

МАВРУТЕНКОВ В.В.

ВИРУСНЫЕ СТОМАТИТЫ

Кафедра инфекционных болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепропетровск. Украина

"Кто хранит уста свои, тот бережет душу свою"
(Ветхий Завет, Книга Притчей Соломоновых; 13:3)

ДЕФИНИЦИЯ

Стоматит (С) – воспаление слизистой оболочки рта, вызванное местными или системными факторами, которое может захватывать слизистую оболочку щек и губ, неба, языка, дна полости рта и десен [1]. Термины, используемые для описания высыпаний на слизистой полости рта, соответствуют кожным элементам и в их основу положена оценка размеров и характера высыпаний:

- макулы (плоские и < 1 см)
- пятна (плоские и > 1 см)
- папулы (пальпируются и < 1 см)
- бляшки (пальпируются и > 1 см)

Термины «везикулы» и «буллы» используют для описания полостных элементов, наполненных экссудатом [2].

Афта [от лат., греч. «молочница»] - небольшая язва. Круглой формы поражение с сероватым экссудатом, окруженное красным венчиком, характерное для рецидивирующего афтозного стоматита (РАС) [1].

АКТУАЛЬНОСТЬ

Существует четыре причины возникновения везикул и афт на слизистой полости рта:

- 1) травма (ожоги, радиационные поражения, прикус);
- 2) инфекции (герпесвирусы, энтеровирусы, ВИЧ, микозы, сифилис, анаэробная флора, и пр.);
- 3) аутоиммунитет («болезнь Бехчета-Адамантиада», болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, идиопатический ревматоидный артрит, болезнь Кавасаки, и пр.);

- 4) опухоли (карцинома);
- 5) идиопатический стоматит - рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) и пр. [2,3].

Таким образом, проблема поражений слизистой полости рта носит междисциплинарный характер, в которую вовлечены не только стоматологи, но и врачи самых различных специальностей [4,5].

ИСТОРИЯ

В отношении термина "Aphtha" известно, что его ввел основоположник европейской медицины Гиппократ (460-370 до н. э.), хотя нельзя исключить, что древнегреческий врач в этом случае подразумевал банальную молочницу ротовой полости. Первое достоверное описание «минорных афт» слизистой полости рта было представлено в 1888 г. нашим соотечественником, родившемся в Черновцах Яном (Йоханом) фон Микулич-Радецким (Johann von Mikulicz-Radecki, 1850 — 1905 гг.) и немцем Вернером Кюммелем (Werner Kummel, 1866-1930 гг.). В 1911 г. американский дерматолог Ричард Саттон (Richard Lightburn Sutton, 1878-1952 гг.) описал большие формы афты, что послужило основанием для присвоения эпонима - болезнь/синдром Саттона для РАС [6]. В 1960 г. доктор Куки (Cooke V. E. D.), дерматолог из США, ввел понятие герпетиформный стоматит [7].

ПРЕДМЕТ РАБОТЫ

Везикулы и афты слизистой полости рта, обусловленные вирусной инфекцией.

ЦЕЛЬ

Улучшить клиническую диагностику и менеджмент поражений слизистой ротовой полости на основе современных представлений об этиопатогенезе вирусных инфекций и собственных клинических наблюдений у иммунокомпетентных взрослых и детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели и задач исследования был проведен анализ и синтез современной научно-медицинской литературы во временном интервале с 1970 по 2014 годы. Кроме того, использовались интернет-ресурсы PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), библиографические ресурсы Днепропетровской областной научно-медицинской библиотеки (<http://medlib.dp.gov.ua/index.html#>), а также библиографические фонды ГУ Днепропетровской медицинской академии МЗ Украины (<http://www.dsma.dp.ua/biblioteka>). В работе не рассматривались вопросы врожденных,

например, синдром Навахо (Navajo) и приобретенных иммунодефицитов (иммуносупрессивная химиотерапия, ВИЧ-инфекция).

