

## Комплексное лечение острого герпетического стоматита у детей

Ю.И. Байрамов

Азербайджанский медицинский университет  
Баку, Азербайджан

В результате применения пробиотика Enterol-250 мг наряду с другими компонентами комплексного лечения у детей с острым герпетическим стоматитом выявлялся положительный лечебный эффект, что выражалось в сокращении сроков нормализации местных и общих нарушений на фоне восстановления общего состояния ребенка.

**Ключевые слова:** острый герпетический стоматит, острый катаральный гингивит, гиперемия, желудочно-кишечный дисбактериоз.

### ВВЕДЕНИЕ

Слизистая оболочка полости рта (СОПР) отображает в той или иной степени патологические процессы, идущие в организме. Болезни СОПР на основе вирусной инфекции широко распространены среди детей. С этой точки зрения болезни СОПР являются такими заболеваниями, которым очень трудно дать точный диагноз даже в современной стоматологии. Причиной этому служит большое число болезней, сложность этиологии и патогенеза, а также большое сходство клинического проявления различных нозологических форм [1, 2].

Вирусы простого герпеса широко распространены во всем мире. Острый герпетический стоматит (ОГС) один из самых широко распространенных болезней СОПР и составляет 80% среди этих заболеваний. ОГС встречается чаще, чем скарлатина, краснуха, эпидемический паротит. Острой формой стоматита чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3 лет потому, что у детей в этом возрасте исчезают антитела, передающиеся интраплацентарно и с материнским молоком. Полностью не фор-

мируется специфический и неспецифический иммунитет, и на этом фоне бывает высокая вероятность проницаемости через гистогематический барьер [3, 4].

Желудочно-кишечный дисбактериоз — это клиничко-лабораторный синдром, проявляющийся при некоторых заболеваниях и клинических случаях, характеризующийся качественными или количественными изменениями нормальной флоры и метаболическими и иммунными изменениями. Изменения желудочно-кишечной микрофлоры — дисбактериозы — это патологический процесс, который является следующим или же главным звеном при различных заболеваниях. Тем самым осложняется ход основной болезни и имеет место влияние на ее последствия [5, 6].

Число лекарственных препаратов для лечения бактериальных заболеваний превышает число противовирусных препаратов. Основной причиной этой разницы является трудность сохранения избранной токсичности против вирусов. Иной причиной бездействия противовирусных препаратов является то, что основной срок репликации вируса проходит во время инкубационного периода болезни, когда больной чувствует себя хорошо. При выявлении у пациента системного вирусного заболевания бывает уже поздно для предотвращения болезни, так как вирус уже распространен по всему телу. Кроме того, вирус простого герпеса может остаться в клетке-носителе в латентном состоянии и недостижим ни одним из современных противовирусных препаратов. Кроме того, после заражения вирусом простого герпеса их размножение и жизненная деятельность очень плохо влияют на клетки-носители этих вирусов. Они, являясь внутриклеточными паразитами, наносят вред клеточному метаболизму. Многие вирусные ингибиторы также плохо влияют на клетки-носители вирусов [7, 8].

По литературным данным можно сказать, что взаимосвязь между патологией СОПР и состоянием пищеварительного тракта у детей

не полностью изучена. Проблема взаимосвязи между желудочно-кишечным дисбактериозом и патологией СОПР, а именно ОГС, до сих пор изучена недостаточно. Вышеуказанное и явилось причиной данной работы.

Целью исследования было совершенствование комплексного лечения острого герпетического стоматита у детей.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения цели и задач данной работы были привлечены 220 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Из них 120 мальчиков и 100 девочек. При исследовании использовались клинические и лабораторные методы обследования. При клиническом обследовании использовали объективные и субъективные методы исследования.

Были проведены диагностические и иммунологические лабораторные методы исследования. В диагностических исследованиях использовали цитологический и молекулярно-биологический методы (МБМ) — цепная полимеразная реакция (ЦПР). В иммунологических исследованиях определяли активность лизоцима и содержание sIgA, IgA, IgG, IgM в слюне.

Для исследования детей разделили на три группы:

Основную группу составляли 138 детей из Научно-исследовательского института педиатрии им. К.Фараджевой с желудочно-кишечным дисбактериозом и острым герпетическим стоматитом. Из них 63 ребенка были в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 52 — от 1 года до 2 лет, 23 — от 2 до 3 лет. Из них 74 мальчика и 64 девочки.

