

# Герпетический стоматит: клиника, диагностика, лечение

И.К.Луцкая<sup>✉</sup>

ГУО Белорусская медицинская академия последипломного образования. 220013, Республика Беларусь, Минск, ул. П.Бровки, д. 3, корп. 3

В статье приводятся сведения о диагностике и лечении герпетического стоматита. Обсуждается этиопатогенез острого и хронического рецидивирующего поражения слизистой оболочки и околоушной области. Описаны легкая, средняя и тяжелая формы течения заболевания, а также медикаментозная терапия пациентов.

**Ключевые слова:** герпес, пузырьковые высыпания, лечение простого герпеса.

<sup>✉</sup>lutskaja@mail.ru

**Для цитирования:** Луцкая И.К. Герпетический стоматит: клиника, диагностика, лечение. Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2016; 4: 48–51.

## Herpetic stomatitis: clinic, diagnostics, treatment

I.K.Lutskaya<sup>✉</sup>

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education. 220013, Republic of Belarus, Minsk, ul. P.Brovki, d. 3, corp. 3

Data on diagnostics and treatment of herpetic stomatitis are provided in article. It is discussed sharp and chronic recidivous damage of a mucous membrane and okolorotovy area. Easy, average and heavy forms of a course of a disease, and also medicamentous therapy of patients are described.

**Key words:** herpes, vesiculate rashes, treatment of simple herpes.

<sup>✉</sup>lutskaja@mail.ru

**For citation:** Lutskaya I.K. Herpetic stomatitis: clinic, diagnostics, treatment. Consilium Medicum. Pediatrics (Suppl.). 2016; 4: 48–51.

Среди вирусных заболеваний герпес (от греческого herpes – лихорадка) занимает одно из ведущих мест. В настоящее время его считают самой распространенной инфекцией человека. Рецидивирующим герпесом поражена 1/3 населения мира, и свыше 1/2 подобных больных за год переносят несколько атак инфекции. Она протекает в виде разнообразных клинических форм, вызывая поражение кожи, слизистых оболочек, глаз, нервной системы, внутренних и половых органов, играет определенную роль во внутриутробной патологии плода. Широкий диапазон клинических проявлений позволяет говорить о герпесе как о важной медико-социальной проблеме.

**Острый герпетический стоматит (ОГС)** составляет 70–80% всех заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей и занимает одно из ведущих мест в детской инфекционной патологии. Заболевание протекает в виде небольших вспышек в организованных детских коллективах, где могут заболеть до 3/4 состава детей, в семьях. Болеют ОГС дети разных возрастных групп, однако наиболее часто в возрасте от 6 мес до 3 лет, что объясняется исчезновением антител, полученных от матери интерплацентарно, и особенностями строения слизистой оболочки полости рта (СОПР) в этом возрасте.

Установлена восприимчивость новорожденных детей (от 2 до 43 сут после рождения) вследствие антенатального инфицирования, при этом внутриутробное заражение отмечено в 1/3 случаев.

В проявлении заболевания нет четкой сезонности, что объясняется широким распространением вируса герпеса среди населения за счет латентного носительства и периодических рецидивов.

Пути передачи инфекции: воздушно-капельный, контактный (прямой и опосредованный), трансплацентарный, трансфузионный. Вирус простого герпеса (ВПГ) попадает в организм через СОПР, носоглотку, глаза, половые органы, инфицирует кожу. Начальное размножение вируса происходит у входных ворот инфекции, а затем проникает в регионарные лимфатические узлы (лимфадениты). Если защитные силы организма не справляются с возбудителем, то уже в инкубационном периоде происходит первичная вирусемия (т.е. выход в кровяное русло), а затем в органы и ткани. Оседая там, возбудитель быстро размножается, возникает поражение тканей по типу некроза. Вторичная ви-

русемия характеризуется появлением в крови большого количества вирусов, что происходит в продромальном периоде и первые дни разгара заболеваний. В это время ВПГ устремляется к коже, слизистым оболочкам, где продолжается его внутриклеточное размножение. Он обнаруживается в лейкоцитах, эритроцитах, тромбоцитах. В устойчивости организма к заболеванию определенную роль играют специфические и неспецифические факторы иммунитета. Установлено состояние иммунодепрессии, что проявляется в изменении показателей естественной защиты.

ОГС протекает по типу острого инфекционного заболевания, имеет 5 периодов: инкубационный, продромальный, период развития болезни (высыпаний), угасания (эпитализации) и клинического выздоровления (реконвалесценции). В зависимости от выраженности интоксикации и местных проявлений в полости рта заболевание может протекать в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах.