ДИСКУССИЯ

С точки зрения топической диагностики наличие везикул и афт (патогномичный признак) диагноз С не вызывает сомнений. Так, афтозный С классифицируется согласно их размеров (табл. 1). Однако морфологическая оценка афтозно-везикулезных поражений слизистой полости рта не отвечает на главный диагностический вопрос – причины возникновения С.

Таблица 1. Морфологическая характеристика афтозных поражений ротовой полости у пациентов с РАС [7]

Признаки	Малые афты	Большие афты	Герпетиформные афты
Размер афт, мм	≤10	> 10	1 - 2
Локализация афт	Губы, щеки, язык	Губы, щеки, язык, нёбо, глотка	Вся слизистая, включая красную кайму губ
Количество афт	1-5	1-10	10-100
Рубцевание афт, (%)	8	64	32

В дифференциально-диагностическом алгоритме поиска причин возникновения везикул/афт необходимо опираться на следующие предикторы: 1) присутствие экстраорфарингеальных симптомов и признаков, 2) наличие лихорадки, 3) первый эпизод или рецидив (стереотипность проявлений), 4) возраст и этническую принадлежность пациента, 5) эпидемическую ситуацию в регионе и вакцинальный статус пациента. При этом все вышеуказанные факторы должны учитываться в общем контексте. Так, например, болезнь Бехчета-Адамантиада (Behçet-Adamantiades), где атрибутивный признак - рецидивирующие афты (не менее 3-х раз в год), имеет все признаки инфекционного заболевания, но на самом деле является разновидностью системного васкулита, и для установления диагноза немаловажное значение имеет этническая принадлежность пациента [8, 9, 10].

Наиболее частыми инфекционными агентами, вызывающими поражения слизистой рта являются вирусные инфекции и, прежде всего, вызванные вирусами простого герпеса VZV, энтеровирусами (ЕСНО, Коксаки А и В, 71 тип), кори. Кроме того, возникновение С возможно при заболеваниях, вызванных вирусами везикулярного стоматита, ВИЧ, HHV-6 (внезапная экзантема грудничков), EBV [3,11]. Остановимся на наиболее распространенных вирусных инфекциях, при которых развитие С является или клинической формой, или одним из составляющих синдромов.

Герпетические инфекции. Герпетический гингивостоматит (ГГ), или неэпидемический С, вызванный ВПГ 1+2 типа в иммунопатогенетическом аспекте имеет два варианта – первичная инфекция и рецидив заболевания. Эта теоретическая выкладка имеет сугубо практическое значение, т.к. первичное заражение происходит в условиях отсутствия специфического иммунитета, и поэтому клинически манифестирует локальной симптоматикой в форме везикул в сочетании с системными проявлениями: лихорадкой, раздражительностью, шейной лимфаденопатией, возможностью осложнений и обязательного назначения противовирусной химиотерапии. Пик заболеваемости первичным ГГ приходится на возраст от 10 мес. до 3-х лет, при этом источником инфицирования являются старшие дети и взрослые, т.к. до 10% взрослых людей бессимптомно выделяют вирус со слюной. Продолжительность первичного ГГ без адекватного лечения может составлять 2 недели, хотя экскреция вируса со слюной обычно прекращается на 5–7 день от начала заболевания. При рецидиве ГГ продром может отсутствовать или ограничиваться зудом, жжением, незначительной болезненностью в полости рта. Группы везикул возникают на твердом небе, щеках и на деснах в первые 2 дня заболевания и заживают в течение 10 дней. Отличительным признаком рецидива ГГ является расположение везикул на красной кайме губ, покрывающихся через несколько дней коркой. Рецидив ГГ обычно не сопровождается системными проявлениями, если его причиной не было иное инфекционное заболевание, например, менингококковая инфекция [3, 12, 13]. Дифференциальный диагноз ГГ проводят с обширной группой заболеваний: герпетической экземой Капоши (Kaposi eczema), энтеровирусными заболеваниями: герпангиной (ГА), энтеровирусным везикулярным стоматитом с экзантемой (Hand-Foot-Mouth Disease - HFMD), кандидозным стоматитом, РАС/Саттона синдромом, ожогом, лейкоплакией, травмой, ветряной оспой (ВО), вегетирующим пиогингивостоматитом, нейтропеническим стоматитом, синдромом Маршалла/PFAPA (акроним от англ. - Periodic Fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis, cervical Adenitis), болезнь Бехчета-Адамантиада.

