

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Кафедра детской терапевтической стоматологии

Лекция для студентов 5-курса

Составитель: Махсумова Сайёра Санжаровна

**Тема лекции: «Проявления острых инфекционных болезней
СОПР в детском возрасте (Корь, дифтерия, скарлатина,
ветряная оспа, ОГС)»**

Лекция №2

Ташкент 2014

Слайд-1

ЦЕЛЬ ЛЕКЦИИ:

Рассказать студентам об особенностях генеза, течения, клиники, диагностики и лечения поражений СОПР. Описать хронический рецидивирующий афтозный стоматит, многоформную экссудативную эритему, синдром Стивена-Джонсона, поражения СОПР, вызванные побочным действием лекарственных препаратов.

Обратить внимание студентов на клинику, диагностику и лечение поражений СОПР при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, патологии крови, кожных заболеваний, имеющих проявления во рту. Из заболеваний губ выделить заеды, экзематозные хейлиты. Научить выбору метода лечения поражений СОПР в зависимости от возраста ребенка, степени тяжести, формы заболевания.

Слайд -2

Детские инфекционные заболевания (корь, скарлатина, дифтерия, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз и др.) сопровождаются изменениями слизистой оболочки полости рта чаще неспецифического характера, что носит определенное диагностическое значение.

Клинические проявления патологии крови при ангине, кори, дифтерии очень схожи с проявлениями скарлатины в полости рта, что требует проведения дополнительного обследования при дифференциальной диагностике.

Слайд -3

Корь.

Этиология.

Возбудителем заболевания является фильтрующийся вирус из группы парамиксовирусов, РНК-содержащий. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Инкубационный период 7-14 дней.

Болеют дети от 6 месяцев до 4 лет.

Слайд – 4

Клиника

В полости рта проявляется в продромальном периоде, когда нет других симптомов заболевания.

Клиническая картина характеризуется лихорадкой, катаром верхних дыхательных путей, макуло-папулезной сыпью на коже, конъюнктивитом, изменениями в полости рта.

За 1-2 дня до появления кожной сыпи на слизистой твердого и мягкого неба появляются красные неправильной формы пятна — **коревая энантема**, которые через 1-2 дня сливаются.

Слайд -5

Вследствие дегенерации и некроза поверхностных слоев эпителия образуется **пятна Филатова-Коплика**. Это возвышающиеся беловато-желтые участки, окруженные узким ярко-красным ободком, не снимающиеся тампоном.

И.О. Новик описывает их как «**брызги извести**». Преимущественно они

располагаются на слизистой щек на уровне больших коренных зубов верхней челюсти. Они держатся 2-3 дня, с появлением сыпи на коже исчезают, но слизистая оболочка щек остается гиперемированной. При ухудшении общего состояния, нарастании интоксикации возможно развитие язвенного стоматита, остеомиелита челюсти, костей. Осложнения возникают у детей с несанированной полостью рта. При кори снижается реактивность организма, падает сопротивляемость к инфекциям, что, как правило, ведет к обострению хронической герпетической инфекции у детей.

Слайд -6

Дифференциальная диагностика
с молочницей,
ОГС,
скарлатиной.

Слайд -7

Лечение

для предупреждения ОГС, РГС показано:
применение противовирусных препаратов в виде аппликаций,
поддержание гигиенического состояния полости рта,
лечение трещин и заед на губах кератопластическими средствами.

Слайд – 8

Краснуха

Краснуха сопровождается отеком, гиперемией зева и задней стенки глотки, увеличением лимфатических узлов, гингивитом, усиливающимся в период десквамации эпителия.

Через несколько дней язык полностью очищается от налета, становится «лакированным», болезненным.

Нитевидные сосочки восстанавливаются, язык принимает обычный вид.

Губы припухают, имеют ярко-красную окраску, на 4-5 день могут появиться эрозии, трещины.

Необходимо отметить, что за сутки до кожных высыпаний появляется диффузный катаральный стоматит, сопровождающийся лимфаденитом подчелюстных лимфатических узлов.

Слайд -9

Дифференциальная диагностика
с дифтерией,
корью,
ангиной,
изменениями при заболеваниях крови.

Слайд-10

Дифференциальная диагностика
с дифтерией,
корью,
ангиной,
изменениями при заболеваниях крови.

