W., Karapetyan G., Moats R. et al. Corticotomy-/osteotomy-assisted tooth movement microCTs differ // J Dent Res. — 2008. — № 87(9). — P. 861-865.

13. Iino S., Sakoda S., Miyawaki S. An adult bimaxillary protrusion treated with corticotomy-facilitated orthodontics and titanium miniplates // Angle Orthod. — 2006. — № 76(6). — P. 1074-1082.

14. Oliveira D.D., de Oliveira B.F., de Araújo Brito H.H., de Souza M.M.G., Medeiros P.J. Selective alveolar corticotomy to intrude overerupted molars // Am J Orthod Dentof Orthop. — 2008. — № 133(6). — P. 902-908.

15. Hassan A.H., Al-Fraidi A.A., Al-Saeed S.H. Corticotomy-assisted orthodontic treatment: review // Open Dent J. — 2010. — № 13(4). — P. 159-164.

16. Sanjideh P.A., Rossouw P.E., Campbell P.M., Opperman L.A., Buschang P.H. Tooth movements in foxhounds after one or two alveolar corticotomies // Eur J Orthod. — 2010. — № 32(1). — P. 106-113.

УДК 616.31-002+616.523-002.2-053.2

Острый герпетический стоматит у детей

К.В. ТИДГЕН, Р.З. УРАЗОВА, Р.М. САФИНА

Казанский государственный медицинский университет
Стоматологическая поликлиника № 9, г. Казань

Тидген Кристина Владимировна

аспирант кафедры стоматологии детского возраста
420059, г. Казань, ул. Ботаническая, д. 10а, кв. 65
тел. 8-917-260-26-76, e-mail: TinaTi_87@mail.ru

В представленном обзоре рассматривается острый герпетический стоматит у детей как наиболее часто встречающееся заболевание вирусной этиологии. Острый герпетический стоматит (ОГС) наряду с другими воспалительными заболеваниями слизистой оболочки полости рта у детей, как правило, сопровождается снижением общего иммунитета. Авторы рекомендуют комплексный подход, включая общее и местное лечение, с применением иммуномодуляторов, что позволит сократить сроки лечения острого герпетического стоматита, уменьшить степень тяжести данного заболевания и в более короткие сроки восстановить нормальный иммунитет.

Ключевые слова: острый герпетический стоматит, антисептические препараты, снижение общего иммунитета.

Acute herpetic stomatitis in children

K.V. TIDGEN, R.Z. URAZOVA, R.M. SAFINA

Kazan State Medical University
Stomatologic clinic №9, Kazan

Here is reviewed an acute herpetic stomatitis in children as the most common disease of virus etiology. Acute herpetic stomatitis (AHS) along with other inflammatory diseases of children's oral mucosa is generally accompanied by decrease in systematic immunity. The authors suggest the complex approach including general and local treatment with the application of immunomodulators that will reduce the terms of acute herpetic stomatitis treatment, decrease the severity of this disease and in shorter terms recover normal immunity.

Key words: acute herpetic gingivostomatitis, antiseptic medications, decrease in systemic immunity.

Острый герпетический стоматит у детей — инфекционное вирусное заболевание, обусловленное первичным контактом с вирусом простого герпеса, характеризующееся воспалением слизистой оболочки полости рта с проявлением пузырьковых высыпаний, повышением температуры тела и снижением иммунитета [1].

Треть населения Земли поражена герпетической инфекцией, свыше половины таких больных за год переносят несколько атак инфекции, в том числе нередко с проявлениями

в полости рта. Установлено, что инфицированность детей вирусом простого герпеса в возрасте от 6 месяцев до 5 лет составляет 60%, а к 15 годам уже 90%. Аналогичная ситуация характерна и для стоматологии, так как с каждым годом увеличивается заболеваемость детей острым (первичным) герпетическим стоматитом.

Впервые на роль вируса простого герпеса при заболеваниях слизистой оболочки полости рта указал еще в начале XX в. Н.Ф. Филатов (1902). Он предположил возможную гер-



петическую природу самого распространенного среди детей острого афтозного стоматита. Доказательства эти были получены позднее, когда в эпителиальных клетках пораженных участков слизистой полости рта обнаружили антигены вируса простого герпеса.