Сравнительную группу составил 61 ребенок, обратившийся на кафедру стоматологии детского возраста АМУ с ОГС. Из них 12 детей были в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 18 — от 1 года до 2 лет, 31 — от 2 до 3 лет. Из них 38 мальчиков и 23 девочки.

Контрольную группу составил 21 практически здоровый ребенок в возрасте от 6 месяцев до 3 лет — воспитанники дошкольных детских учреждений, у которых не было выявлено никаких патологических изменений, схожих клинике ОКГ. Из них было 5 детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 12 — от 1 года до 2 лет, 4 — от 2 до 3 лет. Из них 8 мальчиков и 13 девочек.

В зависимости от этиопатогенеза ОГС в сравнительной группе лечение проводилось известными традиционными методами. В основной группе лечение всех клинических форм болезни проводилось согласованно с врачом-педиатром, а именно наряду с известными тра-

диционными методами лечения, учитывая желудочно-кишечный дисбактериоз, давали пробиотик «Энтерол» 250 мг для сравнения с лабораторными данными контрольной группы.

Применяемый в комплексном лечении ОГС пробиотик «Энтерол» 250 мг назначают за час до еды. Одна капсула смешивается или в теплой воде, или в молоке, или же во фруктовом пюре. Детям в возрасте от 6 месяцев до 1 года назначали по 1/2 капсулы 2 раза в день, детям от 1 года до 3 лет — 1 капсула 2 раза в день на протяжении 5 дней.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Тщательно собранный анамнез показал, что у всех больных основной и сравнительной групп впервые был выявлен острый герпетический стоматит. Легкая форма острого герпетического стоматита в основной группе была выявлена у 70 больных детей. Из них 28 детей были в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 20 — от 1 года до 2 лет, 22 — от 2 до 3 лет. В сравнительной группе был выявлен у 13 больных детей. Из них 5 были в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 4 — от 1 года до 2 лет, 4 — от 2 до 3 лет.

ОГС средней тяжести в основной группе был выявлен у 52 больных детей, 37 из них были в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 23 — от 1 до 2 лет, 2 — от 2 до 3 лет. В сравнительной группе ОГС был выявлен у 20 больных детей: 8 из них были в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 10 — от 1 года до 2 лет, 8 — от 2 до 3 лет.

В основной группе ОГС в тяжелой форме был выявлен у 2 больных детей. Один был в возрасте от 6 месяцев до 1 года, другой — от 1 до 2 лет. В сравнительной группе ОГС был выявлен у 22 детей: из них 8 были в возрасте от 6 месяцев до 1 года, 6 — от 1 до 2 лет, 8 — от 2 до 3 лет.

В их комплексном лечении использовали общие и местные методы лечения.

В основной группе, учитывая желудочно-кишечный дисбактериоз, в комплексном лечении применяли пробиотики.

В комплексном лечении при применении пробиотиков наряду с другими средствами, у детей с ОГС наблюдалось общее улучшение (уменьшалась вялость у ребенка, постепенно нормализовалась температура тела, аппетит и сон, исчезала капризность). Во время лечения постепенно исчезают первичные и вторичные местные симптоматические признаки ОГС. Почти с первого дня лечения уменьшается

боль, покраснение и гиперестезия пораженной поверхности слизистой оболочки полости рта.

В результате комплексного лечения на пораженных участках, где имела место сыпь, образовывалась гиперемированная поверхность. А это показывает, что наступил период, когда поврежденные участки покрываются новым эпителием, а значит, идет выздоровление. В последующие дни в результате применения местных кератопластических средств наблюдается полное выздоровление поврежденных участков полости рта. Это выявляется на 6-7 день лечения.

При легкой форме заболевания проведенные комплексные методы лечения привели к полной ликвидации элементов поражения. Не отмечалось общих признаков заболевания. После выздоровления наблюдение за динамикой иммунологических показателей выявило, что показатели специфических и неспецифических местных иммунологических факторов приближались к таковым у здоровых детей, а иногда даже и совпадали.

При среднетяжелой форме заболевания в результате проведенного комплексного лечения после полной ликвидации элементов поражения местные и общие изменения у детей восстанавливались позже. Местно гингивит, острое кровотечение и двусторонний лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов продолжались длительное время. На основании проведенного лабораторного иммунологического исследования было выявлено, что показатели специфических и неспецифических местных иммунологических факторов имели выраженные отклонения от нормы. Они резко отличались от показателей здоровых детей, и их восстановление проходило за длительный срок.

