

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И БИОЛОГИИ
Кафедра стоматологии и имплантологии

Вирусная инфекция в полости рта.
Клиника, диагностика, лечение.
УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Казань 2022

УДК 616.31 – 002

ББК 56.612

Г - 82

Печатается по рекомендации учебно-методической комиссии

Института фундаментальной медицины и биологии

Авторы- составители:

заведующий кафедрой стоматологии и имплантологии ФГАОУ ВО «КФУ»
ИФМиБ - д.м.н., профессор Хафизов Р. Г.;

доцент кафедры стоматологии и имплантологии ФГАОУ ВО «КФУ» ИФМиБ
- доцент, к.м.н. Силантьева Е.Н.

доцент кафедры стоматологии и имплантологии ФГАОУ ВО «КФУ» ИФМиБ
- доцент, к.м.н. Г.Р. Рувинская

доцент кафедры стоматологии и имплантологии ФГАОУ ВО «КФУ» ИФМиБ
- доцент, к.м.н. Ф.А. Хафизова

Рецензенты:

Профессор кафедры стоматологии и имплантологии ФГАОУ ВО «КФУ»
ИФМиБ - д.м.н., профессор Анохина А.В.

Доцент кафедры терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии
КГМА - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России – доцент, к.м.н.
Заболотный А.И.

Вирусная инфекция в полости рта. Клиника, диагностика, лечение.-
учебное пособие для студентов / Хафизов Р.Г., Силантьева Е.Н., Рувинская Г.Р.,
Хафизова Ф.А. - Казань: Казан. фед. ун-т, 2022. - 36 с.

В учебном пособии представлены этиология, патогенез, классификация,
клинические проявления, диагностика и лечения вирусной инфекции,
диагностируемых на слизистой оболочке рта, таких как острый герпетический
стоматит, хронический рецидивирующий герпес, опоясывающий лишай, вируса
Эпштейна-Барра, цитомегаловирусной инфекции.

Пособие предназначено для студентов-стоматологов для обучения и
формирования профессиональных компетенций по дисциплине «Стоматология
терапевтическая», а также может быть использовано для подготовки к
аккредитации по специальности «Стоматология общей практики».

Пособие содержит тестовые задания и ситуационные задачи для
самоконтроля.

© Казанский университет, 2022

Содержание

Введение	4
1. Вирусная инфекция, проявляющаяся в полости рта	5
1.1 Этиология, патогенез герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта	7
1.2 Клиника герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта. Острый герпетический стоматит (<i>stomatitis herpetica acuta</i>)	8
1.3 Клиника герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта. Хронический рецидивирующий герпес (<i>herpes chronicus recidivans</i>)	10
1.4 Диагностика герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта	12
1.5 Лечение герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта	13
2. Клиника, диагностика, лечение опоясывающего лишая (герпеса)	16
3. Клиника, диагностика, лечение проявлений на слизистой оболочке рта вируса Эпштейна-Барра	21
4. Клиника, диагностика, лечение цитомегаловирусной инфекции	24
Тестовые задания	27
Ситуационные задачи	32
Список литературы	36

Введение

Вирусные заболевания слизистой оболочки рта занимают по распространенности значительное место в группе заболеваний слизистой оболочки.

В полости рта взрослого человека присутствует несколько видов вирусов. Некоторые из них находятся в организме скрыто, не вызывая заболевания, так называемое - бессимптомное вирусоносительство. При снижении сопротивляемости организма вирусы активно размножаются и обуславливают клинические проявления болезни. В полости рта у здоровых людей могут находиться вирус простого герпеса, вирус цитомегалии, аденовирусы, некоторые энтеровирусы, реовирусы и другие [1 - 5].

Ежегодно происходит рост числа больных с заболеваниями слизистой оболочки рта, причины которых обусловлены вирусами и проявляющимися во многих случаях в виде хронического рецидивирующего герпеса (ХРГ) или рецидивирующего герпетического стоматита [2, 7, 8].

Клинические симптомы заболеваний различны: от чувства дискомфорта, потери аппетита, до появления болей, повышения температуры, ухудшения общего состояния и т.д. Некоторые вирусные поражения полости рта могут приводит к возникновению злокачественных новообразований.

Диагностика заболеваний, имеющих вирусный этиологический фактор, сложна, трудоемка, требует комплексного междисциплинарного подхода и применения различных клинических и лабораторных методов. Лечение вирусной патологии слизистой оболочки рта — трудная задача в практической деятельности врача-стоматолога [1- 9].

Поэтому врачу-стоматологу необходимо уметь диагностировать и проводить дифференциальную диагностику вирусной инфекции, при необходимости направлять пациента на дополнительные лабораторные исследования и к врачам смежных специальностей, а главное - назначать правильное комплексное лечение.

1. Вирусная инфекция, проявляющаяся в полости рта.

В настоящее время описано более 100 типов вирусов, способных вызывать заболевания человека, из которых клинически значимы 8 типов:

- Вирус простого герпеса 1 и 2 типов (возбудители простого герпеса (ПГ) кожи и слизистых, офтальмогерпеса, генитального герпеса (ГГ), нейрогерпеса у новорожденных).
- Вирус Варицелла-Зостер - 3 тип (возбудитель опоясывающего герпеса (ОГ)).
- Вирус Эпштейна-Барра (ВЭБ) - 4 тип (возбудитель инфекционного мононуклеоза, лимфомы Беркитта, рака носоглотки).
- Цитомегаловирус - 5 тип (возбудитель цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ)).
- Герпесвирус 6 типа (вызывает фатальные интерстициальные пневмонии и инфекционные розеолы новорожденных).
- Герпесвирус 7 типа (предположительно вызывает синдромом хронической усталости).
- Герпесвирус 8 типа (ассоциированный с саркомой Капоши и лимфопролиферативными заболеваниями)

Наибольшее клиническое значение представляют заболевания, обусловленные первыми 5 типами вирусов, среди которых, в свою очередь, доминируют инфекции, связанные с вирусом простого герпеса 1 и 2 типов, охватывающими по различным данным от 50 до 100% населения.

