

**ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ им. М.ГОРЬКОГО**

**ПРОЯВЛЕНИЕ ВИРУСНЫХ  
ИНФЕКЦИЙ В ПОЛОСТИ  
РТА**

**Подготовили доценты  
кафедры терапевтической**

**стоматологии**

**ХОРУЖАЯ Р. Е.,  
ТАТАРЕНКО Л.Л.**

**2011 г.**

# ПЛАН ЛЕКЦИИ

- I. Вступление.
- II. Резидентные вирусы ротовой полости.
  - Герпетический стоматит. Клиника, диагностика, лечение.
  - Опоясывающий лишай. Клиника, диагностика, лечение.
  - Герпангина. Клиника, диагностика, лечение.
  - Инфекционный мононуклеоз. Клиника, диагностика, лечение.
  - Поражения полости рта вирусом папилломы человека. Клиника, диагностика, лечение.
- III. Заключение.

# ВИРУСЫ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

## представлены двумя типами:

- ❑ Первый тип (Herpes simplex virus – тип I) поражает лицо-шею.
- ❑ Второй (Herpes simplex virus - тип II) - слизистую оболочку гениталий.
  - Попав однажды в организм (еще ребенка) вирус простого герпеса персистирует в нем на протяжении всей жизни. Частота первичного инфицирования герпесом I типа постепенно возрастает у детей, начиная с 6-месячного возраста, а пик заболеваемости приходится на возраст от 1 года до 4 лет (некоторые исследователи расширяют возрастной ценз до 10 лет).

- Попав однажды в организм (еще ребенка) вирус простого герпеса персистирует в нем на протяжении всей жизни. Частота первичного инфицирования герпесом I типа постепенно возрастает у детей, начиная с 6-месячного возраста, а пик заболеваемости приходится на возраст от 1 года до 4 лет (некоторые исследователи расширяют возрастной ценз до 10 лет).
- В доступной зарубежной литературе, посвященной эпидемиологии вирусных заболеваний, проанализированы многолетние исследования, охватывающие обширный контингент людей, которые отрицали ранее перенесенное клинически выраженное вирусное заболевание.

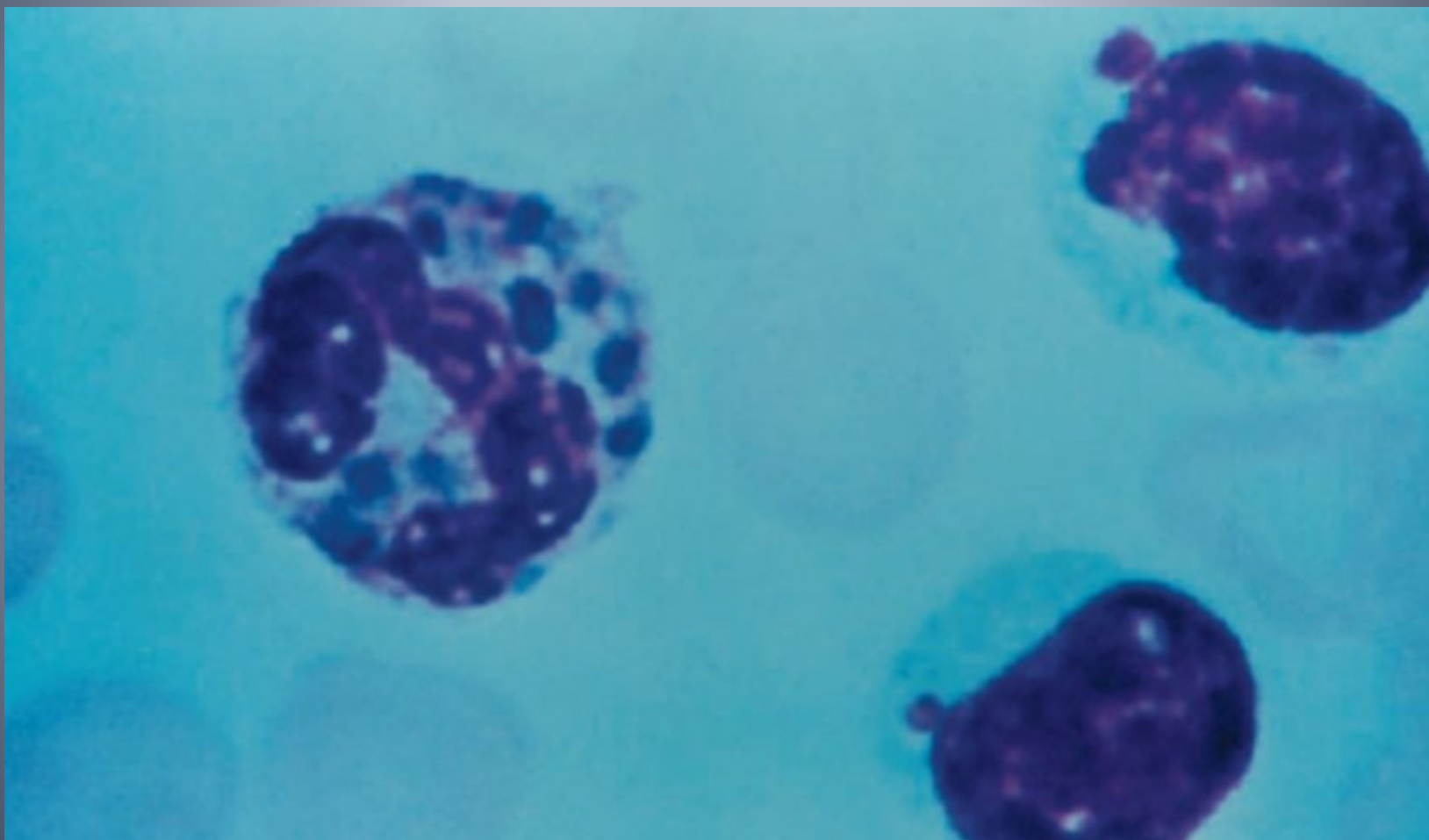
# ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ



# ЛАБИАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС



# ЦИТОЛОГИЯ ГЕРПЕСА



# ЛАБИАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС





# ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВПГ

- Воздушно-капельный.
- Контактный.
- Трансплацентарный.
- Трансфузионный

# ФАКТОРЫ- ПРОВОКАТОРЫ

- Переохлаждение.
- Травма слизистой оболочки полости рта и кожи.
- Стресс.
- Физическое переутомление (перенапряжение).
- Солнечная радиация.
- Алкоголь.
- Аллергия.
- Дезадаптация во время смены климата.
- Менструация.
- Перенесенные заболевания, хроническая соматическая патология и пр.
- Иммунодефицитные состояния.
- Долговременный прием антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков и пр.

# КЛИНИКА

- Принято считать, что для ВПГ-инфекции характерны три стадии течения:
  - острый период;
  - латентный период;
  - рецидив заболевания.
- В патогенезе острого заболевания различают следующие периоды:
  - инкубационный (скрытый) длится в среднем 2-17 дней;
  - продромальный;
  - разгара заболевания: катаральный и период высыпаний;
  - угасания клинических проявлений;
  - выздоровления.

# КЛИНИКА

□ По степени тяжести распознают:

- легкую,
- среднюю,
- тяжелую.

- Легкая степень тяжести вирусного заболевания протекает почти незаметно для пациента. Симптомы интоксикации, как правило, отсутствуют, однако температура тела может повышаться до субфебрильной. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна, кровоточива при пальпации и болезненна при дотрагивании. На покровном эпителии обнаруживаются единичные эрозии (везикулы обычно быстро вскрываются, их не выявляют врачи при осмотре). Следует отметить, как правило, во рту везикулярные высыпания при герпетическом стоматите появляются **пузырьки в многослойном плоском ороговевающем эпителии, лишенном подслизистого слоя и прикрепленном непосредственно к надкостнице.**

# КЛИНИКА

- При легкой степени тяжести эрозии быстро эпителизируются без образования рубцов. Новые подсыпания отсутствуют.
- Средняя степень тяжести протекает с явлениями интоксикации. Во время инкубационного периода в течение 3-12 дней вирус реплицируется, пациент жалуется на повышение температуры тела до 38,5 градусов Цельсия, появление озноба, головной боли, боли в горле, отсутствие аппетита, слабость, раздражительность и пр.
- Спустя 1-2 дня после появления вышеперечисленных симптомов десневые сосочки и маргинальный край десен приобретают характерную отечность, появляется гиперемия указанных участков, их кровоточивость и болезненность при пальпации.

