

# Глава 3. Красивые, здоровые губы, десна и слизистая оболочка рта. Заболевания

## I. ГУБЫ

Строение губ играет существенную роль в эстетике лица, во многом отражает характер человека, стереотип его эмоций. «Такие губы в этом сезоне не носят!» — говорит Рина Зеленая в роли гримерши из кинофильма «Весна». Да, действительно, очертания и форма губ иногда подвержены моде. Это дело вкуса. Однако красивыми могут быть, прежде всего, здоровые губы с правильной (т.е. гармоничной) архитектурой. Что она собой представляет?

Губы построены из круговой мышцы рта (*m. orbicularis oris*) и покровных тканей. Снаружи их покрывает кожа и красная кайма, а изнутри — слизистая оболочка. Смыкание губ должно происходить по линии, именуемой «зоной Клейна». Это граница, разделяющая красную кайму, адаптированную к факторам внешней среды (меняющимся температуре, влажности и пр.), и слизистую оболочку, приспособленную к влажной, относительно постоянной, теплой среде. Красная кайма верхней и нижней губ имеет разную форму, но по ширине должна быть симметричной относительно горизонтальной оси. Это нормальная архитектура (рис. 1).

Идеальная архитектура губ, как все идеальное, встречается не так часто. Строение губ и стереотип улыбки находятся в соответствии с психологическим типом человека. Особенное значение нарушение архитектуры губ приобретает при наличии отклонений от нормы в состоянии покровных тканей, в первую очередь кожи. Асимметрия ширины каймы губ и означает ее нарушение (рис. 2).

Имеет ли это значение лишь с точки зрения эстетики? Нет. Слегка отвернутая наружу губа часто создает даже некоторую привлекательность внешности, особенно женщин. Она придает несколько капризное выражение лица, являясь свидетельством избалованности и индивидуальности.

А вот с точки зрения функции нарушения архитектуры могут иметь два неприятных следствия. Одним из них является вредная привычка прикусывания или облизывания губ. Причина, вызывающая ее, состоит в том, что слизистая оболочка не адаптирована к изменяющимся факторам внешней среды: к холоду, отсутствию привычного увлажнения. Именно поэтому так типично воспаление губ в непогоду. В качестве компенсации организмом формируется парафункция — привычка облизывания или прикусывания губы. В связи с этим благодаря расположению нижней губы между

фронтальными зубами, они находятся вне контакта. Но если нормализовать смыкание губ, благодаря миотерапии (глава 4), то при соответствии размеров верхней и нижней челюстей между резцами устанавливаются окклюзионные контакты (глава 2).

Другой неприятностью может стать воспаление губ. Однако хейлит развивается не при каждом нарушении архитектуры губ. Для его появления требуется еще одно условие — наличие неадекватной реакции покровных тканей (кожи) на факторы внешней среды. В соответствии с видом этой реакции формируется и вид хейлита. (Максимова О.П., 1983, 2011).

Хейлитом называется воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ. Болезни губ являются относительно распространенной патологией в детском возрасте, при диагностике и лечении которых нельзя не учитывать морфологические и функциональные особенности детской кожи и слизистой оболочки рта.

В разном возрасте реакция на один и тот же внешний раздражитель может быть различной и зависит от морфологических и функциональных свойств и зрелости тканей.

В состав зрелой, сформированной кожи входят эпидермис, дерма, подкожная жировая клетчатка. В состав слизистой оболочки — многослойный плоский эпителий, соединительно-тканная строма и подслизистый слой. Красная кайма губ имеет переходное строение «от кожи к слизистой оболочке».

Эпидермис кожи формируется окончательно лишь к 12 годам и состоит из пяти слоев: кератинового (рогового), элеидинового (блестящего), кератогиалинового (зернистого), шиповидного и базального. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки губ, морфологическая зрелость которого также наступает к 12 годам, состоит всего из двух основных слоев: шиповидного и базального. По направлению к поверхности клетки шиповидного слоя постепенно уплощаются и образуют пласт плоских клеток, выполняющих своеобразную защитную роль. В слизистой оболочке губ отсутствуют наружные слои эпидермиса, в которых осуществляется постепенное ороговение клеток (от кератогиалина в глыбках зернистого слоя к элеидину блестящего и кератину рогового слоя).

Красная кайма губ образована (в отличие от кожи) четырьмя слоями эпителия: базальным, шиповидным, кератогиалиновым и элеидиновым, отсутствует наружный, кератиновый слой. В то же время красная кайма защищена от внешних воздействий и предохранена

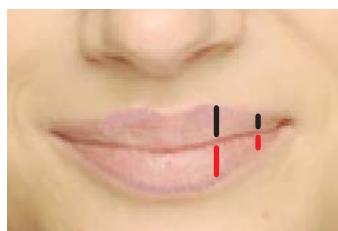


Рис. 1. Нормальная архитектура губ



Рис. 2. Нарушенная архитектура губ

от высыхания выраженным слоем эледида, отсутствующим полностью в слизистой оболочке (Пашков Б.М., 1963; Фалин Л.И., 1980).

Целесообразность этой структуры находит объяснение в различных условиях жизнедеятельности этих тканей. Кожа лица (в том числе губ) открыта воздействию многих переменчивых внешних факторов: высушиванию, влажности, температурным колебаниям, солнечным лучам и др. Физиологическими условиями для слизистой оболочки полости рта являются постоянная влажность и тепло (температура около 37°C).

Для обеспечения гомеостаза покровных тканей губ и адекватной их реакции на внешние условия очень важно, чтобы в покое губы были сомкнуты, а стереотипное смыкание губ происходило по линии перехода красной каймы в слизистую оболочку (зона Клейна). Если ребенок дышит ртом, не смыкает губы или смыкает неправильно, так, что часть слизистой оболочки губ оказывается как бы отвернутой кнаружи, то это приводит к развитию так называемого метеорологического хейлита (рис. 3).

Вместе с эпителием в патологический процесс вовлекается и подлежащая соединительная ткань: дерма кожи и lamina propria слизистой оболочки губ.

Окончательное строение с четкой дифференцировкой структур покровные ткани приобретают к 12 годам. Морфологическая и функциональная зрелость их наступает постепенно (Виноградов В.В., 1964; Фалин Л.И., 1976; Скрипкин Ю.К. и соавт., 1983; и др.).

У новорожденных и грудных детей и эпителий, и эпидермис очень нежны, тонки, довольно богаты гликогеном, почти не отделены от подлежащей дермы и стромы, так же как и базальная мембрана, которая «едва намечена» и не выполняет разделительной функции. Непрочность, легкая ранимость эпителия, но в то же время высокая способность к регенерации отличают эпителий в этом возрастном периоде (Мергебаева Х.М., 1973).

В возрасте от 1 года до 3 лет особенностью строения покровных тканей является значительное содержание клеточных элементов, высокая проницаемость сосудистых стенок, рыхлость соединительно-тканых структур, в том числе и базальной мембраны. Морфологические реакции иммунитета (в том числе и аллергические) являются слабыми, преобладает острое течение развивающихся воспалительных процессов.

Вовлечение тканей губ в патологический процесс в этом возрасте, например при остром герпетическом стоматите или вследствие травмы, приводит к острому, тотальному процессу, никогда не ограничивающемуся только покровными тканями (как при хейлите).

В 4–12 лет происходит утолщение эпителиального покрова,

в тканях уменьшается количество кровеносных сосудов и клеточных элементов. Снижается интенсивность обменных процессов. Уплотняется и огрубевает базальная мембрана, более четко отграничивая покровный эпителий от подлежащих тканей. Несмотря на это отграничение, кожа и слизистая оболочка являются структурами, теснейшим образом связанными со всеми внутренними органами. Однако именно в связи с дифференцировкой и отграничением покровных тканей патологические процессы в них приобретают относительную независимость.

Таким образом, в этот длительный период морфологического и функционального дозревания покровных тканей уменьшается склонность организма ребенка к диффузным реакциям.

Наряду с этим значительно возрастает количество «круглоклеточных» элементов. Их биологическая активность, в особенности тучных клеток, при морфологической незрелости обеспечивает склонность к аллергическим процессам и их своеобразие, свойственное преимущественно детскому возрасту (Зернов Н.Г., Ашеникова Т.П., 1979).

Так, наиболее часто явления аллергического диатеза, в том числе проявляющегося экзематозным хейлитом, к 12–14 годам проходят, а наиболее тяжелые, не леченные формы сохраняются в виде тяжелых экзем и хейлитов.

Губы состоят из мощного слоя круговых мышц, плотно соединенных с кожей, красной каймой и слизистой оболочкой. Смыкание губ может быть полным и неполным. Полное смыкание может быть правильным и неправильным.

Полное правильное смыкание характеризуется тем, что губы ребенка плотно спокойно сомкнуты, смыкание обеспечивается самыми крайними, губными фрагментами *m. orbicularis oris* (т.е. мышцами собственно губ) за счет их равномерного, оптимального тонуса.

Архитектоника губ физиологична, т.е. смыкание происходит по линии перехода красной каймы в слизистую оболочку губ (зона Клейна; рис. 4).

При полном неправильном смыкании губы ребенка сомкнуты плотно, однако смыкание обеспечивается участием как собственно губных мышц, так и мышц



Рис. 3. Неправильная архитектура губ: нижняя губа отвернута кнаружи, вследствие чего частично обнажена ее слизистая оболочка и развился экфолиативный (метеорологический) хейлит



Рис. 4. Полное правильное смыкание губ

околоротовой области, главным образом подбородка. Выявляется напряжение подбородка, вплоть до симптома «наперстка» — точечных втяжений кожи в участках соединения мышечных фибрилл с кожей (рис. 5).

Смыкание губ происходит не по зоне Клейна, а зона Клейна или часть слизистой оболочки полости рта отвернута кнаружи или ввернута внутрь.

Неполное смыкание губ — это привычно несомкнутые в покое губы (рис. 6), и при нормальной функции губ их смыкание осуществляется правильно.

Если смыкание происходит правильно, то это свидетельствует о сниженном тонусе, расслаблении *m. orbicularis oris*.

Особую зону губ составляют углы рта. Нарушение их физиологии связано с ослаблением тонуса боковых фрагментов *m. orbicularis oris* и щечных мышц или с западением углов рта. В том и другом случаях в углах рта нарушаются физиологические условия. Вследствие неполного герметизма постоянно скапливается слюна (даже пища), а вследствие «слишком» ввернутых внутрь, не приспособленных к влажной среде полости рта участков красной каймы происходит их мацерация. Нередко эти изменения вызывают формирование вредной привычки «вытирания» углов рта, для чего дети не всегда пользуются платком или салфеткой. Возникает инфицирование «мокнущих» участков углов рта и развивается патологическое состояние, которое нередко при сниженной устойчивости осложняется присоединением микробного компонента микотической или кокковой флоры. Развивается ангулярный микотический или инфекционный (стрептококковый) хейлит (рис. 7).

Дифференцирование признаков нарушения смыкания губ важно для определения тактики лечения и профилактики заболеваний. Признаками физиологического состояния губ у детей являются следующие.

В покое губы спокойно сомкнуты по линии перехода красной каймы в слизистую оболочку. Ребенок находится в покое и спит с закрытым ртом. При глотании отсутствует сокращение мышц губ, подбородка других мимических мышц (нет симптома «наперстка» и др.).

При сосании губы плотно охватывают сосок, обеспечивается герметизм полости рта. Признаками достижения этого герметизма являются: 1) отсутствие симптомов аэрофагии, от которой сильно страдает ребенок, 2) поступающее при сосании в рот молоко не просачивается наружу.

При откусывании пищи и при артикуляции губы разомкнуты в различной степени на время откусывания и произнесения звуков. При пережевывании пищи губы плотно сомкнуты, в углах рта не собирается слюна и пища.

Становление функций мышц губ происходит наиболее активно в первые дни жизни ребенка во время

сосания, глотания и дыхания. От того, как эти функции протекают, насколько активно и регулярно, зависит уровень развития *m. orbicularis oris*.

Таким образом, хейлиты наблюдаются у детей старшего дошкольного и школьного возраста по мере морфологического созревания покровных тканей губ, однако предпосылки нарушения функций и архитектоники губ, играющих ведущую роль в развитии заболеваний губ, могут возникать с рождения ребенка.

Причины развития хейлитов изучены, хотя и не полностью. К ним в настоящее время относят следующие:

травмы различных видов, метеорологические факторы (в том числе солнечное облучение), инфекцию, гиповитаминоз, нарушение архитектоники губ, «атопию слизистых желез», экзему (Пашков Б.М., 1963; Савкина Г.Д. и др.). Соответственно даны названия хейлитам. На кафедре стоматологии детского возраста ЦОЛИУВ все стоматологические заболевания у детей рассматриваются структурно и классификации основаны на учете: 1) вида патологического процесса (что?); 2) его локализации (где?); 3) характера клинического течения (как?); 4) этиологии (почему?).