В зависимости от типа клеток, в которых протекает инфекционный процесс, характера репродукции вируса, структуры генома, молекулярно-биологических и иммунологических особенностей 8 типов подразделяют также на 3 подсемейства:

1- альфа-герпес вирусы (1,2,3 типа – ВПГ -1, ВПГ- 2, В Зостер): быстрая репликация, цитопатическое действие. Репродукция в различных типах клеток, вирусы сохраняются в латентной форме, преимущественно в ганглиях

2 – бетта (ЦМВ, 6,7 тип): поражают различные типы клеток, увеличивающихся в размерах (цитомегалия), могут вызывать иммуносупрессивные состояния. Инфекция может принимать генерализованную или латентную формы, в культуре клеток персистируют.

3 – гамма – герпес - вирусы (вирус Эпштейна-Барра и 8 тип): тропность к лимфоидным клеткам (Т и В лимфоцитам), в которых они длительно персистируют, могут трансформировать, вызывая лимфомы и саркомы

Особенности герпес-вирусов:

1. Длительное время персистируют (сохраняются) в организме естественных хозяев, поддерживая латентную инфекцию.
2. Периодически обостряется (рецидивируют) в виде заболеваний различной клинической тяжести.
3. Характерна горизонтальная передача инфекции от бессимптомных носителей здоровым при тесном их контакте.

Последствия герпетической инфекции

1. Иммунодепрессия
2. Поражения нервной системы и поражения глаз
3. Осложнение течения беременности и инфицирование плода
4. Онкогенность вирусов
5. В последние десятилетия была выявлена способность герпесвирусов вызывать трансформацию клеток у человека

- С вирусом генитального герпеса связывают развитие рака шейки матки.

- Практически доказана роль вируса Эпштейн-Барра в возникновении назофаренгиальной карциномы, лимфомы Беркитта, иммунобластоидных опухолей

- С цитомегаловирусной инфекцией связывают развитие аденокарциномы простаты

- Герпесвирус 8 типа считается этиологическим фактором саркомы Капоши.

Помимо герпес-вирусов, вирусные заболевания, проявляющиеся в полости рта, вызываются вирусом папиллом человека, вирусом Коксаки, коронавирусом и др. [1-10].

1.1. Этиология, патогенез герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта.

Простой (обычный) герпес (*herpes simplex*) — наиболее часто встречающееся вирусное заболевание, вызывается вирусом простого герпеса [4].

Вирус простого герпеса является ДНК-содержащим. В организме человека он размножается главным образом в клетках эпителия. Внедрившись в организм человека, он вызывает проявление первичной герпетической инфекции, затем он остается, в течение всей жизни человека в латентном состоянии или вызывает рецидивы заболевания. Вирус простого герпеса обнаруживается у 75–90 % взрослого населения. Первичное инфицирование обычно происходит в возрасте от 1 до 3 лет, когда в крови ребенка исчезает или резко уменьшается количество антител, полученных от матери, и организм становится восприимчивым к заражению вирусом герпеса. Очень часто первичное инфицирование ребенка проходит незаметно, но в ряде случаев у детей наблюдается выраженное проявление болезни — так называемый первичный герпес. Особенно тяжело это заболевание протекает в первые месяцы жизни ребенка, когда происходят генерализованные поражения слизистых оболочек, кожи, глаз и других органов. В редких случаях первичный герпес

развивается у взрослых, не имевших в прошлом контакта с герпетическим вирусом. После выздоровления от первичного герпеса инфекция может не возобновляться, а может перейти в латентное состояние и рецидивировать под влиянием различных неблагоприятных факторов (переохлаждение, стрессовые ситуации, ангины, грипп, пневмонии, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.) [1-8].

Заражение простым герпесом происходит при прямом контакте с больным герпесом или вирусоносителем, поскольку герпетический вирус выделен из слюны у лиц без видимых проявлений инфекции; а также воздушно-капельным путем [1-5].

Клинически герпетическая инфекция в полости рта проявляется в двух формах: острый герпетический стоматит (первичный герпес); хронический рецидивирующий герпес (рецидивирующий герпетический стоматит) [1-8].

1.2. Клиника герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта.

Острый герпетический стоматит (*stomatitis herpetica acuta*).

КОД по МКБ-10: B002

В зависимости от выраженности нарушений общего состояния и распространенности поражения на слизистой оболочке рта различают легкую, среднетяжелую и тяжелую формы острого герпетического стоматита. В патогенезе заболевания наблюдаются периоды инкубационный, продромальный (катаральный), период высыпаний (развития заболевания), угасания и клинического выздоровления (реконвалесценции) [4].

Заболевание контагиозно для лиц, ранее не инфицированных вирусом. Крайне тяжело протекает первичный герпес у новорожденных [1].

Инкубационный период длится 1–4 дня. В инкубационном и особенно в продромальном периоде происходит увеличение поднижнечелюстных, в тяжелых случаях шейных лимфатических узлов. Заболевание начинается остро. В зависимости от тяжести температура тела повышается до 37–41 °С, отмечаются общее недомогание, слабость, головная боль, кожная и мышечная

гиперестезия, бледность кожных покровов, тошнота и рвота центрального происхождения, поскольку вирус простого герпеса энцефалотропен.

В полости рта вначале возникают разлитая гиперемия, отечность слизистой оболочки, а затем появляются пузырьки (везикулы), содержащие прозрачный экссудат, единичные или чаще группами. Высыпание пузырьков сопровождается чувством покалывания, жжения, в некоторых случаях отеком слизистой оболочки рта. Количество везикул варьирует от 2–3 до нескольких десятков близко расположенных друг к другу. Пузырьки быстро вскрываются и на их месте образуются круглые эрозии, покрытые серовато-белым налетом, весьма напоминающие афты. Эрозии, образовавшиеся от слияния множества пузырьков, имеют неправильные, полициклические очертания. Везикулы локализуются преимущественно на твердом небе, спинке языка, деснах, щеках, губах. Часто поражается красная кайма губ и прилежащие участки кожи (рис. 1).

Рисунок 1.