**Легкая форма** стоматита характеризуется внешним отсутствием симптомов интоксикации организма. Болезнь начинается с повышения температуры тела до 37–37,5°C. Общее состояние ребенка вполне удовлетворительно. В полости рта наблюдаются гиперемия, небольшой отек десневого края в области прорезавшихся зубов. На гиперемизированной СОПР появляются одиночные (1–2) или сгруппированные элементы поражения в виде 3–5 очагов поверхностного некроза эпителия. В отдельных случаях заболевание может протекать без появления элементов, а только с выраженной гиперемией СОПР и гингивитом (катаральный тип ОГС).

Легкая форма стоматита не вызывает существенных клинических изменений и очень часто не диагностируется, что ведет к поздним срокам изолирования этих детей из детского коллектива и способствует распространению инфекции среди восприимчивых детей.

**Среднетяжелая форма ОГС** характеризуется выраженными симптомами токсикоза и поражения СОПР. В продромальном периоде у ребенка поднимается температура от 37,5 до 39°C, которая очень трудно снижается, держится на протяжении 2–3 дней. Общее состояние ухудшается, появляется слабость, ребенок капризен, беспокоится, ухудшается аппетит. В полости рта отмечаются признаки острого респираторного заболевания, катаральной ангины. По мере нарастания

Рис. 1. Герпетические высыпания на языке (а), на нижней губе (б).



Рис. 2. Герпетическая сыпь с некротическим налетом.



Рис. 3. Герпес губ и околоротовой области.



Рис. 4. Высыпания на небе при хроническом РГС.



Рис. 5. Тяжелая форма хронического РГС.



заболевания, на пике подъема температуры до 38–39°C, нарастания гиперемии высыпают множественные элементы поражения, которые проходят несколько стадий развития: пятно – пузырек с прозрачным серозным содержимым – пузырек с мутным (фибринозным) содержимым – участок некроза эпителия по типу папулы, бляшки – эрозия – афта – пятно (рис. 1). Часто элементы сгруппированы, сливаются и образуют эрозивные участки с неровными краями, покрытые некротическим налетом (рис. 2). Высыпания нередко рецидивируют и при осмотре в полости рта одновременно определяются элементы на разных этапах клинического и морфологического развития: пятна, пузырьки, эрозии, афты. Локализация: язык, щеки, губы, переходные складки, небо, дужки и т.д. После первого высыпания элементов поражения температура снижается до 38–37,5°C. Отмечаются гипер-

емия, отек десневого края, кровоточивость, саливация, лимфаденит подчелюстных лимфоузлов. Ребенок не ест, плохо спит, беспокоен, нарастают симптомы интоксикации. Возможны появления герпетических поражений на коже лица в приротовой области, на ушных раковинах, веках, пальцах рук (рис. 3).

В период разгара заболевания наблюдается нарушение естественного иммунитета.

**Тяжелая форма ОГС:** в продромальном периоде у ребенка отмечаются все признаки острого инфекционного заболевания – головная боль, слабость, тошнота, рвота, понос, носовые кровотечения. В период разгара температура держится в пределах 39–40°C, ничем не сбивается в течение 3–5 дней. Ребенок вял, бледен, безразличен. Губы сухие, яркие. СОПР ярко гиперемирована, отечна, высыпания множественные, многократные, элементов поражения бывает до 100. Они



сливаются между собой, образуя обширные участки некроза эпителия. Поражается вся СОПР. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. Появляется гнилостный запах изо рта, обильное слюноотделение с примесью крови. Губы отечны, гиперемизированы, часто покрыты герпетическими корками, которые располагаются на всей красной кайме губ, напоминая картину многоформной эритемы.

Гуморальные факторы естественной защиты в период разгара заболевания резко снижены. При тяжелой форме ОГС выражены нарушения в различных системах и органах. Даже в период реконвалесценции сохраняется сниженный иммунитет.

Герпетические инфекции относятся к типичным хроническим вирусным инфекциям. Попадая в организм, ВПГ сохраняется на протяжении всей жизни, периодически вызывая рецидивы болезни, которые, как и при первичном герпесе, протекают с разной степенью тяжести и с различной локализацией поражений.

**Рецидивирующий герпетический стоматит (РГС)** клинически проявляется высыпаниями, состоящими из 3–5 сгруппированных полусферических пузырьков размером 1,5–2 мм на фоне эритемы и отечности (обычно за 1–2 сут герпетическим поражением предшествуют продромальные явления: жжение, покалывание, зуд и другие субъективные расстройства). Через несколько дней прозрачное содержимое пузырьков мутнеет, из-за примеси крови оно может становиться геморрагическим и ссыхаться в буровато-желтоватые корки на коже и красной кайме губ. Если вследствие мацерации и травматизации на СОПР покрывки пузырьков разрываются, образующиеся слегка болезненные эрозии повторяют фестончатые контуры элементов сыпи. Дно их мягкое, гладкое, поверхность влажная. При микробном инфицировании или раздражении эрозия может превратиться в поверхностную язву с несколько уплотненным дном и небольшим отеком по периферии. При этом часто возникает регионарный лимфаденит – лимфатические узлы тестоватой консистенции, слегка болезненные при пальпации.