В случае если предполагается инфекция HSV1/2 рекомендуется:

1. Оценить возможность амбулаторного лечения. Показания к госпитализации: невозможность приема лекарств, пищи и воды через рот (сильная боль, аномалии ротовой полости и пищевода); невозможность соблюдения родителями комплаенса (асоциальная семья, психологическая неуравновешенность родителей, связанная с болезнью ребенка и пр.); дети до года; наличие отягощенного преморбидного фона (иммунодефицит, хроническая почечная недостаточность, атопический дерматит и т.п.).

2. Подтвердить этиологию заболевания: анализ слюны на присутствие ДНК HSV1/2 и РНК энтеровирусов качественным вариантом метода полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для энтеровирусов в качестве материала для исследования можно использовать фекалии.
3. Обязательно назначение противовирусной химиотерапии:
 - дети: ацикловир внутрь в дозе 60 - 80 мг/кг/день, рассчитанную дозу разделить на 3 – 4 приема. При тяжелом состоянии и невозможности приема препарата через рот ацикловир назначают внутривенно в дозе 15 мг/кг/сут., разделенную на 3 введения (каждые 8 часов) в виде инфузии продолжительностью 1 – 2 часа. Курс лечения ацикловиром вне зависимости от способа введения препарата составляет 5 – 7 дней. Для профилактики рецидивов ГГ в педиатрической практике (критерии назначения для детей точно не определены) ацикловир применяют в дозе 20 мг/кг/сут. (но не более 400 мг), рассчитанную дозу разделить на 2 – 3 приема. Курс терапии от 6 до 12 месяцев [14].
 - взрослые: для этого контингента имеется более обширный арсенал противовирусных химиопрепаратов. Препаратом первого выбора является ацикловир внутрь 400 мг (в дневное время, с интервалом 4 часа) 5 раз в сутки, принимать 5 суток. При невозможности приема внутрь или тяжелых формах ацикловир назначают внутривенно в дозе 5 мг/кг/день (или 250 мг/м² поверхности тела) 3 раза в сутки (каждые 8 часов) в виде инфузии продолжительностью 1 – 2 часа. Курс введения 5 - 7 дней. В качестве альтернативы предлагаются: валацикловир 2 г внутрь каждые 12 часов, принимать 1 сутки, или фамцикловир внутрь 500 мг каждые 12 часов, принимать 7 дней. Для детей от 12 лет (>42 кг) и взрослых для профилактики рецидивов ГГ при условии ≥ 6 -ти лабораторно документированных эпизодов в год назначают супрессивную противовирусную химиотерапию ацикловиром в дозе 400 мг два раза в сутки, или фамцикловиром 250 мг 2 раза в сутки (строго каждые 12 часов), или валацикловиром 500 мг (если рецидивов <9 эпизодов в год) и 1 г/сут в один прием (если эпизодов >9 в год). Длительность приема указанных препаратов от 6 до 12 месяцев [15].
4. Обязательно дополнительное введение жидкости внутрь или внутривенно из расчета 10 мл/кг массы тела на каждый градус, превышающий 38°C. Ограничений в диете, за исключением употребления грубой, кислой, горячей пищи, нет. Ограничений в гигиенических процедурах (ванна, душ) нет.
5. Обязательно применение системно (внутри, парентерально или per rectum) нестероидных противовоспалительных средств (НПВС):

