

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России)

**ГРИБКОВЫЕ, ВИРУСНЫЕ  
И ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТОМАТИТЫ  
В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ**

Учебное пособие

Рекомендовано Учебно-методическим объединением  
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России  
в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов  
по специальности 060105(040400) – стоматология

Ставрополь, 2013

УДК 616.31-002.992.28.988-001(07)

ББК 56.612я73

Г 82

**Грибковые, вирусные и травматические стоматиты  
в клинике терапевтической стоматологии. Учебное пособие.**

Под редакцией д.м.н. К.Г. Каракова – Ставрополь. Издательско-информационный центр «Фабула», 2013. – 100 с.

ISBN 978-5-89822-345-8

Составители: д.м.н., проф. **Караков Карен Григорьевич**;

к.м.н., доц. **Власова Татьяна Николаевна**;

к.м.н., доц. **Лавриненко Вячеслав Иванович**;

д.м.н., проф. **Герасимова Лариса Павловна**;

д.м.н., проф. **Цатурян Людмила Дмитриевна**;

д.м.н. **Парфирiadис Михаил Павлович**;

к.м.н., асс. **Оганян Артур Вейганович**;

к.м.н., асс. **Хачатурян Эмилия Эдуардовна**;

врач-стоматолог **Мордасов Николай Александрович**

Учебное пособие предназначено для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов, врачей-ординаторов и стоматологов практического здравоохранения. Содержит информацию об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении грибковых, вирусных и травматических стоматитов.

**Рецензенты:**

Заслуженный деятель науки РФ, лауреат государственной премии РФ в области науки и техники, зав. кафедрой патологической физиологии Московского государственного медико-стоматологического университета, д.м. н., профессор **Воложин А.И.**

Заведующий кафедрой стоматологии общей практики с курсом обучения зубных техников Московского государственного медико-стоматологического университета, д.м. н., профессор **Арутюнов С.Д.**

ISBN 978-5-89822-345-8

УДК 616.31-002.992.28.988-001(07)

ББК 56.612я73

Рекомендовано к печати редакционно-издательским советом СГМУ

© Ставропольский государственный  
медицинский университет, 2013

---

---

## СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. ГРИБКОВЫЕ СТОМАТИТЫ .....	8
1.1. Кандидозный стоматит .....	8
1.2. Актиномикозный стоматит .....	21
 Глава 2. ВИРУСНЫЕ СТОМАТИТЫ .....	 27
2.1. Герпетический стоматит .....	27
2.2. Коревой стоматит .....	40
2.3. Ветряной стоматит .....	47
 Глава 3. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТОМАТИТЫ .....	 55
3.1. Острый механический стоматит .....	55
3.2. Хронический механический стоматит .....	56
3.3. Химические стоматиты .....	63
3.4. Лучевые стоматиты .....	66
3.5. Ожоговые стоматиты .....	69

---

---

Глава 4. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТИТОВ .....	71
--	----

Глава 5. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СТОМАТИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ .....	82
--	----

5.1. Антимикробная фотодинамическая терапия HELBO .....	82
--	----

5.2. Озонотерапия .....	86
-------------------------	----

5.3. Криодеструкция .....	89
---------------------------	----

Литература .....	93
------------------	----

---

---

## ВВЕДЕНИЕ

Стоматит – собирательное название заболеваний слизистой оболочки полости рта, разнообразных по причине возникновения и клиническим проявлениям. Среди причин возникновения выделяют общие и местные. Для местных характерно развитие при локальном действии повреждающих факторов непосредственно на слизистую оболочку. Общие причины развивают болезнь вследствие основного патологического процесса вне полости рта. Воспалению слизистой оболочки полости рта при стоматитах присущи все классические признаки местного воспалительного процесса: покраснение, развитие припухлости, боль, нарушение функции органа и повышение местной, а иногда и общей температуры тела.

***В основу классификации стоматита положены различные признаки:***

1) по клиническому течению различают острые и хронические стоматиты;

2) по характеру морфологических изменений – первичные (катаральное, фибринозное, альтеративное и пролиферативное воспаление) и вторичные (эрозии, афты, язвы, пятна, рубцы);

3) по причине возникновения:

---

---

а) повреждения, возникающие вследствие механической, физической и химической травмы (ссадина, афта Бернара, лучевые, химические и термические ожоги);

б) заболевания, возникающие вследствие вирусных инфекций (герпетический, коревой, ветряночный стоматит), бактериальных инфекций (стрептококковый, скарлатинозный, туберкулезный, гонорейный стоматит), грибковых инфекций (молочница, хронический кандидозный стоматит), спирохет и фузоспириллезной флоры (сифилис, язвенно-некротический стоматит Венсана);

в) заболевания, возникающие вследствие аллергических реакций при контактной, микробной и лекарственной аллергии;

г) изменения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и болезнях обмена.

## **Классификация стоматита Всемирной организации здравоохранения**

### ***Стоматиты по степени поражения слизистой оболочки***

#### **Поверхностные стоматиты**

- катаральный
- фибринозный, или афтозный

#### **Глубокие стоматиты**

- язвенный
- некротический

---

---

### *Стоматиты по этиологии*

- травматический – при воздействии физических или химических травмирующих факторов на слизистую оболочку;
- инфекционный – при воздействии вирусной, бактериальной или грибковой инфекции на слизистую оболочку; особый вид инфекционных стоматитов – специфический стоматит, развивающийся при туберкулезе, сифилисе и других специфических заболеваниях;
- симптоматический стоматит – проявление заболеваний внутренних органов.

### *Стоматиты по течению*

- острый
- подострый
- рецидивирующий

---

---

## Глава 1. ГРИБКОВЫЕ СТОМАТИТЫ

### *1.1. Кандидозный стоматит*

Кандидозный стоматит – это грибковое заболевание, которое проявляется налетом белого цвета в полости рта и на языке. Чаще всего кандидозный стоматит появляется у маленьких детей и людей пожилого возраста, но это заболевание может проявиться в любом возрасте. Обычно кандидозный стоматит вызывается дрожжеподобными грибами вида *Candida albicans*. В редких случаях это заболевание провоцируется другими видами грибка. К ним относятся: *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida parapsilosis* и *Candida glabrata*. Дрожжеподобный грибок рода *Candida* всегда присутствует в наибольшем количестве в ротовой полости на мембранах слизистой оболочки. Обычно он не причиняет вреда, но при определенных обстоятельствах, когда он начинает размножаться, попадает на близлежащую мышечную ткань и инфицирует ее. В ротовой полости существует много видов бактерий, которые контролируют рост грибка рода *Candida*. Иногда в рот попадает новый вид бактерий и нарушает баланс присутствующих там организмов, провоцируя размножение грибка *Candida*.



*Причиной развития кандидозного стоматита могут быть следующие факторы, а также заболевания:*

- сниженная возможность противостоять инфекции (ослабленная иммунная система) увеличивает риск появления кандидозного стоматита. Развитие грибка рода *Candida* уменьшается только в случае здорового организма и сильной иммунной системы;
- младенцы в особенности подвержены появлению заболевания, поскольку их иммунная система еще полностью не сформировалась. Как правило, кандидозный стоматит наблюдается у младенцев в первые недели жизни;
- это заболевание проявляется и у людей пожилого возраста по причине слабой иммунной системы;
- кандидозный стоматит встречается у 90% людей с диагнозом ВИЧ (вирус иммунодефицита);
- люди с таким заболеванием, как диабет, также находятся в группе риска появления кандидозного стоматита, поскольку высокий уровень содержания сахара в крови способствует размножению грибка рода *Candida*;
- кандидозный стоматит развивается из-за сухости во рту (ксеростомия), которая, в свою очередь, появляется от чрезмерного использования зубных эликсиров или свидетельствует о синдроме Шегрена;

---

---

- беременность повышает риск развития кандидозного стоматита, поскольку гормональные изменения влияют на бактериальный фон в ротовой полости;

- несоблюдение гигиены ротовой полости повышает риск развития этого заболевания, особенно у тех людей, которые носят зубные протезы;

- прием антибиотиков или спреевых кортикостероидов также провоцирует появление кандидозного стоматита, поскольку они нарушают бактериальный фон ротовой полости.

Кандидозный стоматит у новорожденных развивается чаще всего по причине незрелости слизистой оболочки полости рта, ацидоза (кислой среды), дисбактериоза, незрелости иммунной системы, несоблюдения правил личной гигиены взрослыми (облизывание соски). А также причиной развития может быть заражение малыша при прохождении через родовые пути матери.

Кандидозный стоматит у взрослых развивается чаще всего при снижении иммунных сил организма, в результате длительного лечения сильными антибактериальными препаратами, а также как сопутствующее заболевание на фоне другой имеющейся хронической патологии (сахарного диабета и др.).

***Некоторые факторы, которые повышают риск развития кандидозного стоматита:***

- дрожжеподобный грибок, вызывающий кандидозный стоматит, передается во время орального секса;

- курение понижает способность организма противостоять инфекции, повышая риск развития кандидозного стоматита;
- вставные зубы, брекететы и ретейнеры, раздражающие ротовую полость, усложняют процесс чистки и повышают риск развития заболевания;
- люди с ослабленной иммунной системой, например, больные диабетом, ВИЧ – инфицированные или прошедшие химиотерапию, также находятся в группе риска;
- антибиотики, особенно те, которые имеют широкий спектр действия, например, тетрациклин;
- противозачаточные таблетки (оральные контрацептивы);
- длительное воздействие определенных химических веществ, например, бензола и пестицидов, тоже ослабляет иммунную систему и повышает риск развития инфекции, включая и кандидозный стоматит.

***Дрожжеподобный грибок кандидозного стоматита передается от человека к человеку несколькими путями:***

- новорожденному он передается во время родов, особенно если у мамы диагностируют вагинальную молочницу. Симптомы проявляются на 3-7 день после рождения;
- ребенок с ослабленной иммунной системой может передавать заболевание через инфицированные игрушки или пустышки. Здоровый ребенок заражается, когда кладет эту пустышку в рот;

---

---

- взрослые, которые носят зубные протезы, в большей мере подвержены риску развития кандидозного стоматита и передачи этого заболевания другим. Заражение происходит через руки и протезы, а также через другие предметы, к которым больной прикасается.

Кандидозный стоматит может поражать гортань (пищевод), вагину или кожу, а в редких случаях – другие органы. У маленьких детей появляется опрелость, поскольку грибок попадает в пищеварительный тракт и кишечник.

**Клиника.** Кандидозный стоматит может проявляться в легкой форме без видимых симптомов, но иногда наблюдаются следующие.

*Симптомы кандидозного стоматита у маленьких детей:*

- белые бляшки в ротовой полости и на языке, которые похожи на творог или свернувшееся молоко, поэтому их часто принимают за остатки молока или молочной смеси; удалять такой налет достаточно тяжело, тем более что после его ликвидации на пораженном участке появляется эрозия;

- болезненность ротовой полости и языка, а также трудности глотания;

- плохой аппетит: маленькие дети могут отказываться от еды, что часто ошибочно принимают за отсутствие голода или плохое качество молочной смеси; если ребенок не может кушать из-за боли в ротовой полости, он становится капризным.

*Симптомы кандидозного стоматита у взрослых:*

- чувство жжения в ротовой полости и гортани (в начальной стадии заболевания);
- белый налет на языке и ротовой полости, при этом наблюдаются гиперемия и кровотечение слизистой; при попытках удалить налет во время чистки языка пораженные места начинают кровоточить;
- неприятный привкус во рту или потеря вкуса, иногда больные жалуются на металлический привкус во рту.

При переходе кандидозного стоматита в хроническую форму слизистая становится сухой, появляются боль и жжение, затрудняется глотание. Эти симптомы молочницы могут быть как у детей, так и у взрослых.

Если кандидозный стоматит развивается на фоне сахарного диабета или иммунодефицитных состояний, он всегда имеет хроническое течение, при этом слизистая ярко-красного цвета, сухая, истончённая, местами покрыта характерным для молочницы творожистым налётом.

**Диагностика.** Диагноз «кандидозный стоматит» ставится по характерным клиническим проявлениям, а также по результатам лабораторных исследований, которые могут включать: 1) микроскопический анализ материала, взятого из очагов поражения; 2) его посев с учетом степени обсемененности пораженной ткани; 3) внутрикожные пробы с дрожжевым аллергеном; 4) выявление грибковых метаболитов методом газовой

---

---

хроматографии; 5) серологические реакции – агглютинации и реакции связывания комплемента; 6) полимеразная цепная реакция.

**Лечение** кандидозного стоматита включает в себя устранение причины болезни, обеспечение рационального питания, стимуляцию работы иммунной системы и улучшение гигиены полости рта.