На месте эпителизовавшихся эрозий или отторгнувшихся корок остается постепенно исчезающая эритема с буроватым оттенком.

В среднем весь процесс разрешается в течение 10–14 дней. Длительность увеличивается при осложнении вторичной инфекцией. После регрессирования высыпаний может оставаться нестойкая пигментация.

К факторам, способствующим возникновению рецидивов инфекции, относят отклонения в гуморальном и клеточном звене иммунитета, уменьшение уровня иммуноглобулинов, иммунодепрессивные гематологические нарушения при болезнях крови, применение иммунодепрессантов. Существенны и такие факторы, как местная травма, солнечное облучение, лихорадочные состояния, перегревание, переохлаждение. Рецидивы стоматита наблюдаются при острых респираторных инфекциях и обострении заболеваний дыхательных путей (бронхит, воспаление легких, гайморит, тонзиллит), после травмы СОПР. Герпетические высыпания на фоне пневмонии свидетельствуют о тяжести общего заболевания.

В зависимости от выраженности симптомов общего и местного характера, а также частоты рецидивов выделяют 3 формы заболевания по степени тяжести: легкую, среднетяжелую и тяжелую.

**Легкая форма РГС** характеризуется сравнительно редкими (1–2 раза в 3–4 года) появлениями на СОПР единичных элементов, которые локализуются на излюбленных для каждого пациента местах: слизистая оболочка языка, губ, щек, переходных складках. Общее состояние не страдает. Перед появлением высыпаний ощущается чувство жжения, иногда покраснение (рис. 4).

При **среднетяжелой форме** стоматита рецидивы заболевания наблюдаются обычно 1–2 раза в год.

**Тяжелая форма РГС** характеризуется частыми 4–5 раз в году – рецидивами заболевания. Встречается

непрерывно-рецидивирующее течение (перманентная форма), когда на смену эпителизовавшимся или находящимся в стадии эпителизации элементам появляются новые очаги поражения. При этой форме РГС страдает общее состояние организма: наблюдаются повышение температуры, головная боль, боль в суставах, мышцах, плохой сон и аппетит, чувство разбитости. Количество элементов поражения на СОПР может быть множественным (рис. 5).

## Лабораторные исследования

Вирусы простого герпеса хорошо культивируются в курином эмбрионе, образуя белые бляшки на хориоантлантоисной оболочке. Подобные бляшки появляются при репродукции вируса в клеточной культуре.

С диагностической целью проводят цитологическое исследование содержимого герпетических пузырьков. При этом в мазках, приготовленных из жидкости и клеток основания пузырька, после обработки флюоресцирующей антисывороткой обнаруживают многоядерные гигантские клетки с внутриядерными включениями вируса и его антигена.

Дифференциация ВПГ от других морфологически неотличимых вирусов семейства герпеса может быть проведена путем использования метода иммунной электронной микроскопии, который позволяет обнаружить характерные по строению частицы. В ряде случаев данные исследования крайне важны для быстрой дифференциальной диагностики с другими вирусными заболеваниями, сопровождающимися высыпаниями на коже в виде везикул.

Из серологических методов идентификации вируса наиболее часто используют реакцию связывания комплемента.

## Лечение

В стоматологической практике при лечении поражений, вызванных вирусом герпеса, необходимо учитывать как этиопатогенетический фактор, так и степень тяжести болезни. Комплексная терапия должна включать в себя общее и местное лечение. С первых дней развития заболевания необходимо использовать противовирусные мази: 0,25% оксолиновую; 0,25–0,5% флореналевую; 0,25–0,5% теброфеновую; 50% интерфероновую; 0,25% бонафтоновую; 1% аллизариновую; 1% хелепиновую; мази на основе календулы – Каледтон и Календула. Особенно эффективны современные противогерпетические мази на основе ацикловира (Герпевир, Виролекс, Зовиракс). Эти препараты рекомендуется применять многократно (3–4 раза в день) после антисептической обработки СОПР.

В качестве антисептиков применяются лекарственные растительные препараты: береза бородавчатая (почки, листья, сок), сосна обыкновенная (сосновые почки, живица, хвоя), листья эвкалипта, сок коланхоэ, календула; сбор Элекасол, в состав которого входят трава череды, цветки ромашки, корни солодки, листья шалфея и эвкалипта, цветки календулы. Эти средства оказывают эпителизирующее, противовоспалительное, противовирусное действие.

Желательно при обработке СОПР использовать обезболивающие средства: 5% анестезиновую эмульсию, 1% пиромикаиновую мазь, 10% аэрозоль лидокаина.