Острый герпетический стоматит не только занимает первое место среди всех поражений слизистой оболочки полости рта, но и входит в лидирующую группу среди всей инфекционной патологии детского возраста. При этом у каждого 7–10-го ребенка острый герпетический стоматит очень рано переходит в хроническую форму с периодическими рецидивами [1].

Вирус простого герпеса — ДНК-содержащий вирус. Размеры вибриона — 100–160 нм. Развивается внутриклеточно. Вирус термолабилен, инактивируется при температуре 50–52°C в течение 30 минут. При температуре 37°C инаktivация вируса наступает в течение 10 ч. Вирус длительно сохраняется при низких температурах (–70°C). Он вызывает различные заболевания центральной и периферической нервной систем, печени, других паренхиматозных органов, глаз, кожи, слизистой оболочки ЖКТ, половых органов, а также имеет определенное значение во внутриутробной патологии плода. Нередко наблюдают сочетание различных клинических форм герпетической инфекции.

Острый герпетический стоматит имеет сравнительно высокую контагиозность среди неиммунных лиц. Распространение заболевания в возрасте от 6 месяцев до 3 лет объясняется тем, что в этом возрасте у детей исчезают антитела, полученные от матери трансплацентарно, а также отсутствием зрелых систем специфического иммунитета. Среди детей старшего возраста заболеваемость значительно ниже вследствие приобретенного иммунитета после перенесенной герпетической инфекции в ее разнообразных клинических проявлениях.

Герпетическая инфекция, проявляющаяся преимущественно в полости рта, вызывается вирусом простого герпеса 1-го серотипа — ВПГ-1 (Herpes simplex virus HSV-1) [3]. Заражение происходит воздушно-капельным, контактно-бытовым путями (через игрушки, посуду и другие предметы домашнего обихода), а также от лиц, страдающих рецидивирующим герпесом губ.

В развитии герпетической инфекции большое значение имеют структура слизистой оболочки рта у детей в раннем детском возрасте и активность местного тканевого иммунитета. Наибольшая распространенность острого герпетического стоматита в период до 3 лет может быть обусловлена возрастными морфологическими показателями, свидетельствующими о высокой проницаемости в этот период гистогематических барьеров и понижении морфологических реакций иммунитета: тонким эпителиальным покровом с низким уровнем гликогена и рибонуклеиновых кислот, рыхлостью и низкой дифференцировкой базальной мембраны и волокнистых структур соединительной ткани (обильной васкуляризацией, высоким уровнем содержания тучных клеток с их низкой функциональной активностью и т.д.).

Вопросы патогенеза острого герпетического стоматита в настоящее время изучены недостаточно полно. Во всех случаях вирусная инфекция начинается с нарушения целостности слизистых оболочек и кожных покровов, адсорбции вирусных частиц и проникновения вируса в клетку. Дальнейшие пути распространения внедрившегося вируса по организму сложны и малоизучены. Существует ряд положений, указывающих на распространение вируса гематогенным и нервными путями. В острый период стоматита у детей отмечают вирусемию.

Большое значение в патогенезе заболевания имеют лимфатические узлы и элементы ретикулоэндотелиальной

системы, что вполне согласуется с патогенезом последовательного развития клинических признаков стоматита. Появлению элементов поражения на слизистой оболочке рта предшествует лимфаденит различной степени выраженности. При среднетяжелой и тяжелой клинических формах чаще развивается двустороннее воспаление подчелюстных лимфатических узлов. В процесс могут вовлекаться и все группы шейных лимфатических узлов (передние, средние, задние). Лимфаденит при остром герпетическом стоматите предшествует высыпаниям в полости рта, сопутствует всему течению болезни и остается в течение 7–10 дней после полной эпителизации элементов сыпи.

