

Л.П.Кисельникова, С.Ю.Страхова,
А.А.Гутник, Е.А.Григина

НОВЫЕ ПОДХОДЫ

**К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
И ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ**



МГМСУ

Московский государственный
медико-стоматологический
университет имени
А.И. Евдокимова

Л.П.Кисельникова, С.Ю.Страхова, А.А.Гутник, Е.А.Григина

НОВЫЕ ПОДХОДЫ

**К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
И ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ**

Москва • 2023

УДК 616.311/.314-002-053.2-08
ББК 57.336.6+56.61
К44

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы:

Л.П.Кисельникова – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детской стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова МЗ РФ, заслуженный врач РФ.

С.Ю.Страхова – к.м.н., доцент кафедры детской стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова МЗ РФ.

А.А.Гутник – ассистент кафедры детской стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова МЗ РФ.

Е.А.Григина – ассистент кафедры детской стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова МЗ РФ.

Кисельникова, Л.П.

К44 Новые подходы к лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта у детей / Л.П.Кисельникова, С.Ю.Страхова, А.А.Гутник, Е.А.Григина. – Москва, 2023. – 56 с. : ил.

Методические рекомендации, подготовленные сотрудниками кафедры детской стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, отражают современные представления о лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у детей и предназначены для студентов стоматологических факультетов, ординаторов, врачей-стоматологов детских ФДПО и врачей-педиатров.

УДК 616.311/.314-002-053.2-08
ББК 57.336.6+56.61

© Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, 2023

Введение	4
Травматическое поражение слизистой оболочки полости рта	5
Поражения слизистой оболочки полости рта при вирусных заболеваниях	8
Поражения слизистой оболочки полости рта аллергической этиологии	16
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	17
Медикаментозный стоматит	20
Многоформная экссудативная эритема	24
Хронический катаральный гингивит	29
Топическая цитокинотерапия при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у детей	33
Возможности использования средств линейки Суперлимф при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у детей	39
Клинические примеры лечения травматических поражений СОПР	40
Клинические примеры лечения вирусных заболеваний СОПР	43
Клинические примеры лечения заболеваний СОПР аллергической этиологии	46
Клинические примеры лечения заболеваний тканей пародонта	50
Заключение	51
Список литературы	52

Важным разделом современной стоматологии являются заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ.

Находясь под постоянным воздействием внешних и внутренних факторов, слизистая оболочка полости рта является местом проявления разнообразных заболеваний.

Однако, как часто бывает с заболеваниями, находящимися на стыке нескольких специальностей, патологии слизистой оболочки полости рта уделяется сравнительно мало внимания как врачами-стоматологами, так и врачами других специальностей.

В настоящее время не вызывает сомнений связь большинства патологических процессов на слизистой оболочке полости рта с заболеваниями различных органов и систем, изменением иммунного статуса. Поэтому проблемы патологии слизистой оболочки полости рта у детей могут быть решены лишь совместными усилиями стоматологов, педиатров, дерматологов, морфологов, иммунологов и других специалистов.

Лечение данной патологии должно осуществляться комплексно, с учетом этиологии, патогенеза заболевания и соблюдением важнейшего принципа терапии: лечить не орган, а организм в целом. Оно сводится к строгой индивидуальной последовательности методов и средств, исходя из тяжести заболевания и общего состояния ребенка. Правильная последовательность применения различных лекарственных препаратов и обоснованный выбор их для местного и общего лечения, а также умение оценивать эффективность проведенного лечения обеспечивают максимальный терапевтический успех.

Слизистая оболочка полости рта, в отличие от других слизистых оболочек организма человека, имеет ряд особенностей. Она устойчива к воздействию физических, химических раздражителей, а также к внедрению инфекционных агентов.

Острое или хроническое воспаление слизистой оболочки полости рта, вызванное каким-либо травмирующим фактором.

МКБ-10:

- K12.0 Афты Беднара.
- K13.1 Прикусывание щеки и губ.
- K13.5 Подслизистый фиброз полости рта (подслизистый фиброз языка).
- K14.0 Изъязвление языка (травматическое).
- L89 Декубитальная язва.

Слизистая оболочка полости рта, как начальный участок пищеварительного тракта, с первых часов после рождения ребенка и в течение всей его жизни подвергается разнообразным местным воздействиям, связанным с функцией органов полости рта, а также в большей или меньшей степени отражает все физиологические и патологические процессы, происходящие в организме человека.

Особенностью полости рта является то, что любое травматическое повреждение слизистой оболочки сразу же сопровождается ее инфицированием. Степень повреждения и клинические проявления зависят от природы раздражителя, времени и силы воздействия, индивидуальных особенностей организма ребенка.

В детском возрасте чаще наблюдают механические и химические травмы. В зависимости от длительности травмы, ее интенсивности и реактивности организма возможно возникновение гиперемии поврежденного участка, его отек, десквамация эпителия, эрозирование или изъязвление слизистой оболочки. Среди основных факторов, вызывающих травматические поражения слизистой оболочки, можно выделить преждевременное прорезывание зубов, острую механическую травму (перелом коронки зуба, случайное прикусывание, чистка зубов, зубохирургические вмешательства), хроническое прикусывание слизистой оболочки (при повышенной нервной возбудимости, нависающие края пломб, проволочные шины и лигатуры, использование ортодонтических аппаратов).

Клиническая картина

Травматические эрозии имеют неправильную форму, покрыты тонким фибринозным налетом беловато-желтоватого цвета, окружающая слизистая оболочка слабо или умеренно гиперемирована.

Декубитальная язва обычно бывает одиночной, слизистая оболочка вокруг нее отечна, гиперемирована, умеренно или резко болезненна. Язва имеет неровные края и дно, покрытое фибринозным налетом. При этом регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Локализуются язвы чаще всего на слизистой оболочке языка и щек по линии смыкания зубов. При длительном существовании края и основание язвы уплотняются. Глубина ее может быть различной, вплоть до мышечного слоя.

Своеобразным поражением слизистой оболочки полости рта у детей первых месяцев жизни являются афты Беднара. Возникают они у ослабленных детей, находящихся на искусственном вскармливании. Считается, что появление таких поражений связано с повреждениями слизистой оболочки нёба давлением длинной соски. Афты располагаются симметрично на границе твердого и мягкого нёба. Форма их округлая или овальная, границы четкие, окружающая слизистая оболочка гиперемирована. Поверхность афт покрыта рыхлым налетом фибрина. Афты Беднара встречаются и у детей, находящихся на грудном вскармливании, если сосок груди матери очень грубый, и располагаются по средней линии нёба (рис. 1).



Рис. 1. Травматические поражения СОПР у детей.

Диагностика

Диагностика обычно не представляет затруднений. Причина легко выявляется при сборе анамнеза и осмотре полости рта. Дифференциальную диагностику проводят с туберкулезной язвой, твердым шанкром, с изъязвлениями и некрозом при заболеваниях крови, с пузырчаткой. При цитологическом исследовании травматических повреждений отсутствуют специфические изменения; в соскобах при заболеваниях крови обнаруживают атипичные клетки.

Цитологическое исследование туберкулезной язвы выявляет гигантские клетки Лангханса. В соскобе с сифилитической язвы обнаруживаются бледные трепонеми. При пузырчатке в мазках-отпечатках присутствуют акантолитические клетки Тцанга.

Лечение

У детей первого года жизни мерами первичной профилактики являются:

- предотвращение травмы путем дозированного использования пустышки, сосок (небольшой длины);
- организация присмотра за ребенком, тянущим все в рот, а также общеоздоровительные меры (режим дня, питания, прогулки, водные процедуры, плавание, массаж и т. п.).

Вторичная профилактика должна быть направлена:

- на своевременное лечение травматических повреждений, устранение травмирующих факторов, вредных привычек;
- своевременную санацию и поддержание гигиены полости рта.

Схема лечения травматических поражений СОПР:

- аппликация обезболивающих препаратов;
- использование растворов протеолитических ферментов для удаления некротизированных тканей и очистки слизистой оболочки от налета фибрина;
- антисептическая обработка;
- нанесение кератопластических препаратов;
- иммуномодулирующая терапия (локальная цитокиноterapia).

Поражения слизистой оболочки полости рта при вирусных заболеваниях

В раннем детском возрасте от 1 до 3 лет характерным заболеванием является острый герпетический стоматит, а также у некоторых детей – рецидивирующий герпетический стоматит.