При этом этиология понимается не как агент, а как взаимодействие явлений (Давыдовский И.В., 1958). Задачей врача, проводящего диагностику, является не констатация факта, а анализ исходного взаимодействия на составляющие, выделение среди них ведущей, которая выступает как основная причина явления (Щепин О.П., Царегозницев Г.И., Ерохин В.Г., 1983).

Применительно к заболеваниям губ патология возникает главным

образом в случаях, когда обычные факторы внешней среды воздействуют на физиологически неприспособленную ткань — слизистую оболочку губ, «оказавшуюся» снаружи, а не в полости рта с ее влажной и теплой средой. Поэтому причина чаще заключается не в воздействии этих внешних факторов (солнечных лучей, низких температур, сухости и пр.), а в нарушении архитектоники губ, из-за которого воздействие привычных для кожи факторов становится болезнетворным для слизистой оболочки губы. В нарушении архитектоники губ кроется и причина «атопии слизистых желез»: на самом деле никакой атопии! Просто слизистая оболочка нижней губы вместе с закономерно располагающимися в ее строении слизистыми железами частично вывернута кнаружи, вот и весь секрет!

Болезни губ у детей, как указывалось выше, возникают преимущественно в связи с нарушением условий физиологического состояния губ (неполное или неправильное смыкание). Слизистая оболочка, приспособленная к теплой, влажной среде, подвергается высушиванию, воздействию низких температур, солнечных лучей и т. д. Развивается приспособительный механизм облизывания и прикусывания губ, формируется вредная



Рис. 5. Симптом «наперстка»



Рис. 6. Неполное смыкание губ в покое



Рис. 7. Ангулярный хейлит



привычка, которую не помогают искоренить ни напоминания врача и родителей, ни рекомендации психоневролога, ни аппаратное ортодонтическое лечение (рис. 8).

Увлажнение губ путем облизывания слизистой оболочки, тем не менее, не полностью защищает «незащищенный» кератином (как у кожи) или хотя бы элеидином (как у красной каймы) эпителий. Развиваются признаки его воспаления: сухость, гиперемия, отек, повышенная десквамация (рис. 9).

Поначалу защитная, затем патологическая десквамативная реакция усугубляет «незащищенность» покрова и способствует дальнейшему развитию патологии. Формируется так называемый метеорологический хейлит (рис. 10), который может, развиваясь, перейти в эксфолиативный (рис. 11, 12).

Другой вариант патогенеза заболевания губ приводит к развитию glandулярного хейлита. Слизистые и слюнные железы (смешанного типа) в строме слизистой оболочки губ в порядке компенсаторной реакции начинают увеличивать секреторную функцию, гиперплазируются. Расширяются выводные протоки желез, которые легко ретроградно инфильтруются, особенно при отсутствии резерва резистентности к микрофлоре. Первоначальным же в развитии и этого вида хейлита является нарушение архитектоники губ вследствие неполного или неправильного смыкания, а не «атопия слизистых желез».

В области углов рта развивается ангулярный хейлит (см. рис. 7). Строение красной каймы в этих отделах имеет особенности: как особый вид «защиты» эпителия в углах рта имеются сальные железы, продуцирующие специальную «смазку» красной каймы. Дополнительная защита эпителия в этой зоне необходима в связи с тем, что в углах рта красная кайма и зона Клейна представлены узкой полоской «перешейка» между верхней и нижней губой. Смыкающимися поверхностями оказываются здесь поверхности слизистой оболочки верхней и нижней губ, которые должны быть всегда увлажненными (или смазанными, так как находятся в спавшемся состоянии). При снижении высоты нижнего, жевательного отдела лица (при глубоком прикусе, например), при дистальном положении нижней челюсти



Рис. 8. Вредная привычка прикусывания нижней губы



Рис. 9. Клинические признаки нарушения архитектоники губ: углубленная подбородочная складка, отвернутая кнаружи нижняя губа со следами прикусывания на коже приротовой области

взаимоотношения покровных тканей губ в области их углов изменяются, смыкание происходит не только по узкой зоне Клейна, но захватывает и прилежащую кожу и слизистую оболочку. При таком, более глубоком смыкании изменяются привычные условия жизнедеятельности и микрофлоры, что при сниженном иммунитете вызывает ее обращение в патогенную.

Если к тому же не обеспечивается герметизм при смыкании в области углов рта, то там, в глубоких складках, имеется постоянная влажность, непривычная для кожи и красной каймы, и развивается мацерация эпителия. В силу единства создавшихся для кожи и красной каймы условий внешней среды рисунок мелких бороздок кожи и красной каймы утрачивает независимость, становится единым, границы красной каймы как бы размываются, появляются трещины в углах рта. Развивается хронический ангулярный хейлит, так называемые заеды (см. рис. 7). Так как значение микрофлоры в формировании ангулярного хейлита вторично, то и противомикробное лечение, как бы энергично оно ни проводилось, как правило, оказывается эффективным временно, либо вовсе неэффективным. Наличие заед свойственно детскому возрасту (и пожилому), когда защитные свойства и морфология покровных тканей являются несовершенными (незрелыми или инволютивно сниженными). Лечение с использованием витамина А (масляный раствор) оказывает не столько устраняющее гиповитаминоз действие, сколько способствует защите эпителия путем жировой аппликации, создает более благоприятные условия для покровных тканей. Основным звеном в развитии



Рис. 10. Метеорологический (эксфолиативный) хейлит



Рис. 11. Эксфолиативный хейлит



Рис. 12. Эксфолиативный хейлит. Хроническая трещина губ

ангулярного, как и прочих хейлитов, является нарушение архитектоники, а следовательно, и физиологии губ.

Своеобразное исключение представляет собой экзематозный хейлит, который развивается не как самостоятельная болезнь, а как симптом при генерализованном заболевании (экзема, нейродермит; рис. 13).

Этот хейлит развивается у детей, у которых архитектура губ нарушена, поэтому в лечении существенную роль играет миотерапия, направленная на обеспечение правильного, полного смыкания губ.

Наряду с упражнениями детям можно назначить симптоматическое лечение: аппликации отваров трав и затем жира. Процедуру лучше выполнять перед сном.

Хорошо почистив зубы после ужина (микробный налет на зубах — нежелательное соседство с воспаленными тканями губ), ребенок выполняет упражнения по миотерапии, а затем проводят аппликации на губы. Приготавливают отвар трав (при инфекционном хейлите противовоспалительного действия, при экзематозном — противоаллергического). Этим теплым отваром смачивают небольшие марлевые салфетки и накладывают на воспаленную поверхность. Салфетку несколько раз меняют в течение 10 мин. После процедуры губы смазывают жиром (топленным внутренним свиным салом) или кремом, который лучше переносит ребенок (календула, детский, «Росинка» и др.). Предпочтительным является применение натурального жира, так как в кремах содержатся, кроме лекарственных, парфюмерные добавки. Нередко они обладают аллергизирующим или раздражающим детскую кожу действием.

При наличии у ребенка экзематозного хейлита (или синдрома Мишера) лечение у стоматолога проводится наряду с лечением у педиатра или аллерголога.

После окончания курса лечения в процессе диспансерного наблюдения проводят осмотры детей, контролируют характер смыкания губ и дыхание, назначают миогимнастику для поддержания правильного тонуса круговой мышцы губ. Такая реабилитация должна продолжаться до 12—14 лет.

Лечение болезней губ у детей должно быть построено в основном на устранении ведущего звена в развитии патологии — нарушения архитектоники губ. Для этого следует перевоспитать функции мышц губ методом миотерапии, добиться их полного, правильного смыкания. Смыкание губ является одним из рефлексов, обеспечивающих дыхание.

Если вдох происходит через нос (особенно глубокий), то в дыхании участвуют преимущественно мышцы грудной клетки. Губы при этом спокойно сомкнуты. Если вдох происходит через рот, то в дыхании принимают участие мышцы живота, губы не сомкнуты. Формирование всей этой системы рефлексов происходит с первых дней жизни ребенка. Ротовое дыхание может сформироваться вследствие затрудненного прохождения воздуха через верхние дыхательные пути (искривление носовой перегородки, аденоиды). Но возможно также, и это наиболее распространено, что ротовое дыхание формируется как вредная привычка. У новорожденного



Рис. 13. Экзематозный хейлит на фоне нейродермита и вследствие нарушенной архитектоники губ (нижняя губа отвернута наружу, тонус в области красной каймы и углов рта — снижен, в зоне подбородочной складки — повышен). Показана миотерапия: надувание воздуха за нижнюю губу

ребенка вследствие разных причин (неправильная поза в кровати — слишком запрокинутая голова, слабость мышц, удерживающих нижнюю челюсть) дыхание может происходить через рот. Если родители своевременно не исправляют этой привычки (регулярно во время сна и бодрствования прикрывать ротик малыша легким прикосновением к подбородку), ротовое дыхание станет стереотипом. В свою очередь это ведет к недоразвитию всей системы дыхания (мышц грудной клетки, легких) и гиповентиляции, а вследствие этого — к гипоксии, в частности мозга, и связанной с ней патологии (вплоть до патологии ЦНС).

Лечение детей с болезнями губ всегда должно начинаться с устранения ротового дыхания, если таковое имеет место.

Лечение детей с болезнями губ всегда должно начинаться с устранения ротового дыхания, если таковое имеет место.

Вначале проводится дыхательная функциональная проба. Ребенок становится возле стены или двери так, чтобы затылок, спина и пятки касались ее, а руки были прижаты к стене, ладонями наружу, подбородок (край нижней челюсти) был бы параллелен полу, губы сомкнуты, дыхание через нос. Если ребенок может спокойно дышать, и не появляются симптомы затрудненного дыхания (побледнение, цианотичность кожи, головокружение и т. п.), пробу усложняют. Ребенку предлагают повторить то же самое, но после физической нагрузки — 10 приседаний. Дыхание становится более возбужденным, глубоким. Если и после нагрузки ребенок может дышать носом, даже если у него и появляются симптомы компенсации (раздувание крыльев носа, удлинённый вдох), то можно считать дыхательные пути проходимыми для струи воздуха, а ротовое дыхание — не вынужденным, а вредной привычкой.

У ребенка первого года жизни такую пробу также провести совсем несложно (см. главу 4).

Детям, у которых дыхательная проба оказалась положительной, назначают курс дыхательной гимнастики для закрепления стереотипа правильного дыхания. Ее нужно проводить ежедневно не менее 10—15 мин по методике проведения функциональной дыхательной пробы либо по общепринятой методике с использованием различных упражнений, однако с единственным, наиважнейшим условием: рот закрыт, губы спокойно сомкнуты.

Следует отметить, что, как показала практика, после дыхательной гимнастики «спонтанно» происходит правильное, полное смыкание губ, нормализуется их архитектура.

Наряду с восстановлением носового дыхания назначают миотерапию для губ. Наиболее удачными и результативными являются следующие (см. главу 4) упражнения:

- надувание воздуха за нижнюю губу,
- поочередное надувание щек,
- «хоботок» и его смещение в стороны, вверх, вниз, в стороны (при плотно сомкнутых зубах).

Курс лечения не менее 1 месяца. Его продолжительность зависит от возраста ребенка, индивидуальных особенностей и от регулярности и правильности выполнения миотерапии. Восстановление нарушенных функций происходит путем тренировок не только самих



мышц, но и центральной нервной системы ребенка; регулярные, целенаправленные упражнения способствуют восстановлению равновесия между возбуждением и торможением — основными процессами в деятельности ЦНС.

Происходит формирование нового стереотипа, для укрепления которого упражнения должны повторяться ежедневно, настойчиво и старательно.

Нередко дети с нарушенным смыканием губ не в состоянии выполнить упражнение надувания воздуха за нижнюю губу из-за искаженного тонуса фрагментов круговой мышцы рта в области нижней губы.

Высокий тонус периферических фрагментов не позволяет надуть губу, расслабить мышцу в области подбородочной складки (преддверия полости рта), а в то же время атония участков мышцы в области красной каймы не позволяет обеспечить герметизма. В таких случаях до начала упражнения надо выполнить процедуру расслабляющего массажа.

Из четырех видов массажа (поглаживание, растирание, разминание и вибрация) для воздействия на мышцы применяется разминание. Ребенок более старшего возраста может выполнить массаж самостоятельно, а маленькому помогают родители. Массаж проводят вымытыми руками следующим образом: нижнюю губу захватывают большим и указательным пальцами правой и левой руки и разминают волнообразными или круговыми движениями. Такое разминание надо проводить в течение 1—2 мин. Затем приступают снова к надуванию губы. Научившись выполнять это упражнение, ребенок повторяет его в течение 7—10 мин ежедневно.