В устойчивости организма к заболеванию и в его защитных реакциях определенную роль занимает иммунная защита. В иммунной реактивности играют роль, как специфические, так и неспецифические факторы иммунитета. Исследования неспецифической иммунной реактивности установили нарушение защитных барьеров организма, которые отражали форму тяжести болезни и периоды ее развития. Средняя и тяжелая формы стоматита резко угнетают естественный иммунитет, который восстанавливается через 7–14 дней после клинического выздоровления ребенка [1].

Первичное инфицирование происходит обычно после 6 месяцев жизни, так как до этого в крови большинства новорожденных содержатся антитела к вирусу простого герпеса, полученные от матери трансплацентарным путем. Наиболее часто заболевание возникает в возрасте от 1 года до 5 лет — 62–65% случаев. На детей 4–5 лет приходится 13–25%, затем заболеваемость резко снижается, составляя у школьников 1–2 случая на 1000. Высокая заболеваемость у детей от 6 месяцев до 3 лет объясняется тем, что в этом возрасте исчезают антитела, полученные от матери, но пока отсутствуют зрелые системы специфического иммунитета и еще невелика роль неспецифического иммунитета. Среди детей старшего возраста заболеваемость значительно ниже, так как приобретается иммунитет после перенесенной в той или иной клинической форме герпетической инфекции.

Для развития герпетической инфекции, поражающей преимущественно полость рта, большое значение имеет структура слизистой оболочки рта. Так, наибольшая распространенность ОГС в период до 3 лет может быть обусловлена высокой проницаемостью в этот период гистологических барьеров и понижением морфологических реакций иммунитета, тонким эпителиальным покровом с низким уровнем гликогена и рибонуклеиновых кислот, рыхлостью и низкой дифференцированностью базальной мембраны и волокнистых структур соединительной ткани.

Герпетический стоматит может встречаться у новорожденных недоношенных детей. Считается, что он является следствием антен- и перинатального инфицирования, которое наблюдается в 1/3 случаев.

Острый герпетический стоматит, как и многие другие детские инфекционные заболевания, протекает в легкой, средней и тяжелой формах. Инкубационный период длится от 2 до 17 дней, а у новорожденных может продолжаться и до 30 дней. В течении болезни выделяют пять периодов: инкубационный, продромальный, развития заболевания, угасания и клинического выздоровления. В периоде развития болезни можно выделить две фазы — катаральную и высыпания элементов поражения.

Симптомы поражения слизистой оболочки рта появляются в третьем периоде развития болезни. Наблюдают интенсивную гиперемию всей слизистой оболочки полости рта, через сутки, реже двое, в полости рта, как правило, обнаруживаются элементы поражения. Тяжесть острого герпетического



стоматита оценивают по выраженности и характеру симптома токсикоза и симптома поражения слизистой оболочки полости рта.

Легкая форма острого герпетического стоматита характеризуется внешним отсутствием симптомов интоксикации организма, продромальный период клинически отсутствует. Болезнь начинается внезапно с повышением температуры тела до 37-37,5°C. Общее состояние ребенка вполне удовлетворительное. Могут обнаруживаться незначительные явления воспаления слизистой оболочки носа, верхних дыхательных путей. Иногда в полости рта возникают гиперемия, небольшой отек, главным образом в области десневого края (катаральный гингивит). Длительность периода составляет 1-2 дня. Стадия везикулы обычно не замечается родителями и врачом, так как пузырек быстро лопается и переходит в эрозию-афту. Афта-эрозия округлой или овальной формы с ровными краями и гладким дном серого цвета с ободком гиперемии вокруг.

В большинстве случаев на фоне усилившейся гиперемии в полости рта появляются одиночные или сгруппированные элементы поражения, количество которых обычно не превышает пяти. Высыпания одноразовые. Длительность периода развития болезни — 1-2 дня.

Период угасания болезни более длительный. В течение 1-2 дней элементы приобретают как бы мраморную окраску, края и центр их размываются. Они уже менее болезненны. После эпителизации элементов в течение 2-3 дней сохраняются явления катарального гингивита, особенно в области передних зубов верхней и нижней челюстей.