# КЛИНИКА

- Во рту вскоре обнаруживаются скопления пузырьков, которые быстро лопаются и образуют весьма болезненные полициклические эрозии желтоватого цвета, окруженные гиперемическим венчиком. В случаях слияния рядом расположенных нескольких пузырьковых скоплений происходит образование весьма значительных эрозированных участков (например, на небе). При пальпации регионарных лимфатических узлов выявляется лимфаденит (они не только увеличены, но и болезненны). Со стороны крови: лейкоцитоз (или лейкопения), ускоренная СОЭ

# КЛИНИКА

- Тяжелая степень тяжести характеризуется всеми признаками выраженной интоксикации: апатией, адинамией, головной болью, тошнотами, нередко заканчивающимися рвотой. Температура тела значительно превышает 39-градусный рубеж. Слизистая оболочка полости рта – «сплошная» эрозия. Боли сильно выражены, нарушается жевание и глотание. Могут последовать осложнения – дисфагия, дегидратация и полиорганные поражения. Заживление одних элементов поражения сменяется новыми подсыпаниями. Период выздоровления затягивается до 20 дней.

# ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГЕРПЕС

- Речь, собственно, идет о повторной эпителиальной инфекции, которая развивается в результате репликации вируса в месте первоначально инфицированного нерва. По данным американских медиков в 95% случаев инфекция развивается на губах, в области носогубного треугольника, на десне в полости рта.



# Хронический рецидивирующий герпес



# Клиника хронического рецидивирующего герпеса

- При рецидивирующей герпетической инфекции за 12-24 часа до высыпаний возникают первые проявления заболевания в виде продромальных симптомов: пощипывания, пульсации, зуда, жжения на месте будущих высыпаний. Элементами поражения являются те же небольшие пузырьки, которые склонны к слиянию и вскрытию (особенно на слизистой оболочке полости рта). Вскрывшись, пузырьки образуют поверхностные эрозии желто-серого цвета с красным ореолом.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С:

- ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ;
- МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ;
- ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ;
- МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ;
- ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ;
- ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМОЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ;
- ГЕРПАНГИНОЙ и пр.

# МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Выделение вируса.
- Выявление комплекса антиген-антитело.
- Гистологическое исследование.
- Электронно-микроскопическое исследование.
- Цитологическое исследование.

Предпочтение при идентификации ВПГ-1 следует отдавать методу выделения вируса на тканевой культуре и определению антигена (58А).

# Принципы лечения герпетической инфекции

- Своевременное, раннее и адекватное начало лечения обеспечивает быстрое и без последствий выздоровление.
- Необходим индивидуальный подход, последовательность и комплексность в применении терапевтических вмешательств и назначении лекарственных препаратов.
- Обязателен постоянный мониторинг за самочувствием больного.

# продолжение

- Лечение пациентов с герпесвирусной инфекцией по большей части характеризуется двухвекторностью: разработкой схемы общей терапии и проведением местных вмешательств.
- Логичным в лечении данной группы пациентов является применение противоинфекционных (противовирусных препаратов). К наиболее распространенным противовирусным препаратом относится ацикловир (Рекомендуемая доза: 200 мг препарата при появлении первых признаков с последующим приемом препарата 5 раз в день до купирования процесса. У пациентов с тяжелой формой тяжести данный препарат назначается внутривенно в дозе 5 мг/кг массы тела через каждые 8 часов). Современные врачи назначают ганцикловир (цитовен) и фоскарнет (фоскавир).

# Патогенетическое противовирусное ЛЕЧЕНИЕ

## интерфероны

*(человеческий лейкоцитарный интерферон, лаферон, роферон-А, реальдирон и пр.);*

- индукторы эндогенных интерферонов

*(амиксин, амизон, мефенаминовая кислота, неовир, циклоферон, полудан, ларифан и пр.);*

- препараты двойного (противовирусного и иммуномодулирующего) действия

*(арбидол, изопринозин, гропринозин, алпизарин, протекфлазид и т.д.);*

- иммуномодуляторы

*(тималин, декарис, спленин, имудон и т.д.);*

- иммуноглобулины

*(антигерпетический иммуноглобулин человека, сандоглобулин).*

# ПРОТИВОГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ





# ПРОТИВОГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ



# ЛЕЧЕНИЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- Для предотвращения распространения инфекции и ускорения процесса выздоровления рекомендуется изоляция пациента и постельный режим.
- Важным моментом является обильное питье и протеиновая диета.
- Назначаются гипосенсибилизирующие препараты: тавегил, супрастин, диазолин, фенкарол, цетрин и т.д.
- Общеукрепляющая терапия заключается в назначении витамин С или его водорастворимого биофлавоноид-аскорбинового комплекса, препараты кальция, средства, повышающие естественную резистентность организма (элеуторококк, женьшень и пр.)

# ЛЕЧЕНИЕ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- При острой необходимости назначают жаропонижающие препараты, болеутоляющие, противовоспалительные лекарственные средства.
- Местно - симптоматическое лечение, поэтапно устраняющее обнаруженные симптомы (эрозии обезболить, предотвратить присоединение вторичной инфекции, подстегнуть процессы эпителизации и пр.).

# ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЦЕЛЯМИ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- **Обезболивание пораженной слизистой оболочки полости рта.**
- **Проведение мероприятий, предупреждающих возникновение новых высыпаний.**
- **Проведение мероприятий, профилактирующих вторичную инвазию и рецидивы.**
- **Применение препаратов для ускорения эпителизации эрозированного покровного эпителия.**

# ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ

- Вызывается герпесным вирусом ветряной оспы у взрослых. В челюстно-лицевой области обычно поражается тройничный нерв, реже лицевой.
- Заболевание характеризуется внезапным началом и множественными везикулярными высыпаниями, располагающимися односторонне по ходу пораженных периферических нервов. Поражения полости рта носят также односторонний характер и разделены по сегментам. При поражении нижнечелюстной ветви тройничного нерва

# ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ



# ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ



# ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ

- Невралгия может персистировать от 6 до 12 месяцев. Она тяжело купируется. В таких случаях назначают антидепрессанты, системные кортикостероиды до 40-60 мг в день в течение 3 недель.
- Обычное лечение заключается в назначении того же ацикловира, но в более высоких дозах. Рекомендуемая доза препарата составляет 20 мг/кг массы тела с максимальной разовой дозировкой 800 мг 5 раз в день в течение 7-10 дней. В качестве альтернативы может быть назначен видарабин через каждые 12 часов в течение 5-7 дней из расчета суточной дозы 10 мг/кг массы тела



# ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ

- Симптоматическая терапия включает обезболивающие препараты, жаропонижающие и пр.



# СИНДРОМ РАМЗАЯ ХУНТА

- Включает:
  - **опоясывающий лишай,**
  - **паралич лицевого нерва,**
  - **боли в ухе.**
- Заболевание длится 3-6 недель и спонтанно разрешается, сопровождается болями невралгического характера, которые могут сохраняться даже после исчезновения высыпаний. Важным является односторонность поражения, болевой синдром, локализация высыпаний строго в зоне пораженного нерва, отсутствие рецидивов.

# ГЕРПАНГИНА



# ГЕРПАНГИНА

- «Мягкая» системная инфекция, вызываемая несколькими типами вируса Коксаки А из подсемейства энтеровирусов. Наиболее часто заболевание возникает в летние месяцы.
- Пути передачи: воздушно-капельный и фекально-оральный.
- Больные герпангиной высококонтагиозны и продолжают выделять вирусы в течение нескольких месяцев после исчезновения симптомов. После болезни возникает постоянный иммунитет к этому типу вируса, но пациент может заболеть повторно при контакте с вирусами других типов.

# КЛИНИКА

- Болезнь начинается с внезапного подъема температуры тела, озноба и болей в горле. Головная боль, дисфагия, лимфаденит, иногда рвота, боли в животе (эти симптомы развиваются в течение суток). В течение 2-3 дней температура обычно снижается, но другие симптомы остаются. На слизистой оболочке полости рта появляются 5-7-15-20 пузырьков светло-серого цвета, которые достаточно быстро сливаются и образуют множественные поверхностные язвы, напоминающие афтозный стоматит (но они несколько меньших размеров и более многочисленны). Излюбленная локализация – дистальные отделы полости рта (мягкое небо, глотка, миндалины, язычок и корень языка). Обратите внимание: часто возникает диффузная гиперемия глотки.

# СХЕМА МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

## ГЕРПАНГИНЫ

- Аппликационное обезболивание слизистой оболочки полости рта.
- Антисептическая обработка указанной области следующими препаратами: **2% раствором сернокислой меди, слабо-розовым раствором перманганата калия, 0,06% раствором хлоргексидина и др. антисептиками, использование противовоспалительных средств в виде аэрозолей («Каметон», «Камфомен», «Ангинал» и пр.);**
- Противовирусная и иммуномодулирующая терапия: **лаферон, лаферобион – аппликации и обработка слизистой полости рта.**
- Обработка препаратами, стимулирующими эпителизацию (см. выше).
- Физиотерапия: **УФО, тубус-кварц, гелий-неоновый лазер.**

# Лекарственные препараты



## Инфекционный мононуклеоз. Клиника.

- Инкубационный период длится 5-14 дней, в редких случаях – 1 месяц.
- Клинические ситуации характеризуются многообразием. Большая часть пациентов (приблизительно 2/3) заболевает остро с высокими показателями температурной реакции, головной болью, слабостью, мышечными и суставными болями, потерей аппетита и сна. Могут быть легкие ознобы, чередующиеся с повышенной потливостью. С первых дней болезни беспокоят боли в горле, усиливающиеся при глотании. При осмотре обнаруживается гиперплазия лимфатических узлов и затрудненное носовое дыхание. Вышеперечисленные симптомы достигают максимума к 4-5 дню болезни. В этот же период