- дети: ибупрофен (предпочтительней) и/или парацетамол. Прием препаратов до купирования орофарингеальной боли и прекращения лихорадки;
 - взрослые: любые НПВС. Прием до купирования орофарингеальной боли и прекращения лихорадки;
6. Туалет полости рта: прием пищи (механически и термически инертная) необходимо завершать обильным прохладным питьем, фитопрепараты (холодные настои ромашки, шалфея, коры дуба), возможно орошение теплыми растворами йод-повидона, хлоргексидина, гексетидина или перекисью водорода.
 7. В случае присоединения микробной суперинфекции препаратом первого выбора является амоксициллин+клавулоновая кислота/или сульбактам системно в соответствующих возрасту и весу дозах.

Не рекомендуется делать, если предполагается инфекция HSV1/2:

1. Обязательно вводить карантин и госпитализировать. Так, запрет на посещение детского сада накладывается на ребенка не способного контролировать слюноотечение (обычно это дети первых пяти лет жизни). Для детей до 5 лет рекомендуют ограничение контактов в течение 5 дней с момента появления везикул [3].
2. Обязательно назначать антибактериальную химиотерапию.
3. Применять иммуномодуляторы и антигистаминные (потенциальная кардиотоксичность) препараты.
4. Использовать ирритативные антисептики для орошения ротовой полости (на основе спиртов).
5. Проводить иммунологические обследования для оценки состояния Т - и В-клеточного иммунитета.
6. Откладывать прием ацикловира и его производных (валациклоvir, фамциклоvir и пр.).
7. Назначать детям с целью купирования орофарингеальной боли и лихорадки препараты ацетилсалициловой кислоты и нимесулида.

Энтеровирусная инфекция (ЭИ). Энтеровирусы являются вторыми по значимости возбудителями С [3]. В проблеме энтеровирусных поражений слизистой рта есть несколько существенных аспектов. Во-первых, это эпидемические С, для которых характерна сезонность возникновения (лето - осень) и групповая заболеваемость. Так, по данным ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) в эпидемическом сезоне 2014 года на Европейском континенте имела место эпидемия ЭИ [16]. Во-вторых, поражения слизистой рта могут манифестировать в двух формах: ГА и HFMD. В-третьих, в арсенале лечения ЭИ отсутствуют средства этиотропной химиотерапии и

иммунопрофилактики. Для герпангины, в отличие от герпетического гингивостоматита, характерны очень болезненные мелкие (до 1 мм) везикулезные высыпания количеством не более 5 – 6 штук, расположенные на твердом нёбе и задней стенке глотки, что создает трудности в их обнаружении. Кроме того, присутствуют симптомы общей интоксикации, лихорадка, головная боль, но без гиперсаливации. Дифференциальный диагноз ГА проводят с такими заболеваниями, как: РАС/Саттона синдром, ГГ, нейтропенический стоматит, синдром Маршалла/PFAPA, болезнь Бехчета-Адамантиада. При HFMD семиотика поражений слизистой рта идентична ГА, но при этом обязательно есть пятна или/и везикулы размером от 1 до 3 мм, локализующиеся преимущественно на ладонях и стопах. Следует заметить, что в отличие от взрослых, дети болеют тяжелей как ГА, так и HFMD. Кроме того, возможны системные поражения в виде серозного менингита, кардита или синдрома Гийена-Барре (Guillain-Barré syndrome). При дифференциальной диагностике синдром HFMD следует дифференцировать с синдромом Стивенса-Джонсона (Stevens-Johnson syndrome), ВО, везикулезным риккетсиозом, ГГ [2, 3, 11, 13, 17].