У детей, страдающих этой формой заболевания, как правило, отсутствуют изменения в крови, иногда только к концу болезни появляется незначительный лимфоцитоз. При этой форме болезни хорошо выражены защитные механизмы слюны: pH 7,4±0,04, что соответствует оптимальному состоянию. В период разгара болезни в слюне появляется противовирусный фактор — интерферон (от 8 до 12 ед/мл). Снижение лимфоцита в слюне не выражено.

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

Среднетяжелая форма острого герпетического стоматита характеризуется достаточно четко выраженными симптомами токсикоза и поражения слизистой оболочки рта во все периоды болезни. Уже в продромальном периоде ухудшается самочувствие ребенка, появляется слабость, капризы, ухудшение аппетита, наблюдают катаральную ангину или симптомы острого респираторного заболевания. Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Температура поднимается до 37-37,5°C.

По мере нарастания болезни в период развития заболевания (фазу катарального воспаления) температура поднимается до 38-39°C, появляются головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. На пике подъема температуры, усиленной гиперемии и выраженной отечности слизистой оболочки появляются элементы сыпи, как в полости рта, так и нередко на коже лица в области рта. В полости рта обычно отмечают от 10 до 20-25 элементов поражения. В этот период усиливается слюноотделение, слюна становится вязкой, тягучей. Отмечают ярко выраженное воспаление 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 подъемом температуры до прежних цифр. Ребенок не ест, плохо спит, нарастают симптомы вторичного токсикоза.

В крови отмечают увеличение СОЭ до 20 мм/ч, чаще лейкопению, иногда незначительный лейкоцитоз; палочкоядерные лейкоциты и моноциты находятся в пределах вышших границ нормы; наблюдают лимфоцитоз и плазмоцитоз. Нарастание титра герпетических комплементсвязывающих антител обнаруживают более часто, чем после перенесенной легкой формы стоматита.

Продолжительность периода угасания болезни зависит от сопротивляемости организма ребенка, наличия в полости рта кариозных и разрушенных зубов, нерационального лечения. Последние факторы способствуют слиянию элементов поражения, их последующему изъязвлению, появлению язвенного гингивита. Эпителизация элементов поражения затягивается до 4-5 дней. Дольше всего сохраняются гингивит, резкая кровоточивость десны и лимфаденит.

При среднетяжелом течении заболевания pH слюны становится более кислой. Количество интерферона меньше, чем у детей с легкой формой заболевания, однако не превышает 8 ед/мл и обнаруживается не у всех детей. Содержание лизоцима в слюне снижается больше, чем при легкой форме стоматита.

Тяжелая форма острого герпетического стоматита встречается значительно реже, чем среднетяжелая и легкая. В продромальном периоде у ребенка отмечают все признаки начинающегося острого инфекционного заболевания: апатию, адинамию, головную боль, кожно-мышечную гиперестезию и артралгию и др. Нередко наблюдают симптомы поражения сердечно-сосудистой системы: бради- и тахикардию, приглушение тонов сердца, артериальную гипотензию. У некоторых детей отмечают носовые кровотечения, тошноту, рвоту, отчетливо выраженный лимфаденит не только подчелюстных, но и шейных лимфатических узлов.

В период развития болезни температура поднимается до 39-40°C. У ребенка появляется скорбное выражение лица, характерны страдальческие западающие глаза. Наблюдают резко выраженный насморк, покашливание; конъюнктивы несколько отечны и гиперемированы. Губы сухие, яркие, запекшиеся. Слизистая оболочка полости рта отечна, ярко гиперемирована, резко выражен острый катаральный гингивит. Через 1-2 дня в полости рта начинают появляться элементы сыпи (до 20-25). Часто высыпания в виде типичных герпетических пузырьков появляются на коже при ротовой области, коже век и конъюнктиве глаз, мочках ушей, на пальцах рук, по типу панариция. Высыпания в полости рта рецидивируют и поэтому в разгар болезни у тяжело больного ребенка их насчитывают около 100. 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, с резким гнилостным запахом изо рта, обильным слюнотечением с примесью крови. Усугубляются воспалительные явления на слизистой оболочке носа, дыхательных путей, глаз. В секрете из носа и гортани обнаруживают также прожилки крови, а иногда отмечают носовые кровотечения. В таком состоянии дети нуждаются в активном лечении у педиатра и стоматолога, в связи с чем целесообразна госпитализация ребенка в изолятор педиатрической или инфекционной больницы.