Поражения слизистой оболочки рта при остром герпетическом стоматите среднетяжелой формы



Несколько реже встречаются кератоконъюнктивиты, пузырьковые высыпания на лице, вульвовагиниты. Процесс сопровождается обильной саливацией и сильной болезненностью.

В связи с тем, что элементы поражения могут появляться в течение нескольких дней, при осмотре полости рта можно наблюдать их на разных стадиях развития. Характерно диффузное поражение десен — острый катаральный гингивит, в большей степени выраженный со стороны неба и языка. [1-9].

1.3. Клиника герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта.

Хронический рецидивирующий герпес (*herpes chronicus recidivans*).

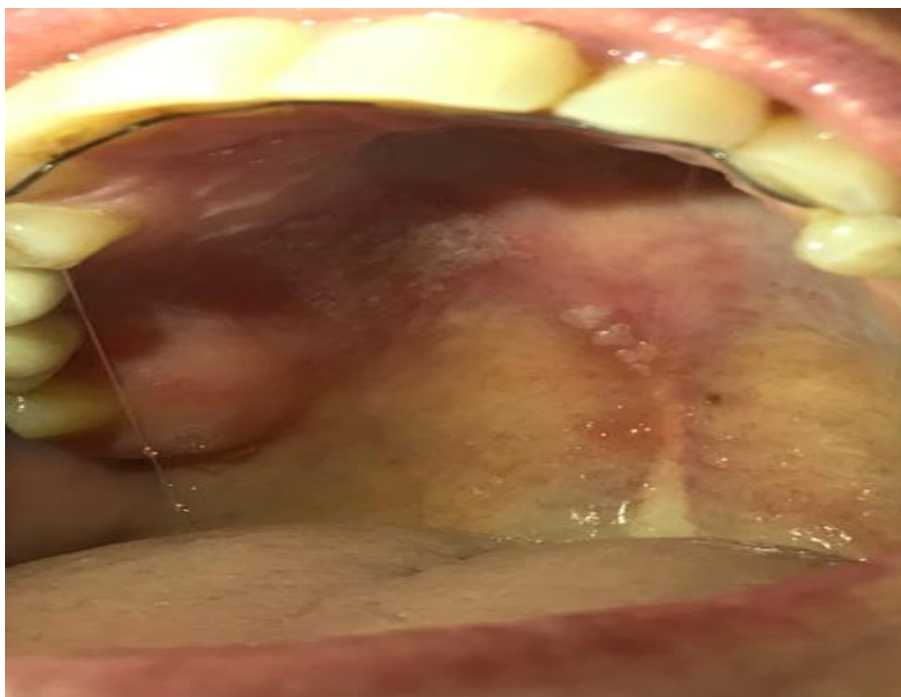
Код по МКБ-10: B00.9

Хронический рецидивирующий герпес (*herpes chronicus recidivans*) - является наиболее частой формой эндогенной инфекции, вызываемой простым герпесом [1].

Рецидив хронической герпетической инфекции характеризуется высыпаниями одиночных или групп пузырьков диаметром 1–2 мм на гиперемизированной слизистой оболочке (рис. 2, 3).

Рисунок 2

Поражения слизистой оболочки рта при хроническом рецидивирующем герпесе



Процесс начинается обычно с чувства жжения, зуда, иногда легкой болезненности на месте будущих высыпаний. Затем появляются легкая гиперемия и отечность слизистой оболочки, на фоне которой возникают мелкие сгруппированные пузырьки. Они очень быстро вскрываются, в результате чего образуются ярко-красные болезненные эрозии неправильной формы с мелкофестончатыми очертаниями за счет слияния пузырьков и отдельными мелкими эрозиями вокруг.

Рисунок 3

Поражения слизистой оболочки нижней губы при хроническом рецидивирующем герпесе



Эрозии затем покрываются бело-желтым фибринозным налетом, на красной кайме губ и коже — геморрагическими корками. Заживление происходит на 8—10-й день без образования рубца.

Чаще всего пузырьки появляются на красной кайме губ в области границы с кожей (*herpes labialis*), передних отделах твердого неба, спинке языка, щеках, крыльях носа (*herpes nasalis*), реже на коже ягодиц, в области крестца, на бедрах. Рецидивирующий герпес на слизистой оболочке рта локализуется в

основном в местах, в норме ороговевающих. При повторной локализации герпеса на одном и том же месте говорят о фиксированном герпесе. Иногда возникновение пузырьков сопровождается увеличением поднижнечелюстных и подъязычных лимфатических узлов [1-9].

1.4 Диагностика герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта

Диагноз ОГС и ХРГ устанавливается на основании клинических проявлений.

Лабораторные методы исследования используются для уточнения этиологии заболевания, при атипичных формах заболевания, а также с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

Реакция слюны вначале заболевания кислая, затем определяется сдвиг в щелочную сторону (рН 5,8-6,4).

Содержимое везикул исследуется молекулярно-биологическими методами с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

В общем анализе крови обнаруживают лейкопению, увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов, повышенная СОЭ в зависимости от тяжести заболевания.

Цитологически в мазках-отпечатках определяются полиморфно-ядерные нейтрофилы в различной стадии некробиоза, спонгиоз, акантолиз, баллотирующая дистрофия в сиповатом слое эпителия, ярко-выраженные гигантские многомерные клетки, характернее для герпеса, лимфоциты.

В соскобах выявляются гигантские многоядерные клетки.

Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени (Real-time PCR) отделяемого с элементов поражений на слизистой оболочке рта для определения ДНК ВПГ (типа герпес-вируса). Является наиболее чувствительный и быстрым методом диагностики

Иммуноферментный анализ (ИФА) позволяет исследовать кровь для определения класса иммуноглобулинов. В острый период болезни

обнаруживаются иммуноглобулины класса М. Диагностическим является нарастание тетра антител в 4 и более раз [2- 4, 7, 8].

1.5 Лечение герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта

Лечение герпес-вирусной инфекции слизистой оболочки рта — трудная задача в практической деятельности врача-стоматолога.

Принципы лечения требуют одновременного решения нескольких задач:

- выявление и устранение причины заболевания
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса и возможных осложнений
- устранение очага поражения (воспаления), который определяется тяжестью заболевания и период развития
- повышение общей резистентности организма
- повышение качества жизни.