В качестве примера рассмотрим фрагменты пищевого дневника мальчика 12 лет, страдающего экзематозным хейлитом (рис. 14—20). Из этого дневника следует:

- ребенок переедает;

| ЧИСЛО           | Приемы   | Важные замечания                       |
|-----------------|--|--|
| 19-11<br>Кавказ | <b>Завтрак</b> - 1/1 бутерброд с сыром и колбасой<br>7-30<br>2/ Сосиска 1 шт.<br>3/ Картофель 40-50 гр<br>4/ Масло слив 30-40 гр<br>5/ Хлеб белый 80-90 гр<br>6/ Чай без сахара<br>7/ Чай без сахара<br>8/ О.Б. (после завтрака) - 30-40 гр  | Важно отметить, что ребенок переедает. |
|                 | <b>Завтрак в школе</b><br>11-15<br>1. Булочка с маслом<br>2. Кофе 1 ст.  |  |
|                 | <b>Обед</b> -<br>16:00<br>1. Картофель 70-80 гр<br>2. Отварной картофель 30-40 гр<br>3. Сливочное масло 20-30 гр<br>4. Лук салат 3-5 гр<br>5. Суп рисово-картофельный с овощами и мясом 150-160 гр<br>6. Масло слив. 15-20 гр<br>7. Вареный картофель с маслом 40 гр<br>8. Яблоко 60-70 гр |  |
|                 | <b>Полдник</b> - на стол<br>1. Чай с сахаром   |  |
|                 | <b>Ужин</b> -<br>1. Каша манная (с маслом) 200 гр<br>2. Сосиска 45-50 гр<br>3. Сосиска 20-30 гр<br>4. Масло слив. 10-15 гр<br>5. Хлеб 50-70 гр<br>6. Чай без сахара<br>7. Яблоко 30-40 гр  |  |
|                 | <b>На ночь</b> - Картофель 45-80 гр  |  |

14

|          |  |                                   |
|----------|--|-----------------------------------|
| 20/11-81 | <b>Завтрак</b> -<br>7:30<br>1. Молоко 70-80 гр<br>2. Сливочное масло с сахаром 35-40 гр<br>3. Сосиска - 45-50 гр<br>4. Картофель отварной 25-30 гр<br>5. Сваренный картофель 45-50 гр<br>6. Хлеб белый и булочки 80-90 гр<br>7. Яблоко 150-160 гр<br>8. Яблоко 35-40 гр<br>9. Посыла картофельной мукой  | На завтрак усилить красную кайму. |
|          | <b>Завтрак в школе</b><br>11:30<br>1. Булочка с маслом<br>2. Кофе 1 ст.  |                                   |
|          | <b>Обед</b><br>15:00<br>1. Картофель 70-80 гр<br>2. Картофель отварной с маслом и сметаной с картофелем и картошкой 80-90 гр<br>3. Суп рисово-картофельный с овощами (бульон) 145-150 гр<br>4. Вареный картофель с картофелем 70-80 гр<br>5. Хлеб белый 100-110 гр, Яблоко 25-30 гр<br>6. Яблоко 40-50 гр<br>7. Шоколад с маслом (после завтрака), 10-12 гр<br>8. На ночь картофель 65-70 гр | Губы все еще не застыли.          |
|          | <b>Полдник</b><br>17:00<br>1. Каша овсяная 25-30 гр<br>2. Каша манная 200 гр<br>3. Чай с сахаром с корицей 60-70 гр<br>4. Хлеб белый 30-40 гр<br>5. Хлеб белый 20 гр<br>6. Яблоко 30-40 гр   |                                   |
|          | <b>Ужин</b><br>20:05<br>1. Каша овсяная 25-30 гр<br>2. Каша манная 200 гр<br>3. Чай с сахаром с корицей 60-70 гр<br>4. Хлеб белый 30-40 гр<br>5. Хлеб белый 20 гр<br>6. Яблоко 30-40 гр  |                                   |

15

|          |   |                      |
|----------|---|----------------------|
| 22/11-81 | <b>Завтрак</b> -<br>9:15<br>1. Молоко 70-80 гр<br>2. Картофель с маслом 90-100 гр<br>3. Каша овсяная 90-100 гр<br>4. Чай с корицей, булочка 1/2 шт<br>5. Яблоко   |                      |
|          | <b>Обед</b> -<br>15:00<br>1. Картофель 70-80 гр<br>2. Бутерброд с сосиской и сыром 10-12 гр, хлеб 20 гр<br>3. Каша, капуста с луком с маслом, подсолнечным маслом 80-90 гр<br>4. Отварной картофель, 30-40 гр<br>5. Суп куриный, вермишель 130-140 гр<br>6. Картофель 20-30 гр с маслом, картошка и масло 40-50 гр<br>7. Яблоко |                      |
|          | <b>Полдник</b><br>17:50<br>1. Чай с сахаром и лимоном (картофель)   |                      |
|          | <b>Ужин</b><br>19:30<br>1. Молоко 70-80 гр<br>2. Масло с картошкой - 60-70 гр<br>3. Ужин - хлеб с маслом и маслом с сыром - 70-80 гр<br>4. Чай с сахаром с корицей 1 шт. На ночь не стирать   | Состояние губ то же. |
|          | <b>На ночь</b> - Картофель 75-80 гр   |                      |

16





мини-инвазивных вмешательств. Это правило касается и пародонтологии. Поэтому так важно максимально использовать либо предупредительные меры, либо консервативные. Показания для хирургической пародонтологии в настоящее время сужаются, так как совершенствуются и расширяются возможности консервативных методов.

Клиническими признаками здорового пародонта являются: уровень десневого края и текстура поверхности десны по типу «апельсиновой корочки» (рис. 21), ширина прикрепленной десны, равная или превышающая 5 мм (рис. 22), глубина физиологического кармана составляет от 1 до 3 мм, оптимальные множественные окклюзионные контакты на всех зубах-антагонистах (партнерах; рис. 23).

Значение последнего признака трудно переоценить, однако пародонтологи нередко о нем забывают. Дело в том, что для обеспечения здорового состояния пародонта необходимо полноценное кровообращение. Чтобы понять, как оно осуществляется, надо обратиться к анатомии. Помимо обычных для всей системы кровообращения звеньев, именно пародонт (окружающие, опорно-удерживающие и питающие зуб ткани) содержит так называемые пародонтальные клубочки. Система кровеносных сосудов каждого органа и ткани складывается из цепочки артерий, артериол, приводящих и отводящих капилляров, венул и вен. И только в тканях пародонта между приводящими и отводящими капиллярами расположены особые капиллярные клубочки, представляющие собой разветвления сосудов, которые заполнены кровью, если зубы разомкнуты. В момент



Рис. 21. Симптом «апельсиновой корочки» десны



Рис. 22. Ширина прикрепленной десны 5 мм и более — признак «здоровья» десны

смыкания зубов капиллярная кровь вытесняется в клубочки, опустошая и тем самым сохраняя в целостности капилляры, на которые падает жевательное давление, а в момент размыкания зубов — снова заполняет их, обеспечивая кровообращение в околозубных тканях. Таким образом, только жевание выполняет функцию «сердца» для зубов и их опорно-удерживающих тканей (рис. 24).

При отсутствии смыкания зубов в течение длительного времени от гипоксии (недостатка кровоснабжения) пародонт начинает разрушаться, а зубы вследствие этого расшатываются. Когда пародонтит уже развился, и пациент обращается к врачу-стоматологу, заболевание чаще всего становится необратимым. Но и даже тогда лечение должно быть непременно связано с обеспечением правильной окклюзии (смыкания зубов) и тем самым с нормализацией кровообращения.

Этим объясняется необходимость множественных физиологических контактов на зубах всех групп:

- на режущих краях резцов нижней челюсти,
- на верхних резцах в области небных впадин,
- на клыках,
- вокруг вершин опорных бугров (рис. 25, а),
- вокруг дна фиссур (рис. 25, б),
- в проксимальных отделах окклюзионных гребней (рис. 25, в).

Особенное внимание этому вопросу должны уделять в тех семьях, где у старших членов семьи наблюдаются заболевания пародонта.

Рентгенологическими признаками здорового пародонта является целостность кортикальной



Рис. 23. Окклюзионные контакты на всех зубах

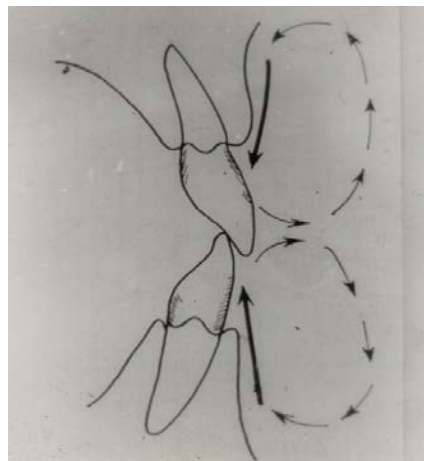


Рис. 24. Жевательное давление обеспечивает кровообращение в тканях пародонта



Рис. 25. Окклюзионные контакты на жевательных поверхностях премоляров и моляров



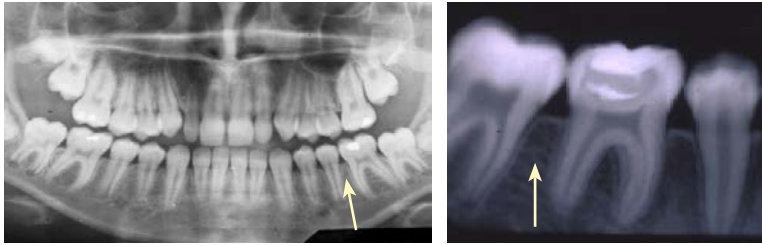


Рис. 26. Целостность кортикальной замыкающей пластинки межзубных перегородок — рентгенологический симптом здорового пародонта

замыкающей пластинки межзубных перегородок, независимо от их формы (рис. 26). Высота этих перегородок находится на уровне эмалево-цементной границы.

Начальные разрушения кортикальной пластинки являются обратимыми, а вовлечение в деструктивный процесс вершин и самого альвеолярного гребня, к сожалению, — нет. Хотя при благоприятном исходе лечения развивается склерозирование костной ткани, и это ее уплотнение означает регенерацию структур пародонта.

В связи с вышеуказанным, переход патологического процесса на костные структуры означает качественно новый неблагоприятный скачок в развитии болезни.

Всемирная организация здравоохранения к заболеваниям пародонта относит «все патологические процессы, возникающие в нем. Они могут ограничиваться какой-либо одной составной частью периодонта (гингивит), поражать несколько или все его структуры».

Клинические формы заболеваний, повреждений и изменений пародонта у детей имеют много отличий от подобных отклонений в состоянии пародонта у взрослых. Это позволяет говорить о том, что у них «много аналогичного, но нет тождества» (Давыдовский И.В., 1958).

Сказанное объясняется прежде всего тем, что все патологические процессы, обусловленные разными причинами, развиваются у ребенка в растущих, формирующихся и перестраивающихся тканях, тканях морфологически и функционально незрелых, способных неадекватно и, во всяком случае, нетождественно реагировать на аналогичные раздражители и причинные факторы, способные вызвать заболевания пародонта у взрослых.

Кроме того, большое значение в патогенезе клинических признаков болезни у детей имеет возможность развития диспропорций роста и созревания незрелых структур (Долецкий С.Я., 1968).

Диспропорция роста и созревания может возникнуть как внутри системы, объединенной единством

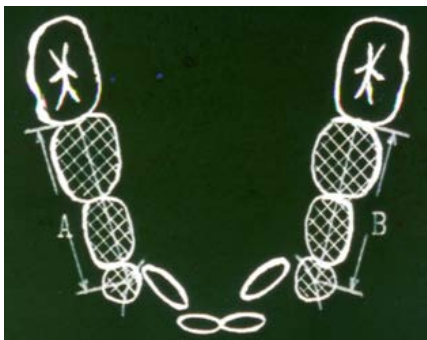


Рис. 27. Схема скученного положения зубов во фронтальном участке нижней челюсти — наиболее распространенная клиническая ситуация при заболеваниях пародонта

функции (зуб, периодонт, альвеолярная кость и т. д.), так и в структурах и системах, обеспечивающих и приспособляющих весь организм к внешним условиям от рождения до старости (эндокринная система и др.).

Эта гетерохронность в созревании структур и формировании функций в детском организме обуславливает возникновение ювенильных хронических гингивитов, пародонтитов и пародонтомы, которые возникают в результате временной функциональной преходящей ювенильной гипертонии, ювенильного нарушения углеводного обмена (юношеский диабет, диэнцефальный синдром и др.).

Указанные отклонения в состоянии пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтома) способны бесследно исчезать под влиянием минимальных вмешательств или без них или, несмотря на ликвидацию причин, породивших их, приобретать характер самостоятельно прогрессирующего заболевания.

К факторам, способствующим развитию болезней пародонта в детском возрасте, относятся:

- **Зубная бляшка**
- **Тесное положение зубов**
- **Неравномерная окклюзионная нагрузка**
- **Аномалии строения и функций мягких тканей**
- **Гормональный фактор**
- **Системная патология, в том числе влияние лекарств**

Зубная бляшка занимает особое положение в этом ряду. Без ее участия невозможно развитие воспалительного процесса в тканях пародонта. Однако добиться регулярного и тщательного ее устранения на протяжении целой жизни достаточно тяжело даже очень аккуратным пациентам, хотя это и представляется наиболее действенным способом.