В случае если предполагается ЭИ (ГА или HFMD):

1. Оценить возможность амбулаторного лечения (показания к госпитализации - см. ГГ)
2. Подтвердить этиологию С (см. ГГ).
3. Общий анализ крови и мочи, при необходимости анализ крови на уровень С-реактивного протеина.
4. Обязательно дополнительное введение жидкости внутрь или внутривенно. Ограничений в диете и гигиенических процедурах нет (см. ГГ).
5. Обязательно применение системно (внутри, парентерально или per rectum) нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) (см. ГГ).
6. Туалет полости рта (см. ГГ).
7. Использовать амоксициллин+клавулоновая кислота/или сульбактам в соответствующих возрасту и весу дозах в случае орофарингеальной микробной суперинфекции.

Если предполагается ЭИ, то карантин на пациентов, в том числе и детей, не накладывается. Однако, если возникает эпидемическая вспышка ЭИ, то органы эпидемиологического надзора могут ввести карантин на определенную территорию.

Варицелла-зостер-вирусная (VZV) инфекция. VZV - убиквитарный, антропонозный α -герпесвирус III типа, в случае первичного заражения вызывает ветряную оспу (Varicella), а при реактивации - опоясывающий герпес (Herpes Zoster). Ветряная оспа (ВО) - острое инфекционное заболевание, которое вызывается VZV, с воздушно-капельным

путем передачи, характеризуется наличием генерализованной пятнисто-папулезно-везикулезной сыпи и интоксикацией [18]. Диагноз ВО в подавляющем большинстве случаев не вызывает затруднений и ставится на основе клиники и данных эпиданамнеза. Везикулезная энантема при ВО преимущественно локализуется на твердом небе и задней стенке глотки, но может захватывать любые отделы рта, в том числе и красной каймы губ. Возникающий С при ВО рассматривается как один из опорных признаков. В неосложненных случаях С при ВО спонтанно купируется одновременно с прекращением кожных высыпаний, но без формирования корочек и рубцов. При дифференциальной диагностике поражения слизистой рта при ВО следует ограничивать от: синдрома Стивенса-Джонсона, синдрома HFMD, везикулезного риккетсиоза, ГГ, герпетиформной экземы Капоши, DRESS-синдрома (акроним от англ. Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms).

Опоясывающий герпес (ОГ) - реактивация персистирующей VZV-инфекции, которая проявляется кожными (болезненные везикулезные высыпания в пределах 1-2 дерматом) или неврологическими поражениями (невралгии или менингоэнцефалиты) [19].

Поражение слизистой рта при ОГ явление редкое, но возможное, при реактивации VZV, персистирующего в вегетативной части нейрона тройничного нерва (V пара), языкоглоточного (n. glossopharyngeus - IX пара) или блуждающего (n. vagus – X пара) черепных нервов. В отличие от ВО везикулезная сыпь при ОГ располагается локально по ходу проекции ветвей соответствующих черепных нервов, иннервирующих ротовую полость. При этом, для ОГ характерны боли по ходу иннервации пораженной ветви черепного нерва, которые могут сохраняться длительное время и после купирования кожно-слизистых высыпаний. Дифференциальный диагноз С при ОГ проводят с такими заболеваниями как: кандидозный стоматит, PAC/Саттона синдром, химический или термический ожог, лейкоплакия, травма, нейтропенический стоматит. Следует обследовать пациента на ВИЧ-инфекцию.

Карантинные мероприятия и терапия поражений слизистой полости рта осуществляется инфекционистом (врачом семейной практики, или педиатром) в рамках лечения клинической формы VZV-инфекции. Необходимо обратить внимание на ряд следующих обстоятельств в терапии VZV-инфекции. Так, не следует использовать анилиновые красители с пигментом (бриллиантовый зеленый, р-р фукарцина) для обработки кожи, иммуномодуляторы, специфические иммуноглобулины, ибупрофен [20] и ацетилсалициловую кислоту у детей из-за риска развития синдрома Рея (*Rey's syndrome*). Кроме того, заболевание ВО детей до года и лиц старше 12 лет является независимым фактором риска развития тяжелой формы болезни и, поэтому, требует

назначения противовирусной химиотерапии. Также, ОГ вне зависимости от тяжести и локализации процесса требует назначения системной (обычно внутрь) противовирусной химиотерапии - ацикловир или его производные.