МКБ-10:

- B00 Инфекции, вызванные вирусом герпеса [herpes simplex].
- B0.1 Герпетический везикулярный дерматит.
- B0.2 Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит.
- B08.4 Энтеровирусный везикулярный стоматит с экзантемой.
- K.12 Стоматит и родственные поражения.
- K12.0 Герпетиформный стоматит.

В настоящее время одной из наиболее распространенных инфекций в детском возрасте является герпетическая инфекция, что объясняется не только широкой распространенностью вируса простого герпеса (ВПГ), но и особенностями становления иммунной системы в развивающемся организме ребенка. Инфекционное вирусное заболевание, обусловленное первичным контактом с вирусом простого герпеса, характеризуется воспалением слизистой оболочки полости рта с появлением пузырьковых высыпаний, повышением температуры тела и снижением иммунитета. Заражение вирусом происходит воздушно-капельным, контактно-бытовым путем (игрушки, посуда и другие предметы домашнего обихода).

Резервуаром и источником энтеровируса является больной человек, или вирусоноситель. Здоровые носители играют существенную роль в передаче вируса (до 46%). Наиболее интенсивное выделение возбудителя происходит в первые дни болезни (повышается contagiousность данных вирусов).

Этиологическим фактором выступают вирусы Коксаки, которые являются представителями семейства пикорнавирусов, род энтеровирусы. Вирусы Коксаки бывают двух типов: вирусы группы А и вирусы группы В. Вирусы Коксаки группы А ассоциируются с поражением кожи и слизистых оболочек, острым геморрагическим конъюнктивитом, а также рук, ног и рта. Группа В вызывает инфекции сердца, плевры, поджелудочной железы и печени, плев-

родинию, миокардит, перикардит и гепатит соответственно. Оба типа вирусов проявляются в виде лихорадки, кожных высыпаний и заболеваний верхних дыхательных путей и болезни желудочно-кишечного тракта. Вирусы Коксаки являются одной из ведущих причин асептического менингита. В настоящее время выявлено 23 серотипа вируса Коксаки А, 6 серотипов вируса Коксаки В, 32 серотипа вируса ЕСНО. Впервые вирус Коксаки был выделен и описан в 1950 г. во время вспышки заболевания у детей в американском городке с одноименным названием. В настоящее время насчитывается уже более 30 подобных кишечных вирусов. Наиболее частыми возбудителями являются: вирусы Коксаки А 16, А6, А10 и энтеровирус 71.

Пути передачи данных вирусов: фекально-оральный (основной), воздушно-капельный (проникновение вируса через слизистые оболочки дыхательных путей), водный (сточные воды для поливки), контактно-бытовой (грязные руки, игрушки и др.).

Клиническая картина острого герпетического стоматита

Острый герпетический стоматит (ОГС), как и многие другие детские инфекционные заболевания, протекает в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. Инкубационный период длится от 2 до 6 дней, а у новорожденных он может продолжаться и до 30 дней. Развитие болезни проходит четыре периода: продромальный, период развития болезни, угасания и клинического выздоровления. В периоде развития болезни можно выделить две фазы – катаральную и высыпания элементов поражения (рис. 2).



Рис. 2. Клиническая картина острого герпетического стоматита.

Симптомы поражения слизистой оболочки рта появляются в третьем периоде развития болезни. Отмечается интенсивная гиперемия всей слизистой оболочки полости рта, через сутки, реже – двое, в полости рта, как правило, обнаруживаются элементы поражения.

Тяжесть острого герпетического стоматита оценивается по выраженности и характеру симптома токсикоза и симптомов поражения слизистой оболочки полости рта.

Пузырек быстро лопается и переходит в эрозию-афту. Афга – эрозия округлой или овальной формы с ровными краями и гладким дном с ободком гиперемии вокруг.

По мере нарастания болезни в период развития заболевания (фаза катарального воспаления) температура достигает 38–39°C, появляются головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. На пике подъема температуры, усиленной гиперемии и выраженной отечности слизистой высыпают элементы поражения как в полости рта, так и нередко на коже лица приротовой области поражения. Отмечаются ярко выраженное воспаление и кровоточивость десен. При тяжелой форме острый катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. Родители отмечают резкий гнилостный запах изо рта ребенка, обильное слюнотечение с примесью крови.

Период угасания болезни зависит от своевременного и правильного назначения лечения и от наличия в анамнезе ребенка сопутствующих заболеваний.

Клиническая картина энтеровирусного везикулярного стоматита

Репликация энтеровирусов происходит в эпителиальных клетках и лимфоидных образованиях верхних дыхательных путей и кишечника. В дальнейшем вирусы гематогенным путем по законам тропности достигают различных органов-мишеней.

Инкубационный период с момента заражения вирусом Коксаки может длиться от 2–4 дней, а иногда и до 10 дней, в зависимости от типа вируса – заразным человек становится с момента проявления первых признаков заболевания и остается таковым порой и на протяжении некоторого времени после их исчезновения. Во внешней среде



Рис. 3. Экзантема на верхних и нижних конечностях при энтеровирусной инфекции.

данные вирусы достаточно устойчивы, однако они чувствительны к воздействию ультрафиолета, при кипячении погибают в течение 20 минут, а при использовании хлорсодержащих дезинфицирующих средств – практически мгновенно.

Название синдрома «рука-нога-рот» произошло от английского Hand-Foot-and-Mouth Disease (HFMD) и представляет собой симптомокомплекс, состоящий из поражения слизистой ротовой полости – энантемы и появления сыпи на верхних и нижних конечностях – экзантемы. Является одним из вариантов «энтеровирусной инфекции», а именно бостонской экзантемы (рис. 3).

Первые признаки заражения вирусом Коксаки очень сходны с проявлениями кишечного гриппа: у больных резко повышается температура, которая плохо сбивается и может держаться на уровне 39–40°C в течение нескольких дней. Наряду с катаральными явлениями, головной и мышечной болью, общей слабостью, больные жалуются на тошноту, вздутие и боли в области желудка и кишечника, возможны рвота и сильная диарея. В зеве наблюдается гиперемия нёбных дужек, мягкого нёба, зернистость задней стенки глотки. Язык может быть обложен белым налетом (рис. 4).

При самой легкой форме заболевания сыпь на слизистых и коже может вообще не проявиться, однако в большинстве случаев наблюдаются высыпания на языке, слизистых оболочках полости рта, миндалин и глотки, с последующим развитием стоматита или ангины. Характерны также высыпания на коже лица вокруг рта и носа, на ладонях и стопах, иногда встречаются на ягодицах и гениталиях.

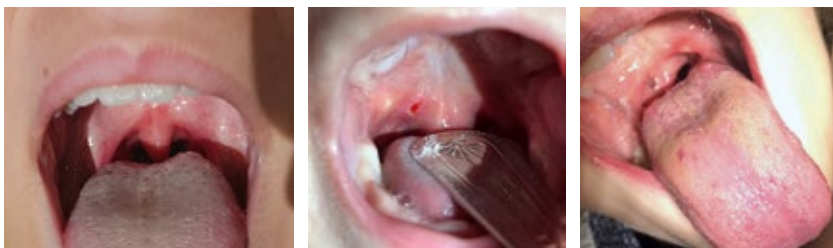


Рис. 4. Проявления энтеровирусной инфекции в полости рта.

Диагностика вирусных заболеваний

Диагноз ОГС устанавливается на основании анамнестических, эпидемиологических данных, характерных клинических симптомов, а также данных цитоморфологического и иммунологического исследования (выявление антигена ВПГ в реакции иммунофлуоресценции, иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция, выявление специфических IgM и IgG методом ИФА).

Цитологически клинический диагноз подтверждается наличием в мазках отпечатков, характерных для герпетической инфекции эпителиальных клеток с эозинофильными внутриядерными включениями, а также гигантских многоядерных клеток. Материалом для исследования служат мазки-отпечатки, соскоб со слизистой полости рта.

Дифференциальная диагностика ОГС проводится с медикаментозным стоматитом, многоформной экссудативной эритемой, стоматитами, сопровождающимися другими инфекционными заболеваниями, хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.

Опорные диагностические признаки энтеровирусной инфекции:

- начало с небольшой лихорадки и интоксикации;
- через 1–2 дня появление экзантемы (пузырьковая сыпь) на стопах, кистях (ладонях);
- одновременное появление энантемы (явлений стоматита) в ротовой полости;
- отсутствие характерных синдромов других инфекционных заболеваний (ангины, легочного синдрома, выраженного поражения лимфатической системы и других).