Тесное положение зубов может быть симптомом различных аномалий прикуса, у этих детей решается вопрос об ортодонтическом лечении. Но довольно часто скученность зубов наблюдается при нейтральном соотношении челюстей (рис. 27).

И в таком случае помимо объемной и структурной недостаточности дефицит места в зубном ряду пародонта этих зубов, неполноценного кровообращения, доказанного реографическим методом, тесное положение зубов сочетается с неравномерностью окклюзионной нагрузки (глава 2). Все эти нарушения ведут к развитию болезни пародонта.

Степень скученности зубов может быть различной и, с точки зрения пародонтолога, оценивается по двум признакам: 1) уровень маргинальной десны с вестибулярной стороны (рис. 28) и 2) недостаток места в зубном ряду.

Устранение тесного положения резцов можно провести методом сепарации (рис. 29), после которой следует переместить зубы в правильное положение путем массажа либо ортодонтического лечения.

Очень важную роль в развитии болезней пародонта играет окклюзионная нагрузка. Отсутствие жевательного давления на зубы, его превышение, равно как и недостаток, приводят к нарушению кровоснабжения окружающих зуб тканей и постепенно вызывают болезнь (см. рис. 24).

Вследствие аномалий функций и строения уздечек губ и языка (укорочение или аномальное прикрепление и др.) нарушается физиологическое состояние тканей



Рис. 28. Скученность зубов, снижение уровня десневого края



Рис. 29. Сепарация резцов при их тесном положении в челюсти



Рис. 30. Мелкое преддверие полости рта, высокое прикрепление уздечки нижней губы и последствия: удалены центральные резцы, «страдает» пародонт соседних зубов

пародонта: анемизация, перемещение (вплоть до отрыва) десневых сосочков, ограничение подвижности губ и языка, а в последующем — расшатывание и удаление зубов (рис. 30).

Для устранения этих аномалий показана пластика преддверия полости рта с последующей миогимнастикой и, при показаниях, ортодонтическим лечением (рис. 31).

Период предпубертатного и пубертатного возраста характеризуется становлением гормонального статуса, в частности аритмией менструального цикла, и как следствие неритмичного воздействия гормонов — развитием гингивита с компонентом гиперплазии или десквамации десневого края (см. таблицу, рис. 32, 33).

#### Аритмия менструального цикла

| Месяц    | Цикл, дней |
|----------|------------|
| Январь   | 26         |
| Февраль  | 48         |
| Март     | 24         |
| Апрель   | 24         |
| Май      | 28         |
| Июнь     | 36         |
| Июль     | 27         |
| Август   | 14         |
| Сентябрь | 23         |
| Октябрь  | 26         |
| Ноябрь   | 31         |
| Декабрь  | 39         |

Наиболее часто именно подобные «юношеские» гингивиты принимают за первое свидетельство патологических изменений в состоянии пародонта.

На самом деле к их развитию приводят 2 основных обстоятельства. Первое из них заключается в дисгармонии выработки половых гормонов, и как частность — в преобладании гормона, вызывающего пролиферацию, гиперплазию покровных тканей организма, кожи и слизистых оболочек различной локализации, в том числе десны. Этим объясняется появление угревой сыпи, ибо утолщение кожи ведет к углублению и, следовательно, «засорению» кожных пор, а в полости рта — к увеличению толщины слизистой оболочки, порождающему возникновение более глубоких, «ложных» десневых карманов, очищение которых становится более затруднительным.

А второе обстоятельство связано с тем, что привычка ухаживать за полостью рта, даже хорошо сформированная в детском возрасте, становится «обузой» для повзрослевшего и занятого «более важными и интересными делами» человека, а нередко даже утрачивается из-за банальной подростковой недисциплинированности и лени.

Обращает на себя внимание тот факт, что «юношеские» гингивиты очень часто бывают локализован-



Рис. 31. В области фронтальной группы зубов нарушены окклюзионные контакты и наблюдается локализованный пародонтит



Рис. 32. Гингивит с явлениями гиперплазии



Рис. 33. Гингивит с явлениями гиперплазии и десквамации десны





Рис. 34. Фиброматоз десен

в тех участках пародонта, где выявляются другие факторы риска. Риск «реализуется» на фоне гормональной дисгармонии, которая приводит к клиническому проявлению патологии.

И так как в детском возрасте целый ряд причинных факторов можно не только выявить, но и устранить, то классификацию, так же как и диагноз болезни пародонта у детей, целесообразно составлять с указанием следующих параметров: характера клинического течения — острое, хроническое, волнообразное; локализации процесса — локализованные, генерализованные; патоморфологических изменений — воспаление, деструкция, новообразование, например фиброматоз десен (рис. 34), и этиологии — вследствие местных факторов либо на фоне системной патологии.

Клинический опыт показывает, что для локализованных форм гингивита и пародонтита недостаточно воздействия одного лишь фактора. Обычно их критической массой становится «букет» из 3 видов и более. В каждом отдельном случае этот набор индивидуален, этим и объясняется индивидуальность диагноза и комплекса лечения. Обратимся к клиническим примерам. На рисунках представлены, безусловно, неполные картины болезни, однако, и по этим фрагментам можно поставить определенный диагноз.

На рис. 35 — фрагменты клинической картины полости рта пациентки Е., 15 лет. «Юношеский локализованный пародонтит с компонентом гиперплазии десны вследствие тесного положения зубов, неравномерной окклюзионной нагрузки и негигиенического содержания полости рта». Итого 4 фактора (рис. 35).

Что касается лечения болезней пародонта в детском возрасте, то, как и в данном случае, требуется в первую очередь выявить факторы, от которых зависит патология данного пациента. Среди них — те, устранение которых наиболее вероятно. Как раз преимуществом детского возраста и является своевременность такого выявления.

В данном конкретном наблюдении «юношество» является

ними, несмотря на то, что гормональное влияние распространяется на весь пародонт! Но, как правило, патологический процесс сосредотачивается

подвластным лишь времени. Тесное положение зубов устранено методом ортодонтического лечения, а неравномерная окклюзионная нагрузка, установленная с помощью окклюзиограммы, в процессе этого лечения также выровнена.

Симптоматическое лечение заключалось в мотивации к гигиеническому уходу за зубами и контроле индекса гигиены. Перед началом и на этапах ортодонтического лечения проводилась легкая противовоспалительная терапия, но ее значение было несравненно меньшим, чем устранение аномалии прикуса, включая регулирование окклюзионной нагрузки под обязательным контролем окклюзиограмм.

В процессе лечения была также назначена «дозированная жевательная нагрузка». Она заключалась в ежедневном откусывании «мелкой стружкой» вначале тонко отрезанного кружка яблока, затем тонкого пласта моркови длиной 3, затем 5, 7, 10 см, потом более толстых пластов до ощущения комфорта от нагрузки на зубы. По мере тренировки, день ото дня уменьшалась кровоточивость десен, нормализовалась их окраска.

Дозированную жевательную нагрузку целесообразно назначать тем пациентам, у которых окклюзионные контакты на окклюзиограмме в привычной окклюзии отсутствуют, но наличествуют в антериальной.

Однако не всегда так просто установить диагноз, ибо патология пародонта может быть проявлением общесоматического заболевания. Например, диабета, болезни крови и других заболеваний.

Как правило, патология пародонта имеет в этих случаях генерализованный характер (рис. 36).

И если при банальных заболеваниях десен гигиенический уход довольно выражено сказывается на клинических проявлениях, таких как отек, кровоточивость десен и прочих, обеспечивая их стихание, то при генерализованных формах в такой степени этого не происходит.



Рис. 35. Клинический пример до и после лечения



Рис. 36. Состояние пародонта при диабете: клиническая и Rg-картина

Диабет иногда проявляется у совсем маленьких детей, а одним из первых признаков как раз и служат изменения в тканях пародонта. При подозрении на диабет следует назначить исследование на толерантность к глюкозе. «Сахарная кривая» должна быть симметричной, с острой вершиной и располагаться в пределах «нормы» содержания сахара в крови. При отклонениях от этой формы необходима квалифицированная консультация эндокринолога.

Ладонно-подошвенный кератоз, или кератодермия, характеризуется утолщением кожи ладоней, подошв, а у младших детей — и локтей, и коленей (рис. 37). В полости рта — выраженные, порой очень тяжелые проявления патологии пародонта (рис. 38). Зубы расшатываются и выпадают, прогноз для зубов — неблагоприятный, а для жизни — угрозы не представляет. Поэтому подвижные зубы сразу же следует удалять, избавляя пациента от неприятного запаха и вида полости рта, от неудобства при употреблении пищи. Но тотчас же необходимо протезирование.

Маленькие дети легко переносят пользование съемными даже полными протезами. Они их называют «мой зубки», так же как и здоровые дети, не детализируя их особенностей (рис. 39).

X-гистиоцитоз, напротив, представляет угрозу жизни. Эта болезнь протекает в трех различных по тяжести клинических формах.

Первая из них — «эозинофильная гранулема», наиболее благоприятная благодаря ограниченной локализации и хроническому течению. Она может локализоваться в полости рта, в других отделах скелета, и имеет симптоматику, в соответствии с расположением.

Вторая носит название «болезнь Хенда — Шюллера — Кричена». Ей свойственно волнообразное течение и менее благоприятный прогноз для жизни.

Чем раньше проявляется болезнь, тем она злокачественнее. Однако в литературе описаны случаи «самовыздоровления». Тем не менее наиболее раннее лечение дает положительные результаты.

Сущность болезни заключается в опухолоподобном разрастании ретикулоэндотелиальной ткани паренхимы печени, легких, костного мозга и т.п., которая разрушает родную структуру этих органов. Манифестация симптомов болезни зависит от преимущественной



Рис. 37. Гиперкератоз ладоней



Рис. 38. Генерализованный пародонтит при гиперкератозе



Рис. 39. Съемные протезы у мальчика 6 лет



локализации процесса. Поэтому клиника болезни бесконечно разнообразна и делает очень затруднительной ее диагностику. За счет разрушения легочной ткани формируется клиника пульмонологическая, клеток печени — гастроэнтерологическая, эндокринологическая и иммунная. При поражении костного мозга идут разрушения костной ткани, которые в наиболее ранней стадии легче выявить при рентгенологическом исследовании плоских костей скелета: черепа, лопатки, таза, нижней челюсти (рис. 40, слева направо).

Нередко именно с симптомов генерализованного пародонтита с тяжелыми локальными симптомами (расшатанные зубы с вторичными аномалиями положения, обилие грануляций со всеми малоприятными сопровождающими явлениями) стартует это заболевание. И в таких случаях именно стоматолог может способствовать своевременной диагностике: заподозрив эту патологию — направить к специалисту-онколог-гематологу.

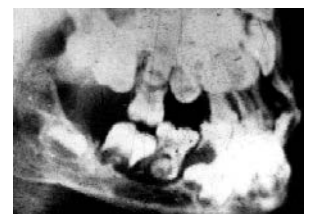


Рис. 40. Картина полости рта и Rg-грамма челюстей при х-гистиоцитозе



Третья форма х-гистиоцитоза — болезнь Леттерера—Сиве не встречается в практике стоматолога из-за скоротечности процесса: она длится всего несколько месяцев и имеет летальный исход.

Еще одним заболеванием, симптомом которого может быть выраженный генерализованный пародонтит, является доброкачественная циклическая нейтропения (рис. 41).

Уже из названия следует ее сущность: периодическое существенное снижение числа нейтрофилов в крови. Во время нейтропенического криза ухудшается самочувствие больного, наблюдается вялость, возможны гнойничковые поражения кожи, обострение пародонтита. И все это происходит из-за резкого снижения в этот период числа нейтрофилов, являющихся важным звеном иммунитета.

Итак, генерализованные формы пародонтита имеют сходную в принципе картину в полости рта. Как же провести дифференциальную диагностику этих болезней? Прежде всего рентгенологически.

При диабете очаги деструкции имеют неспецифичную воронкообразную форму, при нейтропении — ровно очерченные края (см. рис. 41), при х-гистиоцитозе — выходящие за рамки альвеолярного отростка в тело челюсти (см. рис. 40).

Симптоматическое лечение во всех случаях генерализованных пародонтитов имеет второстепенное значение! Ведущую роль играет лечение системного заболевания.

### III. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПОЛОСТИ РТА

Полость рта выстлана слизистой оболочкой различного типа: десневой край и твердое небо — жевательного, мягкое небо, щеки, губы, нижняя поверхность языка и переходные складки преддверия — покровного, спинка языка — специфического с вкусовыми луковицами.

На слизистой оболочке полости рта могут проявляться следствия травматических повреждений (в виде эрозий и язв), а также изменения, являющиеся проявлениями системных общесоматических заболеваний. Кроме эрозий и язв, на слизистой рта могут развиваться папулы, бугорки, пузыри и пузырьки. Однако все эти элементы высыпаний не могут быть абсолютными симптомами того или иного заболевания. Они только относительно специфичны.