Корь (лат. - morbilli, англ. - measles/rubeola) - острое вирусное, чрезвычайно контагиозное, антропонозное заболевание, которое распространяется воздушно-капельным путем и характеризуется циклическим течением с наличием продрома ("катаральный" период), экзантемного периода (генерализованная пятнисто-папулезная сыпь в сочетании с синдромом общей интоксикации) и периода пигментации (фаза реконвалесценции) [21]. В Украине вследствие нарушений вакцинации населения на протяжении последних 20 лет сохраняется опасность возникновения эпидемических вспышек кори. Так, согласно статистическим данным Государственной службы санитарно-эпидемиологического контроля Украины, к ноябрю 2014 г. было официально зарегистрировано 2290 случая заболевания корью в стране [22]. Поражения слизистой полости рта при кори возникают в продромальном периоде в виде патогномичной энантемы (пятна Филатова-Коплика), представляющей собой при морфологическом исследовании нейтрофильную инфильтрацию и паракератоз [23]. Симптом Коплика появляется за 2 суток до появления сыпи и сохраняется в течение 2-х суток после появления экзантемы. Типичная локализация пятен Филатова-Коплика - десна премоляров и слизистая щек и губ. Пятна Филатова-Коплика имеют вид серовато-беловатых точек размером 1-2 мм, которые окружены венчиком гиперемии и не вызывают у больного каких-либо жалоб. Этот симптом наблюдается у 50-70 % больных. Кроме характерных пятен Филатова-Коплика при кори может наблюдаться неспецифическая безболезненная пятнистая энантема на слизистой щек, неба. На стадии высыпания в редких случаях наблюдается коревой псевдофибринозный стоматит, при котором наблюдаются гиперемия, отек слизистой оболочки ротовой полости и творожистые белые налеты. Дифференциальный диагноз С при кори проводят с достаточно обширной группой заболеваний: синдромом Стивенса-Джонсона, DRESS-синдромом, кандидозным стоматитом, лейкоплакией, болезнью Кавасаки (Kawasaki disease). Карантин и терапия поражений слизистой полости рта осуществляются инфекционистом (врачом семейной практики, или педиатром) согласно протоколу лечения и профилактики кори. В терапии кори рекомендуется принимать высокие дозы витамина А, при этом у взрослых этот вопрос решается индивидуально исходя из конкретной ситуации: течение болезни, наличие алиментарной гипотрофии, наличие заболеваний глаз, отсутствие противопоказаний к применению чрезмерных доз препарата, например, беременность [24].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При везикулезном стоматите следует применять ацикловир системно, пока не будет исключена этиология ВПГ 1+2 типа.
2. Герпангина не имеет никакого отношения к ВПГ 1+2 типа, в связи с чем ацикловир и его производные не применяют.
3. Вакцинация – эффективное средство специфической профилактики варицелла-зостервирусной инфекции и кори.