В крови детей с тяжелой формой острого герпетического стоматита обнаруживают лейкопению, палочкоядерный сдвиг



влево, эозинофилию, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов. У последних очень редко наблюдают токсическую зернистость. Герпетические комплементсвязывающие антитела в период реконвалесценции определяются, как правило, всегда.

Реакция слюны кислая ($\text{pH } 6,55 \pm 0,2$), однако через некоторое время сменяется на щелочную (8,1-8,4). Интерферон обычно отсутствует, содержание лизоцима резко снижено.

Период угасания болезни зависит от своевременности и правильно назначенного лечения и от наличия в анамнезе ребенка сопутствующих заболеваний.

Несмотря на клиническое выздоровление больного тяжелой формой острого герпетического стоматита, в период реконвалесценции наблюдают глубокие изменения гомеостаза.

Диагноз острого герпетического стоматита устанавливают на основании анамнестических, эпидемиологических данных, характерных клинических симптомов, а также данных цитоморфологического исследования. Цитологически клинический диагноз подтверждается наличием в мазках-отпечатках, характерных для герпетической инфекции эпителиальных клеток с эозинофильными внутриядерными включениями, а также гигантских многоядерных клеток.

Всем детям, находившимся под наблюдением, проводят комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований, включающий клинический анализ крови, иммунологические исследования.

Известно, что иммуносупрессия выступает одним из основных факторов реализации герпесвирусной инфекции. В связи с этим изучают состояние местного иммунитета слизистой полости рта: содержание лизоцима, уровень иммуноглобулинов (в частности секреторного IgA) в смешанной слюне. Материалом для исследования служат мазки-отпечатки со слизистой оболочки полости рта. Положительными на герпетический антиген считают пробы, в которых ядра клеток окрашены флюоресцином и наблюдаются полиморфно-ядерные нейтрофилы и макрофаги, специфично окрашивающиеся герпетической антисывороткой; также определяют наличие вирусспецифических нуклеотидных последовательностей вируса простого герпеса в смывах со слизистой оболочки полости рта. С этой целью используют метод ПЦР.

Сущность ПЦР-диагностики заключается в выявлении возбудителя с помощью индикации специфичных участков генома. Метод обеспечивает высокую чувствительность и специфичность определения инфекционного агента, начиная с самых ранних стадий развития инфекционного процесса. Материалом для исследования служат соскобы со слизистой оболочки полости рта.

Стрепто-стафилококковые поражения (пиодермии)

Ведущие симптомы заболевания обусловлены присоединением пиогенной микрофлоры. Температура тела повышена — в тяжелых случаях до $38-39^\circ\text{C}$, выражены признаки интоксикации и лимфаденит регионарных узлов, склонный к абсцедированию. На красной кайме и коже губ имеются единичные или множественные гнойные пустулы, толстые соломенно-желтые корки; окружающая кожа нередко гиперемирована, инфильтрирована. Могут поражаться и передние отделы слизистой оболочки полости рта: губы, десны, кончик языка. При этом на гиперемированном фоне выявляются отдельные и сливающиеся эрозии, покрытые рыхлым налетом.

Язвенный гингивостоматит Венсана

У детей младшего возраста наблюдается редко. В последние годы также редко болеют школьники и подростки. Возбудителями считаются сапрофиты полости рта: веретенообразная палочка и спирохеты, которые при определенных

условиях становятся патогенными, они в большом количестве обнаруживаются в отделяемом с поверхности язв.

Общее состояние ребенка тяжелое, так как всасывание продуктов распада тканей обуславливает значительную интоксикацию организма, температура тела повышена, регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны, усилена саливация. Десны отекают, темно-красного цвета; в участке изъязвления межзубные сосочки как бы срезаны за счет распада ткани на их вершине и покрыты грязным марким налетом с гнилостным запахом [5].

