

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КОРЕВОГО СТОМАТИТА

Кусакина Яна Константиновна

студент, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Стоматит - воспалительное заболевание слизистой оболочки ротовой полости.

Стоматит – полиэтиологическое явление, причинами его возникновения могут быть следующие факторы: травмы (механические, химические, лучевые, ожоговые), инфекционные агенты (бактерии, грибки, вирусы).

Одним из возбудителей вирусного стоматита является распространенный и высококонтагиозный вирус кори.

Коревой стоматит – острая вирусная инфекция, проявляющаяся лихорадкой, сыпью на коже и слизистых оболочках (экзантема и энантема), воспалительным процессом со стороны слизистых.

Возбудителем заболевания являются фильтрующиеся вирусы рода Morbillivirus, семейства Paramyxoviridae. Известные штаммы возбудителя кори представлены одним антигенным вариантом. РНК вируса окружена липопротеидной оболочкой с М-белком со встроенным гемагглютинином и F-протеином.

Последний ответствен за цитопатический эффект, характерный для вирусов семейства Paramyxoviridae, а именно за слияние пораженных клеток в симпласты.

Заражение коревым стоматитом происходит при контакте с больным, выделяющим вирус, так как вне организма человека вирус инактивируется (вероятность заражения контактным путем или через здоровых людей, имевших контакт со больными, не доказана).

Вирус кори локализуется в секрете слизистых оболочек ротовой полости, носоглотки, верхних дыхательных путей, конъюнктивы, а также в крови.

Пациент с корью заразен за 4 дня до появления сыпи, остается таковым в течение 5 дней от начала высыпаний, реконвалесцент для окружающих не опасен. В первые дни периода продромы заразительность кори очень велика, так как часто в этом периоде заболевание остается недиагностированным, а состояние больного позволяет ему продолжать обычную деятельность, в течение которой и происходит инфицирование им окружающих не болевших людей.

Обстоятельством же, которое способствует быстрому распространению кори, является отсутствие каких-либо возможностей естественного иммунитета противостоять инфицированию у людей, ранее не болевших корью.

Большая часть взрослого населения Земли имеет к кори активный стойкий приобретенный иммунитет, приобретаемый после перенесенной инфекции и сохраняющийся на всю жизнь. За счет пассивного иммунитета к кори невосприимчивы дети в возрасте до 4 месяцев, вскармливаемые естественно.

Инкубационный период коревой инфекции длится от 8 до 12 дней (иногда до 3 недель), само

заболевание начинается постепенно.

Через несколько дней после начала периода продромы у больного появляются чихание, грубый кашель, насморк, слизистый/слизисто-гнойный конъюнктивит, светобоязнь, гиперемия зева. Общая гипертермия достигает отметки в 39 °С.

За 2-4 дня до сыпи наблюдается появление пятен Вельского-Филатова, характерного симптома кори, обнаруживающихся чаще на слизистой оболочке щек напротив малых коренных зубов, реже на слизистой губ, десен, на конъюнктиве.

Визуально пятно Вельского-Филатова представляет собой мелкое белесоватое пятно, окруженное гиперемизированной каймой (участками некроза эпителия).

Пятна никогда не сливаются друг с другом, расположены группами и присутствуют в течение 2-3 дней после появления.

Симптом Вельского-Филатова патогномоничен конкретно для кори, и ни при каких других заболеваниях не наблюдается.

В катаральном периоде кори так же может наблюдаться симптом со стороны полости рта – отложение белесоватых образований на деснах, являющихся результатом некроза и десквамации эпителия.

В свою очередь коревой стоматит может протекать в следующих формах: катаральная, афтозная, язвенно-некротическая, гангренозная.

Последняя форма, также называемая номой, является довольно редким осложнением кори и представляет собой глубокую язву на внутренней поверхности щек.

Диагностика коревого стоматита основывается на клинической картине заболевания. В то же время лабораторные методы диагностики используются с целью изучения коллективного поствакцинального иммунитета и при оценке эпидемиологической эффективности новых вакцин. К ним относятся:

1. Серологические методы обнаружения антител к возбудителю (иммуноферментный анализ, реакция непрямой агглютинации);
2. Вирусологические методы;
3. Молекулярные тесты идентификации РНК вирусы (метод молекулярной гибридизации, полимеразная цепная реакция).

Дифференцировать коревой стоматит следует со скарлатиной и краснухой, сывороточной болезнью.

При скарлатине сыпью не покрываются области носа и подбородка, в то время как при кори сыпь наблюдается на всем лице.

Различен и характер высыпаний: при скарлатине сыпь сплошная и мелкоточечная, при кори пятна возвышаются над кожей.

Последняя характеризуется появлением сыпи через 3-4 дня после начала заболевания, скарлатина – через сутки после начала.

В период продромы кори отмечается сильный катар слизистых оболочек, в тот же период скарлатины – их сухость. Так же стоит отметить отсутствие резких токсических явлений при кори, редкое явление рвоты.

Краснуха характеризуется сыпью, похожей на коревую, но более бледную. Катар слизистых выражен слабее, высыпания покрывают всю поверхность тела в течение одних суток.

Отлично так же и общее состояние больных детей: удовлетворительное самочувствие,

незначительный подъем температуры.

Так же характерным для краснухи является увеличение шейных и затылочных лимфоузлов.

При сывороточной болезни возможна кореподобная сыпь, умеренные катаральные явления слизистых. Для анамнеза характерны введение сыворонок за 1-2 недели до высыпания и появление сыпи вначале на месте введения сыворотки и дальнейшее ее распространение.

Лечение неосложненного коревого стоматита сводится к профилактическим и гигиеническим мероприятиям, этиотропная терапия не применяется.

Пациенту с коревым стоматитом рекомендуется сбалансированное, богатое витаминами питание. Местно применяются растворы антисептиков (полоскание, ванночки): перекись водорода, фурацилин, хлоргексидин, что также препятствует присоединению вторичной инфекции.

Знания о патогенезе, диагностике и лечении коревого стоматита важны в деятельности врача-стоматолога для выстраивания адекватной тактики ведения пациента с обсуждаемой проблемой, не являющейся редкостью в практике специалистов.

Список литературы:

1. Грибковые, вирусные и травматические стоматиты в клинике терапевтической стоматологии (Учебное пособие) / [Под редакцией д.м.н. К.Г. Каракова] – Ставрополь. – 2013. – 100 с.
2. Liu, Y., Ablation of nectin4 binding compromises CD46 usage by a hybrid vesicular stomatitis virus/measles virus / Y. Liu, S.P. Russell [et al] // Journal of virology – 2014. – Vol. 88. – P. 2195-2204.
3. Srour, M.L., Noma: Overview of a Neglected Disease and Human Rights Violation / M.L. Srour, K. Marck [et al] // The American journal of tropical medicine and hygiene – 2017. – Vol. 96. – P. 268-274.