При тяжелой форме заболевания после проведенных комплексных методов лечения, несмотря на то, что температура тела доходила до нормы, общее состояние восстанавливалось позже. Тем не менее гингивит и двусторонний лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов продолжались длительное время. Несмотря на то, что с клинической точки зрения ребенок выздоровел, специфические и неспецифические местные иммунологические факторы были отклонены от нормы. По сравнению с практически здоровыми детьми была выявлена большая разница между ними.

При лечении детей сравнительной группы (традиционное комплексное лечение) нормализация общего состояния ребенка, отсутствие капризности, спад температуры тела, уменьше-

ние гиперемии, отечности, чувства боли на слизистой оболочке полости рта происходило на 6-7 сутки лечения. Начиная с 8-9 дня лечения по периферии элементов поражения наблюдалась гиперемированная кайма, которая является показателем процесса эпителизации. Несмотря на то, что начался период выздоровления, при легкой форме ОГС был выявлен катаральный гингивит и односторонний лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов. Полное выздоровление больных наблюдалось на протяжении 10-12 дней после начала лечения, и спустя 2-3 дня восстанавливалось общее состояние. Показатели специфических и неспецифических местных иммунологических факторов приближались к таковым у здоровых детей. Несмотря на проводимое лечение при средне-тяжелой форме острого герпетического стоматита, катаральный гингивит и двусторонний лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов все еще продолжались. На 8-9 сутки лечения наблюдалась нормализация общего состояния ребенка, отсутствие капризности, спад температуры тела, уменьшение гиперемии, отечности, чувства боли на слизистой оболочке полости рта. Начиная с 10-12 дня лечения по периферии элементов поражения наблюдалась гиперемированная кайма, которая является показателем процесса эпителизации. Несмотря на то, что начался период выздоровления, был выявлен катаральный гингивит и двусторонний лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов.

Полное выздоровление наблюдалось на протяжении 14-16 дней, на 5-8 день после этого все еще выявлялось изменение в области подчелюстных лимфатических узлов. После полного выздоровления элементов поражения лабораторно-иммунологическое исследование показателей специфических и неспецифических местных иммунологических факторов выявило, что эти данные не совпадают с таковыми у практически здоровых детей. У 6 детей появился рецидив болезни.

При тяжелой форме ОГС, несмотря на лечение, все еще были видны явные признаки двустороннего лимфаденита подчелюстных лимфатических узлов, катарального гингивита, гиперемии. Начиная с 10-12 дня после лечения общее состояние ребенка было в пределах нормы, постепенно стала уменьшаться капризность, уменьшились боли на СОПР, гиперемия и отечность, нормализовалась температура тела. Начиная с 14-15 дня лечения по периферии элементов поражения наблюдалось появления гиперемированной каймы, которая яв-

ляется показателем того, что начался процесс эпителизации. Несмотря на то, что начался этот период, все еще продолжался катаральный гингивит и двусторонний лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов, гиперемия на слизистой оболочке, отечность. Полное выздоровление началось спустя больше одного месяца после того, как началось лечение, и даже спустя 2-3 недели все еще были видны признаки лимфаденита подчелюстных лимфатических узлов и катарального гингивита. После полного выздоровления элементов поражения лабораторно-иммунологическое исследование показателей специфических и неспецифических местных иммунологических показателей выявило, что, сравнивая эти данные с данными практически здоровых детей, видна разница от 0,5 до 1,5 раз. После 1-1,5 месяца общее состояние восстановилось полностью. Несмотря на общее восстановление, у 9 детей заново был выявлен рецидив болезни.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, основываясь на клинических и лабораторных обследованиях, можно сказать, что в проведенном комплексном лечении, наряду с традиционными методами лечения, учитывая факт дисбактериоза желудочно-кишечного тракта, в основной группе и первой подгруппе сравнительной подгруппы использование пробиотиков положительно повлияло на ход болезни. Хотя это мало сказалось на данных, которые связаны с традиционным лечением острого герпетического стоматита. Исходя из наших данных, мы пришли к такому выводу, что это связано с полностью сформировавшейся иммунной системой детей от 6 месяцев до 3 лет и еще более эффективным воздействием пробиотиков на дисбактериозы общего и местного происхождения. На основе иммунологических исследований было доказано эффективное выздоровление.

Согласно клиническому течению герпетического стоматита, играет важную роль уход за больным ребенком и его рациональное питание.

Во время приема пищи, при резкой боли на слизистой оболочке полости рта применяют 5-10%-ную эмульсию анестезина или же используют калгель для обезболевания.