Целями лечения острого герпетического стоматита являются:

- устранение причины заболевания;
- предупреждение осложнений (стрептостафилококковая пиодермия, язвенно-некротический гингивостоматит).

Тактика врача при лечении больных острым герпетическим стоматитом должна определяться формой тяжести заболевания и периодом его развития.

Показания к госпитализации:

- длительное обезвоживание и интоксикация;
- тяжелое и осложненное течение заболевания.

Комплексная терапия при остром герпетическом стоматите включает общее и местное лечение. При среднетяжелом и тяжелом течении болезни общее лечение желательнее проводить вместе с врачом-педиатром. В связи с особенностями клинического 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. Учитывая, что болевой фактор часто заставляет ребенка отказываться от пищи, прежде всего, перед кормлением необходимо обработать слизистую оболочку полости рта гелем холисал, который обеспечивает быстрый обезболивающий эффект, аппликационными анестетиками, 5-10%-ным масляным раствором бензокаина или гелем, содержащим лидокаин + хлоргексидин (лидохлор).

Ребенка кормят преимущественно жидкой или полужидкой пищей, не раздражающей воспаленную слизистую оболочку. Большое внимание уделяют введению достаточного количества жидкости. Это особенно важно при интоксикации.

Местное лечение при остром герпетическом стоматите требует выполнения следующих задач:

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

С первых дней периода развития острого герпетического стоматита, учитывая этиологию заболевания, серьезное внимание следует уделять противовирусному лечению. С этой целью рекомендуют применять мазь с бромнафтохиноном (бонафтоновую мазь), теброфеновую мазь, мази ацикловир, интерферон альфа-2 (виферон), герпферон, алпизариновую мазь (0,5-2%), раствор лейкоцитарного человеческого интерферона и другие противовирусные средства [1].

Названные лекарственные средства рекомендуют применять многократно (5-6 раз в сутки) не только при посещении врача-стоматолога, но и дома. Следует иметь в виду, что противовирусными средствами желательнее воздействовать и на пораженные участки слизистой оболочки, и на области без элементов сыпи, так как они в большей степени обладают профилактическим эффектом, чем лечебным. В период

угасания болезни противовирусные средства и их индукторы заменяют на противовоспалительные и кератопластические препараты.

Ведущее значение в этот период болезни имеют слабые антисептики и кератопластические средства. Это масляный раствор витамина А, облепиховое масло, масло витаон, масло семян шиповника, мази с метилурацилом, солкосерил, актовегин (гель, мазь, крем, дентально — адгезивная паста). Препараты наносят на обработанную раневую поверхность до полной эпителизации.

Исследование состояния местного иммунитета у детей, больных острым герпетическим стоматитом, позволило уточнить характерную динамику разных факторов местного иммунитета при данном заболевании. Так, содержание IgA, играющего основную роль в защите слизистой оболочки полости рта, коррелирует с тяжестью и характером течения патологического процесса. Содержание лизоцима в слюне у больных острым герпетическим стоматитом зависит от степени выраженности стоматита и гингивита. Выявленные закономерности динамики показателей местного иммунитета полости рта позволяют считать патогенетически обоснованным включение в комплексную схему лечения острого герпетического стоматита препаратов, направленных на их коррекцию. К ним препараты относят иммуномодулирующие средства: имудон, глюкосаминил мурамилдипептид (ликопид), азоксимера бромид (полиоксидоний), лизобакт и др.

При тяжелой степени поражения элементы высыпаний на коже смазывают салицилово-цинковой пастой (лассара) для образования тонкой корочки в целях предупреждения осложнений (стрептостафилококковых пиодермий). Применяют также физиотерапевтические процедуры — ультрафиолетовое облучение и облучение гелий-неоновым лазером.

Следует отметить, что протекающий в любой форме острый герпетический стоматит — острое инфекционное заболевание, во всех случаях требующее внимания педиатра и стоматолога, для того чтобы обеспечить комплексное лечение, исключить контакт больного ребенка со здоровыми детьми, провести меры профилактики этого заболевания в детских коллективах.