Общий анализ крови с характерными критериями вирусной инфекции (возможен лейкоцитоз, увеличение лимфоцитов, снижение нейтрофилов, СОЭ чаще в пределах нормы).

Специфические лабораторные методы, позволяющие подтвердить энтеровирусную вирусную природу синдрома «рука-нога-рот»:

- вирусологический метод (выделение энтеровирусов в смывах и мазках из зева);
- серологические исследования крови (выявление специфических антител в сыворотке крови пациентов);
- молекулярное типирование энтеровирусов и метод полимеразной цепной реакции (для выявления общей нуклеотидной последовательности всех энтеровирусов).

Лечение вирусных заболеваний

Целью лечения является устранение причины заболевания и предупреждение осложнений (стрепто-стафилококковая пиодермия, аллергические заболевания).

Тактика врача при лечении пациентов с вирусной инфекцией должна определяться формой тяжести заболевания и периодом его развития.

В связи с особенностями клинического течения вирусных заболеваний рациональное питание и правильная организация кормления больного занимают немаловажное место в комплексе лечебных мероприятий. Пища должна быть полноценной, т.е. содержать все необходимые питательные вещества, а также витамины. Ребенка кормят преимущественно жидкой или полужидкой пищей, не раздражающей воспаленную слизистую оболочку. Большое внимание необходимо уделять введению достаточного количества жидкости. Это особенно важно при интоксикации организма ребенка.

Комплексная терапия вирусных заболеваний включает в себя общее и местное лечение.

Общее лечение вирусных заболеваний должно проводиться под контролем врача-педиатра и включать в себя следующие группы препаратов:

- противовирусные;
- антигистаминные;
- жаропонижающие и болеутоляющие;
- иммуномодулирующие;
- витамины.

Местная терапия при остром герпетическом стоматите ставит перед собой следующие задачи:

- снять или ослабить болезненные симптомы в полости рта;
- предупредить повторные высыпания элементов поражения (реинфекция);
- способствовать ускорению эпителизации элементов поражения.

Схема оказания лечебной помощи детям с заболеваниями вирусной этиологии:

- в продромальном периоде (1–4-й день заболевания) применяют противовирусные гели, мази, растворы 3–4 раза в день методом аппликации;
- обезболивающие средства перед приемом пищи и перед обработкой слизистой оболочки полости рта (аппликационные анестетики);
- растворы протеолитических ферментов для удаления некротизированных тканей и очистки слизистой оболочки от налета фибрина;
- антисептические и противовоспалительные препараты (аппликации и полоскания);
- в период угасания болезни противовоспалительные и кератопластические средства;
- антибактериальные препараты (наружно на кожу лица и губ) при присоединении вторичного инфицирования;
- иммуномодулирующая терапия (локальная цитокиноterapia).

Прогноз благоприятный, однако при несвоевременном назначении противовирусных препаратов переходит в хроническую форму или часто рецидивирует.

С целью прекращения распространения инфекции в детских учреждениях необходимо проведение дезинфекции помещений,

предметов обихода, игрушек 3% раствором хлорамина, кварцевание помещений.

Всем детям, находившимся в контакте с заболевшими, назначают противовирусные препараты, витаминотерапию в течение 5 дней 3–4 раза в день, а также средства, повышающие местный иммунитет. В домашних условиях рекомендуется изоляция ребенка и использование индивидуальной посуды и средств гигиены.

В заключение следует отметить, что инфекционные вирусные заболевания у детей во всех случаях требуют внимания со стороны педиатра и стоматолога для того, чтобы обеспечить комплексное лечение, исключить контакт больного ребенка со здоровыми детьми, провести меры профилактики этого заболевания в детских коллективах.

Поражения слизистой оболочки полости рта аллергической этиологии

В последние годы наблюдается рост аллергических заболеваний у детей. Это обусловлено неблагоприятной экологической обстановкой, возрастающим проведением различных прививок, приемом лекарственных средств и продуктов питания, содержащих различные консерванты, канцерогенные вещества и красители, а также применением продуктов химической промышленности, содержащихся в средствах для гигиены полости рта и др.

Аллергия – приобретенная повышенная чувствительность организма к экзо- и эндогенным веществам, обладающим антигенными свойствами.

В основе аллергических реакций лежит соединение при повторном контакте антигена (аллергена) с антителами.

Различают два типа аллергических реакций:

- реакции немедленного типа (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и др.), развиваются через минуты, часы после контакта с антигеном;
- реакции замедленного типа (контактный дерматит, реакция отторжения трансплантата, аутоиммунные поражения и др.), развиваются через несколько суток.

МКБ-10:

- K12 Стоматит и родственные поражения.
- K12.0 Рецидивирующие афты полости рта.
 - Афтозный стоматит (большой, маленький).
 - Рецидивирующая афтозная язва.
- K12.1 Другие формы стоматита.
- L51 Эритема многоформная.
- L51.1 Буллезная эритема многоформная.
 - Синдром Стивенса–Джонсона.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – это хроническое заболевание слизистой полости рта, характеризующееся периодическими ремиссиями и обострениями с высыпанием афт, по данным ВОЗ поражает до 20% населения.

Этиология ХРАС остается до конца не выясненной, известно несколько важных предрасполагающих и приводящих к заболеванию факторов.

Уже в 1956 г. И.Г.Лукомский и И.О.Новик смогли предположить аллергическую природу возникновения ХРАС. В качестве аллергена могут быть пищевые продукты, зубные пасты, пыль, гельминты и продукты их жизнедеятельности, лекарственные вещества.

К причинам возникновения заболевания относят также нарушения функции желудочно-кишечного тракта, респираторные инфекции, функциональные расстройства центральной и вегетативной нервной системы, гиповитаминоз В₁, В₁₂, С, Рс, хронические воспалительные заболевания носоглотки (отиты, риниты, тонзиллиты).

ХРАС наблюдается чаще у школьников и подростков, с возрастом частота заболевания нарастает.

Отмечена генетическая предрасположенность к заболеванию. Дети, у которых оба родителя страдают этой патологией, имеют на 20% больше шансов заболеть в сравнении с другими.

В патогенезе заболевания различают три периода: продромальный, период высыпаний, угасания болезни.

Наличие бактериальной сенсibilизации подтверждается методом кожных проб, реакцией лейкоцитоза с бактериальными аллергенами, повышенной кожной гистаминовой пробой.

Клиническая картина

В продромальном периоде у детей появляется чувство жжения, кратковременная болезненность. При осмотре слизистой оболочки полости рта видны участки гиперемии, незначительная отечность. Через несколько часов появляется морфологический элемент – афта. Она располагается на фоне гиперемизированного пятна, округлой или

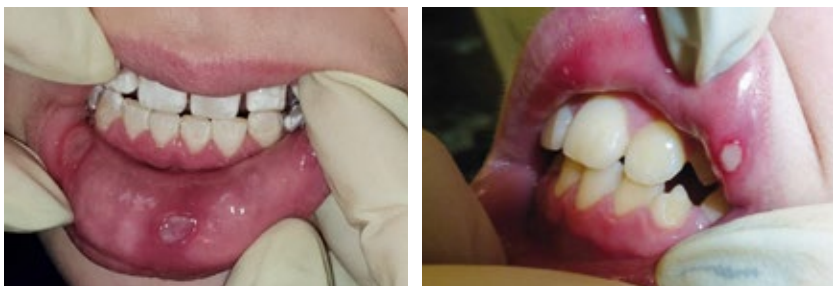


Рис. 5. Клиническая картина ХРАС.

овальной формы, покрыта фибринозным налетом. Афты заживают без рубца через 5–7 дней. У некоторых больных некротизируется верхний слой собственно слизистой оболочки, и афты углубляются. Заживление происходит только через 2–3 нед., после чего остаются поверхностные рубцы (форма Сеттона) (рис. 5).

Афты локализуются на различных участках слизистой оболочки, но чаще на слизистой губ, щек, переходных складок верхней и нижней челюстей, боковой поверхности и спинке языка.

Рецидивы высыпаний возникают через разные промежутки времени. При легком течении стоматита одиночные афты рецидивируют 1–2 раза в год, при более тяжелом течении – через 2–3 мес. и чаще, в тяжелых случаях – почти непрерывно. При этом увеличивается и количество элементов поражения, и их глубина.