Герпетическая инфекция является одной из проблем как всей современной медицины, так и стоматологии в частности. Являясь причиной летальных исходов, герпес занимает среди вирусных заболеваний, не считая СПИДа, второе место (15,8%) после гриппа (35,8%). Все это приводит к необходимости учитывать герпес как важную медико-социальную проблему. Герпес является одной из самых распространенных вирусных инфекций человека. Свыше 90% земного шара инфицировано вирусом простого герпеса (ВПГ) и до 20% из них имеют те или иные клинические проявления инфекции. ВПГ поражает кожу, слизистые оболочки, центральную нервную систему. Пути передачи возбудителя являются: воздушно-капельный, контактный (в том числе половой), трансплацентарный, интранатальный (через родовые пути).

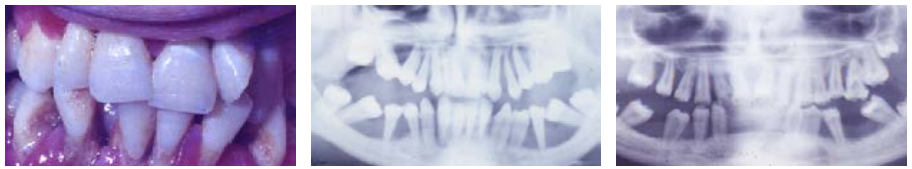


Рис. 41. Состояние пародонта и ортопантомограммы челюстей при циклической нейтропении

Момент заражения обычно неизвестен (кроме внутриутробного инфицирования) и может быть определен по появлению вируснейтрализующих и комплементсвязывающих антител. Заражение проходит бессимптомно, инкубационный период 2—10 дней. Проникнув через слизистые оболочки, кожу, конъюнктиву, вирус достигает регионарных лимфатических узлов, затем диссеминирует в кровь и внутренние органы. В большей части случаев наступает первично-латентная форма инфекции или abortивная первичная инфекция, в течение которой вирус транспортируется от места инвазии к ганглиям. Для ВПГ характерна пожизненная персистенция в нейронах чувствительных и вегетативных ганглиев. Латентные фокусы поддерживаются механизмом «замкнутого цикла», когда вирус циклически мигрирует между ганглием и поверхностью кожи и слизистых оболочек. При воздействии провоцирующих факторов (стресс, травма, интеркуррентная инфекция, УФО, менструация) может произойти реактивация вируса и появление клинических признаков болезни.

В последнее время большинство ученых сходятся на том, что симптомы герпеса в довольно значительной степени зависят от его типа. Поражения полости рта вызывает чаще всего вирус первого типа.

Эта инфекция относится к типичным хроническим вирусным агрессиям, для которых характерны периодические обострения. Третья часть населения мира поражена хроническим рецидивирующим герпесом и свыше половины подобного рода больных за год переносят несколько атак инфекции, в том числе нередко и с проявлениями в полости рта.

#### Острый герпетический стоматит

Первые вирусные поражения полости рта реализуются в детском возрасте в форме острого герпетического стоматита (ОГС). Наиболее часто это происходит в период от 1 года до 3 лет. Объяснения этому заключаются в несостоятельности иммунитета в этом возрасте: до года ребенок защищен материнскими факторами, и лишь к трем годам (поэтому в указанный интервал времени малыш в большей степени уязвим для инфекций) у здорового ребенка формируются собственные противовирусные механизмы. К ним относятся главным образом функция интерферонообразования, антителообразования и лихорадочная реакция, когда температура тела повышается до 39—40°C. В этом режиме приостанавливается репродукция вирусов.

Заражение ВПГ при небольшом снижении уровня интерферонообразования приводит к развитию легкой формы болезни, а при недостаточности и антителообразования — к средней степени тяжести болезни.

При отсутствии функции интерферон- и антителообразования развивается тяжелая форма ОГС, для которой свойственна высокая температура тела. И единственный из механизмов защиты при тяжелом

варианте течения — лихорадочная реакция организма. В течение болезни постепенно появляются противогерпетические антитела, температура тела понижается до диапазона, необходимого для их образования: от 37 до 38,5°C. При среднетяжелой и тяжелой форме течения ОГС в периоде угасания болезни иммунологическая защита едва достигает либо остается ниже уровня, необходимого для обеспечения здоровья, оставляя так называемый иммунологический хвост. Поэтому во многом от того, как ведется лечение болезни в остром периоде, при первичном поражении, зависит ее исход.

Комплексное изучение проблемы герпетического стоматита у детей стартовало на кафедре стоматологии детского возраста ЦИУ (Центрального института усовершенствования врачей, в настоящее время РМАПО).

Первая в нашей стране кафедра детской стоматологии была основана и формировалась в конце 60-х годов, когда надо было развивать специальность во всех направлениях, одним из которых являлась проблема болезней слизистой оболочки рта.

Наиболее принятым и преподаваемым в вузах методом лечения острого афтозного стоматита у детей служило промывание полости рта. С этой целью использовались растворы перманганата калия, перекиси водорода и хлорамина для устранения микробной флоры, якобы вызывающей развитие болезни. На самом деле ее причиной, как выяснилось позже, является вирус обычного герпеса, истребить который с помощью вышеуказанных растворов не представляется возможным, а вот «вымыть» из полости рта естественные факторы иммунитета, которых и так у заболевшего ребенка мало, удастся полностью, так как «мыть» рот надо было «как можно чаще».

Детский стоматолог профессор Т.Ф. Виноградова восстала против этого метода, приступив к углубленному изучению проблемы в союзе с институтом вирусологии АМН СССР. К тому же существовавший способ лечения был довольно мучительным для ребенка. Аргументируя это, Тамара Федоровна предложила молодым преподавателям кафедры «попробовать на язык» эти лекарства. Надо было поместить в рот (здоровый, без эрозий!) тампоны, смоченные «исцеляющими» растворами. Это было крайне неприятно и очень убедительно!

В 1969 г. впервые на основе специальных и комплексных исследований была доказана вирусная природа афтозного стоматита у детей, работами сотрудников кафедры стоматологии детского возраста ЦОЛИУВ обоснован подход к лечению и профилактике заболевания (Виноградова Т.Ф., Мельниченко Э.М., Дроботько Л.Н., Никифорова И.Н. и др.). Новая терминология, классификация, лечение и профилактика острого герпетического стоматита прочно вошли в практику детских стоматологов и педиатров.

Острый герпетический стоматит — проявление первичной герпетической инфекции, самостоятельная нозологическая форма заболевания, встречается чаще,

чем скарлатина и эпидемический паротит, уступая лишь ветряной оспе. Источником инфекции является больной человек или вирусоноситель (близкие родственники, обслуживающий персонал, дети, заболевшие ОГС и РГС). Передача инфекции происходит контактным или воздушно-капельным путем. Заболевание контагиозно.

После попадания вируса в организм ребенка происходит размножение его в клетках местных тканей и близлежащих лимфатических образованиях, поэтому появлению элементов поражения в полости рта предшествуют лимфадениты разной степени выраженности. В процесс обычно вовлекаются лимфатические узлы в подчелюстной области, а иногда и в других зонах. Лимфаденит предшествует высыпаниям и сопутствует течению болезни. В инкубационном периоде наблюдается первичная вирусемия, т.е. проникновение вируса в кровяное русло. Проникая через капиллярный барьер путем диапедеза, ВПГ оседает в печени, селезенке и других органах и быстро размножается. Возникают поражения тканей по типу очагов некроза.

Вторичная вирусемия соответствует продромальному периоду болезни и первым дням ее разгара и характеризуется появлением в крови большого количества вируса, после размножения его в указанных органах. Во время вторичной вирусемии вирусы поражают кожу, слизистую оболочку, где продолжается их внутриклеточное размножение.

Катаральный период вызван генерализованным поражением эпителиальных тканей и размножением в них ВПГ. В патологический процесс в зависимости от степени генерализации вовлекается слизистая оболочка рта, зева, верхних дыхательных путей, глаз, гениталий.

Чем тяжелее заболевание, тем более выражена вирусемия и интенсивность внутриклеточного размножения ВПГ, тем продолжительнее и ярче проявления катара слизистых оболочек. Под влиянием этого процесса происходит наслоение вторичной инфекции, проявляющейся ларингитами, насморком, кашлем, конъюнктивитом, вульвитом.

ОГС, протекая по типу инфекционного заболевания, имеет 4 основных периода развития:

1. Продромальный,
2. Катаральный,
3. Период высыпаний элементов поражений,
4. Период угасания болезни и клинического выздоровления.

Основными симптомами начала болезни является отсутствие сна, аппетита, повышение температуры тела. Ребенок может быть адинамичным, капризным, беспокойным и даже безучастным, но может быть и активным — в зависимости от степени тяжести развивающегося заболевания.

Если болезнь начинается без этого продромального периода и сразу появляются единичные высыпания, притом однократно, при незначительном повышении температуры тела до 37,0—37,2°C, то речь идет о легком варианте течения. Именно у таких детей можно застать



первую стадию элементов высыпания — пузырек (рис. 42).

Выздоровление наступает через несколько дней, при этом наблюдается полное восстановление факторов иммунитета, таких как интерферон и лизоцим, даже со значительным превышением уровня нормы.

Среднетяжелая форма ОГС характеризуется наличием продромального и катарального периодов с симптомами ОРВИ. Общее состояние средней тяжести, тошнота, рвота, температура тела 38—39°C. Гингивит и региональный лимфаденит. Эти дифференциально-диагностические симптомы являются единственными, верными и бесспорными признаками развивающегося ОГС, независимо от формы тяжести, они «встречают» и «провожают» высыпания. При среднетяжелой форме они множественные (до 20 афт) и появляются в 2—3 этапа, нередко с элементами на коже приротовой области (рис. 43).



Рис. 42. Пузырек на слизистой оболочке верхней губы



Рис. 43. Множественные высыпания афт

Перед каждым «подсыпанием» элементов возможен подъем температуры тела. Однако она не превышает обычно 38—38,5°C — уровня, необходимого для выработки организмом антигерпетических антител. Такую температуру «сбивать»

не надо. В периоде выздоровления постепенно восстанавливается уровень иммунологической защиты.

Тяжелая форма ОГС характеризуется длительными, до 7—10 дней, продромальным и катаральным периодами с подъемом температуры до 39—40°C. Нередко и родители, и педиатры воспринимают эту болезнь как ОРВИ, а последующие высыпания как осложнения: либо аллергического характера — медикаментозный «стоматит», либо как новую болезнь. Решающим диагностическим признаком является наличие гингивита и лимфаденита. У ребенка резко выражены проявления интоксикации, в полости рта и на коже приротовой области — обильные высыпания — до 100 афт, которые могут сливаться и переходить в язвенные поражения.

Состояние ребенка определяется детским стоматологом на основании осмотра. Для обезболивания слизистой оболочки рта применяются аппликации анестезиновой мази (Ung. anaesthesini 3%) либо другого местного анестетика. Тампоном, пропитанным мазью, постепенно проводят по слизистой оболочке нижней и верхней губы, щек слева и справа, затем в подъязычной области, осматривают всю полость рта, язык, твердое и мягкое небо, зев. При этом отмечают наличие элементов высыпания в различных участках полости рта, гиперемиию, отек, некротический налет, налет на зубах, особенно в области, где идет прорезывание зубов. На основании полученных данных ставится диагноз с указанием названия болезни: острый герпетический стоматит, степень тяжести легкая (средняя или тяжелая) и обязательно день заболевания, на который ребенок обратился к врачу. Например, ОГС, среднетяжелая форма, 4-й день болезни, 2-й день высыпаний. Или ОГС, среднетяжелая форма, 8-й день болезни, 4-й день высыпаний.

Центральное место в лечении ОГС занимают противовирусные средства. В дальнейшем в процессе лечения противовирусные средства заменяются на кератопластические. Стоматолог ежедневно проводит антисептическую гигиеническую обработку зубов вместо применявшегося в прежние годы промывания, полоскания полости рта, так называемой оксигенотерапии с использованием растворов перекиси водорода, перманганата калия, хлорамина и др.

Промывания и орошения слизистой оболочки при ОГС приносят вред, содействуя вымыванию естественных факторов гуморального иммунитета: лизоцима, интерферона из полости рта. В то же время они не способствуют освобождению ретенционных пунктов (на зубах и между ними в десневых бороздках) от налета (десквамированного эпителия, погибших клеток лейкоцитов, микроорганизмов).

При гигиенической антисептической обработке зубов сухими или отжатыми тампонами риск распространения вирусной инфекции снижается до минимума:

### Примерная запись в истории болезни

Под аппликационной анестезией (Ung. anaesthesini 3%) проведен осмотр полости рта ребенка, гигиеническая и антисептическая обработка зубов с целью лечения гингивита и аппликация противовирусной мази (Ung. bonaphthoni 0,5%). Назначения на дом:

- 1) аппликации бонафтоновой мази 0,5% 4—5 раз в день после еды;
- 2) при температуре тела выше 39°C — жаропонижающие (указать);
- 3) гипосенсибилизирующее средство (указать).

