

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ СОПР

Подготовила: студентка 3
курса стоматологического
факультета 6 группы
Афанасенко В. А.

- ▣ *Герпетическая инфекция — группа заболеваний, обусловленных вирусом простого герпеса, которые характеризуются поражением кожи, слизистых оболочек, центральной нервной системы, а иногда и других органов.*

Этиология

- ▣ Возбудитель относится к семейству герпеса (*Herpes viri-dae*). В это семейство входят также вирусы ветряной оспы, опоясывающего лишая, цитомегаловирусы и возбудитель инфекционного мононуклеоза. Содержит ДНК, размеры вириона 100 – 160 нм. Вирусный геном упакован в капсид правильной формы, состоящий из 162 капсомеров. Вирус покрыт липидсодержащей оболочкой. Размножается внутриклеточно, образуя внутриядерные включения. Проникновение вируса в некоторые клетки (например, в нейроны) не сопровождается репликацией вируса и гибелью клетки. Наоборот, клетка оказывает угнетающее влияние и вирус переходит в состояние латенции. Через некоторое время может происходить реактивация, что обуславливает переход латентных форм инфекции в манифестные. По антигенной структуре вирусы простого герпеса подразделяются на два типа. Геномы вирусов 1 и 2-го типа на 50% гомологичны. Вирус 1-го типа обуславливает преимущественно поражение респираторных органов. С вирусом простого герпеса 2-го типа связано возникновение генитального герпеса и генерализованная инфекция новорожденных.

Эпидемиология

- Источник инфекции — человек. Возбудитель передается воздушно-капельным путем, при контакте, а генитальный — половым путем. При врожденной инфекции возможна трансплацентарная передача вируса. Герпетическая инфекция широко распространена. У 80 — 90% взрослых обнаруживают антитела к вирусу простого герпеса.

Патогенез

- ▣ Воротами инфекции является кожа или слизистые оболочки. После инфицирования репликация вируса начинается в клетках эпидермиса и собственно кожи. Независимо от наличия местных клинических проявлений заболевания, репликация вируса происходит в объеме, достаточном для внедрения вируса в чувствительные или вегетативные нервные окончания. Считается, что вирус или его нуклеокапсид распространяется по аксону к телу нервной клетки в ганглии. Время, необходимое для распространения инфекции от ворот до нервных узлов, у человека неизвестно. Во время первой фазы инфекционного процесса размножение вирусов происходит в ганглии и окружающих его тканях.

- Затем по эфферентным путям, представленным периферическими чувствительными нервными окончаниями, активный вирус мигрирует, приводя к диссеминированной кожной инфекции. Распространение вирусов к коже по периферическим чувствительным нервам объясняет факт обширного вовлечения новых поверхностей и высокую частоту новых высыпаний, находящихся на значительном удалении от участков первичной локализации везикул. Это явление характерно как для лиц с первичным генитальным герпесом, так и для больных оральнолабиальным герпесом. У подобных больных вирус можно выделить из нервной ткани, находящейся далеко от нейронов, иннервирующих место внедрения вируса. Внедрение вируса в окружающие ткани обуславливает распространение вируса по слизистым оболочкам.

- После завершения первичного заболевания из нервного ганглия не удается выделить ни активный вирус, ни поверхностные вирусные белки. Механизм латентной вирусной инфекции, а также механизмы, лежащие в основе реактивации вируса простого герпеса, неизвестны. Факторами реактивации являются ультрафиолетовое облучение, травма кожи или ганглия, а также иммуносупрессия. При исследовании штаммов вируса герпеса, выделенных у больного из различных мест поражения, установлена их идентичность, однако у больных с иммунодефицитами выделенные из разных мест штаммы существенно различались, что свидетельствует о роли дополнительной инфекции (суперинфекции). В формировании иммунитета против вируса герпеса играют роль факторы как клеточного, так и гуморального иммунитета. У лиц с ослабленным иммунитетом латентная инфекция переходит в манифестную, а манифестные формы протекают значительно тяжелее, чем у лиц с нормальной деятельностью иммунной системы.