При кандидозном стоматите полости рта показаны антимикотики внутрь, но с расчетом получения также местного действия. Для этого их как можно дольше задерживают во рту (сосут, тщательно разжевывают таблетки). Эффективны итраконазол («Итракон», «Орунгал» по 0,1 г 1 р/сут, в течение 15 дней), дифлюкан (по 50 мг/сут, 1-2 нед.). Применяют пероральные формы нистатина («Микостатин», «Фунгицидин» и др.) – таблетки, пастилки, которые держат во рту до рассасывания (по 500 000 ЕД, 4-7 р/сут); в неизмельченном виде они не применяются для сосания детям до 5 лет (опасность попадания в дыхательные пути). Суспензию используют у взрослых по 400 000-600 000 ЕД, 3-5 р/сут; у детей: новорождённых – по 50 000-100 000 ЕД 4 р/сут; 2-5 лет – по 100 000-200 000 ЕД 4 р/сут (перед проглатыванием препарат по возможности долго задерживают во рту); длительность лечения – 2 нед. Назначаются щечные таблетки леворина (коричневого цвета, с приятным запахом и вкусом); их держат во рту 10-15 мин. взрослым – по 1 таб. (500 000 ЕД) 3-4 р/

сут; детям 3-10 лет – по ¼ таб. (125 000 ЕД.) 3-4 р/сут; 10-15 лет – по 2 таб. (250 000 ЕД) 2-4 р/сут; старше 15 лет – как у взрослых. Для орошения используют свежеприготовленную взвесь леворина (1:500), 4-5 р/сут или раствор его натриевой соли (20 000 ЕД/мл); на обработку полости рта и зева требуется 5-10 мл раствора (100 000-200 000 ЕД). Рекомендуются местные лекарственные формы амфотерицина В – таблетки «Амфо-моронал» для сосания (4-5 таб./сут, 1-2 нед.), суспензия «Амфо-моронал» (принимая внутрь, задержать во рту). Показаны аппликации, орошения суспензией «Пимафуцин» – по 0,5-1 мл, 4-6 р/сут с возможно длительным удержанием во рту; рекомендуется обрабатывать также зубные протезы – 3-4 р/сут, в т.ч. на ночь. Возможно применение пероральных форм миконазола – «Дактарин-гель» (внутри по 1/2, детям по 1/4 дозировочной ложки 4 р/сут), таблеток «Дактарин» (по 1 таб. 4 р/сут, детям массой до 10 кг в разовой дозе 62,5 мг, более 10 кг - 125 мг, 3 р/сут или из расчета 20 мг/кг/сут после еды). Одним из альтернативных методов лечения кандидозного стоматита является назначение внутрь таблеток «Низорал» и других препаратов с кетоконазолом («Ороназол», «Состатин») – по 1 таб. (200 мг) в сут. в течение 2-3 нед. (показаны при отсутствии эффекта от других препаратов, при глубоких, генерализованных формах кандидоза). Реже (в тяжелых случаях с поражением ЖКТ и иных внутренних органов) применяется микогеπτин. Существуют рекомендации использования энтеросептола по 0,75 г/сут. При кандидозно-бактериальных сто-

---

---

матитах рекомендуются таблетки «Имудон» (действуют антисептически, нормализуют микрофлору, повышают местный иммунитет; их держат во рту до рассасывания, после чего рот в течение 1 ч. не следует полоскать; 4-8 таб./сут, курс - 6-20 дней).

В перерывах между пероральными антимикотиками необходимы полоскания полости рта и глотки (3-5 р/сут) антисептическими растворами, многие из которых обладают также антибактериальной и другими видами активности: 2-5% натрия тетрабората или гидрокарбоната, 0,001% анилиновых красителей (метиленовый синий, генцианвиолет, пиоктанин), 0,25% нитрата серебра, 1-2 % кислоты борной, цитраля по 25-50 капель на стакан воды), йодиола (исходный раствор или в разведении 1:2-1:5), йодовидона, йодопирона (0,5-1% по содержанию активного йода), «Повидон-йода» (0,85%), «Бетадина» (1%), «Вокадина», «Йокса» (1 ч. л. на 1/2 стакана воды), «йодной воды» (5-10 кап. спиртового раствора йода на 100 мл воды), 2-3% натрия гипохлорита (может раздражать слизистые оболочки), водой с добавлением раствора Люголя (с глицерином или без), растворами: 2-3% прополиса, 2-5% меди сульфата, 0,5% резорцина, марганцевокислого калия (розовый цвет), парабене (0,01%), перекиси водорода (1-3 ст. л. спиртового или 3% водного раствора на стакан воды), пергидроля (1 ч. л. на стакан воды), гидроперита (от 1 до 4 таб. на стакан воды), тимола (0,01-0,03%), ромазулона (1 ч. л. на 0,5 л воды), хлорофиллипта (1 ч. л. спиртового раствора на 1/2 стакана воды), «Ротокана»



(1 ч. л. на стакан воды), «Эвкалимина» (1% спиртовой раствор разводят водой 1 : 20), сальвина (1 : 10), сангвиритрина (1% водный раствор можно готовить из официальных таблеток: 20 таб. по 0,005 г на 100 мл воды), настоем крепкого чая, листьев эвкалипта и других лекарственных растений.

После полоскания используют антимикотики в форме порошков (например, из измельченных таблеток) для засыпания на слизистую оболочку, а также взвесей, растворов, гелей, мазей для смазываний, орошений, аппликаций, нанесения на салфетки: растворы 10-20% натрия тетрабората в глицерине, 5% меди сульфата, Люголя в глицерине, 0,1-1% тимола в масле, линимент «Сангвиритрин», раствор и гель «Пиралвекс» (с 5% сухого натриевого экстракта ревеня и 1% салициловой кислоты; противокандидозное, антибактериальное действие); линимент лютенирина (аппликации по 10 мин. 5-6 р/сут), йоддицерин, аэрозольный препарат «Йокс» (для орошения пораженных участков). Смешанные кандидозно-бактериально-вирусные стоматиты, фарингиты, гингивиты являются показанием к использованию также препаратов на основе антисептиков ПАВ. Рекомендуются полоскания полости рта растворами: 0,1% бензоксония хлорида, 0,01-0,02% декаметоксина «Декасан», 0,002-0,01% деквалина, 0,1% октенидина, 0,02-0,1% хлоргексидина, 0,05% цетилпиридиний хлорида, 0,5%-1% цетримида (3-4 р/сут, 5-10 дней). Применяются таблетки для сосания с декаметоксином «Септефрил» (4-6 таб / сут после еды), леденцы «Декамин» (по 1-2 шт. через 3-5 ч.).

---

---

На десны, между зубами можно накладывать мазь с декаметоксином «Палисепт» (2-4 р/сут; длительность аппликаций – не менее 15 мин.). Выпускаются комбинированные препараты с разносторонним (в т.ч. противокандидозным) действием, в которых антисептический эффект во многом обусловлен наличием в составе ПАВ: таблетки (леденцы, пастилки) для сосания «Гексализ» (антибактериальное, противогрибковое действие; 6-8 таб /сут), «Септолете» (антисептическое, противовоспалительное, дезодорирующее действие; по 1 таб. каждые 2-4 ч.); «Гексорал» (антисептическое, гемостатическое, обезболивающее действие; по 4-6 таб /сут после еды); «Себидин» (антисептическое, повышающее местный иммунитет действие; по 1 таб. 4 р/сут.); «Ларипронт» (антисептическое, гемостатическое, муколитическое действие; по 1 таб. каждые 2 ч.); «Дрилл» (антисептическое, местноанестезирующее действие; по 1 пастилке 4 р/сут.); «Декатилен» (антисептическое, местноанестезирующее действие; по 1 леденцу через 2-4 ч.); раствор для полоскания «Элюдриль-раствор» (антисептическое, противовоспалительное, обезболивающее действие; по 2-4 ч. л. на 1/2 стакана воды). Препараты «Гексорал», «Дрилл» выпускаются также в лекарственных формах (растворы, аэрозоли) для орошений, смазываний пораженных участков слизистой оболочки.

Во избежание привыкания препараты рекомендуют часто менять (наружные средства – до 2-3 раз в течение дня). Необходимо учитывать химическую несовместимость некоторых

препаратов: например, нельзя использовать анилиновые красители с основаниями или солями тяжелых металлов, калия перманганат – с органическими соединениями или нистатином, препараты йода – с солями тяжелых металлов.

Показана санация полости рта (в кариозных зубах, криптах миндалин могут находиться патогенные грибы). Назначают витамины В<sub>2</sub>, РР, С (внутрь), а также F, E, A (внутрь и местно). После регресса клинических проявлений и исчезновения грибов лечение продолжают в течение 5-7 дней, после чего полость рта полощут и смазывают антимикотиками 1-2 р/нед. (2-3 мес.). Пища больных кандидозами должна быть разнообразной, полноценной, богатой витаминами, белками, с уменьшенным содержанием углеводов. Не следует ограничивать потребление молочнокислых, ацидофильных продуктов, хлебных изделий.

### **Профилактика кандидозного стоматита**

- Тщательно ухаживайте за ротовой полостью, чистите зубы 2 раза в день, используйте зубную нить 1 раз в день и полощите ротовую полость зубным эликсиром. Если у вас уже было это заболевание, поменяйте зубную щетку в целях предотвращения появления кандидозного стоматита. Если вы носите зубные протезы, помещайте их на ночь в емкость с дезинфицирующим раствором. Тщательно промывайте протезы до и после помещения их в раствор.

- 
- 
- Тщательно мойте руки.
  - Если вы принимаете жидкие антибиотики, сразу же прополощите ротовую полость после их приема.
  - Помните, что такие заболевания, как рак, СПИД и диабет, повышают риск появления кандидозного стоматита.
  - Используйте специальную насадку во время приема спреевых кортикостероидов и полощите рот зубным эликсиром после приема очередной дозировки.
  - Для людей с приобретенным иммунодефицитом (СПИД) полезно использовать Listerine для полоскания ротовой полости.

*С целью предотвращения кандидозного стоматита у маленьких детей следует:*

- лечить дрожжевую вагинальную инфекцию, особенно в последние три месяца беременности. Это снизит риск передачи инфекции во время родов вашему ребенку;
- ежедневно промывать бутылочки и соски, а также хранить эти принадлежности в холодильнике, поскольку бактерии плохо размножаются при низкой температуре;
- не использовать повторно бутылочку для кормления ребенка по истечении 1 часа;
- кипятить все возможные предметы, которые ребенок берет в рот, не менее 20 минут или загрузить их в посудомоечную машину;

- кормить ребенка грудью, поскольку материнское молоко содержит антитела, способствующие укреплению иммунной системы ребенка, предохраняющие организм от проникновения инфекции;
- обратиться за помощью к врачу, если вы испытываете болезненные ощущения во время и после кормления ребенка грудью. Это может быть признаком инфекции, которая от ребенка перешла к вам.

### *1.2. Актиномикозный стоматит*

Актиномикозный стоматит – приобретенное заболевание, вызываемое различными видами актиномицетов. Это самый распространенный тип псевдомикозов, характеризующийся поражением различных органов и тканей. При этом образуются плотные инфильтраты с последующим нагноением, появлением свищей и своеобразным поражением кожи. Заболевание встречается повсеместно.

Возбудители актиномикоза – актиномицеты – анаэробные бактерии, внешне крайне напоминающие грибы. Выделяют *Actinomyces Israeli*, *Actinomyces bovis*, *Actinomyces albus*, *Actinomyces violaceus*. Актиномицеты хорошо растут на питательных средах, образуя колонии неправильной формы, нередко с лучистыми краями. В патологическом материале колонии грибов встречаются в виде друз, которые представляют

---

---

собой желтоватые комочки диаметром 1-2 мм. Чувствительны к бензилпенициллину, тетрациклину, эритромицину и левомицетину.

Актиномицеты часто обнаруживают у здоровых людей в ротовой полости, зубном налете, лакунах миндалин, на слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта. Они широко распространены в природе (почва, сено, злаки и др.). Вызывают заболевание у людей и сельскохозяйственных животных.

*Имеют значение как экзогенный, так и эндогенный способ инфицирования*

Наиболее частым является эндогенный путь инфекции. Актиномицеты обширно распространены в природе, в частности, на растениях, могут попадать с растениями в организм и находиться на слизистых оболочках в качестве сапрофита. Переходу актиномицетов из сапрофитического в паразитическое состояние способствуют воспалительные заболевания слизистых оболочек полости рта, респираторного и желудочно-кишечного тракта. На месте внедрения актиномицетов образуется инфекционная гранулема, которая прорастает в окружающие ткани. В грануляциях возникают абсцессы, которые, прорываясь, образуют свищи. Поражение кожи имеет вторичный характер.

В образовании нагноений играет роль и вторичная, преимущественно стафилококковая инфекция. Антигены лучистых

грибов приводят к специфической сенсибилизации и аллергической перестройке организма (гиперсенсибилизация замедленного либо туберкулинового типа), а также к образованию антител (комплементсвязывающие, агглютинины, преципитины и др.).

**Клиника.** Актиномикозный стоматит является первично-хронической инфекцией с длительным прогрессирующим течением. Длительность инкубационного периода неизвестна. Практически при любой из клинических форм заболевания отмечаются типичные вторичные поражения кожи. Первоначально определяется очень плотный и почти безболезненный очаг воспаления, кожа становится багрово-синюшной, затем возникает флюктуация, а после прорыва гнойника формируются длительно не заживающие свищи. В гнойном отделяемом просматриваются комочки. Выделяют глубокую (мышечную) форму стоматита, при которой процесс локализован в межмышечной клетчатке, а также подкожную и кожную формы. Мышечная форма поражает преимущественно жевательную мускулатуру. При этом образуется инфильтрат хрящевой плотности в области угла нижней челюсти. Возникают асимметрия лицевой области, тризм разной степени выраженности, нарушения жевания. Температура повышается до 38°C, отмечаются симптомы интоксикации (головная боль, недомогание и пр.). Спустя некоторое время в инфильтрате появляются очаги

---

---

размягчения, которые самопроизвольно вскрываются, образуя свищи, отделяющие гнойную или кровянисто-гнойную жидкость, иногда с примесью комочков. Синюшная окраска кожи вокруг свищей является патогномичным признаком актиномикоза.

**Диагностика** актиномикозного стоматита на поздних стадиях при образовании типичных кожных изменений несложна. На ранних стадиях используют внутрикожную пробу с актинолизатом. Однако полученные результаты сложно объяснить однозначно. Во внимание следует принимать только положительные и резкоположительные результаты, так как слабоположительные встречаются практически у всех лиц, страдающих пародонтозом и другими заболеваниями зубов. Отрицательный ответ также не всегда является показателем отсутствия заболевания, так как при тяжелых его формах возможно развитие анергии. У ВИЧ-инфицированных всегда отмечается отрицательная реакция.