# продолжение

- определяется увеличение размеров печени и селезенки. В анализе крови: обнаруживаются атипичные мононуклеары.
- В ряде случаев начало заболевания протекает подостро с продромальными явлениями: на фоне общего недомогания отмечаются субфебрильная температура тела, слабо выраженные катаральные изменения со стороны верхних дыхательных путей.
- Часть больных жалуется на боли в животе, особенно в правой подвздошной области, иногда появляется тошнота, заканчивающаяся рвотой, вздутие живота, задержка стула или понос.
- Заболевание может развиваться и незаметно. При

# продолжение

- Первым симптомом является увеличение лимфатических узлов.
- Однако наиболее характерными для инфекционного мононуклеоза симптомами являются: **лихорадка, тонзиллит, генерализованная лимфаденопатия и гепетоспленомегалия.**
- Температурная реакция очень вариабельна и может сохраняться от 1-2 дней до 3 недель и дольше. В среднем длительность лихорадки составляет 6-10 дней. Температура может меняться от субфебрильной до 38 градусов Цельсия и выше.

# АНАЛИЗ КРОВИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ

- Следует отметить, что атипичные мононуклеары обнаруживают в крови в первые дни болезни, но особенно их число увеличивается в разгар болезни (8-й -11-й дни болезни) и сохраняются на протяжении нескольких недель.

# ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

- Анализ (развернутый) крови дополняют иммунохимическим (ИФА) и молекулярно-биологическими (ПЦР, РТ-ПЦР, гибридизация) методами диагностики.
- **ЛЕЧЕНИЕ:** больные со средне-тяжелой и тяжелой формами заболевания подлежат госпитализации.
- Всем рекомендован: постельный режим, щадящая диета, уход за полостью рта (антисептиками).
- Назначают поливитамины, фитосредства с антиоксидантным и иммуностимулирующим действиями. Жаропонижающие по показаниям. Десенсибилизирующие средства. Антибиотики – только при осложнении вторичной инфекцией.

# ЛЕЧЕНИЕ (продолжение)

- Антибиотики. В случае инфекции ротовой полости предпочтение отдают макролидам, пенициллинам, тетрациклинам, при необходимости в сочетании с трихополом.
- Не рекомендуется левомицетин и сульфаниламидные препараты из-за их неблагоприятного действия на костномозговое кроветворение.
- Из противовирусных используют ацикловир в дозе 800 мг 5 раз в сутки перорально или по 5 мг/кг каждые 8 часов внутривенно капельно.
- При неэффективности ацикловира – видарабин в дозе 7,5-15 мг/кг/сут в/в в 1,5-2,5л изотонического раствора или фоскарнет по 60 мг/кг 3 раза в сутки в/в капельно.

# ВИРУСНЫЕ ПАПИЛЛОМЫ (БОРОДАВКИ)

- **Этиология и патогенез.** Возбудитель – **вирус папилломы человека, ДНК-содержащий.**
- Пути передачи:
  - контактный,
  - контактно-бытовой.
- Инкубационный период от 7 недель до 3-5 месяцев, инфицированию способствует снижение барьерной функции кожи и слизистой оболочки полости рта вследствие травматизации, мацерации и др. Болеют, в основном, дети и подростки.
- **Клиника.** На слизистой оболочке языка, губ, щек проявляются папилломатозные опухолевидные разрастания в виде цветной капусты, небольших размеров, с неровной, бугристой поверхностью, нередко гиперемированные. Со временем их количество может заметно увеличиться. Возможно появление бородавок на коже, слизистой оболочке гениталий.
- **Диагностика** основана на клинических данных, а также **лабораторных исследованиях:** вирусологические методы, ДНК-полимеразный.

# ВИРУСНЫЕ ПАПИЛЛОМЫ



# ВИРУСНЫЕ ПАПИЛЛОМЫ.

## лечение

- Консервативная медикаментозная терапия предполагает назначение комплексных противовирусных средств сочетано с цитостатиками:
- *беметил+метионин,*
- *беметил+циклоферон,*
- *беметил+протефлазид, лаферон в/м по схеме.*
- Хирургические вмешательства:
- *электрокоагуляция,*  
*криодеструкция,*  
*лазеротерапия,*  
*хирургическое удаление.*

*При большом количестве бородавок, их недоступности удаление может проводиться в несколько этапов.*