Алгоритм лечения детей с острым герпетическим стоматитом

Местное лечение:

В продромальном периоде применяют 2-3 капли в нос и под язык каждые 4 часа:

- интерферон лейкоцитарный человеческий;
- меглумина акридонацетат (циклоферон).

В качестве обезболивающих средств (перед приемом пищи и перед обработкой слизистой оболочки полости рта) применяют:

- 5-10%-ную взвесь бензокаина (анестезина) на персиковом масле;
- лидокаин + хлоргексидин (гель лидохлор), гель камистад, 2%-ный раствор ксилокаина [3].

Для удаления некротизированных тканей и очистки слизистой оболочки и десневого края и зубов от налета используют растворы ферментов: трипсин, химотрипсин, химопсин, рибонуклеаза, лизоамидаза и др.

С целью антисептической обработки полости рта рекомендованы следующие группы препаратов:

- группа окислителей (калия перманганат, 1%-ная перекись водорода);
- катионных детергентов (раствор гексэтидина (гексорал) или 0,02%-ный раствор хлоргексидина, раствор мирамистина);

- препаратов нитрофуранового ряда (фурацилин); 1:5000 или 1:10000;

- раствор корсодила или 0,02%-ный раствор хлоргексидина.

В период высыпаний рекомендуются противовирусные гели, мази и растворы 3-4 раза в сутки:

0,25%-ная оксолиновая, 0,25-1%-ная теброфеновая, 2%-ная алпизариновая, 0,25-0,5%-ная флоренала, 1%-ная бонафтоновая, 0,25%-ная адималевая, 5%-ный линимент хелепина или алпизарин, Виферон, растворы интерферона и реаферона [4].

В период угасания болезни назначаются противовоспалительные и кератопластические средства: желе солкосерила, актовегин, гель холисал, масло витаон, аэкол, облепиховое масло, масло шиповника и др. [4].

Общее лечение

В.М. Елизарова рекомендует следующую схему общего лечения [5]:

В качестве жаропонижающих, болеутоляющих средств назначать следующие препараты: парацетамол (таблетки, сироп), эффералган (таблетки, сироп), панadol (сироп), калпол (сироп), цефекон в виде свечей (по 5-10 мг/кг массы тела 3-4 раза в день), тайленол (сироп, таблетки), нурофен (сироп) и др. Рекомендуются антигистаминные препараты — мебгидролин (диазолин), хифенадин (фенкарол), лоратадин (кларитин), клемастин (тавегил), супрастин [1].

Из противовирусных препаратов назначаются ацикловир (по 5 мг в сутки можно применять с 3 мес. жизни), бонафтон (по 0,025 г от 1 до 4 раз в зависимости от возраста), алпизарин, меглумина акридонацетат (циклоферон), интерферон альфа-2 (виферон-1 ректальные свечи).

Иммуномодулирующими препаратами, использующимися в данной схеме лечения, являются имунал, лycopид, полиоксидоний, лизобакт, имуномишки. Кроме того, рекомендовано обильное питье и нераздражающая пища.

Лечение осложнений острого герпетического стоматита

Лечение пиодермий включает удаление гнойных корок и обработку слизистой оболочки. Корки удаляют после аппликационной анестезии, предварительно размягчив их с помощью 1% раствора перекиси водорода. Слизистую оболочку рта, эрозивные поверхности тщательно промывают антисептическими средствами, обрабатывают протеолитическими ферментами, а затем смазывают антибактериальными средствами, например, 2%-ной линкомициновой, 2%-ной неомициновой, эритромициновой (10 000 ЕД в 1 г), 10%-ной дерматоловой и другими мазями. При наличии в анамнезе аллергических реакций на антибиотики в антибактериальные мази добавляют кремы с глюкокортикоидами (фторокорт, флуцинар, лоринден гиоксизон и др.) [5].

Лечение язвенного гингивостоматита Венсана — симптоматическое.

Уход за ребенком с острым герпетическим стоматитом

Заболевшего ребенка необходимо изолировать от окружающих детей и сообщить о заболевании в детское учреждение, если ребенок его посещает.