Выделение культур актиномицетов имеет диагностическое значение при заборе материала из свищевых ходов, биоптатов пораженных тканей, друз, так как на слизистых оболочках полости рта, дыхательных путей они обнаруживаются и у здоровых лиц.



Реакция связывания комплемента с актинолизатом положительна у 80% больных, поэтому ее результат можно считать достоверным.

Также применяют микроскопическое исследование, культуральную диагностику, молекулярные методы типа генетических исследований либо полимеразной цепной реакции (ПЦР).

**Лечение** должно сочетать хирургические и терапевтические методы: обработку очага, выскабливание грануляций. В ряде случаев выполняется иссечение пораженных тканей. Также применяется сочетание этиотропной терапии (тетрацилин, бензилпенициллин, эритромицин, левомецетин) и иммунотерапии актинолизатом (подкожно или внутримышечно по 3 мл 2 раза в неделю, 20-30 инъекций на курс). Внутрь назначают феноксиметилпенициллин по 2 г в сутки в течение не менее 6 недель либо тетрацилин по 0,75 г 4 раза в день в течение 4 недель, а также эритромицин по 0,3 г 4 раза в сутки в течение 6 недель. Назначают большие дозы бензилпенициллина (10 млн ЕД в сутки и более) внутривенно в течение 1-1,5 месяца. Далее переходят на феноксиметилпенициллин в суточной дозе 2-5 г в течение 2-5 месяцев.

---

---

При наложении вторичной инфекции (стафилококки, анаэробная микрофлора) назначают длительные курсы диклоксациллина или других антибиотиков с учетом чувствительности к ним, при анаэробной инфекции – метронидазол.

**Профилактика** актиномикозного стоматита предусматривает гигиену полости рта, своевременное лечение зубов, воспалительных изменений миндалин и слизистой оболочки полости рта. Специфическая профилактика не разработана.

---

---

## Глава 2. ВИРУСНЫЕ СТОМАТИТЫ

### 2.1. Герпетический стоматит

Острый герпетический стоматит – острое контагиозное инфекционное заболевание, протекающее с явлениями общего токсикоза организма и местными поражениями слизистой оболочки рта. При этом наблюдаются нарушения со стороны иммунологической системы, отсутствие или угнетение специфических и неспецифических факторов иммунитета. Герпетическую инфекцию следует рассматривать как серьезное заболевание, протекающее с нарушением иммунной, ретикулоэндотелиальной и нервной систем.

**Этиология.** Возбудителем острого герпетического стоматита является вирус простого герпеса (ВПГ). По антигенным свойствам вирус делят на 2 типа. Тип 1 – герпетические поражения на слизистой оболочке рта, тип 2 – поражение половых органов. Вирус является ДНК-содержащим. В организме он размножается в клетках эпителия. Внедрившись в организм ребенка и вызвав проявления первичной герпетической инфекции, он остается в течение всей жизни человека в латентном состоянии или вызывает рецидивы заболевания (рецидивирующий герпетический стоматит). Вирус обнаруживается у 75-90 % взрослого населения. Первичное инфицирование чаще происходит в возрасте 1-3 лет, когда в крови ребенка ис-

---

---

чезает или уменьшается количество антител, полученных от матери и организм становится восприимчивым к заражению вирусом.

**Патогенез.** Источником инфекции является больной человек или вирусоноситель (близкие родственники, обслуживающий персонал, дети с острым герпетическим стоматитом и рецидивирующим герпетическим стоматитом).

Участились случаи заболевания 6-10-месячных детей, вскармливаемых искусственно с первых месяцев жизни. Заболевание тяжело протекает у новорожденных, особенно контактно для лиц, ранее не инфицированных вирусом. Таким образом, исследования свидетельствуют о сравнительно высокой заболеваемости острым герпетическим стоматитом среди детей. Результаты подтверждают данные об отставании сроков восстановления иммунологической реактивности организма при остром герпетическом стоматите от сроков клинического выздоровления.

После попадания вируса в организм ребенка происходит его размножение в клетках местных тканей и ближайших лимфатических образованиях, поэтому появлению элементов поражения в полости рта предшествует лимфаденит разной степени выраженности. В процесс обычно вовлекаются подчелюстные лимфатические узлы и сопутствуют течению болезни. В инкубационном периоде наблюдается первичная вирусемия, т.е. проникновение вируса в кровяное русло. Про-

никая 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 высокого уровня 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 полости рта, зева, верхних дыхательных путей, глаз, гениталий.

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

Иммунологическая защита организма при агрессии ВПГ осуществляется за счет неспецифических и специфических механизмов:

- фагоцитоз зараженных вирусных клеток;
- интерферонообразование;

- 
- образование антител;
  - лихорадочная реакция.

Дети, перенесшие острый герпетический стоматит, становятся бессимптомными носителями вируса или страдают рецидивирующим герпетическим стоматитом.

Интерполяция вирусом ДНК с ДНК ядер нейронов защищает вирус от воздействия антител, химиотерапии и клеточных иммунных факторов, обеспечивая латентность инфекции. Латентность обеспечивает сохранение вируса в организме хозяина до создания условий, благоприятных для активации и перехода вируса в инфекционную форму, что ведет к возникновению рецидива, т.е. под воздействием различных факторов нарушается равновесие организм/вирус в пользу вируса, который реактивируется, и начинается рецидив.

***К факторам, приводящим к рецидивированию болезни, относятся:***

- нарушение гуморального и клеточного звеньев иммунитета;
- снижение уровня иммуноглобулинов;
- иммунодепрессивные и гематологические нарушения;
- применение больших доз антибиотиков, иммунодепрессантов и стероидов;
- местная травма;
- переохлаждение;

- перегревание;
- солнечное облучение;
- стрессовые и лихорадочные состояния;
- гормональные изменения;
- контакт с лицом, имеющим проявления герпетической инфекции.

Заражение происходит при прямом контакте с больным герпесом или вирусоносителем – контактный или воздушно-капельный путь заражения. Инкубационный период длится 2-17 дней. В развитии заболевания имеются следующие периоды: продромальный, катаральный, период высыпаний (развития заболевания), в котором различают легкую, среднетяжелую, тяжелую формы заболевания, период угасания и клинического выздоровления (реконвалесценции). Чаще болеют дети в возрасте 1-6 лет. Установлена сезонность острого герпетического стоматита: в весенние и осенние месяцы он встречается чаще, чем в другое время года.

**Клиника.** Тяжело протекает процесс в первые месяцы жизни, когда происходит генерализация поражения слизистой оболочки, кожи, глаз и др. Генерализованная форма возможна у ребенка, рожденного матерью, не имеющей антител к вирусу простого герпеса, у него развивается септическое состояние с поражением серозных оболочек мозга, внутренних органов. В полости рта возникают обширные некрозы. Возможен летальный исход.

---

---

Инкубационный период длится в среднем 4 дня. Заболевание начинается остро, как правило, с повышения температуры (37 – 41 °С) и общего недомогания. Через 1 – 2 дня возникает боль в полости рта, усиливающаяся при еде и разговоре.

Слизистая оболочка краснеет и отекает, затем на ней высыпают мелкие пузырьки, единичные или группами, количество их варьирует от 2 – 3 до нескольких десятков. Стадия везикулы обычно не фиксируется больным и врачом, так как она быстро переходит в эрозию. Поверхностная эрозия имеет округлую, овальную или щелевидную форму, ровные края, гладкое дно, покрытое серовато-белым фибринозным налетом. Эрозии могут переходить в поверхностные язвы, а при присоединении вторичной инфекции – в более глубокие некротические язвы. Локализуются эрозии преимущественно на небе, языке, губах.

*При легкой форме* состояние нарушается незначительно, температура тела субфебрильная, продромальный период не выражен. Катаральный период также выражен слабо, может возникать катаральный гингивит или незначительное катаральное воспаление слизистой оболочки полости рта в месте будущих высыпаний. В этот же период могут возникать жалобы на боль при приеме пищи. В период высыпаний при осмотре наблюдаются гиперемия, отечность слизистой оболочки рта, отдельные эрозии округлой формы диаметром 1-5 мм, покрытые фибринозным налетом, – афты. Высыпания однократные, новых элементов не возникает, длительность заболевания



ния – 4-5 дней. Как правило, афты возникают на месте быстро вскрывающихся пузырьков, обнаружить которые в полости рта не всегда удается в силу скоротечности их существования.

*При средней и тяжелой формах* температура тела повышается до 37-41°C, отмечаются общее недомогание, слабость, головная боль, кожная и мышечная гиперестезии, бледность кожных покровов, тошнота, рвота, увеличение поднижнечелюстных и шейных лимфатических узлов. Выражена интоксикация уже в продромальный период. Затем присоединяются катаральные явления: поражается слизистая оболочка полости рта и носа, возникают насморк, кашель, конъюнктивит. Выражен катаральный гингивит, десневой край гиперемирован, вершины межзубных сосочков закруглены в результате отека. На слизистой оболочке рта появляются высыпания отдельных и сгруппированных пузырьков диаметром 2-3 мм. Количество везикул варьирует до нескольких десятков. Пузырьки быстро вскрываются, на их месте образуются круглые эрозии, покрытые серовато-белым налетом, – афты. Эрозии сливаются, имеют неправильные, полициклические очертания. Везикулы расположены на твердом нёбе, спинке языка, деснах, щеках, губах. Процесс сопровождается обильной саливацией и сильной болезненностью. Элементы поражения в полости рта могут появляться в течение нескольких дней, поэтому можно наблюдать их на разных стадиях развития. Период высыпаний длится 2-4 сут. В тяжелых случаях процесс захватывает кож-

---

---

ные покровы, при присоединении вторичной инфекции могут развиваться тяжелые гнойничковые поражения кожи на фоне сниженного иммунитета.

Регионарные лимфадениты предшествуют появлению афт-эрозий, сопутствуют заболеванию и сохраняются еще 5-10 дней после эпителизации эрозий. Нередко поражаются красная кайма губ и окружающие участки кожи, иногда кожа кистей рук. В процесс могут вовлекаться и другие слизистые оболочки, в первую очередь – желудочно-кишечного тракта.

Заболевание имеет благоприятный прогноз, клиническое выздоровление наступает через 1-3 недели, афты заживают без рубцов, края десен сохраняют свою форму.

**Диагностика** представляет собой трудную задачу и основывается на использовании специальных молекулярно-биологических, вирусологических, серологических, цитологических и иммунологических исследований.

В крови обнаруживаются неспецифические изменения, характерные для острого воспалительного процесса. Значение рН слюны сдвигается сначала в кислую, затем в щелочную сторону. В слюне снижено содержание лизоцима, отсутствует интерферон.

При гистологическом исследовании характерны внутриэпителиальное расположение пузырьков (в нижних слоях шиловидного слоя), акантолиз эпителиальных клеток, балло-

нирующая и лентикулярная дегенерация, в подлежащей собственно слизистой оболочке выражен острый воспалительный процесс.

При цитологическом исследовании заметно преобладание гистиоцитов, нейтрофилов, пласты эпителиальных клеток, часто с явлениями полиморфизма и в виде синцитиев. Характерно появление гигантских многоядерных клеток (30 – 120 мкм в диаметре), отличающихся резким полиморфизмом по величине, форме и окраске. Ядра – от 2 – 3 до нескольких сотен – располагаются в центре в виде плотного конгломерата или (реже) по отдельности. Нуклеолы, как правило, не видны. При остром герпетическом гингивостоматите таких клеток немного, и обнаруживаются они не всегда.

Для диагностики острого герпетического стоматита используют метод иммунофлюоресценции, электронную микроскопию. При остром герпетическом стоматите в первые дни заболевания, а также во время рецидивов вирус герпеса легко выделяется из содержимого пузырьков. Однако в период ремиссии обнаружить вирус в коже и на слизистых оболочках не удается. В начале заболевания антитела к вирусу не обнаруживаются. Затем их титр постепенно нарастает. После клинического выздоровления вирус герпеса сохраняется в организме, как правило, на всю жизнь. Возникает нестойкий нестерильный иммунитет.

---

---

**Дифференциальная диагностика** проводится с другими вирусными заболеваниями: везикулярным стоматитом, герпангиной, ящуром, а также с аллергическими поражениями и многоформной экссудативной эритемой. Дифференциация с везикулярным стоматитом возможна только при применении вирусологических методов исследования.

Герпангина отличается локализацией поражения – высыпаниями в ротоглотке. Возможны дисфагия, миалгия. Результаты вирусологических исследований при этих двух заболеваниях различны.

При дифференциальной диагностике с ящуром следует обращать внимание на эпидемиологическую ситуацию, на возможность типичных кожных поражений. Объективно диагноз ящура подтверждается постановкой биологических проб в условиях инфекционной больницы, а также результатами серологических исследований, выделением вируса. Важным клиническим признаком ящура является гиперсаливация.

Аллергические буллезно-эрозивные поражения и многоформная экссудативная эритема отличаются анамнезом, морфологическими элементами поражения (подэпителиальные пузыри, затем крупные эрозии), а также результатами аллергических проб и вирусологических исследований.

При дифференциации острого герпетического стоматита и медикаментозного стоматита необходимо учитывать анамнез – прием тех или иных лекарственных препаратов, предшествующий заболеванию. При медикаментозном стоматите

высыпания более распространены и могут быть истинно полиморфными (наряду с эрозиями и пузырьками наблюдаются папулы, пузыри, волдыри и др.) в отличие от герпетического стоматита, при котором высыпания имеют характер ложного полиморфизма, т.е. одни и те же элементы поражения претерпевают стадии своего развития. Естественно, что медикаментозный стоматит не подвержен сезонности.