Необходима комплексная терапия с применением современных лекарственных препаратов общего и местного действия. При тяжелом течении болезни лечение возможно проводить совместно с врачами-инфекционистами и терапевтами в госпитальных условиях.

В острый период и в период обострений хронической инфекции канонически назначают противовирусные, противовоспалительные, десенсибилизирующие средства, поливитамины и др.

Проводится общая и местная терапия. Лечение необходимо начинать как можно раньше после появления первых симптомов заболевания. Основным направлением в лечении является терапия с применением высокоспецифичных противовирусных препаратов — ациклических нуклеозидов, блокирующих репликацию ВПГ. Применение ациклических нуклеозидов сокращает длительность эпизода и уменьшает выраженность симптомов.

В зависимости от степени тяжести противовирусные препараты назначают внутрь, внутримышечно, внутривенно или местно. Наиболее действенным препаратом является ацикловир.

Схемы лечения: все препараты назначаются на 7-10 дней:

- ацикловир 200 мг перорально 5 раз в сутки,
- ацикловир 400 мг перорально 3 раза в сутки,
- валацикловир 500 мг перорально 2 раза в сутки,
- фамцикловир 250 мг перорально 3 раза в сутки.

В план общего лечения необходимо включать десенсибилизирующую терапию, витаминные препараты.

Десенсибилизирующая терапия: супрастин 0,025 г, тавегил 0,001 г, кларитин 0,01 г, задитен 0,01 г, цетрин 0,01 г [Барер Г.М.,2018]

Витаминотерапия: комплексные витаминные препараты, содержащие витамины А, С, Е и микроэлементы (триовит и т.п.) 1-2 раза в день в течение 2-3 недель [4].

С целью повышения защитных сил организма необходимо назначение иммуномоделирующих препаратов - виферон, кипферон и др.

Кипферон, виферон (содержат альфа-интерферон, иммуноглобулин, витамины А, Е, Р, С) 1500 МЕ в ректальных свечах каждые 12 ч в течение 10 дней [4]

Интерферон (ИФН) альфа-2b в виде ректальных суппозиторий по 500 000-1 000 000 МЕ 2 раза в сутки 10 дней.

При выраженном болевом синдроме показано применение нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен, нимесулид, кетонал, кеторолак, кетанов и др.)

Местное лечение предполагает назначение обезболивающих препаратов перед каждым приемом пищи на слизистую полости рта (5–10% раствор анестезина на персиковом масле, гели с лидокаином и др.).

Эффективно использование препаратов, одновременно обладающих обезболивающим и противовоспалительным действием («Тантум Верде», «Холисал» гель Камистад, Калгель и др.).

После приема пищи проводится антисептическая обработка полости рта 0,05 % раствором хлоргексидина, 0,01% раствором мирамистина и т.п. Возможно применение протеолитических ферментов (0,2% раствор детоксирибонуклеазы, растворы трипсина, химотрипсина).

С первых дней заболевания необходимо использовать противовирусные мази: 5% ацикловировая, 0,25% бонафтоновую, 1% алпизариновую и др., 4–6 аппликаций в день в течение 5 дней.

Рекомбинантный ИФН альфа-2b гель назначается местно 3-5 раз в день до исчезновения клинических проявлений.

Для ускорения эпителизации в период угасания высыпаний применяют кератопластические препараты - масляные растворы витамина А или Е, масло шиповника и т.п. в виде аппликаций 3 раза в день.

Физиотерапия: гелиево-неоновый лазер и другие виды физиолечения. [4]

При значительных нарушениях общего состояния показана госпитализация больного в инфекционную больницу.

В период ремиссий — устраняют очаги инфекции в организме, ликвидируют местные факторы, сопутствующие появлению заболевания, рекомендуют лечение соматической патологии и повышение общей резистентности организма.

При лечении ХРГ простое применение противовирусных мазей, а также противовирусных препаратов внутрь, как правило, не дает ожидаемых результатов по той причине, что рецидивирование всегда опосредовано каким-либо дефектом в иммунной системе. Обычно это нарушения в клеточном звене иммунитета, недостаточная выработка интерферона и другие.

В связи с этим основу лечения хронического герпеса составляют средства, влияющие на иммунитет. В классической практике это чаще всего пассивная иммунотерапия препаратами интерферона, либо индукторами интерферона (циклоферон и др.)

В период обострения процесса (рецидива) терапия проводится как при остром герпетическом стоматите.

2. Клиника, диагностика, лечение опоясывающего лишая (герпеса).

КОД по МКБ-10: B02

Опоясывающий лишай - (*Herpes zoster*) (син. — опоясывающий герпес) — вирусное заболевание, характеризующееся односторонними высыпаниями на коже и слизистых рта, с сильным болевым синдромом (отмечается боль по типу неврологической). Возбудитель — вирус ветряной оспы (*Varicella zoster*) семейства герпесвирусов.

Основные пути распространения вируса - контактный и воздушно-капельный.

Название вирус получил в связи с тем, что может вызывать 2 различных по клинической картине заболевания - ветряную оспу и опоясывающий герпес.

Естественный хозяин вируса варицелла зостер - человек.

В детском и молодом возрасте вызывает типичную ветряную оспу [1-5].

У переболевшего ветряной оспой в детском возрасте сохраняется пожизненный иммунитет. Однако вирус продвигается в паравертебральные чувствительные ганглии, переходит в латентное состояние (хроническая персистенция возбудителя).

Вероятность развития опоясывающего герпеса в течение жизни человека составляет 10-20%, но риск развития увеличивается с возрастом.

Пациенты старше 45 лет составляют 85%. Болеют преимущественно лица пожилого и старческого возраста, а также люди с ослабленным иммунитетом, на фоне иммунной депрессии и стресса [1-5].

Провоцирующие факторы развития опоясывающего герпеса - переохлаждение, гиперинсоляция, стресс, ОРВИ, прием глюкокортикоидов, цитостатиков, тяжелые заболевания, сопровождаемые иммунодефицитом (ВИЧ, рак, болезни крови и др.).