Слайд-11

Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова-Пфейффера)

Этиология

Возбудителем является герпесоподобный вирус Эпштейна-Бара.

Путь передачи — воздушно-капельный. Инкубационный период 5-14 дней.

Болеют дети от 1 года до 10 лет; но в последнее время было выяснено, что заболевание все-таки малоконтагиозно, хотя поражено в этом возрасте около 50% детей.

Слайд -12

Клиника

Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела, явлений общей интоксикации.

Дети жалуются на боли в горле, затруднение носового дыхания.

Наблюдается увеличение лицевых лимфатических узлов в виде цепочки по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, развивается полиаденит. Лимфатические узлы плотные, не спаяны между собой, малоблезненны.

Увеличивается селезенка, печень.

Слайд – 13

Наблюдаются изменения в ротоглотке в виде разлитого катарального воспаления слизистой оболочки с участками кровоизлияний, протекающие по типу лакунарной, фолликулярной, некротической ангины.

Развиваются катаральные и язвенные гингивиты, отягощающие течение болезни, характеризующиеся вялым течением. Язык обложен, изо рта неприятный гнилостный запах.

Слайд-14

устанавливают по изменениям в периферической крови: лейкоцитоз, моно-, лимфоцитоз, появляются атипичные базофильные мононуклеары, тромбоцитопения, СОЭ повышена.

Дифференциальная диагностика проводится:

с ангинами разлитой этиологии, дифтерией зева.

Слайд – 15

Общее — проводит педиатр;

местное — заключается в применении:

- 1) обезболивающих препаратов;
- 2) антисептических средств;
- 3) растворов протеолитических ферментов;
- 4) противовирусных средств.

Слайд – 16

Дифтерия

Этиология

Возбудителем заболевания является **палочка Леффлера**.

Заражение происходит капельным путем. Инкубационный период — 3-10 дней.

Болеют дети от 1 года до 5 лет.

Поражается слизистая оболочка зева, гортани, носа и полости рта.

Случаи первичного поражения редки, составляют 0,4%, встречаются у детей, больных другими заболеваниями.

За 80-е годы снизилось число детей с проявлениями заболевания на СОПР с 1,6 до 0,6% (по данным К. Лавровой), но в 90-е годы значительно возросло число случаев диагностики с 0,7% до 2,5%, в отдельных случаях до 3,5%, что указывает на неблагоприятные социальные условия.

Слайд-17

Жалобы: На боли в горле, обильное слюноотделение, неприятный запах изо рта, затруднение дыхания.

Клиника: Гиперемия, отек слизистой миндалин, небных дужек, языка, миндалина увеличены.

На фоне ярко-красных миндалин появляются беловато-серые с желтоватым оттенком участки налета, которые вначале имеют вид паутинообразной сетки, к концу 1—2 суток принимают вид наложений с гладкой или волнистой поверхностью, четкими краями, наплывающими на окружающую слизистую.

Налет плотно склеен с подлежащей тканью, не снимается. Он является результатом фибринозного воспаления.

Слайд-18

С прогрессированием заболевания налет распространяется, утолщается, при присоединении крови налет приобретает вид ржавой массы.

В полости рта пленки распространяются по краю десны, на языке и др. Характерен лимфаденит шейных узлов, распространяющийся до ключицы.

У детей, подвергшихся иммунизации, дифтерия зева протекает по типу катаральной или лакунарной ангины, налеты рыхлые, не прогрессируют.

Слайд-19

ставится на основании бактериологического исследования — посевы на среду Леффлера.

Дифференциальная диагностика проводится с фолликулярной, лакунарной, флегмонозной ангиной,

ангиной Симановского-Венсана,

инфекционным мононуклеозом,

изменениями слизистой оболочки полости рта при заболеваниях крови.

Слайд -20

Лечение

Местное:

- 1) обезболивающие препараты;
- 2) антисептические препараты;
- 3) растворы протеолитических ферментов;

4) кератопластические средства;

Слайд-21

общее:

проводится в инфекционном отделении,

Заключается:

в введении дифтерийного анатоксина,

антибиотикотерапии,

витаминотерапии и применении средств, повышающих защитные силы организма.

Слайд -22

Скарлатина

Этиология.

Возбудителем заболевания является гемолитический стрептококк группы А с большим числом серологических типов. Заражение происходит капельным, контактным путем.