ЛИТЕРАТУРА

1. Англо-Український ілюстрований медичний словник Дорланда: в 2-х т. – Львів:НАУТІЛУС, 2002. - 2688 с.
2. Манджони С. Секреты клинической диагностики/ С. Манджони [пер. с англ.]; под ред. А.В. Струтынского, Ю.П. Гапоненкова. - М.: "Изд - во БИНОМ", 2004. - 608 с.
3. Клейн Дж. Д. Секреты лечения детских инфекций / Дж. Д.Клейн, Т.Е. Заутис [пер.с англ.]. - М.: Изд-во «БИНОМ. Лаборатория знаний», 2007. - 416 с.
4. Bruce A.J. Acute oral ulcers / A.J. Bruce, R.S. Rogers III // *Dermatol. Clin.* - 2003. - N21. - p. 1 –15.
5. Wilhelmsen N. S. W. Correlation between histocompatibility antigens and recurrent aphthous stomatitis in the brazilian population /N. S. W. Wilhelmsen, R. Weber, F. Monteiro, Jorge Kalil, I. D. Miziara // *Braz. J. otorhinolaryngol. (Impr.)*. - 2009. - Vol.75., N3; ресурс: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942009000300019>
6. Лазовскис И.Р. 2668 клинических симптомов и синдромов / И.Р. Лазовскис. - М.: «Фобос», – 1999. – 295 с.
7. Rogers III R.S. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and evidence for in immunopathogenesis/ R.S. Rogers III // *J. of Invest. Dermatology*. -1977. – Vol. 69. - P. 499-509.
8. International Study Group for Behçet's Disease. "Criteria for diagnosis of Behçet's disease"//*Lancet*. – Vol. 335, N8697. – P. 1078 – 1080; режим доступа: doi:10.1016/0140-6736(90)92643-V. PMID).
9. Zouboulis C.C. Adamantiades-Behçet Disease/ C.C. Zouboulis// *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. - Ed. 7th / K. Wolff, L. A.Goldsmith, S. I.Katz, B. A.Gilchrest [et al.]. - New York: McGraw – Hill, 2008. –Vol.1, Ch.167. – P.1621- P.1626.
10. Hamdan Ayad, Mansour Wissam, Uthman Imad [et al.]. Behçet's disease in Lebanon: clinical profile, severity and two-decade comparison / Hamdan Ayad, Mansour Wissam, Uthman Imad [et al.] // *Clin. Rheumatology*. – 2006. – Vol.25, N3. – P. 364-367.
11. Principles and Practice of Infectious Diseases. - Ed. by Mandell G.L. , Bennett J.E. , Dolin R.- 4th ed.- New York: Churchill Livingstone,1995. - Vol. 2.- P. 2803.
12. Джафек Б.У. Секреты отоларингологии / Б.У. Джафек, Б.У. Марроу. - Изд. 2-е, исправл. и доп. – [пер. с англ.] – М.: Изд-во БИНОМ, 2012. – 624 с.
13. Кей Шу-Мей Кэйн, Лио П. А., Стратигос А. Дж., Джонсон Р. А. Детская дерматология. Цветной атлас и справочник/ Кей Шу-Мей Кэйн, П. А. Лио, А. Дж. Стратигос, Р. А. Джонсон [пер. с англ.]; под ред. проф. О.Л. Иванова и проф. А.Н. Львова. – М.: Изд - во «Панфилова» и «БИНОМ», 2011. – 496 с.

14. 2010-2011 Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy. - 18th Ed. (Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy) [Paperback]. – American academy of Pediatrics, 2010. –168 p.
15. Антимикробная терапия по Джею Сэнфорду. Д. Гилберт, Р. Мёллеринг мл., Дж. Элиопулос, Г. Чемберс, М. Сааг. (редакторы) [пер. с англ.]; под ред. Ю.Б. Белоусова, В.В. Никифорова и А.И. Мазуса – М.: ГРАНАТ, 2013 – 640 с.
16. Sinclair C., Gaunt E., Simmonds P. [et al.] Atypical hand, foot, and mouth disease associated with Coxsackievirus A6 infection, Edinburgh, UK, January to February 2014/ C. Sinclair, E. Gaunt, P. Simmonds [et al.] // Eurosurveillance. – 2014. - Vol.19, Issue 12; ресурс: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20745>.
17. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж.І. Возіанова: в 3 т. – К.: Здоров'я, 2001.- Т. 2. – 696 с.
18. Про затвердження клінічного Протоколу N20 з діагностики та лікування вітряної віспи у дітей : Наказ МОЗ України - N354 від 09.07.2004. К.,2004.
19. Shingles (Herpes Zoster) / Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA; ресурс: <http://www.cdc.gov/shingles/index.html>.
20. Verma K. S. Chickenpox or Varicella: Clinical Features, Complications and Treatment [Електронний ресурс] / K. S. Verma. - ресурс: <http://www.freehealthchannel.com/resources/2940-Chickenpox-or-Varicella-Clinical-Features.aspx>.
21. Кір: лекція. I частина / Л.Р. Шостакович-Корецька, В.В. Маврутенков, А.В. Чергінець, І.В. Будаєва [та ін.] // Медичні перспективи.- 2013.- Т. XVIII, №3 - С. 4 -15.
22. Інформаційний бюлетень про стан інфекційної захворюваності в Україні за листопад 2014 року/ Державна санітарно-епідеміологічна служба України. 2015; ресурс: <http://www.dsesu.gov.ua/ua/sanepidsituatsiya/infektsiini-zakhvoriuvannia/item/810-informatsiinyi-biuleten-pro-stan-infektsiinoi-zakhvoriuvanosti-v-ukraini-za-lystopad-2014-roku>.
23. Suringa D.W. Role of measles virus in skin lesions and Koplik's spots / D.W. Suringa, L.J. Bank, A.B. Ackerman // N. Engl. J. Med. – 1970. - Vol. 283, N21. - P. 1139 - 1142.
24. Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia (2nd ed.). - Geneva: WHO, 1997; ресурс: <http://www.who.int/vaccines/en/vitamina.shtml>.