Диагностика

Диагностика включает в себя сбор жалоб, анамнеза (аллергологический статус, характер питания, определение факторов, способствующих развитию аллергических реакций), данные объективного обследования. Из дополнительных методов диагностики возможно проведение аллергологических проб, консультация врача аллерголога-иммунолога, а также метод иммунофлуоресценции и вирусологическое исследование.

Дифференциальную диагностику проводят с хронической травмой слизистой оболочки полости рта, острым и рецидивирующим герпетическим стоматитом.

Лечение

Комплекс лечебных мероприятий при ХРАС должен строиться с учетом многообразия клинических симптомов, характера сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и лабораторных исследований.

Успех лечения зависит от тщательного обследования ребенка с целью выявления и лечения сопутствующей патологии, устранения очагов одонтогенной инфекции ЛОР-органов и санации полости рта, соблюдения диеты, богатой витаминами.

Алгоритм оказания лечебной помощи при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:

Общее лечение:

- десенсибилизирующая терапия;
- витаминотерапия;
- пробиотические препараты;
- иммуномодулирующая терапия.

Данные препараты показаны после консультации у педиатра, аллерголога и гастроэнтеролога.

Местное лечение:

- обезболивание слизистой оболочки полости рта;
- аппликации протеолитических ферментов в целях удаления некротического налета;
- обработка антисептическими и противовоспалительными препаратами;
- нанесение кератопластических средств;
- иммуномодулирующая терапия (локальная цитокинотерапия);
- физиотерапевтическое лечение (излучение гелий-неонового лазера).

Прогноз заболевания благоприятный. Однако неадекватная терапия, отсутствие дифференциального подхода к лечению больных с различной клинической картиной приводят к увеличению рецидивов заболевания, сокращению периода ремиссии, удлинению сроков эпителизации элементов при обострении.

Профилактика направлена на систематические, периодические плановые диспансерные осмотры; плановую санацию полости рта не реже 2 раз в год; санаторно-курортное лечение; диетотерапию.

Медикаментозный стоматит представляет собой воспаление слизистой оболочки полости рта, вызванное приемом лекарственного средства.

Многие лекарственные препараты, такие как антибактериальные, сыворотки, вакцины, сульфаниламидные, салицилаты, новокаин, фенол, соли тяжелых металлов и другие могут вызвать аллергическую реакцию.

Симптоматика лекарственной аллергии весьма многообразна – от незначительных поражений кожи и слизистых оболочек до тяжелых шоковых реакций, заканчивающихся в ряде случаев летально. Токсическое действие лекарств бывает обусловлено их химической структурой. У детей, страдающих аллергическими заболеваниями, сенсibilизированных ранее теми же лекарствами или аллергенами другой природы (пищевыми, микробными, вирусными), отмечается другой механизм побочного действия лекарств.

Клиническая картина

При данном заболевании могут отмечаться проявления катарального, геморрагического, пузырно-эрозивного, некротического и комбинированного поражения.

Помимо разлитой гиперемии и отека верхней губы и слизистой оболочки, появляются пузыри и пузырьки, после вскрытия которых образуются эрозии, покрытые фибринозными пленками. Десневые сосочки могут быть увеличены за счет отека и кровоточат при дотрагивании. Подчелюстные лимфоузлы могут быть увеличены, болезненны, нередко поражается слизистая оболочка твердого и мягкого нёба (рис. 6).

Язык, как правило, бывает отечным, обложенным или вследствие десквамации эпителия может становиться гладким. Кроме изменений в полости рта, возможны явления крапивницы, диспепсические явления, в тяжелых случаях – общая реакция по типу отека Квинке и анафилактического шока.

Отек Квинке характеризуется быстро возникающим ограниченным глубоким отеком тканей, образованием припухлости эла-



Рис. 6. Клиническая картина медикаментозного стоматита.

стичной консистенции. Локализуется чаще всего на лице, в области век, губ, а также гортани. При локализации отека в области гортани возможно развитие асфиксии.

Побочное действие лекарственных веществ также может быть обусловлено и дисбактериозом, который развивается при длительном приеме антибиотиков, цитостатиков, сульфаниламидов и гормонов.

Помимо типичной клинической картины, можно наблюдать проявления в виде черного волосатого языка.

Диагностика

В диагностике важная роль принадлежит выяснению аллергологического анамнеза, клиническому обследованию, данным кожных проб с предполагаемым аллергеном, биохимическим и иммунологическим методам исследования.

Исчезновение клинических симптомов после отмены лекарственного препарата и появление симптомов при последующем введении аллергена будет свидетельствовать о его этиологической роли.

Дифференциальная диагностика медикаментозного стоматита проводится с многоформной экссудативной эритемой, острым герпетическим стоматитом и буллезным эпидермолизом.

При медикаментозном стоматите не наблюдаются типичных для многоформной экссудативной эритемы папул на коже (кокард). При остром герпетическом стоматите имеются типичные мелкие

пузырьковые высыпания на красной кайме и коже лица, выражен острый катаральный гингивит, длительность высыпаний обусловлена тяжестью заболевания и не зависит от отмены препарата.

Лечение

Целью лечения является устранение контакта с аллергеном. Элиминация причинно-значимого аллергена является наиболее эффективным способом лечения и профилактики аллергических заболеваний. Выбор терапии определяется формой и тяжестью аллергического заболевания, возрастом больного, сопутствующей патологией, возможными побочными явлениями, стоимостью лечения. Главным образом показано проведение десенсибилизирующей антигистаминной терапии (в тяжелом состоянии – кортикостероидная терапия), а также аллерген-специфической иммунотерапии.

Алгоритм лечебной помощи при медикаментозном стоматите:

Общее лечение:

- отмена препарата, вызвавшего данное состояние;
- десенсибилизирующая терапия, в тяжелом состоянии – лечение глюкокортикоидами;
- обильное питье;
- прием поливитаминных препаратов;
- внутривенные капельные вливания гемодеза, полиглюкина с преднизолоном (детский стационар под контролем педиатра); аллерген-специфическая иммунотерапия.

Местное лечение:

- обезболивание слизистой оболочки полости рта для устранения болевых ощущений;
- антисептическая обработка полости рта;
- удаление фибринозного и некротического налета;
- кератопластические средства, способствующие эпителизации и регенерации;
- нанесение противовоспалительных (кортикостероидных) мазей наружно на кожу губ с целью устранения воспаления, аллергических реакций и десенсибилизирующего действия;

- иммуномодулирующая терапия (локальная цитокинотерапия);
- физиотерапевтическое лечение с целью стимуляции обменных процессов (лучи гелий-неонового лазера).

Прогноз заболевания при своевременном устранении аллергена и проведении адекватных мероприятий благоприятный. При развитии анафилактического шока и отека Квинке может возникнуть остановка дыхания и острая сердечная недостаточность.

Профилактика медикаментозного стоматита основывается на исключении контакта с раздражающими факторами.

В 1860 г. Herbra впервые описал заболевание под названием «многоформная экссудативная эритема» (МЭЭ), к которой со временем стали относить клинически сходные высыпания, развивающиеся как идиопатически, так и симптоматически.

В настоящее время МЭЭ рассматривается как остропротекающее, часто рецидивирующее заболевание, характеризующееся полиморфными высыпаниями на коже и слизистых оболочках, склонное к рецидивам, преимущественно в осенне-весеннее время.

Не подвергая сомнению роль лекарственных препаратов, как одной из возможных причин развития МЭЭ, большинство исследователей считают, что достаточно часто в основе заболевания лежат аллергические реакции, развивающиеся на фоне длительно существующих очагов хронического воспаления и/или перенесенных острых (чаще инфекционных) заболеваний.

В связи с этим некоторые отечественные авторы предлагают называть идиопатическую форму инфекционно-аллергической, а симптоматическую – токсико-аллергической. При этом большое значение придается бактериальной аллергии, так как у многих больных наблюдается сенсibilизация к стрептококкам и стафилококкам.

Впервые на связь МЭЭ с ВПГ указал в 1933 г. E.Urbach. В дальнейшем это подтвердилось результатами многочисленных клинических наблюдений. Имеющиеся данные указывают, что в 30% ВПГ-ассоциированных случаев причиной развития МЭЭ является ВПГ 1-го типа, в остальных – ВПГ 2-го типа. Со временем для обозначения данной формы МЭЭ стали применять название «герпес-ассоциированная мультиформная эритема». Этиологическими факторами токсико-аллергической формы МЭЭ чаще всего являются медикаменты, в первую очередь сульфаниламиды, барбитураты, тетрациклин, анестетики.