Инкубационный период — 3-7 дней.

Болеют дети от 2-х до 6-7 лет.

Слайд – 23

Жалобы: На повышение t до 39-40°C, боли в горле, нарушение аппетита, сухость во рту.

Клиника: В начале заболевания на фоне высокой температуры возникает обложенность языка.

Вообще, изменения языка имеют диагностическое значение, т.к. при стертых формах, когда кожные высыпания не выражены, изменения в полости рта выявляются отчетливо. На 3-4 день налет слущивается вместе с нитевидными сосочками, обнажая гладкую поверхность с грибовидными сосочками — «малиновый язык».

Слизистая миндалин, мягкого неба ярко-красная, очаг гиперемии ограничен, на 2-е сутки на гиперемированном участке появляется мелкоточечная энантема, которая затем распространяется на слизистую щек, десен, на 3-4 день появляется на коже.

Слайд -24

Симптоматическое — устранение симптомов, обусловленных повышенной десквамацией эпителия, сухости слизистой оболочки, жжения — антисептические полоскания, применение обезболивающих, кератопластических средств. Гигиенический уход за полостью рта, исключение травмирующих и инфицирующих факторов (закрытие кариозных полостей дентином).

Слайд-25

Острый герпетический стоматит

Является самым распространенным заболеванием у детей, встречается в 80% случаев. Это острое контагиозное инфекционное заболевание, протекающее с явлениями общего токсикоза организма и местными поражениями слизистой оболочки полости рта. При этом наблюдаются нарушения со стороны иммунологической системы, отсутствие или

угнетение специфических и неспецифических факторов иммунитета. Герпетическую инфекцию следует рассматривать как серьезное заболевание, протекающее с нарушением иммунной, ретикулоэндотелиальной и нервной систем.

Слайд -26

Возбудителем является вирус простого герпеса (герпес-вирус).

По антигенным свойствам вирус делят на 2 группы.

Тип 1 — герпетические поражения на СОПР, тип 2 — поражение половых органов. Вирус является ДНК-содержащим. В организме он размножается в клетках эпителия. Внедрившись в организм ребенка и вызвав проявления первичной герпетической инфекции, он остается в течение всей жизни человека в латентном состоянии или вызывает рецидивы заболевания. Вирус обнаруживается у 75-90% взрослого населения. Первичное инфицирование происходит в возрасте от 1 года до 3 лет, когда в крови ребенка исчезает или уменьшается количество антител, полученных от матери, и организм становится восприимчивым к заражению вирусом.

Слайд-27

Диагноз герпетического стоматита ставится на основании данных анамнеза, клинического течения заболевания с использованием лабораторных методов диагностики:

экспресс-метода иммунофлюоресценции,

метода идентификации вирусного генома с помощью молекулярной гибридизации (МГ),

вирусологического исследования путем заражения животных или культуры клеток исследуемым материалом, взятым от больного ребенка, серологического исследования посредством выявления титров антител; цитологического метода изучения мазков с элементов высыпания.

Слайд – 28

Острый герпетический стоматит

протекая по типу инфекционного заболевания, имеет пять периодов развития:

1) продромальный,

2) катаральный,

3) период

высыпаний элементов поражений,

4) период угасания болезни,

5) клиническое выздоровление.

Слайд -29

Лёгкая форма ОГС от 3 до 5 высыпаний в полости рта, температура тела 37-37,5 С, незначительные явления катара СОПР главным образом в области десневого края, характерен подчелюстной лимфаденит.

Слайд-30

Лечение ОГС зависит от периода заболевания и выраженности общих и местных проявлений.

Общее лечение:

проводится с начала заболевания при всех степенях тяжести и включает в себя следующее:

1. Неспецифическая дезинтоксикационная терапия (введение жидкостей, насыщение витаминами, особенно аскорбиновой кислотой).
2. Гипосенсибилизирующие препараты (супрастин, тавегил, диазолин, димедрол, глюконат кальция) в возрастных дозах.
3. Противовирусные препараты внутрь.
4. Назначение иммуностимуляторов или иммунокорректоров по согласованию с педиатром целесообразно проводить детям, имеющим риск возникновения РГС, определяемый по риск-программе.