От многоформной экссудативной эритемы острый герпетический стоматит отличается характером кожных проявлений и ложным полиморфизмом. На коже возникают папулезные кокардовидные элементы, имеющие синюшное пупкообразное вдавливание в центре на гиперемированном красном фоне кожных покровов. Высыпания носят характер истинного полиморфизма, когда появляется одновременно несколько первичных элементов (папулы, пузыри, пузырьки, пятна, волдыри и т.д.), развивающихся во вторичные наряду с новыми высыпаниями первичных. При остром герпетическом стоматите полиморфизм ложный, т.е. первичный элемент поражения один – пятно, которое затем превращается в пузырек и далее в афту. Однако все эти элементы возникают в разное время, поэтому одновременно на слизистой оболочке рта при герпесе могут наблюдаться и пятна, и пузырьки, и афты.

**Лечение.** Острый герпетический стоматит может излечиваться спонтанно, однако лечение способствует более легкому течению, ускоряет выздоровление, облегчает страдания боль-

---

---

ного, предотвращает осложнения. Объем и характер лечебных мероприятий зависят от стадии заболевания, тяжести течения, вторичного инфицирования.

### *Общая терапия*

Противовирусные препараты: бонафтон назначают по 0,1 г 3 – 5 раз в день циклами по 5 дней с перерывами 1 – 2 дня; ацикловир (зовиракс) применяют по 1 таблетке (0,2 г) 4 раза в день, курс – 5 дней; алпизарин назначают для приёма внутрь по 0,1 г 3 – 4 раза в сутки в течение 5 – 10 дней, курс лечения составляет 10 – 30 дней. Синтетические противовирусные препараты (лавомакс, валтрекс, фамвир, иммунорикс) и противовирусные препараты растительного происхождения (панавир, госсипол, хелепин). Существует и так называемая прививка от герпеса – герпетическая поливалентная вакцина, которую вводят внутрикожно 2 раза в неделю, на курс – 5-10 инъекций, в зависимости от тяжести заболевания.

С целью дезинтоксикации, гипосенсибилизации и повышения защитных сил организма применяют натрия салицилат (взрослым по 0,5 г 4 раза в день), антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, диазолин и др.) в средних терапевтических дозах, кальция глюконат по 0,5 – 1,0 г 3 раза в день, витамины, особенно С и Р. В условиях стационара с успехом применяют продигозан по 25 – 50 мкг 2 – 3 раза с интервалом

3 – 4 дня, лизоцим внутримышечно. При тяжелой форме заболевания, особенно если оно осложнилось фузоспирохетозом, назначают внутрь метронидазол или антибиотики широкого спектра действия; по показаниям – сердечно-сосудистые средства. Обязательна диета – размельченная высококалорийная витаминизированная пища, обильное питье.

Эффективны иммунокорректирующие препараты. Лейкинферон назначают в виде ингаляций и ежедневных внутримышечных инъекций. Курс лечения – 7 – 10 дней. Имудон – по 6 – 8 сублингвальных таблеток в день – в течение 14 – 21 дня; интерферон – интраназально – по 5 – 6 капель 3 раза в день в течение недели. Также назначаются левамизол, нуклеинат натрия, поллен, иммунал, фитор и др.

### *Местная терапия*

В первые дни высыпаний назначают противовирусные препараты – интерферон в виде раствора или мази (интерферон – 1 ампула, ланолин безводный – 5 г, персиковое масло – 1 г, анестезин – 0,5 г), 0,5 % бонафтоновую, 1 – 2 % флореналевую или 2 % теброфеновую мази, 3 % линимент госсипола и др. Эти препараты накладывают на всю слизистую оболочку после предварительной обработки протеолитическими ферментами, антисептиками или отварами трав (ромашки, шалфея, чая). Протеолитическими ферментами обрабатывают также

---

---

полость рта 1 раз в день. Из ферментов целесообразно использовать 0,2 % раствор дезоксирибонуклеазы, характеризующийся противовирусным и лизирующим действием.

На всем протяжении болезни применяют местно антисептические средства: у взрослых – в виде полосканий и ванночек полости рта, у маленьких детей – в виде промываний полости рта при помощи резиновой груши или аэрозолей в положении на животе. Используют теплые растворы калия перманганата (1:5000), 0,25 – 0,5 % перекиси водорода, 0,25 % хлорамина, фурацилина (1:5000), 0,1 % хлоргексидина и др.

С целью усиления регенерации и эпителизации слизистой оболочки рекомендуют масляный раствор витамина А, каротин, линимент алоэ, масло шиповника, бальзам Шостаковского, дентальную адгезивную пасту с солкосерилом. Особенно удобны аэрозоли.

С первого дня обращения больного и до полной эпителизации применяют физиотерапию: ультрафиолетовое облучение, гелий-неоновый лазер, чрескожную лазерную биостимуляцию крови.

## ***2.2. Корево́й стоматит***

Корево́й стоматит – это острая вирусная инфекция, которая проявляется лихорадкой, типичной сыпью на коже и слизистых оболочках (экзантема и энантема) и воспалительными явлениями со стороны слизистых оболочек. Заражение проис-



ходит при контакте с больным, который выделяет вирус при кашле, чихании. Первые проявления болезни начинаются на 9-10-й день после заражения.

**Этиология и эпидемиология.** Возбудитель кори принадлежит к фильтрующимся вирусам рода *Morbillivirus*, семейства *Raamyxoviridae*. Все известные штаммы возбудителя кори представлены одним антигенным вариантом. РНК вируса окружена липопротеидной оболочкой с М-белком, в которую встроены гемагглютинин и F-протеин. F-протеин обуславливает характерный для парамиксовирусов цитопатический эффект – слияние (*fusion*) пораженных вирусом клеток в гигантские многоядерные клетки – симпласты.

Источником инфекции является только больной человек, вне организма которого возбудитель быстро погибает. Возможность передачи кори через здоровых, бывших в соприкосновении с больными, и через вещи практически не доказана и, вероятно, не существует. Вирус находится в крови и в отделяемом слизистых оболочек полости рта, носоглотки, верхних дыхательных путей и конъюнктивы глаз. Заразительным коревой больной становится в продромальном периоде, за 4 дня до появления сыпи, и остается опасным для окружающих 5 дней по высыпанию, после чего реконвалесцент утрачивает свою заразительность. Заразительность кори в продромальном периоде, в котором заболевание чаще остается нераспознанным, очень велика. Больной продолжает находиться на ногах, общаться с

---

---

окружающими, он успевает в большинстве случаев инфицировать всех находившихся вокруг него не болевших еще до появления сыпи и всего выраженного синдрома болезни.

Вирус кори чрезвычайно летуч. Так, если больной находится в отдельной комнате, но соединенной общим коридором с другими помещениями, то инфекция легко распространяется по всем этим помещениям. Второе обстоятельство, способствующее быстрому распространению кори, – это полное отсутствие естественного иммунитета к ней у лиц, ранее не болевших.

Большинство взрослых имеет к кори активный приобретенный иммунитет. Невосприимчиво к кори также большинство детей в возрасте до 4 месяцев благодаря пассивному иммунитету, полученному ими от матери.

Перенесенная корь оставляет после себя стойкий, длящийся всю жизнь иммунитет. Повторные заболевания встречаются исключительно редко.

**Клиника.** Инкубационный период кори длится 8–12 дней, а иногда и до 21 дня, растягиваясь (у привитых по Дегквицу) даже до 28 дней. Заболевание начинается постепенно. После инкубационного периода начинается продромальный период кори: больной начинает чихать, у него появляются грубый кашель, насморк, слизистый или слизисто-гнойный конъюнктивит, светобоязнь, гиперемия зева. Ничего типичного в этот начальный период корь не представляет; в это время ее легко

спутать с гриппом. Температура в продромальный период повышается до 38–39°.

За 2 дня до сыпи, а нередко и за 4–5 дней, появляется характерный признак кори – пятна Вельского-Филатова, которые обнаруживаются чаще всего на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, реже – на слизистой оболочке губ, десен, иногда – на конъюнктиве глаз. Каждое из этих пятнышек имеет вид мелкой, величиной с маковое зернышко, белесоватой папулки, окруженной узкой каймой гиперемии – участки некроза эпителия инфильтрированной слизистой оболочки полости рта. Эти пятнышки, расположенные группами и иногда в большом изобилии, никогда не сливаются между собой. Они довольно прочно сидят на своем основании и не снимаются тампоном. Симптом Вельского-Филатова держится 2-3 дня; его нередко можно обнаружить еще в первый и даже во 2-й день высыпания. После его исчезновения слизистая оболочка остается гиперемированной, бархатистой. Пятна Вельского-Филатова – патогномичный симптом кори; они не наблюдаются при других заболеваниях. Этот симптом позволяет ставить точный диагноз кори за 2-3 дня до появления кожной сыпи. В катаральной стадии кори может наблюдаться еще один симптом со стороны полости рта – беловатые отложения на деснах как результат некроза и десквамации эпителия.

На 4-й день катаральных явлений вместе с высокой температурой, значительным ухудшением общего состояния и усилением конъюнктивита, насморка и кашля появляется сыпь на

---

---

лице, за ушами; на следующий день сыпь распространяется на туловище и верхние конечности, а на 3-й день – на нижние конечности. Также постепенно сыпь и исчезает: сначала на лице, потом на груди, а затем на конечностях. Продолжительность кори средней тяжести – 8–10 дней.

Стоматиты могут протекать в любой форме: катаральной, афтозной, язвенно-некротической, гангренозной. Гангренозный стоматит, или нома, – редкое осложнение кори, проявляющееся глубокой язвой на внутренней поверхности щек, наблюдавшееся в прошлом у некоторых больных, у которых были и другие тяжелые осложнения.

Со стороны белой крови в период продромальных явлений и высыпания имеется лейкопения. При затихании процесса кровь приходит к норме.

**Диагностируется** коревой стоматит на основании ярких типичных клинических проявлений. Лабораторные методы также используют с целью изучения коллективного поствакцинального иммунитета или при оценке эпидемиологической эффективности новых вакцин. При этом применяют методы иммунологического мониторинга, основанные на выявлении разных классов антител к вирусу кори.

Все лабораторные методы диагностики кори можно разделить на 4 группы.

1. Экспрессные методы обнаружения антигена в клетках (ранняя диагностика) или антител в крови (со 2-й недели бо-

лезни). Антиген находят при помощи иммунофлуоресцентной микроскопии клеток отделяемого носоглотки или клеток кожи, взятых путем соскоба элементов сыпи.

2. Вирусологический метод имеет целью выделение и идентификацию вируса кори. Материалом для исследования служат носоглоточный смыв и кровь в продромальном периоде или не позднее первых суток после появления сыпи.

3. Серологический метод обнаружения антител к возбудителю кори (тест ИФА и еще более простая РНГА).

4. Молекулярные тесты детекции РНК вируса или специфических фрагментов РНК в клинических образцах. Применяют метод молекулярной гибридизации (ММГ) или полимеразную цепную реакцию (ПЦР) со специфическими праймерами.

**Дифференциальный диагноз.** Коровой стоматит дифференцируют со скарлатиной и краснухой.

Сыпь при кори покрывает все лицо, при скарлатине же нос и подбородок не покрываются сыпью; при скарлатине сыпь сплошная, мелкоточечная, при кори пятна возвышаются над кожей, которая приобретает пестрый вид; при скарлатине сыпь появляется через сутки после начала заболевания, при кори – на 3–4-й день; при кори, начиная уже с продромального периода, отмечается сильный катар слизистых, при скарлатине – сухость слизистых; при кори нет резких токсических явлений, как при скарлатине, редко бывает рвота.

---

---

При краснухе сыпь напоминает коревую, но бледнее; нет сильно- выраженного катара слизистых. Сыпь при краснухе покрывает все тело за одни сутки, при кори она распространяется в течение 3 дней. При краснухе во время высыпания состояние ребенка хорошее, температура повышается незначительно. Особенно характерно для краснухи увеличение шейных и затылочных лимфатических желез. На слизистой щек могут появляться высыпания в виде небольших красных точек.

При сывороточной болезни возможна кореподобная сыпь и умеренные катаральные явления со стороны слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Диагноз ставят на основании анамнеза (введение сыворотки – за 1–2 недели до высыпания, появление сыпи – вначале на месте введения сыворотки) и дальнейшей картины болезни.

**Лечение** неосложненного коревого стоматита сводится к профилактическим и гигиеническим мероприятиям. Во всех случаях необходимо давать витамин С (в виде ягодных соков или аскорбиновую кислоту ежедневно 2–3 раза по 0,25) и витамин В<sub>1</sub> (2–3 раза в день по 0,005). Заболевание корью можно предупредить или ослабить КОД болезни, если вовремя сделать инъекцию гаммаглобулина.

Для лечения коревого стоматита слизистой оболочки полости рта используют антисептики (перекись водорода, фу-

рацилин, хлоргексидин, мирамистин, Тантум-Верде, хлорофиллипт и др.). Назначаются местные иммуностимуляторы (лизобакт, анаферон). Возможно применение сорбентов.

**Профилактика** заключается в проведении плановой вакцинации. Также проводится выявление очагов инфекций.

### ***2.3. Ветряной стоматит***

Ветряной стоматит – острое инфекционное заболевание, сопровождающееся лихорадкой и пузырьковой сыпью. Заболевание вызывается вирусом Варицелла-Зостер (*Varicella-Zoster*). У взрослых Варицелла-Зостер вызывает опоясывающий лишай. Вирус ветряной оспы поражает только человека. С 3-4-го дня болезни он обнаруживается в содержимом пузырьков. Вирус нестойк во внешней среде – он быстро погибает при воздействии солнечного света, нагревании, ультрафиолетовом облучении.