Заболевают люди, ранее перенесшие ветряную оспу.

При резком ослаблении местного и общего иммунитета наступает активация вируса и инфекция проявляется в виде высыпаний в тех зонах, которые иннервируются тройничным нервом [1-5].

Клиническая картина

Для опоясывающего герпеса характерно 4 периода течения заболевания:

- 1) продромальный,
- 2) клинических проявлений,
- 3) реконвалесценции,
- 4) остаточных явлений - постгерпетическая невралгия.

Продромальный период продолжается 2-3 дня и проявляется лихорадкой, головной болью, слабостью и зудом, чувством онемения, покалывания в зоне иннервации пораженного нерва,. Иногда вирусный процесс манифестируется поражением кожи без продромальных явлений.

Период клинических проявлений начинается с резко выраженной жгучей боли в месте высыпаний. Высыпания появляются по ходу веточек чувствительных нервов в виде нечётких розоватых эритем, на фоне которых образуют группы болезненных пузырьков, заполненных прозрачным, а затем и мутным содержимым. Высыпания исчезают в течение 2—4 недель: пузырьки подсыхают, образуя жёлто-коричневые корочки, которые затем отпадают, оставляя незначительную пигментацию. Боли иногда становятся нестерпимыми, усиливаются при малейшем прикосновении к коже.

На слизистой рта также видны высыпания (везикулы), которые быстро вскрываясь, образуют эрозии полигональной формы, покрытые фибринозным налётом [1-5] (рисунки 4, 5).

Период реконвалесценции. Пузырьки на коже сосыхаются, образуя желтовато-коричневатые корочки, отпадающие в течение 2-3 нед, на месте которых остается гипо или гиперпигментация.

Рисунок 4

Поражения слизистой оболочки рта при опоясывающем лишае



Рисунок 5

Поражения слизистой оболочки рта при опоясывающем лишае



Период остаточных явлений. Остаточные явления - постгерпетическая невралгия причиняет больше страданий, чем боль в острый период и может продолжаться до 2-3 лет.

Диагностика опоясывающего лишая основана на характерных жалобах (проявления неврологической симптоматики), течении заболевания (продромальный период и манифестация на коже) и особенностях клинических проявлений на коже [1-5].

При необходимости для верификации диагноза используются методы амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) для идентификации вируса *Varicella zoster*, содержащегося в материале из очагов поражения ОГ на коже и/или слизистых оболочках. [4].

Лечение

Этиотропное и патогенетическое, направленно на борьбу вирусом, а также уменьшение интоксикации, снятием болевого приступа, предупреждением вторичной инфекции и профилактику постгерпетических невралгий.

Противовирусная терапия. Назначение противовирусных препаратов наиболее эффективно в первые 72 часа развития клинических проявлений заболевания и приводит к уменьшению тяжести заболевания и осложнений, связанных с опоясывающим герпесом и постгерпетической невралгией.

Рекомендуется один из препаратов:

- ацикловир по 800 мг перорально 5 раз в сутки в течение 7 дней
- фамцикловир по 500 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней
- валацикловир по 1000 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней
- метисазон по 0,6 г 2 раза в день, после еды, в течение 6 дней
- бонафтон по 0,1 г 3–5 раз в день, тремя 5-дневными циклами с перерывами 1–2 дня.

Использования новой рекомбинантной вакцины против опоясывающего лишая, которая снижает заболеваемость опоясывающим лишаем более чем на 90% и является предпочтительной по сравнению с живой аттенуированной вакциной против опоясывающего лишая.

Возможно назначение нестероидных противовоспалительных средств. С этой целью назначают анальгетики (анальгин, баралгин), салицилаты (ацетилсалициловая кислота по 0,5 г 3–4 раза в день).

Применяются ганглерон, витамины В1, В12.

При отсутствии эффекта обезболивающей терапии могут использоваться препараты с центральным анальгетическим действием и невральные блокады (симпатические и эпидуральные), что определяется консультацией невролога. [4].

Интерфероны системного действия:

- интерферон гамма 500000 МЕ 1 раз в сутки подкожно через день, на курс 5 инъекций [1- 4].

Местное лечение включает: обезболивание слизистой оболочки рта, антисептическую обработку, применение противовирусных мазей, а в период угасания заболевания использование кератопластических препаратов.

Для оказания местного противовоспалительного действия и предупреждения бактериальной суперинфекции на кожу назначаются спиртовые 1–2% растворы анилиновых красителей (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый), фукорцин.

При наличии буллезных высыпаний пузыри вскрывают (надрез стерильными ножницами) и тушируют анилиновыми красителями или антисептическими растворами (0,5% р-р хлоргексидина биглюконата и др.) [4].

Как правило, больные опоясывающим лишаем не нуждаются в госпитализации.

Прогноз благоприятный

3. **Клиника, диагностика, лечение проявлений на слизистой оболочке рта вируса Эпштейна-Барра.**

КОД по МКБ-10: B27

Эпштейна–Барр вирус (ВЭБ) или вирус герпеса 4 типа является гамма-герпесвирусом, которым инфицировано более 95 % населения земного шара. Наиболее типичное проявление первичной инфекции, вызванной ВЭБ — инфекционный мононуклеоз (ИМ). Характеризуется лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, тонзиллитом, фарингитом, гепатоспленомегалией и характерными изменениями гемограммы (лимфоцитоз, атипичные мононуклеары), в ряде случаев может принимать хроническое течение [1-5, 10]

Клиническая картина.

Инкубационный период инфекционного мононуклеоза у подростков составляет 30–50 дней. У детей он может быть короче. Классические результаты физикального обследования: генерализованная лимфаденопатия (90% случаев), спленомегалия (50% случаев) и гепатомегалия (10% случаев). Лимфаденопатия чаще всего возникает в передних и задних шейных узлах и подчелюстных лимфатических узлах, реже - в подмышечных и паховых лимфатических узлах.

Боль в горле часто сопровождается фарингитом от средней до тяжелой степени с выраженным увеличением миндалин, иногда с экссудатом. Часто наблюдаются петехии на границе твердого и мягкого неба [1-5] (рисунок 4).