В целях прекращения распространения инфекции в детских учреждениях необходимо проводить дезинфекции помещений, предметов обихода, игрушек 3%-ным раствором хлорамина Б*, а также кварцевание помещений.

Всем детям, находившимся в контакте с заболевшими, смазывают слизистые оболочки носа и рта 0,25%-ной оксолиновой мазью или закапывают в нос раствор человеческого лейкоцитарного интерферона, а также дают внутрь аскорбиновую кислоту в течение 5 дней.

Больному выделяют отдельную посуду, постель, полотенце. Ему необходимо соблюдать постельный режим, выполнять все предписания врача. Получать специальное питание. Рекомендуются свежие овощные отвары на мясном или рыбном бульоне, куда добавляют размельченное вареное мясо или рыбное или куриное филе, вареные овощи. Полезны теплое нежирное молоко и кисломолочные продукты, яйца всмятку. В пищу больного можно включать свежеприготовленные нераздражающие соки из овощей и фруктов (например, смесь морковного, капустного и яблочного соков). Рекомендуется обильное питье, химически и механически щадящая пища. Перед едой слизистую оболочку полости рта следует обезболить. Для этого осторожно смазывают вначале губы, а затем пораженные участки слизистой оболочки рта анестезиновой эмульсией. Эмульсию наносят на губы указательным пальцем, обернутым ватой. После еды полость рта необходимо освободить от остатков пищи, прополоскав рот теплой кипяченой водой. Маленьким детям голову слегка опускают голову вниз и из резинового баллончика промывают рот [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 896 с. (Серия «Национальные руководства»).
2. Персин Л.С. Стоматология детского возраста. — Изд. 5-е, перераб. и доп. / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова. — М.: Медицина, 2003. — 640 с.: ил. (Учеб. лит. для студентов мед. вузов).
3. Справочник по детской стоматологии / под ред. А. Камерона, Р. Уидмера; пер. с англ. / под ред. Т.Ф. Виноградовой, Н.В. Гинали, О.З. Топольницкого. — 2-е изд., испр. и перераб. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 392 с.: ил.
4. Виноградова Т.Ф. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, Э.М. Мельниченко. — М.: Медицина, 1983. — 208 с.: ил.
5. Избранные доклады и лекции по стоматологии / Вступит. ст. акад. РАМН Е.И. Соколова. — М.: МЕДпресс, 2000. — 140 с.

УДК 616.314.2-08

Проблемы ортодонтического лечения дистальной окклюзии у растущих пациентов

Л.Ф. ХАБИБУЛЛИНА

Казанская государственная медицинская академия

Хабибуллина Лилия Фаатовна

ассистент кафедры терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии
420047, Казань, ул. Б. Армавирская, д. 29
тел. 8-987-419-07-43, e-mail: h.liliya75@mail.ru

В статье представлены результаты анализа современных публикаций по проблеме лечения дистальной окклюзии у растущих пациентов с помощью современных ортодонтических устройств. Требуется более широкое освещение вопросов лечения дистальной окклюзии в период формирования постоянного прикуса съемными функционально-механическими аппаратами.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, дистальная окклюзия, лечение.

Problems of orthodontic treatment of distal occlusion for growing patients

L.F. KHABIBULLINA

Kazan State Medical Academy

The article presents the results of modern publications analysis of distal occlusion treatment for growing patients by means of modern orthodontic devices. More comprehensive consideration of distal occlusion treatment at a time of permanent occlusion development by removable functional and mechanical apparatus is required.

Key words: dentoalveolar anomalies, distal occlusion, treatment.

За последние десятилетия в отечественной ортодонтии появилось множество новых методик и средств лечения дистальной окклюзии зубных рядов. Многие исследователи [1-6] считают, что современный подход к лечению зубочелюстных аномалий должен быть комплексным и учитывать всю

многофакторность этого заболевания. Одни авторы [7, 8] придерживаются мнения о необходимости раннего ортодонтического лечения, другие [9, 10] считают, что аппаратное лечение следует проводить в период постоянного прикуса. Приоритетным при выборе плана лечения является улучшение