**Этиология и патогенез.** Источником инфекции является больной человек, начиная с последних 2 дней скрытого периода и в период высыпаний (до 5-го дня). Восприимчивость к ветряной оспе составляет 100%. Передается ветряная оспа воздушно-капельным путем при разговоре, кашле, чихании. Заражение может происходить на большом расстоянии (перенос через коридоры, с этажа на этаж и т. д.).

---

---

Вирус проникает в организм через слизистые оболочки верхних дыхательных путей, затем по лимфатическим путям попадает в кровь, откуда проникает в эпителий кожи и слизистых, вызывая изменения в виде пузырьковой сыпи. После стихания острых проявлений болезни вирус длительно сохраняется в организме в виде скрытой инфекции. При ослаблении иммунитета вирус может активизироваться и поражать не только кожу, но и нервную систему, и внутренние органы. После перенесенной ветряной оспы возникает стойкий иммунитет, повторных заболеваний не наблюдается.

**Клиника.** Заболевание имеет скрытый (инкубационный) период, который может продолжаться от 10 до 21 дня. В течение этого периода вирус ветряной оспы усиленно размножается и, в конце концов, набрав достаточную силу, преодолевает защитную систему организма. На лице, конечностях и туловище появляется характерная сыпь, часто сопровождающаяся зудом. Высыпания могут также отмечаться на волосистой части головы, слизистых оболочках рта, глаз, носоглотки, наружных половых органов. Элементом поражения при ветряном стоматите является пузырек. Пузырьки в ротовой полости появляются большей частью одновременно с высыпанием на коже. Развитие пузырька начинается в шиповидном слое эпителия. Дно пузырька составляет герминативный слой. Накопившаяся жидкость приподнимает роговой слой, который составляет крышу пузырька. Пузырьки в ротовой полости от



различных механических раздражений сравнительно легко лопаются. Эпителий, покрывающий пузырек, мацерируется и некротизируется. Образуется небольших размеров округлая эрозия или неглубокая язва серовато-розового цвета, напоминающая афту, окаймленную воспалительным ярко-красного цвета ободком. Язвы, как правило, наблюдаются на языке, так как он наиболее часто подвергается травме. Воспалительные явления в подслизистом слое в области языка выражены сравнительно незначительно.

Ветряной стоматит делится на легкую, среднетяжелую, тяжелую формы. При легкой форме появляются единичные, недостаточно развитые пузырьки на фоне нормальной температуры или с незначительным повышением ее без нарушения общего состояния. Среднетяжелая форма сопровождается небольшой интоксикацией, умеренно повышенной температурой, обильным высыпанием и несильным зудом кожи. По мере подсыхания пузырьков температура тела нормализуется. При тяжелой форме отмечаются высокая температура (до 40 °С), выраженное нарушение самочувствия, рвота, поражение внутренних органов. Бывает и геморрагическая форма, когда содержимое пузырьков имеет кровянистый характер. Описана и гангренозная форма – в окружении геморрагических пузырьков появляется воспалительная реакция, затем образуются некрозы, покрытые кровянистым струпом, после отпадения которого обнаруживаются глубокие язвы, что может быть связано с присоединением вторичной микробной инфекции.

---

---

**Диагностика** ветряного стоматита не представляет особых затруднений, так как ведущий симптом этой болезни – своеобразная сыпь, разбросанная на разных частях тела. Следует дифференцировать изменения слизистой оболочки при ветряном стоматите от таковых при обычном остром афтозном.

**Лечение.** Специфического лечения нет. Необходима обработка каждого вновь появляющегося элемента поражения 1% раствором бриллиантовой зелени, метиленового синего или жидкостью Кастеллани. Это предупреждает вторичное инфицирование, способствует уменьшению зуда и более быстрому обратному развитию элементов поражения. Следует применять полоскание полости рта дезинфицирующими растворами (перекись водорода, фурацилин, хлоргексидин, мирамистин, Тантум-Верде, хлорофиллипт и др.), назначаются местные иммуностимуляторы (лизобакт, анаферон ). Возможны применение сорбентов и осторожное смазывание элементов поражения водными растворами анилиновых красок (метиленовый синий).



*Кандидозный стоматит*

*Вирусная афта  
на альвеолярном гребне*



*Герпетическая афта  
на переходной складке*

*Герпетические корки  
на красной кайме губ*





*Герпетический  
стоматит твердого неба*



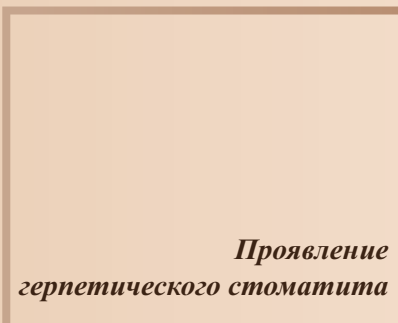
*Герпетический  
стоматит твердого неба*



*Герпетический  
стоматит твердого неба  
на этапе лечения*



*Герпетический стоматит  
красной каймы губ*



*Герпетический  
стоматит после  
лечения*

---

---

## Глава 3. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТОМАТИТЫ

Травматический стоматит развивается в результате механической травмы слизистой оболочки полости рта или воздействия на нее химических или физических повреждающих факторов. Его проявления зависят от вида раздражения, интенсивности и продолжительности его действия, а также от сопротивляемости организма (иммунитета).

### *3.1. Острый механический стоматит*

Встречается относительно редко и может быть вызван острой травмой в результате прикусывания слизистой во время еды, приступа эпилепсии, удара, препарирования зубов под коронки (бором, зондом, диском), при пломбировании зубов, а также ранении ее ножом, вилок, костью и т. д. При одномоментной травме, как правило, появляется различных размеров катаральное воспаление слизистой. Иногда воспалительный процесс становится разлитым. Тогда вся или почти вся слизистая оболочка ротовой полости становится красной, отечной, в отдельных местах возможно появление эрозий и язв.

В случае нарушения целостности эпителия образуются болезненные эрозии или язва с инфильтрацией. Вторично инфицируясь, рана может перейти в длительно не заживающие язвы.

---

---

При объективном исследовании виден дефект ткани той или иной величины, покрытый налетом и некротизированными тканями. В окружности дефекта выражены отек, гиперемия и инфильтрация, болезненные при пальпации. Иногда в процесс вовлекаются регионарные лимфатические узлы, которые припухают и становятся болезненными. Общее состояние больного страдает мало.

Объем врачебной помощи зависит от глубины и величины повреждения. При гематомах, эрозиях и мелких ранах для заживления достаточно тщательной антисептической обработки участка повреждения и всей полости рта. Для этого назначают полоскания антисептическими растворами (калия перманганата 1:5000; 0,5 % перекиси водорода) и обработку другими препаратами, ускоряющими эпителизацию – витамином А, маслом шиповника, каротолином, облепиховым маслом и др. При присоединении вторичной инфекции к перечисленным выше препаратам можно добавить обработку раневой поверхности протеолитическими ферментами, препаратом «Бализ-2».

### ***3.2. Хронический механический стоматит***

Встречается часто. Вызывается в основном следующими действующими причинами: кариозными зубами, недоброкачественными пломбами, протезами и их кламмерами, отсутствием контактного пункта, зубным камнем, вредными



привычками, аномалией расположения зубов, патологией прикуса и др. 65–70 % хронических механических стоматитов развивается в результате ортопедического лечения; 13–15 % – из-за пломбы, острых краев зубов; 10–15 % – из-за аномалий прикуса; 5–6 % – из-за вредной привычки, пантомимики. Клиническая картина и течение процесса во многом зависит от локализации повреждения (наличие или отсутствие подслизистого слоя), возраста больного, вторичного инфицирования, силы раздражающего фактора. Повреждения слизистой оболочки под воздействием хронических раздражителей чаще наблюдаются у пожилых людей. Этому способствуют понижение тургора слизистой оболочки, снижение высоты прикуса вследствие истирания твердых тканей зубов, потеря зубов, их смещение. У пожилых людей процесс регенерации замедлен, что обуславливает медленное заживление поврежденной слизистой оболочки.

**Клиника.** Изменения слизистой оболочки при хроническом механическом стоматите могут длительное время не беспокоить больного, вызывая лишь чувство неловкости, дискомфорта, незначительную болезненность, припухлость. При осмотре слизистой оболочки выявляются катаральное воспаление (отек, гиперемия), нарушение ее целостности (эрозии, афты, язвы), пролиферативные изменения (гипертрофия десневых сосочков, десневого края), гипертрофия сосочков языка типа

---

---

папилломатоза, повышенное ороговение (лейкоплакия). Эти симптомы могут встречаться в комбинациях друг с другом.

Наиболее часто при хроническом стоматите возникает катаральное воспаление: гиперемия, отек с инфильтрацией, пролиферация. Выраженность этих изменений зависит от силы и продолжительности действия раздражителя. При этом процесс может сопровождаться экссудацией (вначале секрет бывает серозным, а затем и гнойным). При длительном течении процесса гиперемия из ярко-красной становится синюшной, края и основания поражения уплотняются не только за счет отека, но и в результате развития плотной соединительной ткани.

Течение катарального воспаления может быть острым или хроническим. Острое воспаление продолжается до 7-10 дней и при устранении раздражителя быстро проходит. При отсутствии лечения наблюдается хроническое очаговое либо генерализованное воспаление. Травматическую язву, возникающую вследствие локального повреждения, называют также **декубитальной**.

Травматическая эрозия и язва обычно болезненны, особенно при приеме пищи, разговоре. Клинические проявления травматических язв многообразны. При длительном существовании края и основание язвы уплотняются (за счет преобладания явления пролиферации), основание дефекта становится гиперемированным, болезненным при пальпации, дно покрывается фибринозным, а иногда некротическим налетом.

Глубина различная – вплоть до мышечного слоя. В некоторых случаях увеличиваются регионарные лимфатические узлы. При присоединении вторичной микрофлоры, особенно фузоспирокет и дрожжей, язва может не заживать более месяца. При существовании язвы более 1,5-2 месяцев может произойти ее озлокачествление. В этих случаях необходима диагностическая биопсия.

Из факторов, которые могут вызвать раздражение и повреждение слизистой оболочки рта, следует особо выделить протезы. Съёмный протез передает жевательное давление на слизистую оболочку, задерживает самоочищение полости рта, что приводит к нарушению установившегося равновесия между различными видами микроорганизмов, изменяет анализаторную функцию рецепторов слизистой оболочки. В возникновении воспаления слизистой оболочки под протезом, кроме травматического фактора, следует учитывать и фактор сенсибилизации.

Воспаление слизистой оболочки протезного ложа может быть очаговым – в виде точечной гиперемии или больших гиперемированных пятен и разлитым, часто занимающим всю поверхность протезного ложа. На фоне воспаленной и отечной слизистой оболочки могут возникать точечные кровоизлияния, эрозии, а также очаги гиперплазии слизистой оболочки в виде зернистости или дольчатости. Изменения слизистой оболочки могут наблюдаться также при использовании несъёмными протезами.

---

---

При длительном ношении неполноценного съемного протеза на фоне диффузной гиперемии развивается папилломатозная гиперплазия, имеющая вид мягкой зернистой ярко-красной поверхности. Костная ткань альвеолярного отростка местами резорбируется, альвеолярный край становится мягким, подвижным («болтающимся»). Нередко одновременно развивается ангулярный хейлит. В возникновении подобных состояний, кроме хронической травмы, определенную роль играет присоединение дрожжеподобного гриба *Candida*, который, как правило, обнаруживается в большом количестве на протезах и меньше – на слизистой оболочке протезного ложа.

**Дифференциальная диагностика.** Необходимо отличать травматическую язву от специфических изъязвлений при туберкулезе, сифилисе, новообразованиях, а также от язвенно-некротического стоматита Венсана и трофических язв. Следует помнить о возможном озлокачествлении травматической язвы при длительном течении. Быстрое, в несколько дней, заживление язвы после устранения травмирующего фактора говорит о ее травматическом происхождении. У раковой язвы дно более плотное, а края приподняты, безболезненны, нередко наблюдается ороговение. После устранения раздражителя заживления не наступает. При цитологическом и гистологическом исследованиях обнаруживаются атипичные изменения эпителиальных клеток.

Туберкулезная язва имеет более подрывные края, зернистое дно с желтоватым налетом, не эпителизируется после удаления раздражителя. В соскобе с язвы обнаруживаются эпителиоидные клетки и гигантские клетки Лангханса, а при окраске по Цилю-Нильсену нередко выявляются микобактерии туберкулеза. Общее состояние больного, как правило, ухудшается. Для уточнения диагноза больного направляют к фтизиатру.

Твердый шанкр в типичных случаях отличается от травматической язвы наличием плотного инфильтрата, окружающего язву, ровными краями, гладким дном, увеличением и уплотнением регионарных лимфатических узлов (склераденит) и отсутствием болевого симптома. Диагноз подтверждается при выявлении бледной трепонемы (спирохеты) в отделяемом с язвы. Реакция Вассермана и другие серологические реакции на сифилис становятся положительными через 3-4 недели после возникновения язвы. Устранение травмы не влияет на течение твердого шанкра.

Вторичное осложнение травматической язвы фузоспирохетами приводит к появлению зеленовато-серого зловонного налета, в соскобах обнаруживаются в большом количестве спирохеты и веретенообразные бациллы.

Трофическая язва отличается от травматической более вялым течением, слабовыраженными симптомами воспаления (ареактивные язвы), резковыраженным нарушением общего состояния (чаще всего заболеванием сердечно-сосудистой си-

---

---

стемы и системы крови). Травмирующий фактор может быть очень слабовыраженным, а после его устранения такие язвы не имеют тенденции к заживлению, если не проводится общая терапия.