В период угасания болезни ведущее значение приобретают кератопластические препараты: масло шиповника и облепихи, метилурациловая мазь, Каротоллин, мазь и желе солкосерила, винилин, масляный раствор витамина А, Гипозоль, Винизоль.

Общее лечение герпетических стоматитов необходимо проводить, учитывая степень тяжести заболевания. При среднетяжелой и тяжелой формах ОГС и РГС показано на первых стадиях заболевания назначение противовирусных препаратов согласно возрастной дозировке (Бонафтон 0,1, Аллизарин 0,1), а также высокоэффективных производных ацикловира (Герпевир, Виролекс, Зовиракс), обладающих высокой избирательностью в отношении вируса герпеса на фоне

низкой токсичности. Взрослым необходимо принимать по 200 мг ацикловира 5 раз в день (каждые 4 ч). Детям до 2 лет препарат назначают по 100 мг 5 раз в день. Своевременный прием данных лекарств приводит к снижению в будущем рецидивов герпетических заболеваний. При тяжелых общих герпетических поражениях назначают следующие препараты: рибавирин, видарабин.

В комплекс общего лечения входит также гипосенсибилизирующая и иммунокорректирующая терапия. Из антигистаминных средств преимущество в амбулаторной практике имеют неседативные антигистаминные препараты II поколения, например лоратадин внутрь по 10 мг 1 раз в день или эбастин 10–20 мг 1 раз в день.

Важный компонент комплексной терапии тяжелой и рецидивирующей герпетической инфекции – интерферонотерапия и применение иммуномодуляторов: Имудона, препаратов эхинацеи, галавита, глутоксима, левамизола (Декариса) и др. Учитывая, что ОГС и РГС развиваются на фоне существенного снижения защитных сил организма, целесообразно в комплексную терапию включать средства, стимулирующие иммунитет, например лизоцим – по 75–100 мг ежедневно в течение 5–10 дней; продигозан – 1 раз в 3–4 дня по 15–25–50 мкг (3–5 инъекций); человеческий лейкоцитарный иммуноглобулин и противогерпетический иммуноглобулин по 1,5–3,0 мл 1 раз в 3–4 дня (2 или 3 инъекции); лейкоцитарный интерферон, циклоферон 2,0 – 1 раз в день (1, 2, 4, 6, 8-й день).

Оправданно назначение в период разгара заболевания (как ОГС, так и РГС) физиолечения: ультрафиолетового облучения, гелий-неонового лазера, чрескожной лазерной биостимуляции крови.

В связи с интоксикацией организма большое внимание уделяется введению достаточного количества жидкости, необходимо рациональное питание: жидкая, не раздражающая, калорийная пища.

#### Литература/References

1. Борг К., Бургдорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство. М., 2011. / Bork K., Burgdorf V., Khede H. Bolezni slizistoi obolochki polosti rta i губ. Klinika, diagnostika i lechenie. Atlas i rukovodstvo. M., 2011. [in Russian]
2. Данилевский Ф.М. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М., 2001. / Danilevskii F.M. i dr. Zabolevaniia slizistoi obolochki polosti rta. M., 2001. [in Russian]
3. Камышников В.С. О чем говорят медицинские анализы. Справочное пособие. Минск: Медицинская наука, 1997. / Kamyshnikov V.S. O chem govoriat meditsinskie analizy. Spravochnoe posobie. Minsk: Meditsinskaya nauka, 1997. [in Russian]
4. Ланге Д.Е. Диагностика, клиника и лечение язвенных, везикулобуллезных и десквамативных поражений полости рта. Клиническая стоматология. 1999; 4: 44–7. / Lange D.E. Diagnostika, klinika i lechenie iazvennykh, vezikulobulleznykh i deskvamativnykh porazhenii polosti rta. Klin. stomatologiya. 1999; 4: 44–7. [in Russian]
5. Луцкая И.К. Диагностический справочник стоматолога. 2-е изд. М.: Медицинская литература, 2010. / Lutskaia I.K. Diagnosticheskii spravochnik stomatologa. 2-e izd. M.: Meditsinskaya literatura, 2010. [in Russian]
6. Луцкая И.К., Мартов В.Ю. Лекарственные средства в стоматологии. М.: Медицинская литература, 2013. / Lutskaia I.K., Martov V.Yu. Lekarnstvennye sredstva v stomatologii. M.: Meditsinskaya literatura, 2013. [in Russian]
7. Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра. Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. М., 2004. / Sovremennaya strategiya terapii atopicheskogo dermatita: programma deistvii pediatera. Soglasitel'nyi dokument Assotsiatsii detskikh allergologov i immunologov Rossii. M., 2004. [in Russian]
8. Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology. Third edition. Geneva: World Health Organization, 1995.
9. Wood NR, Goaz PW. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. 1997.

#### Сведения об авторе

Луцкая Ирина Константиновна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «БелМАПО». E-mail: lutskaia@mail.ru