РЕЗЮМЕ

УДК 616.31-002:616.98-036-02-07-08

МАВРУТЕНКОВ В.В.

ВИРУСНЫЕ СТОМАТИТЫ

Кафедра инфекционных болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», г. Днепропетровск. Украина

Стоматит – воспаление слизистой оболочки рта, вызванное местными или системными факторами, которое может захватывать слизистую оболочку щек и губ, неба, языка, дна полости рта и десен. Среди наиболее распространенных причин возникновения везикул и афт на слизистой полости рта являются: травма, инфекции, аутоиммунные процессы, опухоли. Особое место занимает идиопатический стоматит. В работе рассмотрены стоматиты, обусловленные наиболее распространенными вирусными инфекциями: герпесвирусы 1+2 типа, энтеровирусы, варицелла-герпесзостер и корь.

Ключевые слова: стоматит, вирусы, везикулы, афты, диагностика, лечение.

РЕЗЮМЕ

УДК 616.31-002: 616.98-036-02-07-08

МАВРУТЕНКОВ В.В.

ВІРУСНІ СТОМАТИТИ

Кафедра інфекційних хвороб ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
м Дніпропетровськ. Україна

Стоматит – запалення слизової оболонки рота, зумовлене місцевими або системними чинниками, яке може охоплювати слизові оболонки щік і губ, піднебіння, язика, дна порожнини рота та ясен. Серед найбільш поширених причин виникнення везикул і афт на слизовій порожнині рота є травми, інфекції, аутоімунні процеси, пухлини. Особливе місце займає ідіопатичний стоматит. В роботі розглянуті стоматити, обумовлені найбільш поширеними вірусними інфекціями: герпесвіруси 1 + 2 типу, ентеровіруси, варицелла-герпесзостер і кір.

Ключові слова: стоматит, віруси, везикули, афти, діагностика, лікування

SUMMARY

УДК 616.31-002:616.98-036-02-07-08

MAVRUTENKOV V.V.

VIRAL STOMATITIS

Department of infectious diseases of SE “Dnepropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine”, Dnepropetrovsk, Ukraine

Stomatitis is the inflammation of the oral mucosa caused by local or systemic factors, which can involve the mucous membrane of the cheeks and lips, palate, tongue, mouth floor and gums. Among causes of vesicles and aphthae appearance on the oral mucosa: trauma, infections, autoimmune processes, tumors. Recurrent aphthous stomatitis is idiopathic stomatitis. The article discusses stomatitis caused by the most common viral infections: herpes viruses type 1 + 2, enteroviruses, varicella zoster virus and measles.

Key words: stomatitis, viruses, vesicles, aphthae, diagnosis, treatment.