**Лечение.** При травматических язвах необходимо, в первую очередь, устранить раздражитель, лечение включает антисептическую обработку язвы, антисептические полоскания полости рта и применение кератопластических (эпителизирующих) препаратов. При резкой болезненности язвы показаны аппликации обезболивающими средствами. Некротические ткани со дна язвы тщательно удаляют механически под анестезией или с помощью протеолитических ферментов. Назначают аппликации кератопластических средств (витамины А и Е, масло шиповника, линимент тезана, бальзам Шостаковского, картолин, облепиховое масло, 5 % метилурациловую мазь, солкосерил и др.). Прижигания категорически противопоказаны. Производится тщательная санация полости рта. При повреждениях съемными протезами необходима их коррекция.

Если причина травмы не устранена, то лечение оказывается неэффективным, и в основании язвы постепенно развивается фиброзная ткань, которая может привести к возникновению дольчатой фибромы либо к неопластическому образованию.

### ***3.3. Химические стоматиты***

Возникают при контакте слизистой оболочки с кислотами и щелочами в достаточно сильной концентрации. Это может случиться при ошибочном использовании их в быту и на производстве, на приеме у стоматолога, часто – при попытках самоубийства. Ожог может появиться при неправильном лечении зубов: прикладывании аспирина, анальгина, спирта к дёснам. Стоматиты, развивающиеся вследствие воздействия химических агентов, по глубине поражения, как и термические ожоги, подразделяются на четыре степени, причем нередко возникают ожоги III и IV степеней. В этой группе чаще всего встречаются стоматиты от воздействия на слизистую рта кислот и щелочей. В последние годы в связи с широким распространением бытовых химических средств участились случаи химических некрозов слизистой оболочки полости рта, особенно у детей. Ядовитое вещество, попавшее в полость рта, обычно быстро выплевывают, поэтому пораженными оказываются губы и верхушка языка, реже – корень и другие участки слизистой оболочки полости рта и зева. При остром химическом поражении отмечаются резкая боль, экссудативное воспаление, которое быстро переходит в некроз.

---

---

### *Кислотные стоматиты*

Контакт с кислотой приводит к возникновению на слизистой оболочке коагуляционного некроза: плотной пленки бурого (от серной кислоты) или желтого (от азотной кислоты), или бело-серого цвета (от других кислот). Пленки располагаются на воспаленной слизистой оболочке, плотно соединены с подлежащими тканями. Образовавшаяся корка задерживает проникновение кислоты на большую глубину и через несколько дней отторгается (при необходимости процесс отторжения мертвой корки может быть ускорен хирургическим путем). Оставшиеся живыми элементы слизистой и подслизистой оболочек резко отечны, ярко-красного цвета. Глубина омертвления ткани в разных местах неодинакова. В отдельных участках образуются язвы. Возможно также омертвление мягких тканей, вплоть до кости. При воздействии некоторых кислот, например, мышьяковистой, нередко формируются и отходят участки мертвой костной ткани – костные секвестры.

### *Щелочные стоматиты*

Ожог щелочами приводит к колликовационному некрозу слизистой оболочки, при этом плотной пленки не образуется, некротизированные ткани имеют студенистую консистенцию. Поражение более глубокое, чем при ожоге кислотами. Некроз



может захватить все слои мягких тканей, особенно на деснах и твердом небе. Ожоги, особенно обширные, причиняют больному тяжкие страдания. Через несколько дней после отторжения некротизированных тканей обнажаются медленно заживающие эрозивные или язвенные поверхности. В легких случаях ожоги могут быть причиной только катарального воспалительного процесса.

**Лечение.** Химический стоматит требует неотложного интенсивного лечения. При химических стоматитах, вызванных различными повреждающими агентами, самым универсальным и наиболее эффективным средством оказания скорой помощи является длительное (около 1 ч.) промывание обожженного участка обильным количеством проточной воды. Чем раньше удален химический агент, тем менее глубоким будет ожог. Исключение составляют негашеная известь и органические соединения алюминия, которые промывать водой нельзя.

После промывания слизистой оболочки водой рекомендуется применение нейтрализующих растворов – специфической антидотной терапии с учетом вида повреждающего химического агента.

Дальнейшее лечение включает обезболивание (5 % раствор анестезина в облепиховом масле, 1 % раствор тримекаина, 2 – 5 % раствор лидокаина, 2 % раствор новокаина) и энзимотерапию: протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин,

---

---

террилитин) в 0,01 % растворе новокаина, микроцида, 0,01 % растворе фуразолидона, 10 % растворе димексида, 0,01 % растворе хлоргексидина. После длительной аппликации пораженных участков (в течение 5-15 мин.) протеолитическими ферментами проводят хирургическую обработку пораженных участков с последующим применением витаминных керато-пластических средств (1 % раствор цитраля на персиковом масле, картолин, аевит, 10 % метилурациловая мазь, облепиховое масло, цигерол, солкосериловая мазь или желе). Также применяют дезинтоксикационную терапию, эндо- и экзосорбентную терапию.

### *3.4. Лучевые стоматиты*

Лучевой стоматит возникает при лучевой болезни и является одним из первых признаков тяжелого поражения организма радиоактивным излучением. Ухудшению состояния полости рта при лучевой болезни и усилению развития лучевого стоматита способствуют находящиеся во рту металлические стальные протезы и пломбы. Особенно быстро развиваются признаки стоматита в области нахождения припоя. Изменения в полости рта имеют вид афтозных, язвенных и некротических стоматитов, а также ожогов. Зависит это от периодов течения лучевой болезни.

**Клиника.** В период *первичной реакции* при лучевой болезни во рту отмечаются сухость языка, шершавость его, слизистая оболочка полости рта матового оттенка, на дне полости рта – точечные кровоизлияния. Появляются боли при приеме пищи, сухость во рту, снижение вкусовых ощущений. **Во втором периоде** эти явления проходят, наступает кажущееся благополучие. **Но в третьем периоде** лучевой болезни признаки стоматита снова проявляются более ярко. Слизистая оболочка становится анемичной, сухой. По всему десневому краю выступает розовая кайма в виде бахромы. При легком прикосновении к десневым сосочкам они кровоточат. Развиваются обширные кровоизлияния в подслизистую оболочку (особенно в области дна полости рта, корня языка). С прогрессированием процесса нарастает отек в области переходных складок, десен, языка. Десневые карманы расширяются и обильно заполняются микробами. Далее возникает некроз тканей в виде белого пятна, как при ожоге, из которого образуется язва с неровными, возвышенными краями и дном, покрытым серо-грязным налетом. При дальнейшем развитии лучевой болезни язвы распространяются по десневому краю на небные дужки. Появляются участки некроза тканей, в то время как воспалительные явления исчезают. Определяется некроз на фоне анемичной слизистой оболочки. Острая боль вынуждает больных отказываться от еды, что нарушает процесс самоочищения

---

---

полости рта и вызывает вторичные воспалительные явления. Состояние отягощается непрерывным вытеканием из полости рта грязной, кровянистой, с гнилостным запахом слюны.

Нередко стоматиты при лучевой болезни рецидивируют. При выздоровлении в полости рта остаются рубцовые изменения, ведущие иногда к контрактурам.

**Лечение.** На фоне общего лечения проводят активную местную терапию. В период развития стоматита показана щадящая санация полости рта с целью исключения раздражающих факторов (пломбирование или обработка бором острых краев зубов, удаление массивных отложений зубного камня).

Назначают полоскания рта 0,1% раствором перманганата калия, 1% раствором перекиси водорода, раствором биомидина (100 000 ЕД на 50 мл воды). Хороший результат дает орошение полости рта (2 мл 0,1% раствора адреналина на 100 мл 5% раствора глюкозы, 0,5% раствор новокаина). Диета должна быть механически щадящей, с большим содержанием белков и витаминов и высокой энергетической ценностью.

В настоящее время при лечении стоматитов различной этиологии применяют воздействие лазером с длиной волны 0,63 мкм. При этом стимулируются процессы микроциркуляции, эпителизации и местные неспецифические защитные факторы слизистой оболочки полости рта (фагоцитоз, лизоцим слюны), ингибируется развитие вирусной инфекции и микрофлоры па-

тологического очага. Лечение осуществляют бесконтактным способом на установках типа УЛФ-01 («Ягода»), АФЛ, АФДЛ-1 («Клиника») и других при интегральной дозе воздействия 0,2-0,5 Дж/см<sup>2</sup>. Время облучения корректируется с помощью лазерного биофотометра. Основным противопоказанием к применению указанного метода лечения является онкологическое заболевание.

### ***3.5. Ожоговые стоматиты***

Ожоговый стоматит развивается после попадания в рот очень горячей пищи, например, только что закипевшей жидкости, реже - после попадания в рот горячего пара, раскаленного воздуха или огня. Термические ожоги слизистой рта, связанные с вдыханием горячего пара, воздуха или пламени, как правило, сопровождаются ожогом дыхательных путей, что значительно утяжеляет состояние пострадавшего.

В зависимости от глубины поражения, ожоги слизистой оболочки, как и ожоги кожи, подразделяются на две группы – поверхностные и глубокие. К поверхностным относят ожоги I степени, при которых слизистая только отекает и краснеет; II степени – образуются пузыри; III степени – наступает частичное омертвление слизистой оболочки с сохранением части элементов росткового слоя. К глубоким относят ожоги

---

---

III степени – слизистая погибает полностью и IV степени – омертвевает не только слизистая, но и глубжележащие слои, иногда включая и кость.

Поверхностные ожоги при проведении рационального лечения заживают за несколько дней. Глубокие заживают медленно, с образованием грубых стягивающих рубцов, затрудняющих открывание рта. Они требуют сложного лечения в условиях стоматологического стационара, где нередко приходится прибегать к производству пластических операций.

---

---

## Глава 4. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТИТОВ

**Гексаспрей и гексализ.** Препараты на основе биклотимола пользуются большой популярностью в Европе и в США, так как это вещество активно уничтожает основные бактериальные возбудители ротоглоточных инфекций, в том числе и те, которые являются устойчивыми к действию большинства антибиотиков. Уже через 10 минут после применения биклотимол разрушает клеточные стенки стафилококков, стрептококков, гемофильной палочки, пневмококков и т.д. Кроме этого, он оказывает обезболивающее и противовоспалительное действие. Немаловажным достоинством биклотимола является его минимальная токсичность, что позволяет использовать его у детей старше 6 лет и у пожилых людей с большим количеством хронических заболеваний. В России зарегистрированы два препарата на основе биклотимола для лечения стоматитов и других инфекций ротоглотки. Это Гексаспрей и Гексализ.

Гексаспрей – это аэрозоль для обработки ротовой полости и миндалин. Его основу составляет биклотимол, а в качестве газа-наполнителя используется азот, который не раздражает заднюю стенку глотки и не провоцирует кашель. На фоне использования Гексаспрея боль, краснота и отечность исчезают уже на 2-3-и сутки после начала лечения. Для этого достаточно три раза в день делать по 2 впрыскивания. При этом совсем

---

---

не обязательно делать это только в промежутках между едой. Гексапреем можно пользоваться вне зависимости от приемов пищи. Благодаря низкой токсичности и хорошей переносимости биклотимола Гекспрей можно применять даже у беременных и кормящих женщин.

Другим препаратом на основе биклотимола является Гексализ. Это оранжево-желтые таблетки для рассасывания с приятным лимонным ароматом. Помимо биклотимола, в состав Гексализа входят лизоцим и эноксолон. Лизоцим – это естественный фактор неспецифической защиты организма. Он находится в слюне, слезах, слизистой желудочно-кишечного тракта, в грудном молоке и т. д. Лизоцим разрушает микробную стенку, подавляет рост бактерий, уничтожает вирусы и уменьшает уровень воспаления. Эноксолон – соединение, выделенное из глицирризиновой кислоты, основного действующего вещества солодки. Корень солодки давно используют в народной медицине как противовоспалительное средство при самых различных состояниях. Эноксолон не только обладает противовоспалительными свойствами, но и оказывает прямое противовирусное действие. Он нарушает способность вирусов к размножению, препятствует их проникновению в клетки человеческого организма и усиливает собственные естественные защитные механизмы слизистой оболочки. Благодаря комбинации биклотимола, лизоцима и эноксолон Гексализ



оказывает мощное обезболивающее, антибактериальное и противовоспалительное действие и, что немаловажно, обладает выраженным противовирусным эффектом.

Использовать Гексализ так же просто и удобно, как Гексаспрей. Таблетки рассасывают по одной каждые 4 часа, а в случае сильного воспаления и болей у взрослых интервал между приемами лекарства может быть сокращен и до 2 часов, но не более 8 таблеток за день. Гексализ, как и Гексаспрей, действует эффективно и быстро, улучшая клиническую картину и избавляя от боли уже на 2-3-й день лечения.

**Деринат.** Препарат оказывает модулирующее влияние на клеточное и гуморальное звенья иммунной системы и неспецифическую резистентность организма, что приводит к оптимизации воспалительной реакции и специфического иммунного ответа на бактериальные, вирусные и грибковые антигены. Иммуномодулирующий эффект дерината обусловлен его способностью стимулировать В-лимфоциты, активизировать Т-хелперы и клетки моноцитарно-макрофагальной системы. Препарат ускоряет энергетический метаболизм внутри клетки, синтез РНК и ДНК. Активация клеточного иммунитета деринатом повышает способность естественных киллеров воздействовать на клетки, пораженные вирусами, хламидиями, золотистым стафилококком, кишечной палоч-

---

---

кой, хеликобактером и др. Деринат стимулирует репаративные и регенераторные процессы. Препарат обладает противовоспалительным, противоопухолевым, противоаллергическим и детоксицирующим действием, а также антиоксидантными и мембрано-стабилизирующими свойствами. Повышает резистентность организма к инфекциям. Стимулирует гемопоэз (нормализуя число лейкоцитов, лимфоцитов, гранулоцитов, фагоцитов, тромбоцитов). Обладая выраженной лимфотропностью, деринат стимулирует дренажно-детоксикационную функцию лимфатической системы, существенно снижает чувствительность клеток к повреждающему действию химиотерапевтических препаратов и лучевой терапии.