Болеют чаще школьники и подростки. У детей младше 5 лет заболевание, как правило, не встречается.

Клиническая картина

1. Инфекционно-аллергическая форма

При данной форме заболевание начинается остро, температура тела повышается до 38–39°C, появляются недомогание, головная боль, боли в горле, мышцах и суставах.

Через 1–2 дня на этом фоне появляются высыпания на коже, слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ (рис. 7).

Следует отметить, что слизистая оболочка полости рта поражается приблизительно у 1/3 больных, изолированное поражение слизистой оболочки полости рта наблюдается примерно у 7% больных. На кожных покровах заболевание проявляется возникновением полиморфных высыпаний, которые локализуются на тыльной поверхности кистей и стоп, на коже предплечья, голени, на лице. Появляются синюшно-красные пятна округлых очертаний (кокарды). На поверхности папул могут возникать пузыри с серозным или геморрагическим содержимым. При засыхании содержимого и покрывок пузырей, появившихся в центре элементов, образуются темные корочки.

Тяжесть заболевания в основном обусловлена поражением слизистой оболочки полости рта. Процесс чаще локализуется на губах, дне полости рта, преддверии полости рта, на щеках и небе.

Проявления МЭЭ в полости рта начинаются с внезапного появления разлитой эритемы. Спустя 1–2 дня на этом фоне образуются пузырьки, пузыри разных размеров, которые быстро лопаются. Возникают очень болезненные эрозии, сливающиеся между собой в обширные эрозивные поверхности. Эрозии покрываются налетом фибрина, при снятии которого обнажается кровоточащая поверх-



Рис. 7. Клиническая картина инфекционно-аллергической формы МЭЭ.

ность. По краю эрозий после вскрытия можно видеть обрывки эпителия серо-белого цвета. Симптом Никольского отрицательный.

На поверхности эрозий, расположенных на красной кайме губ, образуются кровянистые массивные корки, которые затрудняют открывание рта и приводят детей к отказу от еды. Это ослабляет и истощает организм ребенка. При присоединении вторичной инфекции корки на губах приобретают желто-коричневый цвет.

2. Токсико-аллергическая форма

Обычно развитию этой формы МЭЭ предшествуют общие симптомы. Для этой формы заболевания не свойственна сезонность рецидивов. Высыпания могут иметь распространенный характер.

Слизистая оболочка полости рта является наиболее частой локализацией высыпаний при фиксированной разновидности токсико-аллергической формы, причиной которой обычно является повышенная чувствительность к медикаментам (рис. 8).

При распространенном поражении полости рта вследствие резкой болезненности, обильного отделяемого с поверхности эрозий,



Рис. 8. Клиническая картина токсико-аллергической формы МЭЭ.

слюнотечения затрудненная речь, невозможен прием даже жидкой пищи, что приводит к резкому истощению организма ребенка. Плохое гигиеническое состояние полости рта, наличие кариозных зубов, воспаление десневого края отягощает процесс.

Заболевание продолжается в среднем 2–4 нед. и очень тяжело переносится детьми. Рубцы после заживления эрозий не образуются.

Диагностика

Диагностика основана на данных клинической картины (сочетанное поражение слизистой оболочки полости рта и кожи тела), иммунологических методах исследования (бласттрансформация лимфоцитов), кожно-аллергических проб, цитологического исследования (соскоб с поверхности эрозий – неспецифический воспалительный процесс).

Дифференцировать в первую очередь необходимо между собой инфекционно-аллергическую и токсико-аллергическую формы МЭЭ и синдром Стивенса–Джонсона, который является тяжелой формой МЭЭ. Также следует дифференцировать МЭЭ от острого герпетического стоматита, медикаментозного стоматита, у подростков – от пузырчатки.

Лечение

Лечение МЭЭ должно быть направлено на ликвидацию обострения, заживление очагов поражения, а также на выявление у больного ребенка основного заболевания (очагов хронической инфекции). Лечение следует проводить в детской многопрофильной клинике.

Алгоритм оказания лечебной помощи при синдроме Стивенса–Джонсона и многоформной экссудативной эритеме:

Общее лечение:

- санация полости рта и ликвидация очагов хронической инфекции;
- противовоспалительная терапия;
- десенсибилизирующая терапия;

- дезинтоксикационная терапия;
- витаминотерапия;
- антибактериальная терапия при присоединении вторичной инфекции;
- в тяжелых случаях кортикостероидные препараты;
- диета с исключением аллергенов, не раздражающая, способствующая повышению резистентности организма.

Местное лечение:

- обезболивание слизистой оболочки полости рта с целью устранения болевых ощущений при обработке полости рта и приеме пищи;
- противовоспалительные (кортикостероидные) мази наружно на кожу губ с целью устранения воспаления, аллергических реакций и десенсибилизирующего действия;
- кератопластические средства, способствующие эпителизации и регенерации;
- антибактериальные мази местно на слизистую оболочку губ при присоединении вторичной инфекции;
- иммуномодулирующая терапия (локальная цитокинотерапия);
- физиотерапевтическое лечение с целью стимуляции обменных процессов (излучение гелий-неонового лазера).

Прогноз заболевания благоприятный, но возможны рецидивы. При синдроме Стивенса–Джонсона прогноз очень серьезный.

Профилактика МЭЭ включает в себя санацию организма, закаливание, исключение аллергенов.

Заболевания тканей пародонта являются одной из актуальных тем в современной стоматологии. Распространенность заболеваний тканей пародонта среди детей колеблется в зависимости от возраста и увеличивается к началу подросткового периода. В структуре заболеваний пародонта у детей главным образом преобладают воспалительные процессы, среди которых наиболее часто встречается хронический катаральный гингивит.

Гингивит – воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

Формы гингивита: катаральный, гипертрофический, язвенно-некротический.

Характер течения: острый, хронический, обострение хронического.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

В качестве этиологического фактора в развитии воспалительных заболеваний пародонта выступают парадонтопатогенные микроорганизмы, входящие в состав биопленки полости рта. Наиболее распространенными микроорганизмами, ассоциированными с заболеваниями пародонта, являются *Aggregatibacter (Actinobacillus)*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis* и спирохета *Treponema denticola*.

Также существует ряд общих и местных патогенетических факторов, обуславливающих развитие и течение заболеваний пародонта у детей.

Общие патогенетические факторы:

- незрелость основных адаптивных систем организма (иммунной, эндокринной);
- сердечно-сосудистые заболевания;
- желудочно-кишечные заболевания;
- инфекционные болезни;
- лучевые поражения;
- нарушения функции гипофиза, щитовидной, половых желез;

- онкогематологические заболевания;
- некоторые наследственные заболевания (синдром Папийона–Лефевра, гипофосфатазия).

Местные патогенетические факторы:

- неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта;
- диспропорция роста и наличие незрелых структур;
- дефекты пломбирования и протезирования зубов (нависающие края пломб и коронок);
- зубочелюстные аномалии и деформации (скученность зубов, повороты зубов по оси и т.д.);
- острые края кариозных полостей и корней зубов;
- ортодонтические аппараты, несъемная техника;
- ротовое дыхание;
- аномалии прикрепления уздечек губ и языка;
- изменение консистенции и состава защитных факторов слюны.

Клиническая картина

Хронический катаральный гингивит характеризуется отечностью и гиперемией десневого края в области всех зубов. Помимо этого, отмечается болезненность и кровоточивость десны при зондировании десневой бороздки, а также обильные отложения мягкого зубного налета или зубного камня и неприятный запах изо рта (рис. 9).

Диагностика

Пациенты с хроническим катаральным гингивитом могут жаловаться на болезненность и кровоточивость десен при чистке зубов, при употреблении жесткой пищи, а также на неприятный запах изо рта.

Из анамнеза следует выяснить:

- особенности питания ребенка;
- особенности ухода за полостью рта (регулярность, средства, используемые для ухода, правильность выполнения гигиенических манипуляций);



Рис. 9. Клиническая картина хронического катарального гингивита.

- наличие перенесенных или сопутствующих заболеваний (патология эндокринной системы, заболевания крови, аутоиммунные состояния, иммунодефицит, патология ЖКТ);
- аллергологический анамнез.