Выдана памятка по уходу за ребенком. Больничный лист с \_\_\_\_\_.

**Второе посещение (второй день наблюдения).** Состояние ребенка прежнее. Температура 38,5°C. Лекарства получает регулярно, переносит хорошо. Новых элементов высыпания в полости рта нет. Явления лимфаденита и гингивита прежние. Проведена гигиеническая и антисептическая обработка зубов, аппликация бонафтоновой мази 0,5%, назначения прежние.

**Третье посещение.** Состояние ребенка улучшилось: меньше капризничает, реже просыпался ночью, немного поел. Лимфаденит, гингивит сохраняются, новых высыпаний нет, наметились признаки регенерации, температура 37,8°C. Проведена гигиеническая обработка зубов, аппликация бонафтоновой мази. Назначения те же.

**Четвертое посещение.** Ребенку лучше: наладился сон, появляется аппетит, температура 37,5°C. Подчелюстные лимфатические узлы мягкие, еще увеличенные. Явления катарального гингивита сохраняются. Элементы высыпания в начальной стадии эпителизации. Проведена обработка зубов, аппликация бонафтоновой мази. Назначения те же, выписано кератопластическое средство (ретинол).

на зубах в мягком налете отсутствуют вирусные частицы, а отсутствие влажной среды препятствует распространению инфекции.

Эффективными препаратами, способствующими эпителизации слизистой оболочки рта, являются масло шиповника, ретинол, каротоллин, линимент алоэ, мазь и желе солкосерила, сок каланхоэ, винилин и др.

Уход за ребенком, заболевшим ОГС, обеспечивают родители. Для информирования их о правилах ухода подготовлена специальная памятка: «Что должны знать родители ребенка, заболевшего острым герпетическим стоматитом».

Обязательно выполняйте все предписания лечащего врача-стоматолога!

При уходе за ребенком, заболевшим ОГС, следует помнить, что наряду с назначенными врачом препаратами нередко применяются так называемые общеизвестные симптоматические средства, всегда имеющиеся в домашней аптечке. К их числу в первую очередь относятся жаропонижающие. Тенденция дать ребенку лекарственные средства, способствующие понижению температуры, при первых же признаках ее повышения является неправильной.

Как уже указывалось выше, температурная реакция служит одной из форм защиты организма. Первый этап этой защиты — функция интерферонообразования, свойственная как сано-, так и патогенезу. Эта функция осуществляется клинически незаметно, без признаков болезни. Следующий этап — антителообразование, происходит при условии повышения температуры тела (преимущественно от 37 до 38°C). Это повышение температуры, уже являющееся признаком заболевания, не должно стать мишенью для борьбы с болезнью, так как само по себе служит проявлением защиты организма.

Подъем температуры свыше 39°C — следующий этап борьбы с вирусной агрессией — отражает в значительной мере некоторую несостоятельность предыдущих защитных реакций. Этим способом, по-видимому, пользуется организм более слабый, особенно нуждающийся в помощи. А ведь именно у детей с низким уровнем иммунологической реактивности заболевание протекает тяжело, т.е. с очень высоким подъемом температуры тела. Следовательно, лечебная помощь должна быть направлена не на лишение организма одного из последних способов защиты, компенсирующего слабость предыдущих, а на помощь организму — введение противовирусных средств, в частности интерферона. Укрепление предшествующих звеньев защиты обусловит «ненужность» термической борьбы с вирусом, и клиническое течение болезни перейдет в стадию угасания. В этом и выразится помощь ребенку.

Необходимо помнить, что механизмы терморегуляции обладают относительной автономностью, в связи с этим у ребенка возможно развитие гипертермической реакции и в ряде случаев — гипертермического синдрома. Следовательно, желательнее управлять развитием болезни, что не всегда легко достижимо. С целью предупреждения развития тяжелого течения болезни, а тем

### Что должны знать родители ребенка, заболевшего острым герпетическим стоматитом

- Прежде всего малыша необходимо изолировать от окружающих детей, так как заболевание контактно-воздушно-капельное. О заболевшем ребенке нужно сообщить в детское учреждение, если он его посещает. У больного должны быть отдельная посуда, постель, полотенце.
- В период заболевания больной ребенок нуждается в специальном уходе. Ему необходимы:
  - постельный режим,
  - выполнение всех предписаний врача,
  - специальное питание и кормление.
 Рекомендуется приготовление свежих овощных отваров, можно на мясном или рыбном бульоне. После готовности бульон необходимо процедить, добавить в него размолотое вареное мясо, рыбное или куриное филе (можно сметану) и дать ребенку. Хорошо давать теплое нежирное молоко и особенно молочнокислые продукты (творог, кефир), сваренные всмятку яйца, если ребенок их переносит. Рекомендуется также приготовление свежих неострых, не раздражающих соков и пюре из овощей и фруктов (смесь морковного, капустного, яблочного и других соков), обильное питье. Пища должна быть не раздражающей и теплой.
- Для ускорения выздоровления ребенка нужно обеспечить покой пораженной слизистой оболочке рта. С этой целью кормление целесообразно проводить не чаще чем 3 или 4 раза в день, а в промежутках между приемами пищи можно давать только питье.
- Перед кормлением необходимо обезболивание слизистой оболочки рта. Для этого осторожно смазать губы и пораженные участки слизистой оболочки анестезирующей мазью, назначенной врачом. После еды рекомендуется освободить полость рта от остатков пищи: прополоскать рот крепким чаем или лизоцимом, если есть уверенность в качестве яиц: (1 белок куриного яйца на 1 стакан теплой подсоленной 0,5 чайной ложки кипяченой воды). После полоскания необходимо смазать слизистую оболочку рта препаратом, рекомендованным врачом. Препараты не равнозначны и применяются в соответствии со стадией развития болезни по назначению врача.

более осложнений в виде гипертермического синдрома необходимо использовать противовирусные средства с момента диагностики заболевания. Средством профилактики тяжелых форм ОГС и тем более рецидивирования герпетической инфекции является лечение ребенка с первых дней заболевания с использованием



противовирусных средств. Так как заболевание начинается неспецифично, с картины ОРЗ, то правильная ориентация педиатров, которые в первые дни заболевания видят ребенка, входит в задачу стоматолога, работающего в своем районе.

Дети, перенесшие ОГС, становятся бессимптомными носителями вируса или страдают рецидивирующим герпетическим стоматитом (РГС). Интеграция вирусной ДНК с ДНК ядер клеток защищает вирус от воздействия антител, химиотерапии и клеточных иммунных факторов, обуславливая латентность инфекции. Латенция обеспечивает сохранение вируса в организме хозяина до создания условий, благоприятных для активации и перехода вируса в инфекционную форму, что ведет к возникновению рецидива. То есть под воздействием различных факторов нарушается равновесие «организм – вирус» в пользу вируса, который реактивируется, и начинается рецидив.

### Рецидивирующий герпетический стоматит

К факторам, приводящим к рецидивированию болезни, относятся: нарушение гуморального и клеточного звена иммунитета, снижение уровня иммуноглобулинов, иммунодепрессивные и гематологические нарушения, применение больших доз антибиотиков, иммунодепрессантов и стероидов. Обострение вызывают и такие факторы, как местная травма, трещины и сухость губ, переохлаждение, перегревание, солнечное облучение, стрессовые состояния, лихорадочные состояния, гормональные изменения, а также контакт с лицом, имеющим проявления герпетической инфекции. Рецидивы не имеют сезонности (см. таблицу).

При инфицировании организма ВПГ защитную роль играют специфические и неспецифические гуморальные и клеточные факторы иммунитета, связанные

с участием антител, макрофагов, лимфоцитов, лейкоцитов, интерферона. Рецидив герпетического стоматита возникает на фоне подавления специфической и неспецифической реактивности организма.

Изучение факторов гуморального иммунитета у детей при РГС выявляет значительные отличия по сравнению с взрослыми. При РГС у детей в начале хронизации болезни специфический иммунологический ответ в виде появления в сыворотке герпетических антител наблюдается не всегда (только у 69,6%). Последующие рецидивы заболевания и повторные антигенные раздражения приводят к тому, что у подавляющего большинства (84,7%) больных детей появляются противогерпетические антитела, что характерно для взрослых с РГС, т.е. рецидивы возникают на фоне высокого титра антител.

Таким образом, большая роль иммунологических механизмов в патогенезе РГС позволяет считать его не только вирусным, но и в значительной степени иммунологическим заболеванием. В зависимости от выраженности симптомов общего и местного характера, а также частоты рецидивов предложено выделять 3 формы заболевания по степени тяжести (Мельниченко Э.М., 1983).

Тяжелая форма РГС наблюдается у небольшого числа больных и характеризуется частыми, не реже 1–2 раз в квартал (4 раза и более в году), рецидивами заболевания. В это число входят дети с перманентной (непрерывно рецидивирующей) формой заболевания, когда на смену эпителизирующимся элементам поражения появляются новые очаги, что приводит к постоянному наличию элементов поражения в полости рта на различных стадиях их развития. Дети и родители таких детей указывали на наличие очень коротких, 1–2 суток за 3–12 месяцев болезни, светлых промежутков в течение заболевания или полное отсутствие таковых.

У детей до трехлетнего возраста с тяжелой формой заболевания в период рецидива наряду с проявлениями в полости рта были отчетливо выражены симптомы общего характера. Обострение заболевания у них сопровождалось, как правило, подъемом температуры до субфебрильных цифр (иногда и выше), головными болями, чувством разбитости, отсутствием аппетита. Дети старшего возраста очередные обострения переносили несколько легче, однако жаловались на плохое общее состояние, боли в крупных суставах и мышцах, сонливость и снижение жизненного тонуса.

При среднетяжелой форме стоматита рецидивы заболевания наблюдаются обычно 1–2 раза в год. При этом симптомы общего характера, как правило, были более выражены у детей младшего возраста. Родители отмечали, что их дети очень часто болеют простудными заболеваниями, имеют привычку все тянуть в рот, при волнении кусают ногти, губы или жуют щеки.

Легкая форма РГС наблюдается чаще и характеризуется

### Риск-программа для прогнозирования рецидивирующего герпетического стоматита у детей (Э.М.Мельниченко, 1983)

| Фактор риска  | Выраженность  | Оценка |
|---|---|--------|
| Отягощенная наследственность в отношении герпес-вирусной инфекции   | Никто из ближайших родственников (отец, мать, братья, сестры) не страдает хроническим рецидивирующим герпесом | 0      |
|   | Болеет один из ближайших родственников  | 2      |
|   | Болели или болеют 2 ближайших родственника и более  | 3      |
| Часто болеет (болел) простудными заболеваниями (ОРВИ, ангина, бронхит)  | Не менее 1 раза в год   | 0      |
|   | 2—4 раза в год  | 1      |
|   | Чаще 4 раз в год  | 3      |
| Страдает хроническими заболеваниями респираторного тракта (бронхит, воспаление легких, тонзиллит, гайморит, ларингит), ЛОР-органов (отит, гайморит и др.) | Нет   | 0      |
|   | С обострениями 1—2 раза в год   | 1      |
|   | С обострениями чаще 2 раз в год   | 3      |
| Заболевания глаз вроде конъюнктивита, кератоконъюнктивита, блефарита  | Нет   | 0      |
|   |   | 2      |
| Травма в полости рта (острые части коронок или корней зубов, аномалии прикуса, вредные привычки, способствующие повреждению слизистой)                    | Нет   | 0      |
|   | Есть  | 2      |

Возможность развития РГС имеется, если сумма баллов равна или превышает число 6. Чем больше сумма, тем больше риск заболевания.

сравнительно редкими, 1–2 раза в 3 года, рецидивами заболевания. При этом в полости рта наблюдается небольшое количество (1–2) элементов поражения, которые, как правило, локализуются у каждого больного в изблюбленных местах: слизистая оболочка языка, губ, щек (рис. 44). Очередные обострения заболевания проявлялись симптомами не только местного, но и общего характера различной степени выраженности.

Дети старшего возраста с различными формами РГС по степени тяжести иногда отмечали, что появлению элементов поражения в полости рта предшествует чувство жжения, а на слизистой в этом месте отмечается в ряде случаев покраснение. Пузырьки быстро вскрываются, оставляя после себя эрозии неправильной формы, а на губах и коже они покрыты кровянистыми корочками. Заживление происходит обычно на 8–10-й день, не оставляя рубца.

Клинический опыт и результаты лабораторных исследований подтверждают имеющиеся в литературе сведения, в том числе полученные при исследовании взрослых, о трудности дифференциальной диагностики рецидивирующей герпетической инфекции в полости рта с другими поражениями без вирусологических, иммунофлюоресцентных или цитологических исследований.

Тщательное изучение клинической картины заболевания у лиц с лабораторно подтвержденным диагнозом РГС показало следующее: пузырьки на слизистой оболочке встречаются чрезвычайно редко и не являются обязательными в полости рта, в отличие от высыпаний при кожных заболеваниях, однако этот симптом следует иметь в виду при уточнении анамнеза и диагностике. При герпетическом стоматите элементы поражения чаще сгруппированы в 2–3 и более, но могут быть и разбросанными или единичными.