Симптомы и течение

- ▣ Инкубационный период продолжается от 2 до 12 дней (чаще 4 дня). Первичная инфекция чаще протекает субклинически (первично-латентная форма). У 10–20% больных отмечают различные клинические проявления. *Можно выделить следующие клинические формы герпетической инфекции:*
 - » герпетические поражения кожи (локализованные и распространенные);
 - » герпетические поражения слизистых оболочек полости рта;
 - » острые респираторные заболевания;
 - « генитальный герпес;
 - » герпетические поражения глаз (поверхностные и глубокие);
 - » энцефалиты и менингоэнцефалиты;
 - » висцеральные формы герпетической инфекции (гепатит, пневмония, эзофагит и др.);

Герпетические поражения СОПР

- Герпетические поражения слизистых оболочек полости рта проявляются в виде острого герпетического стоматита или рецидивизирующего афтозного стоматита. Острый стоматит характеризуется лихорадкой, симптомами общей интоксикации. На слизистых оболочках щек, неба, десны появляются группы мелких пузырьков. Больные жалуются на жжение и покалывание в области поражений. Содержимое пузырьков вначале прозрачное, затем мутнеет. На месте лопнувших пузырьков образуются поверхностные эрозии. Через 1 – 2 нед слизистые оболочки нормализуются. Заболевание может рецидивировать. При афтозном стоматите общее состояние больных не нарушено. На слизистых оболочках полости рта образуются единичные крупные афты (до 1 см в диаметре),

Острый герпетический стоматит

- Тяжесть острого герпетического стоматита оценивается по выраженности и характеру симптомов токсикоза и симптома поражения слизистой оболочки полости рта.
- Легкая форма характеризуется внешним отсутствием симптомов интоксикации организма, продромальный период клинически отсутствует. Болезнь начинается как бы внезапно — с повышения температуры до 37 — 37,5 °С. Общее состояние ребенка вполне удовлетворительное. У ребенка иногда обнаруживаются незначительные явления воспаления слизистой оболочки носа, верхних дыхательных путей, гиперемия, небольшой отек, главным образом в области десневого края (катаральный гингивит). Длительность периода 1 — 2 дня. Стадия везикулы обычно просматривается родителями и врачом, так как пузырек быстро лопается и переходит в эрозию-афту. Афта — эрозия округлой или овальной формы с ровными краями и гладким дном, с ободком гиперемии вокруг. В большинстве случаев на фоне усилившейся гиперемии в полости рта появляются одиночные или сгруппированные элементы поражения, количество которых обычно не превышает 6. Высыпания одноразовые. Длительность периода развития болезни 1 — 2 дня



- ▣ Период угасания болезни более длительный. В течение 1—2 дней элементы приобретают как бы мраморную окраску, края и центр их размываются. Они уже менее болезненны. После эпителизации элементов явления катарального гингивита сохраняются 2—3 дня, особенно в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти.

У детей этой формой заболевания, как правило, отсутствуют изменения в крови, иногда только к концу болезни появляется незначительный лимфоцитоз. При этой форме болезни хорошо выражены защитные механизмы слюны: рН $7,4 \pm 0,04$, что соответствует оптимальному состоянию. В периоде разгара болезни в слюне появляется противовирусный фактор интерферон от 8 до 12 ед/мл. Снижение содержания лизоцима в слюне не выражено.

Естественный иммунитет при легкой форме стоматита страдает незначительно, а в период клинического выздоровления защитные силы организма ребенка находятся почти на уровне таковых у здоровых детей, т.е. при легкой форме острого герпетического стоматита клиническое выздоровление означает полное восстановление нарушенных защитных сил организма.

- Среднетяжелая форма острого герпетического стоматита характеризуется четко выраженными симптомами токсикоза и поражения слизистой оболочки рта во все периоды болезни. Уже в продромальном периоде ухудшается самочувствие ребенка, появляются слабость, капризы, ухудшение аппетита, могут быть катаральная ангина или симптомы острого респираторного заболевания. Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Температура тела поднимается до 37-37,5 °С. В период развития заболевания (фаза катарального воспаления) температура тела повышается до 38 – 39 °С, появляются головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. На пике подъема температуры, усиленной гиперемии и выраженной отечности слизистой оболочки высыпают элементы поражения как в полости рта, так нередко и на коже лица приротовой области. В полости рта обычно бывает от 10 до 20 – 25 таких элементов. В этот период усиливается саливация, слюна становится вязкой, тягучей. Отмечаются ярко выраженное воспаление и кровоточивость десен (рис. 7.5). Высыпания нередко рецидивируют, из-за чего при осмотре полости рта можно видеть элементы поражения, находящиеся на разных стадиях клинического и цитологического развития. После первого высыпания элементов поражения температура тела обычно снижается до 37 – 37,5 °С. Однако последующие высыпания, как правило, сопровождаются подъемом температуры до прежних цифр. Ребенок не ест, плохо спит,