При осмотре полости рта необходимо:

- определить характер изменений в тканях пародонта (наличие гиперемии, отечности и кровоточивости десны). Наличие кровоточивости десен определяют путем зондирования десневой бороздки с помощью специального пародонтального зонда, который имеет градуированную рабочую часть и шарик на кончике, что исключает травматизацию тканей десны;
- произвести индексную оценку состояния пародонта (СРІ, РМА, GI);
- оценить гигиеническое состояние полости рта с помощью индексов гигиены (до 6 лет – индекс Федорова–Володкиной, после 6 лет – индекс Грина–Вермиллиона);
- определить наличие скученности зубных рядов или наличие реставраций зубов с нависающими краями в пришеечной части зубов.

Среди дополнительных методов диагностики заболеваний пародонта ведущая роль отводится рентгенологическому обследованию.

Данный метод позволяет оценить состояние пародонта в области всех зубов и, тем самым, провести дифференциальную диагностику с заболеваниями тканей пародонта деструктивного характера.

Помимо рентгенологического обследования, можно провести исследование состава микрофлоры зубного налета или десневой бороздки с целью выявления пародонтопатогенной микрофлоры.

При несоответствии тяжести поражения тканей пародонта внешним клиническим признакам – когда есть подозрение на наличие сопутствующей соматической патологии или идиопатический характер заболевания тканей пародонта – показано проведение дополнительных лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови, анализ крови на гормоны) и консультации у педиатра или специалиста соответствующего профиля (эндокринолог, генетик, гематолог и т.д.).

Лечение

Общая схема оказания стоматологической помощи при заболеваниях пародонта в детском возрасте:

- обучение гигиене полости рта и контроль за гигиеной;
- профессиональная гигиена полости рта;
- санация полости рта;
- устранение аномалий прикрепления мягких тканей;
- по показаниям – ортодонтическое лечение;
- лечение имеющихся заболеваний органов и систем организма ребенка соответствующими специалистами;
- использование медикаментозных и других средств и методов, воздействующих на патогенетические звенья воспаления в пародонте;
- применение средств, усиливающих защитно-приспособительные механизмы и стимулирующих регенерацию (общеукрепляющее лечение, иммуномодулирующая терапия – локальная цитокинотерапия).

Топическая цитокинотерапия при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у детей

В настоящее время отмечается неуклонный рост инфекционно-воспалительных, травматических, вирусных и аллергических поражений слизистой рта у детей, плохо поддающихся лекарственной терапии. Эти заболевания характеризуются:

- угнетением иммунобиологической реактивности;
- развитием вторичных форм иммунной недостаточности;
- затяжным течением процесса.

Важным резервом в профилактике и лечении инфекционных заболеваний у детей, в том числе у новорожденных и детей раннего возраста, является сочетание этиотропной терапии и рациональной иммунокоррекции, которая позволяет добиться:

- максимального клинического эффекта в короткие сроки;
- существенно снизить риск развития осложнений;
- минимизировать количество побочных эффектов.

Выявленные закономерности динамики показателей местного иммунитета полости рта позволяют считать патогенетически обоснованным включение в комплексную схему терапии препаратов, направленных на их корректировку. Данные препараты восстанавливают иммунитет слизистой оболочки (мукозальный), способствуют заживлению, нормализации микрофлоры и профилактике рецидивов.

В развитии любых воспалительных реакций особая роль отводится таким медиаторам, как цитокины. Цитокины – большая группа белков, синтезируемых клетками моноцитарно-макрофагального ряда и лимфоцитами. Они представляют собой сигнальные полипептидные молекулы иммунной системы и выступают в роли посредников при передаче сигналов между клетками.

По направленности своего действия их можно разделить на 3 группы:

1) провоспалительные цитокины (IL-1, IL-6, IL-12, TNF α , IFN- α , IFN- β , IFN- γ , хемокины – IL-8, MCP-1, RANTES и др.) продуцируются и действуют на иммунокомпетентные клетки, инициируя воспалительный ответ;

2) противовоспалительные цитокины (IL-4, IL-10, TGF β и др.), регулирующие специфические иммунные реакции и ограничивающие развитие воспаления;

3) регуляторы клеточного и гуморального иммунитета (естественного или специфического), обладающие собственными эффекторными функциями (противовирусными, цитотоксическими).

Источниками цитокинов в полости рта являются встроенные в эпителий слизистой оболочки полости рта лимфоциты и макрофаги, сывороточный трансудат, слюнные железы и клетки эпителия слизистой оболочки полости рта. Цитокины формируют и регулируют комплекс защитных реакций организма, активируя различные типы клеток – лейкоциты, фибробласты, лимфоциты, макрофаги, дендритные, эндотелиальные и эпителиальные клетки.

Клинически доказано, что в состоянии относительного покоя иммунной системы синтез цитокинов практически не осуществляется. Запуск цитокинового каскада, включающего провоспалительные цитокины с одной стороны и противовоспалительные медиаторы – с другой, лежит в основе развития воспаления любой этиологии, причем характер течения и исход патологического процесса определяются сбалансированностью между указанными группами.

В настоящее время наибольшую актуальность приобретают методы и препараты для патогенетической терапии, действие которых направлено на регуляцию патологических процессов посредством физиологических механизмов. И одним из перспективных направлений данной области медицинской науки является топическая цитокиноterapia.

Несостоятельность слизистых оболочек при ненарушенном системном иммунитете требует необходимость разработки и внедрения в практику как методов диагностики нарушений местного

иммунитета, так и средств для их коррекции, включая препараты, действующие через механизмы мукозального иммунитета.

Иммуностропный препарат Суперлимф

Иммуностропный препарат Суперлимф был разработан на кафедре иммунологии в Российском государственном медицинском университете им. Н.И.Пирогова и представляет собой белково-минеральный комплекс естественных цитокинов и антимикробных пептидов. Данный препарат положительно зарекомендовал себя в стоматологической практике, а также в гинекологии, отоларингологии, урологии, хирургии, дерматовенерологии и других областях медицинской науки (Завадский Р.В., Кузнецов К.В., Царева Т.В., Ипполитов Е.В., Ахмедов Г.Д., 2016; Хараева З.Ф., Гендугова О.М., Барокова Е. Б., Камышова Е.А., 2018; Ковальчук Л.В., Юдина С.М., Снимщикова И.А., Коновалова М.И., Галкина Т.А., 2020; Грудянов А.И., Фоменко Е.В., Беркутова И.С., 2022).

В настоящее время данный препарат представлен в формах, которые можно применять непосредственно в полости рта:

- альгинатные пластины;
- порошок (лиофилизат) для приготовления раствора;
- пастилки с какао-маслом;
- паста-бальзам;
- крем-бальзам.

Состав и механизм действия

Препарат Суперлимф представляет собой белково-минеральный комплекс естественных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-6, ФНО α , фактор, ингибирующий миграцию фагоцитов, трансформирующий фактора роста) и антимикробных пептидов.

Механизм действия данного препарата основан на коррекции физиологического иммунного ответа за счет сбалансирования активности про- и противовоспалительных цитокинов комплексом вышеуказанных цитокинов:

- активация клеток фагоцитарного ряда, фибробластов и усиление взаимодействий между этими клеточными элементами;

- стимуляция фагоцитоза макрофагов и нейтрофилов, выработка ими активных форм кислорода и азота;
- повышение продукции клетками собственных цитокинов, регуляция их миграции;
- активация противоопухолевой цитотоксичности;
- регулирование функциональной активности фибробластов, синтез ими коллагена и гликозаминогликанов.

Кроме того, комплекс антимикробных пептидов, входящих в состав данного препарата, оказывает прямое и опосредованное бактерицидное действие, а также блокирует сборку РНК и ДНК вирусов.

Область применения

Средства линейки Суперлимф в своем составе содержат активный компонент Суперлимфлайф, производная субстанции Суперлимф, разработанный специально для применения при острых и хронических воспалительных процессах, связанных со слизистой оболочкой полости рта, глотки и тканями пародонта.

Фармакологические свойства

Фармакологическое действие активных компонентов

- Декстран (полисахарид) обладает противоотечным действием, улучшает микроциркуляцию в поверхностных сосудах, уменьшает раздражение.
- Витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф способствует ликвидации воспалительных явлений, поддержанию репаративных процессов слизистой оболочки полости рта.



Порошок для приготовления раствора

Состав:

- декстран;
- витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф.



Альгинатные пластины

Состав:

- альгинат натрия;
- витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф.

Фармакологическое действие активных компонентов

- Альгинат натрия ограничивает секрецию раны и сводит к минимуму бактериальное заражение, способствует остановке кровотечений, снижает воспалительные проявления, ускоряет процессы заживления.
- Витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф способствует ликвидации воспалительных явлений, поддержанию репаративных процессов слизистой оболочки полости рта.