Диагностика.

На основе анамнеза и осмотра, также для достоверности диагноза используются лабораторные исследования:

ОАК: лейкопения/умеренный лейкоцитоз (12-25х10⁹/л); лимфоцитоз до 80-90%; нейтропения; плазматические клетки; увеличение СОЭ до 20-30 мм/ч; атипичные мононуклеары (отсутствие или увеличение от 10 до 50%).

Биохимический анализ крови: умеренная гиперферментемия, гипербилирубинемия.

Проявления на слизистой оболочке рта вируса Эпштейна-Барра



Биохимический анализ крови: умеренная гиперферментемия, гипербилирубинемия.

Серологический анализ крови (ИФА): обнаружение специфических антител ВЭБ специфичности (IgM VCA, IgG EA, IgG VCA, IgG-EBNA) с определением показателя индекса авидности.

Полимеразная цепная реакция (ПЦР): обнаружение в крови ДНК вируса Эпштейна-Барра [Шаковец, М. А. 2020]

В 2013 году было установлено, что в России у больных с раком носоглотки и другими опухолями этой же анатомической области персистируют генетически родственные штаммы вируса Эпштейна-Барра. Это отражает полиморфизм штаммов вируса, циркулирующих в популяции. Было сделано предположение, что в эндемичных по раку носоглотки регионах мира, к числу которых относится и Россия, риск возникновения рака зависит не столько от штамма вируса, сколько от генетической предрасположенности к заболеванию инфицированных этим вирусом лиц и влиянию других, пока еще неизвестных агентов [10].

Лечение:

Лечение больных проводится в амбулаторных условиях и условиях стационара.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- период болезни;
- тяжесть заболевания;
- возраст больного;
- наличие и характер осложнений;
- доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

В амбулаторных условиях осуществляется лечение легких форм инфекционного мононуклеоза при отсутствии осложнений и наличии возможности организовать изоляцию больного от здоровых лиц [А.А.Астапов.,2009]

Необходима изоляция больного в острый период болезни, постельный режим (в течение периода лихорадки), полупостельный – период реконвалесценции; диета: стол № 5 (предпочтительно).

Лечение.

Этиотропная терапия.

- ацикловир, внутрь 10-15 мг/кг веса в течение 10-14 дней;
- интерферон человеческий рекомбинантный альфа2b– по 1 свече (500 000 - 1000000 МЕ) 2 раза в день ректально в течение 5-10 дней. [Шаковец, М. А. 2020]

Антибиотики назначают при тяжелых формах заболевания, при выраженных гнойно-некротических изменениях в зеве и резком палочкоядерном сдвиге в анализах крови. При этом целесообразно назначать один из нижеперечисленных антибиотиков:

Фторхинолоны:

- ципрофлоксацин– внутрь по 0,5 г 1-2 раза в день (курс лечения 7-10 дней)
- левофлоксацин – внутрь, по 0,5 г (0,25 г) 1-2 раза в день (курс лечения 7-10

дней)

Цефалоспорины:

- цефотаксим – в/м, в/в по 1,0 г 2 раза в день в течение 7-10 дней
- цефтриаксон – в/м, в/в по 1,0 г 2 раза в день в течение 7-10 дней

[А.А.Астапов.,2009]

Патогенетическая терапия:

- полоскание ротоглотки раствором антисептиков (с добавлением 2% раствора лидокаина (ксилокаина) при выраженном дискомфорте в глотке).

Нестероидные противовоспалительные препараты:

- ибупрофен по 0,2г, 2-3 раза в сутки, внутрь в течение 5-7 дней
- парацетамол 500 мг, внутрь
- диклофенак по 0,025 г 2-3 раза в сутки, внутрь, в течение 5-7 дней.

[В.П.Михайловская.,2009]

Десенсибилизирующая терапия:

- хлоропирамин внутрь по 0,025 г 3-4 раза в сутки
- цетиризин внутрь по 0,005-0,01г 1 раз в сутки, 5-7 дней
- лоратадин по 0,01г внутрь 1 раз в сутки [Шаковец, М. А. 2020]

4. Клиника, диагностика, лечение цитомегаловирусной инфекции

КОД по МКБ-10: B25

Цитомегаловирусная инфекция (синонимы: цитомегалия, вирусная болезнь слюнных желез, инклюзионная цитомегалия, болезнь с включениями; salivary gland virus disease – англ.) - хроническая антропонозная болезнь вирусной этиологии, которая характеризуется многообразием форм патологического процесса от латентной инфекции до клинически выраженного генерализованного заболевания.

Клиническая картина

Жалобы: зависят от клинической формы инфекции, путей заражения и степени выраженности иммуносупрессии. Характерны длительная лихорадка, чаще субфебрильная температура; слабость; повышенная утомляемость;

увеличение и болезненность слюнных желез; увеличение лимфоузлов (чаще шейные, подчелюстные); боль в горле; сухой кашель; желтуха; тошнота, рвота; боли в животе; диарея; снижение остроты зрения с дефектами полей зрения; неврологические жалобы (головная боль, головокружение, рвота, парестезии, судороги и т.д.).

Диагностика осуществляется на основе осмотра больного, сбора анамнеза и следующих лабораторных исследований- ОАК; ОАМ; определение цитомегаловирусных антител IgM и IgG в сыворотке крови методом ИФА; определение индекса avidности методом ИФА, определение ДНК ЦМВ методом ПЦР (кровь, моча, слюна); УЗИ плода (у беременных); иммунограмма CD4+, CD8+, CD4\CD8;

Лечение

Основные лекарственные препараты:

С противовирусной целью:

- ганцикловир 5 мг/кг 2 раза в сутки в/в в течение 14-21 дня;
- валганцикловир по 900 мг x 2 раза в сутки внутрь в течение 21 дня;
- интерферон рекомбинантный альфа 2 b 500 000 МЕ или 1 000 000 МЕ

по 1 свече 2 раза в сутки №10, далее 500 000 МЕ по 1 свече 2 раза 3 раза в неделю 1–12 месяцев;

Дополнительные лекарственные препараты:

с иммуномодулирующей целью:

• Панавир 0,004% раствор 5 мл в/в медленно №5 по схеме три инъекции с интервалом 48 часов, две последующие – с интервалом 72 часа и суппозитории ректальные Панавир 200 мкг, по 1 свече на ночь 3-хкратно в течении 1-ой недели с интервалом 48 часов и 2-хкратно в течении 2-ой недели с интервалом 72 часа.

