

УДК 616.311-002.153:616.98:578:616.31

© О.Л. Заградская, 2012.

## К ВОПРОСУ О ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА

**О.Л. Заградская***Кафедра терапевтической стоматологии, Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса.*

### ON THE INCIDENCE OF VIRAL DISEASE OF THE MOUTH MUCOUS MEMBRANE IN THE GENERAL DENTIST'S PRACTICE

**E.L. Zagradskaya**

#### SUMMARY

The problem of diagnosis and treatment of viral diseases in the mouth remains relevant. The dentist may be the first specialist who promptly identifies such common viral diseases as acute herpetic stomatitis, shingles, chicken pox etc.

### ДО ПИТАННЯ ЩОДО ЗУСТРІЧАЛЬНОСТІ ВІРУСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА

**О.Л. Заградська**

#### РЕЗЮМЕ

Проблема діагностики та лікування вірусних захворювань в порожнині рота в даний час залишається актуальною. Лікар-стоматолог може бути першим фахівцем, який своєчасно виявляє такі поширені вірусні захворювання як: гострий герпетичний стоматит, оперізуючий герпес, вітряна віспа та інше.

**Ключевые слова:** вирусные заболевания, герпетический стоматит, герпес, ветряная оспа, опоясывающий лишай, афта.

В современной стоматологии продолжается оставаться актуальной проблема своевременного выявления и лечения вирусных заболеваний, проявляющихся на коже и слизистой оболочке полости рта (СОПР).

Урбанизированный образ жизни, стрессы, ухудшение общего качества жизни – все это приводит к снижению реактивности организма, снижению его устойчивости к вирусной инфекции и её хронизации. Это, в свою очередь, приводит к значительному увеличению частоты встречаемости этой патологии, в том числе и на слизистой оболочке полости рта.

В основе вирусных заболеваний лежит сложность патогенеза и неоднородность формирования механизмов иммунных нарушений, с периодически повторяющимися рецидивами, ведущими к развитию ассоциирования [1, 5].

Общеизвестен выраженный клинический полиморфизм вирусных инфекций, который проявляется как в ограниченных поражениях кожи, слизистых оболочек и конъюнктивы глаз, так и в системных (генерализованных) формах, с вовлечением в процесс жизненно важных внутренних органов, а также развитием злокачественных новообразований на фоне хронической персистенции [3, 4].

Вирусные поражения кожи и слизистых оболочек можно разделить на две группы в зависимости от преобладания пролиферативных или экссудативных процессов в пораженных тканях. К пролифера-

тивным относят: бородавки, остроконечные кондиломы, узелки доильщиц, контагиозный моллюск. К экссудативным – простой пузырьковый лишай, опоясывающий лишай [6].

Эту группу представляют заболевания, вызванные вирусом простого герпеса, вирусом Коксаки, ЕСНО, ветряной оспы, гриппа, парагриппа и аденовирусом.

Общеизвестно, что для ряда острых инфекционных заболеваний (грипп, корь, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз и др.) полость рта является «входными воротами». Первичное поражение возникает здесь в виде разнообразных местных изменений [2].

В ряде случаев высыпания на слизистой оболочке полости рта сочетаются с проявлениями в области периоральной зоны – стрептококкового импетиго (импетигоподобная форма герпеса). При осмотре губ иногда определяются крупные полостные образования с гнойным содержимым, окруженные зоной легкой гиперемии, без тенденции к периферическому росту, с быстрым вскрытием и образованием слоистых корочек (рис. 1). Эти изменения наводят на мысль о «Стрептодермии» периоральной зоны лица. Этот диагноз может быть как основным, так и сопутствующим. При опросе больных с этой патологией во всех случаях определяется рецидивирующее течение заболевания, что сопровождается высыпаниями на фоне предвестников с локализацией поражения в одних и тех же местах. Высыпания без лечения рег-

рессируют в течение 7 – 10 дней без тенденции к распространению и диссеминации.



**Рис. 1. Импетигоподобная форма герпеса (определяются корочки на красной кайме и коже верхней губы).**



**Рис. 2. Опоясывающий лишай. В области кожи лба, брови, верхнего века, переносицы и бокового ската носа слева (по ходу ветви тройничного нерва) определяются эрозии, покрытые корочками.**

При таких клинических проявлениях необходимо провести диагностику с герпетической природой дерматоза периоральной зоны (обнаружение ВПГ в содержимом пузырей: ПЦР-диагностика).

Врач-стоматолог часто сталкивается с больными, у которых диагностируется опоясывающий лишай, причиной которого является герпесподобный вирус (vericella zoster – V-Z вирус). Этот вирус у детей вызывает ветряную оспу, однако, он может развиваться также у взрослых и пожилых людей, преимущественно в холодное время года. В этих случаях он проявляется как самостоятельное заболевание, но может сопровождать и осложнять течение общесоматических заболеваний (нефрит, пневмония, лейкозы, рак), которые и создают иммунодефицитный фон.

Развитию опоясывающего лишая способствуют также травматические повреждения в зоне высыпаний. Заболевание может протекать без пузырьковых высыпаний на коже или СОПР. Чаще на коже и СОПР появляется одно или несколько набухших эритематозных пятен, локализующихся по ходу веток нервных окончаний с одной стороны лица, на которых через несколько часов (иногда суток) формируется группа пузырьков (рис. 2). Пузырьки могут размещаться на коже подбородка, шеи, лба, волосистой части головы, затылка, а также на СОПР («излюбленная» локализация – твердое нёбо, щека, губы, язык). Неврологическая симптоматика характеризуется сегментарностью, гиперестезиями в зоне высыпаний и герпетической невралгией. Важно подчеркнуть, что пузырьки при опоясывающем лишае появляются все одновременно, расположены в виде цепочки, гирлянды или «грозди винограда» на неизменной или слегка гиперемизированной и отёчной слизистой оболочке или коже. Заполненные серозным экссудатом, пузырьки на СОПР быстро (через несколько минут) лопаются, с образованием эрозий мяско-красного цвета. Эрозии быстро покрываются фибринозным налётом и имеют вид афт (рис. 3), которые резко болезненны при пальпации. Такие афты заживают без рубцов и никогда не сливаются.