Способ применения средства Суперлимф L (лиофилизат)

Для применения необходимо вскрыть флакон с крышкой, добавить 3–5 мл воды и размешать до получения однородного раствора. Полученный раствор нанести на проблемные участки слизистых. Рекомендуемое время экспозиции 3–7 мин. Полученный раствор использовать в течение одного дня, хранить в холодильнике. Не рекомендуется после обработки принимать пищу и напитки в течение 1 ч. Применяется для обработки проблемных участков слизистых оболочек полости рта. Не использовать для приема внутрь. Применять данный препарат необходимо 1–3 раза в день. Рекомендуемый курс: 5–10 дней, может быть увеличен по рекомендации специалиста. Через 1 мес. курс можно повторить. Хранить следует при температуре от 2 до 8°C.

(Клинические примеры №2, 4, 7)

Способ применения средства Суперлимф (альгинатные пластины)

Чистыми сухими руками извлечь пластину из упаковки и аккуратно, слегка прижимая, приложить к десне или другому участку слизистой полости рта. Пластина сама фиксируется к влажной поверхности и растворяется в полости рта, в среднем в течение 1 ч (зависит от индивидуальных особенностей организма). Не рекомендуется принимать пищу и напитки до тех пор, пока пластина не растворится полностью. Применять 3–4 раза в день, в перерывах между приемами пищи и на ночь. Рекомендуемый курс: до 7 дней. Хранить следует в сухом, защищенном от света и недоступном для детей месте, при температуре от 2 до 8°C.

(Клинические примеры №1, 3, 5, 6, 8)

Возможности использования средств линейки Суперлимф при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта у детей

Для оценки клинической эффективности средств с иммуностропным действием Суперлимф в отделении детской стоматологии КЦЧЛПХиС МГМСУ им. А.И.Евдокимова под наблюдением находилось 67 детей в возрасте 3–17 лет со следующими нозологическими формами:

- 19 пациентов с травматическими поражениями СОПР;
- 11 пациентов с вирусными заболеваниями СОПР (острый герпетический стоматит, энтеровирусный везикулярный стоматит);
- 21 пациент с заболеваниями аллергической этиологии (ХРАС, медикаментозный стоматит, МЭЭ);
- 16 пациентов с хроническим катаральным гингивитом.

Из группы пациентов с травматическими поражениями СОПР – 10 было назначено стандартное лечение, которое включало в себя шлифовывание острых краев зубов, местную обработку раствором протеолитических ферментов, антисептическую обработку (хлоргексидин 0,05%) и нанесение кератопластических препаратов. Остальным 9 пациентам после устранения травмирующего фактора были назначены только средства Суперлимф – в виде альгинатных пластин и аппликаций раствора из лиофилизата, которые применялись в соответствии с инструкцией.

Результаты исследования показали, что у пациентов, использовавших средства с иммуностропным действием Суперлимф отмечалось уменьшение болевых симптомов уже на 2-е сутки наблюдения, более быстрая ликвидация воспалительных явлений и, как следствие, более быстрая регенерация слизистой оболочки полости рта. Средний срок заживления травматических элементов СОПР при стандартном лечении составлял 13,7 дня, а при использовании средств Суперлимф – 8,4 дня.

Клинические примеры лечения травматических поражений СОПР

Клинический пример 1

Пациент К., 4 года. Прикусывание щеки и губ. К13.



Рис. 10. Клиническая картина до лечения.



Рис. 11. Клиническая картина спустя 14 дней после начала лечения.

Клинический пример 2

Пациент А., 8 лет. Декубитальная язва. L89.



Рис. 12. Клиническая картина до лечения.



Рис. 13. Клиническая картина спустя 17 дней после начала лечения.

При лечении вирусных заболеваний всем пациентам (11) было назначено общее лечение (противовирусные, антигистаминные, жаропонижающие препараты, витамины, щадящая диета) под контролем педиатра и местное лечение (антисептическая обработка полости рта, при необходимости раствор протеолитических ферментов, использование противовирусных гелей, кератопластические препараты). Ранее проведенное исследование состояния местного иммунитета у детей, больных ОГС (Страхова С.Ю., Гринина Е.А., Красноголовая Е.А., 2018), позволило уточнить характерную динамику разных факторов местного иммунитета при данном заболевании. Так, содержание иммуноглобулинов класса А, играющих основную роль в защите слизистой оболочки полости рта, коррелирует с тяжестью и характером течения патологического процесса. Содержание лизоцима в слюне у больных ОГС зависит от степени выраженности стоматита и гингивита. Выявленные закономерности динамики показателей местного иммунитета полости рта позволяют считать патогенетически обоснованным включение в комплексную схему терапии ОГС препаратов, направленных на их корректировку. К числу таких препаратов относятся средства с иммуностропным действием Суперлимф.

С целью оценки клинической эффективности у 5 пациентов, наряду с базовой терапией, в схему лечения ОГС были включены средства Суперлимф – в виде альгинатных пластин и аппликаций раствора из лиофилизата, которые применялись в соответствии с инструкцией.

Результаты показали, что у пациентов, использовавших Суперлимф отмечалось уменьшение болевых симптомов, более быстрая ликвидация воспалительных явлений (острый катаральный гингивит) и, как следствие, более быстрая регенерация слизистой оболочки полости рта. Средний срок заживления элементов поражения при стандартном лечении вирусных заболеваний составлял 9,6 дня, а при использовании средств с иммуностропным действием Суперлимф – 4,4 дня.

Клинические примеры лечения вирусных заболеваний СОПР

Клинический пример 3

Пациент М., 12 лет. Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит. В00.2.



Рис. 14. Клиническая картина до лечения.



Рис. 15. Клиническая картина спустя 1 день после начала лечения.

Клинический пример 4

Пациент К., 4 года. Прикусывание щеки и губ. К13.



Рис. 16. Клиническая картина до лечения.

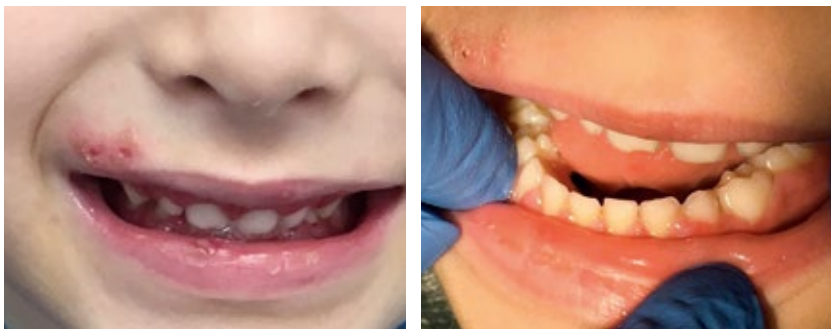


Рис. 17. Клиническая картина спустя 6 дней после начала лечения.

Пациентам с аллергическими заболеваниями (21) была назначена десенсибилизирующая, дезинтоксикационная терапия (по показаниям), диета с исключением аллергенов, витаминотерапия. Местное лечение включало в себя обработку раствором протеолитических ферментов, антисептическую обработку (хлоргексидин 0,05%), нанесение кератопластических препаратов на СОПР и кортикостероидных мазей на красную кайму губ.

11 пациентам, наряду с базовой терапией, в схему лечения были включены средства с иммулотропным действием Суперлимф – в виде альгинатных пластин и аппликаций раствора из лиофилизата, которые применялись в соответствии с инструкцией.

Результаты исследования показали, что у пациентов, использовавших средства Суперлимф отмечалось уменьшение болевых симптомов и более быстрая регенерация слизистой оболочки полости рта. Средний срок заживления элементов поражения при стандартном лечении заболеваний аллергической этиологии составлял 7 дней, а при использовании средств линейки Суперлимф – 4,2 дня.

Клинические примеры лечения заболеваний СОПР аллергической этиологии

Клинический пример 5

Пациент А., 16 лет. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. К12.0.



Рис. 18. Клиническая картина до лечения.

Клинический пример 6

Пациент Р., 11 лет. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. К12.0.



Рис. 20. Клиническая картина до лечения.



Рис. 19. Клиническая картина спустя 3 и 5 дней после начала лечения.



Рис. 21. Клиническая картина спустя 4 и 7 дней после начала лечения.

Клинический пример 7

Пациент М., 6 лет. Медикаментозный стоматит. К12.1.



Рис. 22. Клиническая картина до лечения.