Нередко очередное обострение стоматита наступает во время или после перенесенного острого лихорадочно-заболевания или связано с предшествующей травмой слизистой оболочки полости рта. Следует иметь в виду и различной степени выраженности симптомы общего характера (головная боль, недомогание, чувство разбитости и др.).

Выраженные клинические проявления рецидивирующей герпетической инфекции наиболее характерны для лиц с врожденным или приобретенным иммунодефицитным состоянием. Доказано, что большинство случаев хронического герпеса встречается при истощении системы Т-лимфоцитов у больных, получающих иммунодепрессанты или имеющих злокачественную опухоль.



Рис. 44. Рецидивирующий герпес полости рта

В связи с недостаточно изученным патогенезом РГС попытки противорецидивного лечения не всегда являются достаточно успешными. Обнадеживающие данные имеются при назначении гипосенсибилизирующих препаратов, а также иммуностимуляторов.

Очень важным является общее оздоровление ребенка, лечение органов пищеварения, санация инфекционных очагов, а также устранение вредных привычек, способствующих травмированию слизистой оболочки полости рта.

Дети с РГС должны составлять специальную группу среди диспансерных больных.

Общее и местное лечение РГС, направленное на купирование острых клинических проявлений, принципиальных отличий от лечения ОГС не имеет. Особенности лечения РГС заключаются в следующем:

- Местное противовирусное лечение проводится до завершения эпителизации элементов поражения. Применяются мази алпизарина, ацикловира, бонафтона в виде глазных мазей. Эффективно местное применение мази Траумель С, препаратов интерферона после еды и очищения от налета поверхностей зубов.
- Общее лечение включает использование противовирусных, иммунокорректирующих или иммуностимулирующих препаратов, а также гипосенсибилизирующих средств.

Из противогерпетических препаратов общего действия у детей применяется ацикловир (зовиракс) внутрь по 0,2 через каждые 4 часа с ночным перерывом, всего 5 раз в сутки в течение 5–10 дней. Эффективно применение траумеля С в форме сублингвальных таблеток (1–3 раза в день через 0,5 часа после или за 0,5 часа до еды).

Выбор иммуностимулятора или иммунокорректора проводится в зависимости от давности и частоты рецидивов, тяжести клинического течения. В начале заболевания, когда имеет место недостаточная выработка специфических антител, назначаются препараты, регулирующие гуморальное звено иммунитета. При неоднократных и частых рецидивах стоматита очередное обострение возникает на фоне высокого титра антител, и, как правило, выявляются нарушения клеточного иммунитета. Поэтому показаны препараты, регулирующие именно клеточное звено.

Имунокорректирующее лечение осуществляется совместно с педиатром, которому после проведенной терапии представляется выписка. ОГС и РГС следует дифференцировать с герпангиной, возбудителем которой является не ВПГ, а вирус Коксаки (рис. 45).



Рис. 45. Герпангина: эрозия на слизистой оболочке мягкого неба





Рис. 46. Вирусные бородавки на губах и языке

Из вирусных поражений полости рта известны также вирусные бородавки (рис. 46). Начиная с периода новорожденности, у детей разного возраста может наблюдаться острый или хронический кандидоз, легкая форма которого именуется обычно молочницей (рис. 47). К острым заболеваниям относится также многоформная экссудативная эритема (рис. 48) и синдром Мелькерссона — Розенталя (рис 49).

### Рецидивирующие афты полости рта

Одним из наиболее частых видов патологии, возникающей на слизистой оболочке рта у детей, является симптом рецидивирующих афт (РА; рис. 50).

Различными авторами установлена зависимость симптома РА в полости рта от различных факторов: вируса, нарушений витаминного баланса, в частности гиповитаминоза В<sub>1</sub> и В<sub>12</sub>, гиповитаминоза С, нейродистрофических влияний, наследственной и конституциональной предрасположенности, патологии системы иммунитета. Таким образом, в оценке генеза РА полости рта до сих пор существуют разногласия. В то же время все большее число детей с этим страданием обращаются к стоматологу, однако нередко традиционные методы лечения так называемого хронического рецидивирующего афтозного стоматита оказываются малоэффективными. Обобщение многолетнего опыта наблюдения и лечения детей с указанной патологией позволило сформулировать новый подход к его интерпретации, а следовательно, и к лечению (Максимова О.П., 1983, 2011).

Современные данные об этиологии и патогенезе РА полости рта позволили составить иное представление об этой распространенной патологии. Употребление термина «рецидивирующие афты полости рта» вместо укоренившегося названия «рецидивирующий афтозный стоматит» позволяет подчеркнуть в названии симптоматический характер этого вида патологии и направить в нужное русло тактику врача-стоматолога и педиатра. Такое название и выделение в особую группу рецидивирующих афт полости рта уже давно предложено рядом отечественных и зарубежных авторов (Виноградова Т.Ф., 1982; Максимова О.П., 1983, 2011; Asquith O., Basu N., 1978; Lymoens K. и соавт., 1979; и др.).



Рис. 49. Синдром Мелькерссона — Розенталя — Россолимо



Рис. 47. Легкая форма кандидоза, налеты на языке, напоминающие «манную кашу»



Рис. 48. Многоформная экссудативная эритема, в отличие от ОГС, типичный симптом — отсутствие гингивита

Рецидивирующие афты полости рта в детском возрасте следует рассматривать как одно из проявлений аномалии конституции организма. Под конституцией понимается совокупность генотипических и фенотипических свойств и особенностей (морфологических, биохимических, функциональных) организма, определяющих его реактивность, т.е. комплекс защитно-приспособительных реакций, направленных на сохранение гомеостаза при изменениях внешней среды. Маслов М.С. (1960) назвал конституцией детского организма то, «как ребенок болеет». Варианты конституции — это варианты здоровья. Аномалии конституции проявляются в неадекватности реакций организма на факторы внешней среды. Это тот фон, на котором возникают болезни. Аномалия конституции, или диатез, означает «склонность», «предрасположенность», это — особенность реактивности организма, характеризующаяся предрасположенностью к определенным патологическим процессам, а также своеобразными реакциями на обычные факторы. Такими факторами внешней среды являются пища, влажность и температура воздуха, солнечные лучи, химический состав воды и почвы, возбудители инфекции.

Аномалия конституции (диатез) заключается в аллергической предрасположенности к катаральным процессам в коже и слизистых оболочках дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, глаз, гениталий в сочетании с поздним стартом ферментных систем пищеварения и другими нарушениями. Клинически



Рис. 50. Рецидивирующие афты полости рта

выделены две основные формы атопического аллергического диатеза:

1. Преимущественно кожная. Аллергический конституциональный дерматит (стойкие опрелости, ягодичная эритема, молочный струп, гнейс), истинная детская эритема (ограниченная и диссеминированная), смешанные формы экземы, строфулюс, нейродермит грудного возраста.

2. Сочетанная:

- Дермореспираторный синдром — одна из форм кожных проявлений в сочетании с симптомами респираторного аллергоза.
- Дермоинтестинальный синдром — одна из кожных форм в сочетании с неустойчивым стулом, диареей (в стуле зелень и слизь, в слизи — эозинофилы), метеоризмом.
- Дермомукозный синдром — наряду с кожными проявлениями наблюдается поражение слизистых оболочек. Это — повторные отиты, риниты, фарингиты, блефариты, конъюнктивиты, «географический» язык, вульвовагиниты. Сюда же следует отнести и рецидивирующие афты полости рта.

Атопический аллергический диатез проявляется необязательно участием всех фрагментов барьерной системы (кожи и слизистых оболочек). У отдельных детей страдает весь комплекс, у других наблюдаются различные сочетания, у третьих — единичные проявления, например только на слизистой оболочке пищеварительного тракта.

Проявления атопического аллергического диатеза, сходные по морфогенезу, различаются клинически в зависимости от анатомо-морфологических особенностей, вида барьерной ткани. Десквамация эпителия и воспаление слизистой оболочки дыхательных путей клинически проявляются частым покашливанием, «першением» и сухостью в носоглотке, заложенностью носа, что приводит к дыханию через рот и еще более усугубляет начавшийся патологический процесс. Те же проявления аллергического диатеза на слизистой оболочке мочеполовой системы клинически выражаются другим комплексом симптомов. Они нередко определяются как «вульвовагинит», «инфекция мочевыводящих путей» в связи с признаками воспаления и десквамации эпителия, которые обуславливают появление в моче лейкоцитов, эпителиальных клеток и т.д. В последующем, в процессе усугубления патологии, могут развиваться вторичные наслоения.

На коже клинические проявления аллергического диатеза являются наиболее известными и легко различимыми.

Аналогичные процессы на слизистой оболочке рта выражаются в симптомах десквамативного глоссита, так называемого географического языка (рис. 51), «стоматита» или, правильнее сказать, рецидивирующих афт полости рта.

Со стороны органов пищеварения у детей с аномалией конституции наблюдается поздний старт ферментных систем, обеспечивающих пищеварение. Это

проявляется в нарушении обмена белков, жиров, углеводов и витаминов, функции печени, водно-электролитного баланса, в угнетении фагоцитоза и других механизмов специфического и неспецифического иммунитета. Степень выраженности и полноты комплекса клинических симптомов атопического диатеза у разных детей различна: от единичных признаков до максимума как количества, так и тяжести проявления патологии. Основные клинические симптомы:

- нарушения аппетита (наиболее часто — пищевые прихоти, состоящие в отказе от той или иной пищи, например от молока или мясных продуктов, сладостей, жирной пищи и др.);
- болевой синдром (периодические боли в животе, чаще в области пупка, иногда симулирующие приступ аппендицита);
- нарушения моторной деятельности (склонность к запорам, «овечий» кал и др.);
- нарушения переваривания пищи, которые можно установить различными прямыми и косвенными способами («не в коня корм» — ребенок плохо растет, при копрологическом исследовании обнаруживается непереваренная белковая, углеводистая пища, жиры; при исследовании уровня различных витаминов — его снижение, иногда в очень значительной мере, особенно группы В, С и т.д.);
- вторичные наслоения (различные виды патологии системы пищеварения, имеющие классическую, традиционную симптоматику), развившиеся на почве дермомукозного синдрома. Сюда следует отнести такие формы патологии, как дисбактериоз, дискинезии желчевыводящих путей и кишечника, колиты, энтериты и т.п.



Рис. 51. «Географический» язык — десквамативный глоссит

По степени тяжести симптома РА полости рта следует выделять три формы.

**Легкая форма.** Рецидивы афт развиваются один раз в несколько лет. Афты одиночные, малоболезненные. Дети страдают незначительно, в основном при употреблении пищи.

У детей с легкой формой РА выявлены лишь отдельные, малозначительные симптомы патологии органов пищеварения. В основном в анамнезе — склонность к запорам, редкие периодические боли в животе, не связанные с приемами пищи, нередко успокаивающиеся после естественного освобождения кишечника. В анамнезе



у отдельных детей проявления экссу­д­ативного диатеза, обычно на первом году жизни.

При осмотре детей у педиатра дан­ных, свидетельствующих о патологии органов пищеварения, обычно не уста­навливают, пальпация живота безбо­лезненна, печень не увеличена.

Копрологическое исследование сви­детельствует о единичных наруше­ниях в процессе пищеварения. Чаще всего это выявление «незначительных» количеств непере­варенных мышечных волокон, что связано с наруше­ниями в деятельности желудка и поджелудочной железы.

После симптоматического лечения такого ребен­ка стоматологом, особенно если лечение проводилось в первый раз, наступает облегчение. Следующий ре­цидив развивается через несколько лет. Несложность симптоматического лечения и малая выраженность клинических симптомов зачастую не создают мотива­ции к посещению врача. Поэтому далеко не все лег­кие формы РА регистрируются в учетной медицинской документации поликлиник. В отдельных случаях врач, не находя иного объяснения, ставит диагноз: «деку­битальная» или «травматическая» афта.

**Среднетяжелая форма.** Рецидивы афт развиваются ежегодно, чаще несколько (1–3) раз в год. Афты болез­ненные, иногда в различных местах слизистой оболочки, но, как правило, в переднем отделе полости рта (рис. 52). Слизистая оболочка полости рта бледная, несколько отечная. Эволюция афты происходит в 7–9 дней.

При среднетяжелой форме РА, по данным анам­неза, у детей отсутствуют хронические заболевания. Однако при расспросе четко выявляются следующие



Рис. 52. Симптом РА в полости рта

симптомы: отсутствие аппетита, за­поры, боли в животе (чаще в области пупка), «овечий» кал, непереносимость отдельных пищевых продуктов, чаще молока, иногда жирной пищи, мяса, крахмалосодержащих продуктов.

Из перенесенных заболеваний от­мечаются пищевые токсикоинфекции, «ложные» приступы аппендицита, не­подтвержденная лабораторно дизен­терия и т.д.