- ▣ В продромальный период у ребенка имеются все признаки начинающегося острого инфекционного заболевания: апатия, адинамия, головная боль, кожно-мышечная гиперестезия, артралгия и др. Нередко наблюдаются симптомы поражения сердечно-сосудистой системы:

бради- и тахикардия, приглушение тонов сердца, артериальная гипо-тензия. У некоторых детей отмечаются носовые кровотечения, тошнота, рвота, отчетливо выраженный лимфаденит не только подчелюстных, но и шейных лимфатических узлов. В период развития болезни температура тела поднимается до 39—40 °С. У ребенка появляется скорбное выражение губ, отмечаются страдальческие запавшие глаза. Возможны нерезко выраженный насморк, покашливание. Конъюнктивы глаз отечны и гиперемированы. Губы сухие, яркие, запекшиеся. Слизистая оболочки полости рта отечна, ярко гиперемирована, наблюдается резко выраженный гингивит.

Через 1—2 сут в полости рта начинают появляться элементы поражения (до 20—25).

- Часто отмечаются высыпания в виде типичных герпетических пузырьков на коже приротовой области, коже век и конъюнктиве глаз, мочке ушей, на пальцах рук (по типу панариция). Высыпания в полости рта рецидивируют, поэтому в разгар болезни у тяжелобольного ребенка их насчитывается около 100 (рис. 7.6). Элементы сливаются, образуя обширные участки некроза слизистой оболочки. Поражение распространяется не только на губы, щеки, язык, мягкое и твердое небо, но и на десневой край. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. У ребенка отмечаются резкий гнилостный запах изо рта, обильное слюнотечение с примесью крови. Усугубляются воспалительные явления на слизистой оболочке носа, дыхательных путей, глаз. В секрете из носа и гортани обнаруживаются также прожилки крови. Иногда бывают носовые кровотечения. В таком состоянии дети нуждаются в активном лечении у педиатра и стоматолога, в связи с чем целесообразна госпитализация ребенка в изолятор педиатрической или инфекционной больницы.

- При тяжелой форме стоматита наблюдаются лейкопения, палочко-ядерный сдвиг влево, эозинофилия, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов. У последних очень редко бывает токсическая зернистость. Герпетические комплементсвязывающие антитела в период реконвалесценции бывают, как правило, всегда. В слюне — кислая среда ($\text{pH } 6,55 \pm 0,2$), которая затем может сменяться более выраженной щелочностью ($\text{pH } 8,1 - 8,4$). Интерферон обычно отсутствует, содержание лизоцима резко снижено. Период угасания болезни зависит от своевременного и правильного назначения лечения и наличия в анамнезе ребенка



- Несмотря на клиническое выздоровление больного тяжелой формой острого герпетического стоматита, в период реконвалесценции имеются глубокие изменения гомеостаза.

Афтозные поражения СОПР

- ▣ **Определение и эпидемиология**
Под рецидивирующим афтозным стоматитом (РАС), или рецидивирующими афтами понимают болезненные язвы слизистой оболочки рта, для которых характерны рецидивы с интервалами от нескольких дней до нескольких месяцев или даже лет. Это наиболее распространенное заболевание слизистой оболочки рта, которое наблюдается у 15-30% людей. Женщины болеют чаще мужчин. Хотя афты могут появиться в любом возрасте, наиболее часто они появляются на втором и третьем десятилетии жизни. Довольно часты семейные случаи РАС, у 30-40% больных по крайней мере один из членов семьи также страдает этим заболеванием.

□ Основные клинические проявления

На основании клинической картины рецидивирующие афты подразделяют на малые, большие и герпетиформные.

-

Клиническая.....Диаметр,мм.....Количество.

Сроки.....Рубцевание

....форма.....заживления.....

.....

-

Малые.....3-6.....1-6.....6-10 дней.....Не
происходит

Большие.....10-20.....1-3.....3-6 недель.....

Происходит редко

Герпетиформные.....1-3.....10-100.....10-15 дней.....Не
происходит

--

Основными клиническими особенностями всех трех форм афт являются болезненность и склонность к рецидивам в сроки от нескольких дней или недель до нескольких месяцев.