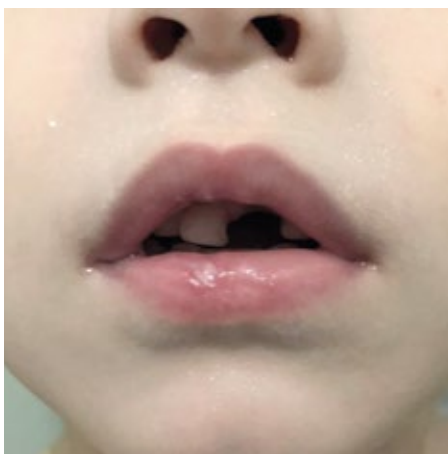


Рис. 23. Клиническая картина спустя 7 дней после начала лечения.

Лечение пациентов с заболеваниями тканей пародонта включало в себя проведение профессиональной гигиены полости рта, антисептическую обработку полости рта 0,05% раствором хлоргексидина, после чего в область десны накладывались альгинатные пластины Суперлимф, которые впоследствии использовались пациентами самостоятельно в домашних условиях в течение 7–10 дней в соответствии с инструкцией.

Для оценки эффективности данного препарата оценивались клинические параметры (индекс гигиены ОНI-S, индекс API, индекс кровоточивости GI, индекс CPI и индекс PMA) до и после лечения (табл. 1).

Таблица 1. Состояние тканей пародонта до и после лечения

Клинический параметр	Среднее значение до лечения	Среднее значение после лечения
Индекс гигиены ОНI-S	2,2±0,2	1,4±0,2
Индекс API	86,6±4,5%	60,0±4,4%
Индекс кровоточивости GI	1,6±0,3	1,1±0,2
Индекс CPI	4,7±0,9	2,7±0,8
Индекс PMA	46,0±6,1	18,4±3,6

У пациентов, использовавших альгинатные пластины Суперлимф, отмечалось снижение распространенности хронического катарального гингивита – наблюдалось уменьшение кровоточивости и гиперемии десен.

Клинический пример 8

Хронический катаральный гингивит.



Рис. 24. Клиническая картина до лечения.



Рис. 25. Клиническая картина спустя 8 дней после начала лечения.

Диагностика и лечение болезней слизистой оболочки рта требуют профессионализма, интеграции знаний, методов исследования разных специальностей (слизистая оболочка рта нередко бывает местом проявления многих соматических заболеваний). Этим объясняется тесная связь при обследовании пациента детского возраста в практике врача-стоматолога с врачами других специальностей, а также выбор комплексной терапии с учетом этиопатогенеза болезни и индивидуальных особенностей каждого ребенка.

Применение комплекса природных цитокинов и антимикробных пептидов у детей с острыми и хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта и глотки приводит:

- к устранению воспалительных проявлений;
- восстановлению мукозального иммунитета;
- профилактике рецидивов;
- остановке кровотечения;
- ускорению процессов заживления.

Необходимо отметить, что при оценке клинической эффективности средств с иммуномодулирующим действием Суперлимф при всех вышеперечисленных заболеваниях у пациентов детского возраста, применявших эти средства, не отмечалось появление нежелательных системных (повышенная температура тела; появление гиперемии, бледности, сыпи на кожных покровах и слизистых; увеличение регионарных лимфатических узлов) и местных эффектов (боли, зуда, жжения в зоне использования препарата). Это свидетельствует о безопасности и отсутствии реактогенности средств Суперлимф и дает основание для широкого применения в детской стоматологической клинической практике.

1. *Ахмедов Г.Д., Царева Т.В.* Антиоксидантная терапия инфекционно-воспалительных осложнений хирургических вмешательств в полости рта // *Стоматология.* – 2012. – Т. 91(4). – С. 36–37.
2. *Ахмедов Г.Д.* Клиническая эффективность цитокинотерапии инфекционно-воспалительных осложнений хирургических вмешательств в полости рта // *Стоматология.* – 2012. – Т. 91, №3. – С. 53–55.
3. *Байдик О.Д., Салюкова Д.В., Сысолятин П.Г. и др.* Молекулярно-генетические механизмы развития заболеваний пародонта // *Пародонтология.* – 2017. – Т. 22, №3(84). – С. 4–7.
4. *Булгакова А.И., Васильева Н.А., Имельбаева Э.А., Хайбуллина Э.М.* Клинико-иммунологическая характеристика локального иммунитета у больных с хроническим катаральным гингивитом // *Пародонтология.* – 2018. – Т. 23(2). – С. 29–35.
5. *Грудянов А.И., Фоменко Е.В., Калюжин О.В., Беркутова И.С.* Изучение клинической эффективности комплекса природных цитокинов и антимикробных пептидов при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта // *Стоматология для всех.* – 2021. – Т. 4(97). – С. 16–20.
6. *Грудянов А.И., Фоменко Е.В., Беркутова И.С.* Изучение клинической эффективности местного иммуномодулирующего препарата Суперлимф при лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени // *Клиническая стоматология.* – 2022. – Т. 25(1). – С. 44–47.
7. *Завадский Р.В., Кузнецов К.В., Царева Т.В. и др.* Цитокиновая терапия при лечении воспалительных осложнений в стоматологической практике // *Российская стоматология.* – 2016. – Т. 9(2). – С. 59.
8. *Кисельникова Л.П., Гутник А.А., Данилова И.Г.* Характеристика состояния некоторых факторов местного иммунитета рта и возможности их коррекции у пациентов с заболеваниями тканей пародонта // *Клиническая стоматология.* – 2022. – Т. 25(4). – С. 34–43.
9. *Ковальчук Л.В., Юдина С.М., Снимщицова И.А. и др.* Топическая цитокинотерапия в оториноларингологии: методические рекомендации для врачей. – М., 2020. – 29 с.
10. *Мамаева Е.В.* Заболевания пародонта у подростков / Е.В.Мамаева, Т.Н.Модина, Д.А.Цинеккер, А.К.Абдрахманов. – Казань: ИД «МеДДоК», 2021. – 164 с.
11. *Романовская В.Н., Кисельникова Л.П.* Оценка состояния гигиены полости рта и тканей пародонта у школьников Москвы по европейским индикаторам // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* – 2019. – №4. – С. 77.
12. *Страхова С.Ю., Гринина Е.А., Красноголовая Е.А.* Современный подход к терапии герпетического гингивостоматита у детей // *Российская стоматология.* – 2018. – Т. 11(4). – С. 73.
13. *Страхова С.Ю., Грамова С.Н., Дроботько Л.Н.* Лечение рецидивирующих афт, осложненных травматическим изъязвлением / В сб.: «Современные достижения стоматологии». – 2018. – С. 46–49.
14. *Страхова С.Ю., Кисельникова Л.П., Дроботько Л.Н.* Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. – М.: Ремдер, 2015. – 84 с.
15. *Страхова С.Ю., Кисельникова Л.П., Зорян Е.В.* Алгоритм ведения пациентов с острым герпетическим стоматитом (герпетическим гингивостоматитом) в детском возрасте: учебное пособие для ординаторов. – М.: МГМСУ, 2018. – 32 с.
16. *Хараева З.Ф., Гендугова О.М., Барокова Е.Б., Камышова Е.А.* Естественный комплекс цитокинов в терапии пациентов с генерализованным пародонтитом // *Современные проблемы науки и образования.* – 2018. – №4. – С. 212.
17. *Bashirian S., Seyedzadeh-Sabounchi S., Shirahmadi S. et al.* Socio-demographic determinants as predictors of oral hygiene status and gingivitis in schoolchildren aged 7–12 years old: A cross-sectional study // *PLoS One.* – 2018, Dec 14. – Vol. 13(12). – P. e0208886.
18. *Bolyarova-Konova T., Petkova S., Mihaylova H. et al.* Concentrations of Interleukin-1β in Gingival Crevicular Fluid and Saliva – a Potential Diagnostic Biomarker of Periodontal Diseases // *Folia Med. (Plovdiv).* – 2020, Dec 31. – Vol. 62(4). – P. 825–830.
19. *Hasiuk P.A., Malko N.V., Vorobets A.B. et al.* The intensity of chronic catarrhal gingivitis in children depending on the age // *Wiad. Lek.* – 2020. – Vol. 73(5). – P. 846–849.

Кисельникова Л.П., Страхова С.Ю.,
Гутник А.А., Гринина Е.А.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
И ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Подписано в печать 10.04.23. Формат 60×90/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 1,75.
Тираж 100 экз. Заказ №