У людей с ослабленной реактивностью (чаще у пожилых) эрозии могут трансформироваться в некротические язвы (гангренозная форма). В таком случае усиливается слюноотделение, присоединяется дисфагия и гнилостно-некротический запах [2].

В отличие от опоясывающего лишая, поражения СОПР при гриппе не имеют какой-либо специфичности, а те изменения, которые наблюдаются в период заболевания, зависят от реактивности организма и тропности вируса к определенным тканям и системам. Уже в начале заболевания при гриппе развивается катаральный стоматит с ярко выраженной гиперемией, парестезиями, жжением СОПР. Наиболее яркие изменения наблюдаются на слизистой оболочке мягкого нёба, нёбных дужек, язычка, глотки, реже – щек, языка, десен. Высыпания красного цвета в форме просяных зерен, которые образуются за счет гиперплазии эпителия выводных протоков слюнных желез. Появление таких высыпаний у здоровых людей в период эпидемии может служить ранним признаком заболевания. Такие ранние симптомы на СОПР в области щек, языка, губ могут иметь десквамативный и даже дегенеративно-некротический характер, и проявляются резкой гиперемией, усилением повреждения эпителия, петехиями, появлением множества мелких пузырьков с геморрагическим экссудатом, которые быстро лопаются с образованием болезненных эрозий ярко-красного цвета и афт, редко сливающихся между собой. На 3-4 день гиперемия и зернистость мягкого нёба сменяются инъекцией сосудов (появлением петехий), которые на 7 – 8

день заболевания проходят [2].

Ветряная оспа (varicella) в настоящее время встречается чаще у детей и редко у взрослых, вызывается фильтрующимся вирусом. Заболевание начинается остро, часто без продромальных явлений, с повышения температуры тела и высыпаний на коже. Одновременно появляются высыпания в полости рта: на языке, твердом нёбе, слизистой зева, реже – на деснах, губах. Поражаются также и другие слизистые оболочки, например, половых путей. Элементом поражения при ветряной оспе является пузырек.



**Рис. 3. Определяются одиночные (А.) и множественные (Б.) афты (эрозии) разных размеров на слизистой оболочке губ с венчиком гиперемии, покрытые фибринозным налетом.**

В последние 10 – 15 лет появились предположения, что синдром Стивенса-Джонсона, как тяжёлым вариантом течения многоформной экссудативной эритемы, также имеет вирусную иницирующую природу. Специалистам известны две формы проявления синдрома Стивенса-Джонсона. Одна из них – тяжёлый вариант идиопатической многоформной экссудативной эритемы. Её развитие может быть обусловлено вирусом простого герпеса, *Mycoplasma pneumoniae*, вирусом Коксаки, паротита, гистоплазмы, тифозной, дифтерийной [2].

#### ВЫВОДЫ

1. Врач-стоматолог может быть первым специалистом, диагностирующим вирусную патологию, основываясь только на клинических данных заболевания.

2. Выявление болезни на ранних этапах позволяет своевременно назначить необходимое комплексное лечение, которое способствует стиханию симптомов заболевания и достижению стойкой длительной ремиссии, в некоторых случаях приводящей к выздоровлению больного.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Deepak Kademani, BDS, DMD, Michael Click, DMD. Изъязвления в полости рта у ВИЧ-инфицированных пациентов: клиническое проявление, диагностика, лечение и прогрессирование заболевания //

Пузырьки в роговой полости неустойчивы и быстро лопаются, образуя небольших размеров круглые эрозии серовато-розового цвета, которые напоминают афты, обведенные ярко-красным воспалительным ободком. Элементы высыпаний находятся на разных стадиях своего развития: папулы, везикулы, корочки (ложный полиморфизм). Каждое последующее высыпание сопровождается повышением температуры до 38 °С и выше. На 3 – 4 сутки болезни высыпания подсыхают, температура тела падает, общее состояние больного улучшается [2].

Квинтэссенция. – Москва. – 1999. – № 1. – С. 49–61.

2. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта // ОАО «Стоматология», 2001. С. 76-87.

3. Иванищев В.Н. Дерматологические проявления ВИЧ-инфекции. Саркома Капоши – СПИД-индикаторное заболевание // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – № 2 (13). – 2008. – С. 72-75.

4. Кубанов А.А., Кисина В.И. Частота и характер фоновых и диспластических процессов шейки матки при бактериальных и вирусных инфекциях // Вестник дерматологии и венерологии. – Москва. – 2003. – № 2. – С. 43-46.

5. Рабинович И.М., Банченко Г.В. Поражения слизистой оболочки полости рта у ВИЧ-инфицированных больных // Клиническая стоматология. – М. – 1999. – № 3. – С. 48-50.

5. Суворов А.П., Шерстнева В.Н., Завьялов А.И., Румянцева Е.В. Поражение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических заболеваниях / Учебное пособие. Издательство Саратовского медицинского университета. – 2005. С. 50-52.

6. Почтарь В.Н., Македон А.Б., Скиба В.Я. Вирусная инфекция как этиологический фактор при стоматитах // Современная стоматология. Научно-практический стоматологический журнал. – Киев. – 2010. № 2. С. 52-56.