При стоматитах производят полоскания препаратом 4–6 раз в сутки (1 флакон – 1–2 полоскания). Продолжительность курса лечения – 5–10 дней.

**ОКИ.** Оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие. Ингибируя ЦОГ-1 и -2, угнетает синтез ПГ. Обладает антибрадикининовой активностью, стабилизирует лизосомальные мембраны и задерживает высвобождение из них ферментов, способствующих разрушению тканей при хроническом воспалении. Снижает выделение цитокинов, тормозит активность нейтрофилов. При стоматитах применяют в виде 2-х полосканий в сутки по 10 мл раствора ОКИ (5 впрыскиваний) на 1 дозу. Раствор из 5 впрыскиваний следует разводить в стаканчике, прилагающемся к упаковке, наполовину напол-

ненном питьевой водой. При нажатии на дозатор-впрыскиватель, находящийся в верхней части флакона, пациент получает 1 впрыскивание – 2 мл раствора ОКИ.

**Лигнин гидролизный** является препаратом растительного происхождения, получаемым из лигнина. Является природным органическим полимером, который входит в состав практически всех наземных растений.

По распространенности в растительном мире он уступает только полисахаридам (например, целлюлозе, крахмалу). Лигнин гидролизный принадлежит к клинико-фармакологической группе энтеросорбентов. Данное средство обладает способностью связывать разнообразные микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности, аллергены, аммиак, токсины, имеющие экзогенную и эндогенную природу, ксенобиотики (чужеродные токсичные для организма вещества, попадающие в него с пищевыми продуктами), радиоактивные изотопы, тяжелые металлы, двухвалентные катионы и способствовать их выведению из организма через пищеварительную систему. Лигнин гидролизный обладает энтеросорбирующим, дезинтоксикационным, антиоксидантным, гиполипидемическим и комплексообразующим действием. Положительным образом влияет на неспецифический иммунитет. При лечении стоматитов применяют в виде пасты по 0.5-1 г/кг 3-4 раза в день (1 ст.ложку размешивают в 200 мл воды в течение 2 мин).

---

---

**Пропосол-Н.** Комбинированный препарат для лечения воспалительных заболеваний слизистой оболочки ротовой полости. Оказывает антибактериальное, противовоспалительное, антиоксидантное действие, способствует регенерации эпителия, не обладает местнораздражающим и общетоксическим эффектом. Глицерол и этиловый спирт, входящие в состав препарата, оказывают смягчающий и антисептический эффект. Комбинация указанных фармакологических свойств обеспечивает комплексную патогенетическую терапию воспалительных заболеваний слизистой оболочки ротовой полости. Перед использованием Пропосола-Н на аэрозольный баллон необходимо надеть распыляющую насадку, после чего путём надавливания насадки до упора равномерно орошать препаратом пораженный участок. Препарат применяют 2-6 раз на день. Курс лечения составляет 7-10 дней.

**Фитансис.** Компоненты сбора содержат различные группы биологически активных веществ: дубильные вещества, полисахариды, эфирные масла, флавоноиды, фенолкарбоновые кислоты. Отвар и настой сбора оказывают противомикробное (обладают бактериостатической активностью в отношении грамположительных бактерий рода *Staphylococcus*, грамотрицательных бактерий родов *Escherichia*, *Proteus*, *Pseudomonas*; фунгистатической активностью в отношении мицелиальных грибов рода *Microsporum* и рода *Trichophyton*), вяжущее, про-

тивовоспалительное действие. При стоматитах применяют местно в теплом виде для полосканий по 1/2 стакана 3-4 раза в день.

**Вокара.** Гомеопатический лекарственный препарат, обладающий противовоспалительным, противоотечным, иммуномодулирующим и общеукрепляющим действием. Кроме того, препарат способствует выведению токсинов, ослабляет симптомы общей интоксикации при острых респираторных заболеваниях. Вокара обладает непрямым жаропонижающим, анальгетическим и спазмолитическим действием, улучшает микроциркуляцию в пораженных тканях, препятствует развитию осложнений и ускоряет выздоровление. Препарат также ускоряет процессы регенерации слизистых оболочек. При стоматитах препарат назначают по 10 капель 3 раза в день. Курс лечения - 2-4 недели. В случаях, требующих быстрого ослабления симптомов, возможен прием каждые 0.5-1 ч. до наступления улучшения (но не более 8 раз), после чего принимать 3 раза в сутки.

**Дологель СТ.** Гель стоматологический. Активные вещества: холина салицилат – 1,740 г, лидокаина гидрохлорид – 0,200 г; вспомогательные вещества: карбопол-934, бензалкония хлорид – 0,001 г, метил гидроксибензоат, пропилен гидроксибензоат, вода очищенная, полисорбат 60, ментол, пропиленгликоль, триэтаноламин, глицерин, ароматизатор анисовый,

---

---

ароматизатор горький Mask IS, натрия сахарин. Светло-коричневый гель с приятным запахом в ламинированных тубах. Холина салицилат уменьшает воспаление и боль. Бензалкония хлорид является четвертичным аммониевым основанием – имеет антисептическое и дезинфицирующее действие. Лидокаина гидрохлорид – местный анестетик и используется в препаратах как местноанестезирующее средство. При стоматитах наносить гель на пораженную поверхность на 20 минут 2 раза в день, курс лечения – 5 дней.

**Полиоксидоний.** Увеличивает резистентность организма в отношении бактериальных, грибковых и вирусных инфекций. Основой механизма иммуномодулирующего действия Полиоксидония является прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования. Восстанавливает иммунные реакции при вторичных иммунодефицитных состояниях, вызванных инфекциями, травмами, ожогами. При пероральном применении активирует лимфоидные клетки, тканевые макрофаги, что способствует более быстрой элиминации возбудителя из организма при наличии очага инфекции. Наряду с иммуномодулирующим действием обладает выраженной детоксицирующей и антиоксидантной активностью, которые определяются структурой и высокомолекулярной природой препарата. Повышает устойчивость мембран клеток к цитотоксическому действию лекарственных препаратов и химических веществ,

снижает их токсичность. Препарат хорошо переносится, не обладает митогенной активностью, антигенными свойствами; не оказывает аллергизирующего, мутагенного, эмбриотоксического, тератогенного и канцерогенного действия. Применяется сублингвально. При воспалительных процессах ротовой полости (бактериальной, вирусной и грибковой природы) – 2 раза в день с интервалами 12 ч. в течение 10-14 дней. При тяжелых формах герпетической и грибковой инфекции ротовой полости – 3 раза в день с интервалами 8 ч. в течение 15 дней.

**Септогал.** Комбинированный препарат. Бензалкония хлорид – поверхностно-активное катионное вещество, нарушает проницаемость клеточной мембраны микроорганизмов и тормозит ферментативные процессы, активен в отношении многих патогенных бактерий, некоторых видов вирусов, грибов и простейших. Тимол получают из *Thymus vulgaris* эфирных масел. Обладает антисептическим, бактерицидным и фунгистатическими свойствами. Ментол, масло мяты перечной и масло эвкалиптовое оказывают умеренновыраженное антисептическое, обезболивающее, противовоспалительное и дезодорирующее действие. При стоматитах 1 таблетку медленно рассасывать в полости рта до полного растворения каждые 2-3 ч.

**Стоматидин.** Комбинированный препарат, оказывающий антисептическое, противовоспалительное, вяжущее, мягкое анальгезирующее и дезодорирующее действие на слизистые

---

---

оболочки глотки и ротовой полости. Стоматидин активен в отношении грибов и широкого спектра болезнетворных микроорганизмов. Действующее вещество – гексетидин. Концентрация гексетидина при местном применении на слизистых оболочках сохраняется в течение 65 часов. Оказывая местное действие, препарат не всасывается в системный кровоток и не кумулирует. Продолжительность эффекта гексетидина достигает 12 часов. Стоматидин наносят на пораженные слизистые оболочки с помощью тампона 2-5 раз в день или проводят полоскание ротовой полости в течение 30 секунд 10-20 мл препарата. Процедуры проводят между приемами пищи или после еды, с интервалом между повторными процедурами не менее 4 часов. Курс лечения – 7 дней. Стоматидин в форме аэрозоля назначают по 1-2 дозе 2-3 раза в день.

**Эплир.** Это жирорастворимый экстракт лечебных грязей, который содержит сульфо – и фосфолипиды, каротиноиды, стероидные и жирные ненасыщенные кислоты, хлорофилл, а также масляный экстракт очанки, глицерин, гермабен 2Е, аристофлекс, очищенную воду. Препарат оказывает на организм сильное биостимулирующее, регенерирующее, обезболивающее и антиоксидантное воздействие. Однако главным целебным эффектом является противовоспалительный. При герпетическом и кандидозном стоматитах обрабатывать слизистые



оболочки полости рта тампоном, смоченным в эплире, 3-5 раз в день. В детской практике (молочница) обработку проводить за 15-29 минут до кормления. Курс – 3-7 дней.

**Капосол.** Это жидкость для полоскания полости рта, содержащая кальций и ионы фосфата. Средство для профилактики и лечения стоматитов различной этиологии, лучевого стоматита (орального мукозита) и стоматита, вызванного химиотерапией. Капосол обеспечивает достаточное увлажнение полости рта, предотвращает развитие воспалительных и язвенных поражений, вызванных проведением противоопухолевой терапии. Препарат можно использовать от 4 до 10 раз в день, в зависимости от стадии орального мукозита.

---

---

## Глава 5. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СТОМАТИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

### *5.1. Антимикробная фотодинамическая терапия HELVO*

Несмотря на достигнутые успехи в комплексном лечении стоматитов, поиск новых средств, более эффективно воздействующих как на этиологию, так и на патогенез данного заболевания, продолжается. Говоря о современных методах лечения стоматитов, нельзя не упомянуть о фотодинамической терапии (ФДТ).

ФДТ – двухкомпонентный метод лечения: одним компонентом служит фотосенсибилизатор (краситель, повышающий чувствительность тканей к свету), другим – свет. Использование света фотосенсибилизаторов открывает новые возможности медицины. Это обусловлено тем, что ткани обладают свойством интенсивно накапливать и длительно удерживать некоторые красители с макроциклической химической структурой (порфирины, хлорины, фталоцианины, фотодитазин).

Суть метода состоит в том, что многие биологические объекты (раковые клетки, воспалительные ткани, микробы и вирусы) накапливают определенные красители – фотосенсибилизаторы, обладающие повышенной чувствительностью к возбуждающему действию света (при соответствующей длине волны). Под действием энергии низкоинтенсивного лазерного излучения в сенсibilизированных клетках или тканях раз-

вивается фотохимическая реакция с выделением синглетного кислорода и свободных радикалов – высокоактивных биологических окислителей, которые приводят к гибели и разрушению опухолевых клеток, микроорганизмов.

Использование этого метода для лечения гнойных ран научно аргументировано и получило экспериментальное подтверждение. Гистологическое, гистохимическое исследования свидетельствовали о выраженной стимуляции раневого процесса при использовании фотодинамической терапии с лазерным источником света. Были выявлены выраженное антибактериальное действие, ускоренное очищение ран от гнойно-некротического детрита, уменьшение микроциркуляторных нарушений и воспалительных проявлений, пролиферация фибробластов, активный рост и созревание грануляционной ткани, ускоренная эпителизация макрофагальной и фибробластической реакции, быстрый переход процесса от дегенеративно-воспалительного к восстановительно-регенераторному и регенераторному типам.

Экспериментальные исследования *in vitro* и *in vivo* показали, что воздействие излучения твердотельного лазера красного цвета с длиной волны 670 нм на фотосенсибилизированные микроорганизмы (*S. epidermidis*, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Proteus mirabilis* и *E. coli*) ведет к резкому уменьшению (в среднем в 20 раз) количества жизнеспособных бактерий. В клинических условиях после одного сеанса фотодинамической терапии уровень микробной обсемененности ран снижается в 100 раз.

---

---

Аппликация фотосенсибилизатора на гнойные раны (язвы), по данным морфологических исследований, не вызывала токсического и противовоспалительного воздействия на ткани.

Изучение микроциркуляции в области раны с помощью компьютеризированной лазерной доплеровской флоуметрии показало, что ФДТ уменьшает отек, улучшает реологию кровотока в микрососудах, снижает сосудистое сопротивление, восстанавливает тонус миоцитов, артериол и прекапилляров, усиливает новообразование капиллярной сети в зоне поврежденных микрососудов и в бессосудистых участках тканей, что способствует повышению уровня трофических процессов в тканях десны и восстановлению барьерных свойств стенки микрососудов.

Доказано, что ФДТ имеет преимущества перед традиционными методами антибактериальной терапии. Действие фотодинамической терапии на микроорганизмы приводит к подавлению их жизнедеятельности. Эффективность ФДТ не зависит от спектра чувствительности патогенных микроорганизмов к антибиотикам и вызывает гибель даже антибиотикорезистентных штаммов золотистого стафилококка, кишечной палочки и др. Противомикробное действие ФДТ не убывает при длительном применении (при лечении хронических инфекционных процессов). По отношению к ФДТ у патогенных микроорганизмов не развивается устойчивости.