В это время дети должны питаться жидкой или полужидкой пищей, которая не будет раздражать поврежденную слизистую оболочку полости рта. Согласно клинике болезни, чтобы избавиться от интоксикации, которая появилась за счет потери жидкости организма, не-

обходимо принимать достаточное количество жидкости для того, чтобы способствовать процессу дезинтоксикации. Во время еды детям назначали желудочный сок или его заменители, для того чтобы избежать дисфункции желудка, связанной с патологией ротовой полости за счет спада ферментативной активности желудка. Кроме того, в рацион включили овощное пюре, фруктовые соки и ягоды. Детям рекомендуется измельченное и вареное мясо, рыба, яйца, обезжиренный творог и кефир. Не рекомендуется свежее молоко, сливки и другие жирные молочные продукты. Кроме того, не рекомендуется сахар, мучные изделия, цитрусовые фрукты, шоколад, кофе, орешки, семечки, горох и помидор. Во всех этих продуктах есть содержание аргинина, при воздействии которого размножается вирус простого герпеса. При герпетическом стоматите полезны продукты, в которых большое количество аминокислоты — лизин, молочной кислоты, такие как морская капуста, несоленый сыр, и меньше продуктов с аргинином.

В зависимости от назначения и методики лечения ротовая полость должна очищаться от остатков пищи теплой водой или же лизоцимом (1 белок сырого яйца растворить в 1/2 стакане воды). Надо смазать слизистую оболочку полости рта и края губ противовирусной мазью. Кроме того, в глаза, нос и ротовую полость 7 раз в день надо закапывать лейкоцитарный интерферон. После такой обработки полости рта ребенка на протяжении 1,5-2 часов запрещается прием пищи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Безрукова И.В. Микробиологические и иммунологические аспекты этиопатогенеза заболеваний слизистой и тканей полости рта / И.В.Безрукова // Пародонтология. — 2000. — №3. — С. 3-8.
2. Бородай Н.В. Морфофункциональные особенности слизистой оболочки полости рта и изменения в ней при различных патологических процессах / Н.В.Бородай // Лабораторная диагностика. — 2001. — №1. — С. 49-55.
3. Елизарова В.М. Если у ребенка стоматит / В.М.Елизарова, Л.Н.Дроботько, С.Ю.Страхова // Чаша здоровья. — 2002. — №1. — С. 3-5.
4. Есаев З.В. Факторы неспецифической и специфической защиты в патогенезе ранних форм поражения пародонта / З.В.Есаев. // Стоматология. — 2005. — №1. — С. 58-64.
5. Бецкой А.С. Дисбактериоз / А.С.Бецкой. — Ростов: Феникс, 2005. — С. 160-178.
6. Ардамская М.Д. Дисбактериоз кишечника: современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения / М.Д.Ардамская, А.В.Ду-

- бинин, О.Н.Мишушкин // Терапевтический архив. — 2001. — №2. — С. 67-72.
7. Мамедова С.А. Лечение острого герпетического стоматита у детей методом ультразвукового распыления различных препаратов: Автореф. дис. к.мед.н. — Баку, 1992. — С. 29-33.
8. Мирзазаде Э.С. Применение препарата солодки го-лой в комплексном лечении герпетических стоматитов у детей: Автореф. дис. к.мед.н. — Баку, 2009. — С. 27-35.

**Ю.І.Байрамов. Комплексне лікування гострого герпетичного стоматиту у дітей. Баку, Азербайджан.**

**Ключові слова:** гострий герпетичний стоматит, гострий катаральний гінгівіт, гіперемія, шлунково-кишковий дисбактеріоз.

У результаті застосування пробіотика Enterol-250 мг поряд з іншими компонентами комплексного

лікування у дітей з гострим герпетичним стоматитом виявлявся позитивний лікувальний ефект, що виражався в скороченні термінів нормалізації місцевих і загальних порушень на тлі відновлення загального стану дитини.

**Yu.I.Bayramov. Comprehensive treatment of acute herpetic stomatitis in children. Baku, Azerbaijan.**

**Key words:** acute herpetic stomatitis, acute catarrhal gingivitis, flushing, gastrointestinal dysbiosis.

As a result of probiotic Enterol-250 mg along with the other components of the complex treatment of children with acute herpetic stomatitis detected a positive therapeutic effect was reflected in the reduction of terms of normalization of local and systemic violations against the restoration of the general condition of the child.

Надійшла до редакції 31.10.2012 р.