Курс лечения 11 дней.

С целью дезинтоксикационной терапии: обильное питье из расчета 20-40 мл/кг массы тела, в тяжелых случаях – инфузионная терапия: кристаллоиды (физиологический раствор, ацесоль, лактосоль, ди- и трисоль и т.п.) и коллоиды (реополиглюкин) в соотношении 3:1 - 2:1;

С десенсибилизирующей, противотёчной, противовоспалительной целью при генерализованной ЦМВИ с поражением ЦНС: кортикостероидные препараты: преднизолон 2-5 мг\кг в сутки;

Антибактериальная терапия при наложении бактериальной инфекции рекомендуется монотерапия одно из нижеперечисленных препаратов:

- цефтриаксон по 1,0г x 2-3 раза в сутки, в/внутривенно 5-7 дней;
- цефепим флаконы по 2,0 г x 2- 3 раза в сутки 5-7 дней;
- ципрофлоксацин 0,2% -200 мг/100 мл, в/в, капельно x 2 раза в сутки 5-7 дней;
- ципрофлоксацин по 250 мг x 2 раза в сутки 5-7 дней

Больным цитомегаловирусной инфекцией показана госпитализация.

Тестовые задания

1. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ:

- 1) вирусным;
- 2) бактериальным;
- 3) грибковым;
- 4) аутоиммунным;
- 5) аллергическим;

2. ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ:

- 1) афта;
- 2) корка;
- 3) папула;
- 4) эрозия;
- 5) пузырек;

3. ВТОРИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ:

- 1) афта;
- 2) папула;
- 3) эрозия;
- 4) пузырек;
- 5) чешуйка;

4. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С:

- 1) атопическим хейлитом;
- 2) гиперпластическим кандидозом;
- 3) атрофическим кандидозом;
- 4) десквамативным глосситом;
- 5) аллергическим (медикаментозным) стоматитом;

5. ВОЗБУДИТЕЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА:

- 1) актиномицеты;

- 2) палочка Леффлера;
- 3) дрожжеподобные грибы;
- 4) вирус простого герпеса;
- 5) фузоспирохета Венсана;

6. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРОИСХОДЯТ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

- 1) аллергии;
- 2) дисбактериоза;
- 3) активизации латентной инфекции;
- 4) активизации условно-патогенной микрофлоры;
- 5) стоматологического вмешательства;

7. ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕСЕ:

- 1) афта;
- 2) корка;
- 3) папула;
- 4) пятно;
- 5) везикула;

8. ПРИ ГЕРПЕСЕ В ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ПРЕПАРАТЕ НАХОДЯТ КЛЕТКИ:

- 1) Тцанка;
- 2) Лангханса;
- 3) гигантские многоядерные;
- 4) акантолические;
- 5) атипичные;

9. ПРИ ГЕРПЕСЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В ЭПИТЕЛИИ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) акантозом;
- 2) гиперкератозом;
- 3) паракератозом;
- 4) папилломатозом;

5) баллонизирующей дегенерацией;

10. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В РЕЗУЛЬТАТЕ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ МЕЖДУ КЛЕТКАМИ ШИПОВАТОГО СЛОЯ НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) акантозом;
- 2) спонгиозом;
- 3) паракератозом;
- 4) папилломатозом;
- 5) гиперкератозом;

11. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСА В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕННЫ НА:

- 1) блокаду вируса в нервных трофических окончаниях
- 2) воздействие на анаэробную микрофлору
- 3) выявление и устранение очагов хронической инфекции
- 4) санацию полости рта

5) эпителизацию

12. ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ АКТИВНОСТЬЮ:

- 1) нистатин
- 2) дибазол
- 3) трихопол
- 4) ацикловир

5) цифран

13. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ С:

- 1) противовирусной терапии
- 2) эпителизации
- 3) обезболивания
- 4) антисептической обработки

5) санации полости рта

14. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ГЕРПЕСА С ЦЕЛЬЮ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) интерферон лейкоцитарный
 - 2) культуральная инактивированная герпетическая вакцина
 - 3) кислота аскорбиновая
 - 4) гистаглобулин
-

5) стимуляция выработки эндогенного интерферона

15. С ЦЕЛЬЮ УДЛИНЕНИЯ ПЕРИОДА РЕМИССИИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- 1) седативное воздействие на ЦНС
 - 2) блокада Н-холинорецепторов
 - 3) санация полости рта
-

4) десенсибилизация

5) стимуляция слюноотделения

16. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГЕРПЕС СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

- 1) сифилисом
 - 2) плоской лейкоплакией
 - 3) гиперпластическим кандидозом
 - 4) атрофическим кандидозом
-

5) атопическим хейлитом

17. ПЕРВИЧНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ РЕЦИДИВА:

- 1) локализацией процесса
 - 2) остротой течения
 - 3) болезненностью элементов поражения
 - 4) размером элементов поражения
-

5) длительностью заболевания

18. ВОЗБУДИТЕЛЬ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ:

- 1) актиномицеты
- 2) палочка Леффлера
- 3) вирус Варицелла-Зостер

4) вирус простого герпеса

5) фузоспирохета Венсана

19. ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

1) алиментарного заноса возбудителя

2) дисбактериоза

3) невралгии

4) активизации латентной инфекции

5) активизации условно-патогенной микрофлоры

20. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ:

1) регионарный лимфаденит, болезненные эрозии на гиперемизованном фоне слизистой оболочки

2) невралгическая боль, высыпания по ходу нервных стволов на коже и слизистой оболочке

3) одиночный пузырь на слизистой оболочке с геморрагическим содержимым

4) одиночные округло-овальные эрозии с венчиком гиперемии

5) обширные сливающиеся эрозии, обрывки пузырей, отек, корки на губах и коже

21. ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

1) глоссалгией

2) гиперпластическим кандидозом

3) гиперкератотической формой плоского лишая

4) плоской лейкоплакией

5) многоформной экссудативной эритемой

22. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОПОЯСЫВАЮЩЕМ ЛИШАЕ

НАПРАВЛЕННЫ НА:

1) блокаду вируса в нервных трофических окончаниях

2) исключение анаэробной инфекции

3) выявление и устранение, очагов хронической инфекции

4) санацию полости рта

5) стимуляцию слюноотделения

23. ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ:

- 1) аллергии
- 2) хронического рецидивирующего афтозного стоматита
- 3) хронического рецидивирующего герпетического стоматита
- 4) ящура
- 5) трофического расстройства пораженной области

Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациент К., 28 лет, обратился с жалобами на резкую боль при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, на множественные высыпания в полости рта. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 37,5 градусов, недомоганием. Анамнез: Считает себя больным 4 дня. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее подобное заболевание наблюдалось 1-2 раза в год. Объективно: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На красной кайме губ наблюдаются эрозии и корочки желтоватого цвета. На коже в области верхней и нижней губы отдельные пузырьки с желтоватым содержимым.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Назовите противовирусные препараты для местного и общего лечения;
5. Рекомендации по профилактике данного заболевания;

Задача 2.

Пациент Т., 15 лет, обратился с жалобами на резкую боль при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области, множественные высыпания в полости рта. Заболевание сопровождается

повышением температуры тела до 38,5, недомоганием, головной болью. Считает себя больным 3 дня. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее подобного заболевания не отмечает. Две недели назад перенес грипп. При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На красной кайме нижней губы слева сгруппированные везикулы, на гиперемизированном основании. СО рта ярко гиперемизирована и отечна. На спинке языка, прикрепленной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Маргинальный край десны гиперемизирован, отечен.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Что является возбудителем заболевания?
3. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Составьте план лечения.

Задача 3.

Женщина 25 лет обратилась к стоматологу с жалобами на боль в полости рта, которая усиливается при приёме пищи, общую слабость. Подобные явления периодически появляются в осенний период. Объективно: температура тела 38,0С°, слизистая оболочка полости рта гиперемизирована. На слизистой оболочке нижней губы и щек эрозии размером 0,3×0,5 см с фестончатыми краями, покрыты фибринозным налётом. Результаты цитологического исследования: в мазке-отпечатке выявлены гигантские многоядерные клетки

1. Какой диагноз наиболее вероятный?
2. Какие морфологические элементы предшествовали эрозиям в полости рта?
3. Какие морфологические элементы могут наблюдаться при данном заболевании?

4. Проведите дифференциальную диагностику.

5. Какие противовирусные препараты можно использовать для местного лечения?

Задача 4.

К детскому стоматологу в районную поликлинику обратилась мама с ребёнком 7 мес., с жалобами на повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, на пузырьковые высыпания на нижней губе, обильное слюнотечение, отказ ребёнка от пищи. Анамнез: сутки назад поднялась температура до $38,0^{\circ}\text{C}$ и появились пузырьковые высыпания на нижней губе, отмечалась плаксивость, отказ ребёнка от приема пищи. Объективно: правая и левая половины лица симметричны, высота нижней трети лица уменьшена, конфигурация лица изменена за счет отека нижней губы. На воспаленной красной кайме нижней губы два пузырька округлой формы около 2 мм в диаметре. Открывание рта в полном объеме. На слизистой оболочке нижней губы три эрозии, покрытые фибринозным налётом, окружены венчиком гиперемии, округлой формы около 3 мм в диаметре. При пальпации лимфатических узлов – поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции.

1. Поставьте диагноз.;
2. Объясните этиологию заболевания.
3. Какие периоды различают в патогенезе заболевания?
4. Какие морфологические элементы могут наблюдаться при данном заболевании?
5. Составьте план лечения.;

Задача 5.

Больная Ф., 42 лет обратилась к врачу на резкую, жгучую боль при приеме пищи и разговоре. Боль возникает по ходу II ветви тройничного нерва. Анамнез: до начала заболевания за 3-е суток у больной отмечалось недомогание, головная боль, озноб и повышение температуры до 38°C . Кроме того больная указывает

на появление невралгии и парестезии в полости рта. В течение месяца была в командировке на севере. Объективно: на коже лица по ходу II ветви тройничного нерва сгруппированы пузырьки в виде цепочки. На СО преддверия полости рта и щек мелкоточечные эрозии. При пальпации возникает резкая болезненность.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Составьте план лечения;
4. Назначьте местное лечение;
5. Назначьте общее лечение;

Список литературы

1. Анисимова И.В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ (учебное пособие)/ Анисимова И.В., Недосеко Б.В., Ломиашвили Л.М. М.: Мед. книга, 2008;194.
2. Каракоев К.Г., Гандылян К.С., Безроднова С.М., Шацкая Н.В., Еременко А.В., Хачатурян Э.Э. Инфекционные заболевания в практике врача-стоматолога. Ереван. 2015;204.
3. Ключникова, О. Н. Герпетическая инфекция у детей: учебное пособие / О. Н. Ключникова. Иркутск: ИГМУ, 2019; 51.
4. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. / под ред. Г. М. Барера. - 2-е изд., доп. и пере-раб. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Ч. 3. - Заболевания слизистой оболочки полости рта; 256 с.: ил.
5. Терапевтическая стоматология: нац. руководство / ред. Л. А. Дмитриева, Ю. М. Максимовский. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021; 888 с.
6. Терапевтическая стоматология: рук. к практ. занятиям: учебное пособие / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011; 432.
7. Тирская О.И., Молоков В.Д. Герпетическая инфекция в полости рта: современный взгляд на проблему. Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. 2015; I: 135-139.
8. Юнусова Д.Р., Силантьева Е.Н., Юнусова Е.И. Простой герпес — «непростая» междисциплинарная проблема. Клинический случай. Стоматология. 2021;100(5):66–71. <https://doi.org/10.17116/stomat202110005166>
9. Янушевич, О. О. Терапевтическая стоматология: учебник / О. О. Янушевич, Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова. - 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 768.
10. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20446881>