Необходимо подчеркнуть локальный характер бактерицидного эффекта – не отмечено системного действия на нормаль-

ную микрофлору организма. Это происходит потому, что в отдельности ни одному из компонентов ФДТ (ни фотосенсибилизатору, ни низкоинтенсивному лазерному облучению) не свойственны бактерицидное действие или другие повреждающие эффекты. Фотодинамическая реакция возникает только при одновременном действии этих 2 факторов в отсутствие кислорода. При этом фотодинамическое повреждение носит локальный характер, а бактерицидный эффект лимитируется зоной лазерного облучения сенсibilизированных тканей, что и позволяет избежать побочного эффекта, возникающего при применении антибиотиков и антисептиков.

Метод фотоактивируемой дезинфекции (Helbo, Австрия) применяется на кафедре терапевтической стоматологии более 7 лет. Сначала клеточные стенки микроорганизмов окрашиваются с помощью светочувствительных молекул фотосенситазы HELBO®Blue Photosensitizer, которые диффундируют в биопленки. Затем молекулы фотосенситазы необходимо активировать с помощью лазерного света с длиной волны 670 – 690 нм. и энергетической плотностью 75 мВт/кв.см. В случае со стоматитом применяются 2D – зонды, специально разработанные для СОПР.

В заключение, хочется отметить, что использование этого простого, надежного, не приводящего к осложнениям метода позволяет эффективно воздействовать на микробные ассоциации, на вирусную и грибковую флору слизистой оболочки по-

---

---

лости рта, пародонтальных карманов, губ и кожи лица, кроме того, есть опыт использования ФДТ при лечении периимплантитов, кариеса, а также в эндодонтической практике.

## *5.2. Озонотерапия*

При изменении окислительно-восстановительного потенциала соединительно-тканых структур слизистой оболочки, нарушении микроциркуляции в мягких тканях полости рта, тканевой гипоксии при комплексном лечении стоматитов, основным методом немедикаментозного лечения является озонотерапия.

Использование озона в медицинской практике относится к 1880-м годам. Но в массовом порядке его начали применять как антисептическое средство немецкие врачи во время Первой мировой войны. Им обрабатывали плохо заживающие раны, пролежни, гангрены, тяжелые ожоги и останавливали сильные кровотечения. Однако интерес к этой методике, эффективность которой была доказана на практике, незаслуженно угас с появлением новых сильнодействующих антибиотиков. На протяжении нескольких десятилетий она была предана забвению. И только после того как в 70-х годах прошлого века стало очевидно, что применение антибиотиков в ряде случаев нецелесообразно, снова вспомнили о лечебных свойствах озона и включили его в программу международных научных

исследований. Благодаря этому были разработаны рациональные методы и оптимальные дозы применения газа. В настоящее время озонотерапию с успехом используют врачи Америки и Европы. В России этот метод получил развитие благодаря исследованиям ученых Нижнего Новгорода и Москвы. В частности, первой его стала внедрять профессор А.В. Змызгова.

Проникая внутрь клетки человеческого организма, озон связывается с содержащимися там полиненасыщенными жирными кислотами и образует биологически активные группы озонидов, которые начинают оказывать окислительное воздействие на мембрану болезнетворных микроорганизмов, разрушая целостность ее оболочек. Грамположительные бактерии более чувствительны к озону, чем грамотрицательные, что, видимо, связано с различием в строении их оболочек. Как показали испытания, вредная микрофлора в эксперименте гибнет в течение 4-20 минут. Именно на такой способности основан высокий антисептический эффект озона, который распространяется даже на сильные вирусы, устойчивые к антибиотикам, как, например, вирусы герпеса, гепатитов А, В, С.

Знаменательно, что клетки человека при этом не повреждаются, а, наоборот, получают замечательную «подпитку».

Озонида действуют не только на микроорганизмы – они служат катализатором, усиливающим активность внутриклеточных структур и их ферментов. Благодаря этому в организме стимулируются окислительно-восстановительные и об-

---

---

менные процессы, улучшается синтез биологически активных веществ. Введение озono-кислородной смеси сопровождается повышением содержания в крови кислорода. Соответственно усиливается способность красных кровяных телец – эритроцитов – разносить кислород. В результате повышаются текучесть крови и ее микроциркуляция, за счет чего улучшается кровобеспечение всех органов и тканей, в том числе недостаточно снабжаемых кислородом участков.

Также стимулируют озониды и клетки иммунной системы, особенно фагоцитарную функцию, повышая ее защитную активность в 4 раза.

Окисляя простагландины – биологически активные соединения, участвующие в воспалительных реакциях, озониды восстанавливают обменные процессы в пораженных тканях, что способствует исчезновению воспалительных явлений.

При получении даже низких доз озона отмечается активация ферментов, ускоряющих процессы окисления углеводов, липидов и белков с образованием АТФ – единой энергетической единицы клетки.

Лечение озонотерапией обладает хорошей терапевтической активностью и имеет следующие влияния: уничтожает микроорганизмы (бактерии, вирусы, грибки), иммуномодулирующее, убирает явления гипоксии и интоксикации, цитостатическое, способствует эпителизации и заживлению, при высоких концентрациях обладает кровеостанавливающим свойством.



Основные преимущества озонотерапии:

– без медикаментов – Озон лечит раны лучше, чем любое лекарство, пациенты освобождаются от злоупотреблений антибиотиками.

– нет побочных эффектов – Озон действует избирательно - он не может нанести вред живой клетке нашего организма и убивает только бактерии и вирусы;

– длительный эффект – эффект длится намного дольше, чем после лечения медицинскими препаратами, антибиотиками.

– экономия времени – Озон поражает бактерии, вирусы и грибки за несколько секунд, можно проводить процедуры в домашних условиях, и значит, нет необходимости ждать долго в клинике.

В лечении стоматологических заболеваний ведущую роль играют методики местной озонотерапии, прежде всего, обработка слизистой озонированной водой или ОФР, аппликации озонового масла.

### ***5.3. Криодеструкция***

Криодеструкция – метод локального воздействия низких температур с лечебной целью. Ткани, подлежащие удалению, подвергаются разрушению с помощью замораживания. Быстрое охлаждение тканей до сверхнизких температур приводит к одновременному замерзанию межклеточной и вну-

---

---

триклеточной воды с образованием микрокристаллов льда и повышению концентрации клеточных веществ до токсического уровня. Это приводит к нарушению жизнедеятельности клетки, повреждению мембранных и клеточных структур, остановке движения протоплазмы в патологической ткани. Чем выше скорость замораживания, тем глубже и эффективнее патологическая ткань подвергается разрушению. Наиболее предпочтительный режим аппликации лежит в пределах 0.5 – 2 мин. Дальше наступает тепловое равновесие между охлажденным наконечником криодеструктора и тканью. Многократная схема замораживания – оттаивания позволяет найти компромисс между сверхнизкой температурой, требуемой для деструкции патологического очага, и необходимостью сохранить здоровые окружающие ткани. Участок, подвергнутый обледенению, носит зональный характер: зона крионекроза, переходная зона замораживания, по которой в последующем пройдет граница необратимого криоповреждения, зона гипотермии. Правильный прогноз линии некроза – одно из главных условий успешного криохирургического вмешательства. Очаг необходимо замораживать шире и глубже по сравнению с его реальными размерами.

Замораживание ткани сопровождается гемостатическим эффектом за счет нарушения микроциркуляции в капиллярах. И в дальнейшем область некроза не кровоточит. Криохирургическое вмешательство не требует обезболивания, так как быстрое охлаждение приводит к функциональному поврежде-

нию чувствительных нервных окончаний – анальгетическому эффекту. Только при оттаивании в месте криодеструкции чувствуется слабое жжение или покалывание.

### ***Основные этапы криодеструкции***

1. Замораживание ткани жидким азотом. Ткань становится белой, холодной, плотной, нечувствительной; это может сопровождаться субъективными ощущениями легкого жжения, покалывания, незначительной боли;

2. Гиперемия и коллатеральный отек – в течение 1-3-х часов;

3. Появление эпидермальных пузырей (с серозным или геморрагическим содержимым – в течение 6 – 24-х часов;

4. Некроз полностью отторгается от 2 до 6 недель, оставляя малозаметное пятно; одновременно с этим происходит эпителизация дефекта и окружающей ткани;

5. Полная органотипическая регенерация по зонам, соответствующим здоровой нормальной коже. Восстанавливаются все элементы и структуры дермы в течение 3 – 6 месяцев.

### ***Криодеструкция на аппарате последнего поколения Erbokryo® 12***

Процесс глубокого охлаждения инициируется нажатием рычага на рукоятке прибора. При отпускании рычага наконечник зонда оттаивает в течение 8–10 секунд без подачи дополнительного тепла.

---

---

Свойства и особенности: широкий спектр показаний к применению; замораживание может производиться в амбулаторных условиях без анестезии; отсутствие кровотечений при лечении и отторжении омертвевших тканей; почти полное отсутствие рубцов при заживлении; быстрое замораживание до температур  $-89^{\circ}\text{C}$  или  $-60^{\circ}\text{C}$ ; большой выбор наконечников для зондов.

---

---

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адоменко Г.П. «Иммунорегулирующая терапия при заболеваниях человека: обзор», Диагностика и лечение, 1993, № 2, с. 3-10.
2. Банченко Г.В. «Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов» М., Медицина, 1979, 188 с.
3. Банченко Г.В. «Проблемы заболеваний слизистой оболочки полости рта», М., «Зубоврачебный вестник», 1993, № 2, с. 13-19.
4. Банченко Г.В., Кряжева С.С. «Сочетанные поражения слизистой оболочки полости рта и кожи», М., «Партнер». 1994, Атлас.
5. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник в 3 ч. Ч. 3: Заболевания слизистой оболочки полости рта / Барер Г.М. и др.; под ред. Г.М. Барера. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 254 с.
6. Барышева Ю.Д., Попова Ю.Н., Цветкова Л.А. «Цитологическая диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта» (методическое пособие) М., ММСИ, 1986, 23 с.
7. Безруков В.М. «Справочник по стоматологии», М., «Медицина», 1998, 656 с.
8. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. «Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта» М., Медицина, 1981, 286 с.
9. Боровский Е.В., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. с соавт. «Терапевтическая стоматология», М., Медицина, 1998.
10. Боровский Е.В., Машкилейсон А.Л. «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ» М., Медицина, 1984.

- 
- 
11. Ефанов О.И., Дзанагова Т.Ф. «Физиотерапия стоматологических заболеваний» М., Медицина, 1980, 295 с.
  12. Караков К.Г. «Поражение слизистой оболочки полости рта при дифтерии, кори, скарлатине / Учебное пособие. – 2006. – 100 с.
  13. Караков К.Г. с соавт. «Поражение слизистой оболочки полости рта при герпесвирусной и энтеровирусной инфекциях» / Учебное пособие. – 2007. – 176 с.
  14. Караков К.Г., Власова Т.Н. «Методы и средства коррекции вторичной инфекции полости рта» / Учебное пособие. – 2009. – 110 с.
  15. Караков К.Г., Власова Т.Н. «Особенности диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта / Учебное пособие. – 2011. – 122 с.
  16. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. – М., 2006. – 754 с.
  17. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология: рук. к практ. занятиям: учеб. пособие; – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 423 с.
  18. Шумский Л.В., Гребнев Е.Н., Юрченко Е.В. «Герпетическая инфекция полости рта и губ», Самара, 1996, монография, 130 с.
  19. Чеботарёв В.В., Караков К.Г., Чеботарёва Н.В. Дерматовенерология / Учебник. – 2012. – 272 с.
  20. «Заболевание слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, лечение». Учебное пособие. Под общей редакцией проф. Барера Г.М. М., Медицина, 1996.

*Травматическая афта  
на боковой поверхности  
языка*



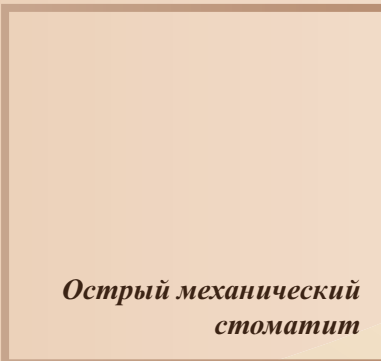
*Травматическая афта  
на вентральной  
поверхности языка*

*Хронический  
травматический  
стоматит*





*Острый травматический  
стоматит*



*Острый механический  
стоматит*



*Травматический  
стоматит*







*Хронический механический стоматит языка  
на фоне сопутствующей патологии*



*Химический стоматит  
красной каймы губ*

---

Для заметок

*Караков Карен Григорьевич, Власова Татьяна Николаевна,  
Лавриненко Вячеслав Иванович, Герасимова Лариса Павловна,  
Цатурян Людмила Дмитриевна, Парфюриадис Михаил Павлович,  
Оганян Артур Вейганович, Хачатурян Эмилия Эдуардовна,  
Мордасов Николай Александрович*

**ГРИБКОВЫЕ, ВИРУСНЫЕ  
И ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТОМАТИТЫ  
В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ**

Учебное пособие

Отпечатано в ООО «Издательско-информационный центр «Фабула»  
355042, РФ, г. Ставрополь, проезд 1-й Параллельный, 8, оф. 303  
тел. 8 (8652) 23-07-00, 8 (9624) 41-93-57  
e-mail: fabula-st@mail.ru, www.fabula-st.ru

Компьютерная верстка и дизайн обложки: В.В. Латина

---

Подписано в печать 12.09.2013 г.	
Формат 60x84 1/16.	Усл. п. л. – 5,81.
Бумага офсетная.	Печать офсетная.
Заказ № 152	Тираж 1000 экз.

---