Афты обычно появляются на участках слизистой оболочки, в которых ороговение отсутствует или слабо выражено (слизистая оболочка щек, губ, языка, дна полости рта, мягкого нёба и маленького язычка).

РАС может быть проявлением некоторых системных заболеваний.

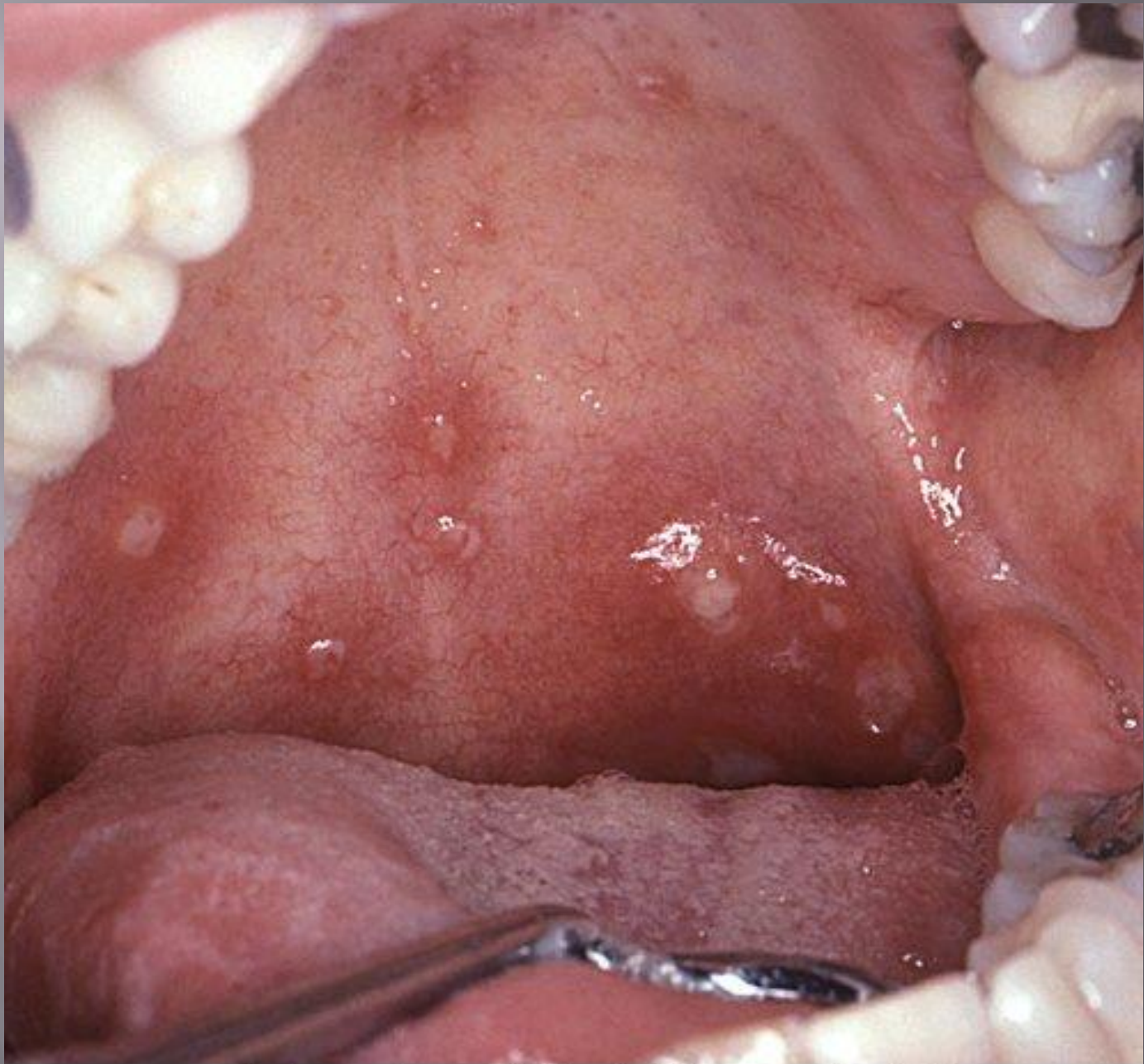


Photo courtesy of CDC - Sol Silverman, Jr., DDS