При осмотре у отдельных детей на коже лица можно найти мелкие сосудистые «звездочки» или «паучки», что является клиническим признаком функциональной недостаточности печени. В копрограмме — сочетанные нарушения переваривания белков и углеводов, белков и жиров. Сочетания нарушенного переваривания угле­водов и жиров не выявлено ни у одного ребенка.

При углубленном исследовании у педиатра детей, страдающих среднетяжелой формой РА, диагности­руется патология органов пищеварения: дискинезия желчевыводящей системы, дискинезия кишечника, ги­перацидный гастрит, ангиохолецистит. При этом нару­шения в переваривании отдельных продуктов обычно совпадают с пищевыми прихотями детей (рис. 53).

При недостаточном переваривании белков харак­терно неприятие молока и мяса, жиров — жирной пищи, углеводов — крахмала, киселей и пр.

**Тяжелая форма.** Характеризуется единичными или множественными, различного размера высыпани­ями, локализующимися не только в передних отделах полости рта, но и на слизистой оболочке твердого, мяг­кого неба, щеках, дужках миндалин.

Рецидивы наблюдаются свыше 4 раз в год, порой ежемесячно или непрерывно.

При этой форме патологии в первые дни заболевания может подниматься тем­пература тела, лимфаденит не наблюда­ется, гингивит отсутствует. Развитие эле­ментов высыпания происходит длительно, в течение нескольких недель, в среднем от 9 до 20 дней, в связи с чем период эпите­лизации одних афт совпадает с появле­нием новых и порой, особенно в запущенных случаях, вся слизистая оболочка полости рта представляет собой как бы сплошную «раневую» поверхность.

Перед появлением афт на слизистой оболочке обнаруживается ограниченный очаг гиперемии, затем участок некроза (размером с булавочную головку), потом происходит его увеличение. Параллельно развитию афты увеличивается гиперемия и инфильт­рация подлежащей ткани.

В самых тяжелых случаях афты переходят в яз­вы, после эпителизации которых образуются рубцы (рис. 54). Такие элементы обычно одиночны, на широком инфильтрированном основании, приобретаю­щем вид подушки при локализации на губах и щеках. Кратерообразный дефект ткани по мере заживления уплощается, заполняется грануляциями, уменьшается с периферии, приобретая сходство с афтой.

Слизистая оболочка щек и губ у этих детей имеет ха­рактерный вид. Она рыхлая, отечная, бледной окраски



Рис. 53. Дети часто разборчивы в еде



Рис. 54. Тяжелая форма симптома РА. Рубцовые изменения на боковой поверхности языка в результате обширной язвы

с некоторой мраморностью за счет утолщения эпителиального покрова, на ощупь слегка бугристая.

Дети с тяжелой формой РА полости рта в анамнезе обычно уже имеют сформированные болезни органов пищеварения. К ним относится неспецифический колит, хронический холецистохолангит, хронический гастрит с повышенной или пониженной секреторной функцией, дискинезия желчевыводящей системы, хронический лимфаденит лимфатических узлов брыжейки и т.п. Они страдают упорными запорами, иногда чередующимися с диареей, болями, возникающими спонтанно и при пальпации живота, метеоризмом.

При лабораторном исследовании можно установить признаки витаминной недостаточности, дисбактериоза, анемии. При энтероскопическом исследовании обнаруживается наличие кровоточащих или эпителизирующихся эрозий, изменение сосудистого рисунка, отмечена контактная кровоточивость, гиперемия слизистой оболочки, изменение рельефа складок желудка и т.п. Следует особо выделить наличие эрозий в кишечнике, по времени совпадающих с возникновением афт на слизистой оболочке полости рта.

Обследование и лечение этих детей проводятся в стационаре и, как правило, включают более широкий комплекс, определяемый индивидуально, в зависимости от вида и степени тяжести вторичных наслоений. Как показал опыт, одного лишь «традиционного» лечения органов пищеварения бывает недостаточно. Дети нуждаются в специальном подходе, основанном на учете сущности дерматомукозного синдрома.

Установить диагноз «рецидивирующие афты полости рта» не представляет трудности. Однако в полной мере его нельзя считать диагнозом, так как РА полости рта всего лишь симптом. Задача стоматолога заключается в определении степени его тяжести, выявлении характера нарушений в переваривании пищи и патологии органов пищеварения.

С этой целью необходимо провести анамнестическое, стоматологическое и копрологическое исследование. Обследование ребенка стоматолог проводит совместно с педиатром.

В задачу стоматологического исследования входит не только осмотр слизистой оболочки полости рта и выявление симптома афт, но и проведение оценки первого этапа пищеварения — функции откусывания и пережевывания пищи. Для этого стоматолог, осматривая полость рта, должен установить состояние прикуса и зубов, а также провести окклюзиографию. Наряду с этим необходимо выяснить, долго ли ребенок ест, не запивает ли еду (признаки ленивого жевания).

Копрологическое исследование является наиболее доступным и позволяет составить ориентировочное представление о завершенности в переваривании основных ингредиентов пищи: белков, жиров, углеводов. О переваривании белков судят по количеству мышечных волокон (с исчерченностью и без исчерченности) и соединительной ткани. Наличие неизмененных мышечных

волокон в кале говорит о нарушениях деятельности желудка и поджелудочной железы. О переваривании углеводов можно сделать заключение по наличию перевариваемой клетчатки (ее появление в кале означает нарушение переваривания в полости рта) и крахмала (внутриклеточный свидетельствует о патологии в деятельности желудка, внеклеточный — тонкого кишечника). Переваривание жиров отражается в показателях: жир нейтральный и жирные кислоты. Наличие нейтрального жира свидетельствует, как правило, о недостаточной деятельности поджелудочной железы, а жирных кислот — желчеотделения. Появление лейкоцитов и слизи свидетельствует о воспалительных изменениях кишечника.

Результаты копрологического исследования должны быть сопоставлены с составом и количеством съеденной пищи как в целом, так и в отношении отдельных ее ингредиентов. Например, значительное количество непереваренных мышечных волокон в копрограмме может свидетельствовать либо о перегрузке питания мясными и рыбными продуктами, в том числе копчеными, консервированными (ежедневно, при каждом употреблении пищи и в большом количестве), либо о недостаточности переваривания, если мясные и рыбные продукты употреблялись в отварном виде и в незначительном количестве (порой всего однократно за весь период), либо о плохом пережевывании пищи.

Если у ребенка имеется аномалия прикуса, то в период исследования ему надо назначить употребление измельченной пищи (провернутое через мясорубку мясо, рыбу).

Копрограмма должна оцениваться с учетом перечисленных факторов, количества, состава пищи и жевательной функции. Копрологическое исследование целесообразно начинать по истечении 3 дней ведения пищевого дневника, запись которого рекомендуется делать по следующей схеме:

- Дата, часы
- Что и сколько съедено
- Стул
- Состояние слизистой полости рта

Имея данные копрограммы, можно провести дифференциальную диагностику между РГС и РА, при этом надо иметь в виду, что при РГС обычно отсутствуют и анамнестические, и копрологические признаки патологии органов пищеварения.

Затем составляется заключение, и с выпиской из стоматологической амбулаторной карты (с указанием данных анамнеза, копрограммы, степени тяжести РА полости рта) ребенок направляется на консультацию к педиатру, а при необходимости — к гастроэнтерологу или в специализированное гастроэнтерологическое учреждение. Совместно с педиатром устанавливается полный диагноз и проводится лечение (в условиях стационара или гастроэнтерологического центра амбулаторно). Первым этапом лечения должна быть регуляция моторной деятельности кишечника, устранение запоров. Наряду с этим необходимо назначить индивидуальную



## Этапный эпикриз

### Анамнез

1. Рецидивы афт (*январь, февраль, март, апрель, май, июнь, июль, август, сентябрь, октябрь, ноябрь, декабрь — подчеркнуть*), т.е. \_\_\_\_\_ раз в год или раз в \_\_\_\_\_ года.
2. Самочувствие ребенка в период проявления РА в полости рта (симптомы ОРЗ, подъем температуры до \_\_\_\_\_, высыпания на других слизистых оболочках (вульвит, инфекция мочевыводящих путей) \_\_\_\_\_, характер стула \_\_\_\_\_, боли в животе \_\_\_\_\_).
3. Перенесенные заболевания за истекший период \_\_\_\_\_.
4. Боли в животе (после еды, спустя \_\_\_\_\_ ч., независимо от приема пищи, перед едой, успокаиваются самостоятельно, после освобождения кишечника \_\_\_\_\_).
5. Аппетит. Предпочитает пищу \_\_\_\_\_, избегает \_\_\_\_\_.
6. Характер стула. Ежедневно \_\_\_\_\_ раз, 1 раз в \_\_\_\_\_ дня, цвет \_\_\_\_\_, консистенция \_\_\_\_\_, копрограмма (прилагается), дата \_\_\_\_\_. После соблюдения диеты \_\_\_\_\_, дата \_\_\_\_\_.
7. Пищевой дневник в период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ в предшествующие копрологическому исследованию (3 дня) \_\_\_\_\_. В период соблюдения диеты \_\_\_\_\_, в период лечения \_\_\_\_\_. Заключение педиатра (*отсутствует, прилагается, у педиатра не наблюдается — нужное подчеркнуть*).

### Диагноз

Симптом рецидивирующих афт в (*легк., средн., тяж.*) форме, проявляется на фоне мукозного синдрома аллергического диатеза, осложненного \_\_\_\_\_ (*диагноз педиатра*).

### Рекомендации

1. Регулирование стула (ежедневное, самостоятельное освобождение кишечника).
2. Питание \_\_\_\_\_ раз в день, ограничить употребление \_\_\_\_\_.
3. Копрологическое исследование в период соблюдения диеты, применения ферментных препаратов, обычного рациона: *дома, в детском дошкольном учреждении или школе (нужное подчеркнуть)*.
4. Ведение пищевого дневника перед копрологическим исследованием в течение 3 дней.
5. Ведение дневника рецидивов афт; наблюдение педиатра \_\_\_\_\_.

диету или средства, улучшающие пищеварение (минеральные воды, желчегонные и ферментные препараты по показаниям). При тяжелой форме РА проводят специальное лечение выявленной патологии органов пищеварения, применяют средства, устраняющие вторичные проявления болезни: гиповитаминоз (в первую очередь С, группы В), дисбактериоз, анемию и др. Детям с тяжелой формой РА показано применение препаратов, стимулирующих иммунитет: продигозан, лизоцим, декарис (левомизол) и др.

Критерием эффективности лечения является изменение клинической формы РА от тяжелой

до среднетяжелой или легкой, вплоть до полного прекращения рецидивов, а также нормализация показателей копрограммы, уменьшение или устранение проявлений патологии системы пищеварения.

Местное лечение симптома РА в полости рта носит симптоматический характер, но является необходимым для самочувствия больного ребенка, в особенности при более тяжелых формах РА. В период рецидива в первую очередь нужно назначить обезболивающие препараты. Обезболивающие средства применяют перед едой и гигиеническим уходом за полостью рта.

После еды можно делать ротовую ванночку из крепкого свежесваренного чая или раствора лизоцима (1 белок куриного яйца размешать в стакане кипяченой воды, смешанной с половиной чайной ложки поваренной соли, или отвара трав ромашки, шалфея, и др.). Затем смазывать афты, эрозии или язвы кератопластическими средствами (ретинол, масляный раствор витамина А, каротолин, масло облепихи, мазь и желе солкосерила и др.).

При единичных высыпаниях в полости рта дважды в день (утром и вечером) ребенку надо помогать чистить зубы (не исключая зубов, расположенных вблизи высыпаний), а при множественных и крупных эрозиях и язвах в полости рта — хорошо очищать поверхность зубов ватными шариками, смоченными растворами протеолитических ферментов.

В связи с тем, что лечение этого рецидивирующего заболевания может оказаться продолжительным, всех детей с РА полости рта необходимо брать на диспансерный учет у стоматолога.

Заполняют и вклеивают в амбулаторную карту стоматологического больного этапный эпикриз.

Диспансеризация детей с симптомом РА в полости рта состоит в динамическом наблюдении с заполнением на каждом этапе эпикризов, на основании которых можно составить заключение об эффективности проводимого лечения.

Периоды наблюдения и определения эффективности лечения зависят от степени тяжести РА: 1 раз в год при легкой форме, 2 раза в год при средней и 3 раза — при тяжелой. На каждом этапе диспансерного наблюдения проводят повторный сбор анамнеза, копрологическое и другие исследования по показаниям.

Следует иметь в виду, что ребенок, страдающий рецидивирующими афтами полости рта, вырастает, и по мере взросления усугубляются или купируются симптомы патологии. Стоматологи, наблюдающие такого пациента, обычно ставят диагноз «хронический рецидивирующий стоматит» и в лечении нередко ограничиваются применением симптоматических средств. В то же время использование данных вышеприведенного дневника помогает найти верные пути как диагностического исследования, так и эффективного лечения.