Слайд -31

Во время осмотра полости рта одновременно проводится обезболивание слизистой оболочки 3% анестезиновой мазью, нанесенной на тампон, с помощью аппликаций или орошения 4% раствором прополиса.

После этого проводится антисептическая гигиеническая обработка зубов, очищение их от налета. Обработку проводят отжатыми тампонами после смачивания их в слабом растворе антисептика или отваре трав, крепко заваренном чае.

Слайд – 32

Нельзя применять сильнодействующие антисептики, раздражающие и прижигающие средства!

Не рекомендуются промывания и орошения слизистой оболочки полости рта, так как все это приводит к вымыванию из полости рта естественных продуктов гуморального иммунитета: лизоцима и интерферона. Это также не способствует очищению ретенционных пунктов зубов от налета. При обработке зубов сухими тампонами риск распространения вирусной инфекции сводится до минимума: на зубах в мягком налете отсутствуют вирусы.

Слайд -33

При средне-тяжелой и тяжелой формах ОГС, когда имеет место выраженный и даже язвенно-некротический гингивит, дополнительно проводится очищение слизистой оболочки и зубов растворами протеолитических ферментов (0,1% раствор трипсина, химотрипсина, панкреатина, лидазы и др.).

Слайд – 34

С целью предотвращения высыпания новых элементов, их слияния и для нормализации показателей местного иммунитета после гигиенической обработки зубов осуществляют местное противовирусное лечение.

Принципы противовирусной терапии:

1. Лечение вирусной инфекции проводят с первых дней заболевания, то есть уже в продромальном периоде.
2. В период угасания болезни противовирусная терапия отменяется.
3. Названные препараты необходимо применять многократно D-5 раз в

день).

4. Противовирусные препараты наносят не только на пораженные, но и на видимо здоровые участки слизистой.

Слайд -35

При острых и хронических лейкозах у большинства детей в разные периоды развития болезни, особенно при терминальных состояниях выявляются различные поражения полости рта.

Гиперпластические процессы преимущественно встречается в старшем возрасте и подростков. Гингивиты протекают по типу катаральных или язвенных.

Литература

Основная:

1. И.Х.Халилов, Йўлдошхонова А.С., и др.«Болалар терапевтик стоматологияси ва стоматологик касалликлар профилактикаси» 2011 й
2. И.Х.Халилов и др.«Болалар терапевтик стоматологияси» 2006
3. С.Н. Махсудов «Болалар терапевтик стоматологияси» 2008 й
4. А. А. Колесов. – «Стоматология детского возраста». – Москва, 1991 г.

Дополнительная:

1. Т. Ф. Виноградова. – «Стоматология детского возраста». – Москва, 1987
2. Т. Ф. Виноградова, О. П. Максимова, Э. М. Мельниченко. – «Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей». – Москва, 1983 г.
3. Э. М. Кузьмина и соавт. – «Профилактика стоматологических заболеваний». – Москва, 1997 г.
4. Н. Г. Пахомов. – «Первичная профилактика в стоматологии». – Москва, 1982 г.
5. Н. В. Курякина. – «Терапевтическая стоматология детского возраста». – Н. Новгород, 2001 г.
6. В.Г.Сунцов, В.К.Леонтьев, В.А.Дистель, В.Д.Вагнер. «Стоматологическая профилактика у детей.»- Н.Новгород, 2001
7. Николаев А.И., Практическая терапевтическая стоматология - 2004 г
8. Скорикова Л.А.,Пропедевтика стоматологических заболеваний - 2002 г
9. Луцкая И.К., Руководство по стоматологии (практическое пособие) - 2002 г
10. Сонис С.Т., Секреты стоматологии - 2002 г
11. Боровский Е.В., Терапевтическая стоматология - 2002 г
12. Е. В. Боровский. – «Терапевтическая стоматология». – Москва, 1997 г.
13. Е. В. Боровский, П. А. Леус. – «Кариес зубов». – 1979 г.
14. М. И. Грошиков. – «Профилактика и лечение кариеса зубов». – 1980 г.

15. Под ред. К. Георгиевой. – «Неотложная помощь в стоматологии». – Москва, «Медицина», 1983 г.
16. Т. Ф. Виноградова. – «Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей». – Москва, «Медицина», 1982 г.
17. Т. Ф. Виноградова. – «Диспансеризация детей у стоматолога». – Москва, «Медицина», 1988 г.