

Герпетические поражения органов полости рта при бактериальных острых кишечных инфекциях

А.А. Сорокина, Б.П. Богомолов

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Представлены результаты стоматологического обследования состояния слизистой оболочки полости рта (СОПР) у 216 больных бактериальными острыми кишечными инфекциями (ОКИ) различной этиологии. У 25,46% обследованных выявлены герпетические поражения СОПР и кожи периоральной области. С убывающей частотой они наблюдались при шигеллезах (37,5%), сальмонеллезе (31,03%), иерсиниозах (28,95%), пищевых токсикоинфекциях (13,75%). Реактивация и рецидивы хронической герпесвирусной инфекции при бактериальных ОКИ являются ведущим поражением СОПР и кожи периоральной области. Больным ОКИ в инфекционном стационаре необходим ежедневный осмотр врача-стоматолога для рекомендаций по уходу за полостью рта, лечению и профилактике возможных осложнений.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, герпесвирусная инфекция, слизистая оболочка полости рта.

The results of dental examination of the oral mucosa (OM) in 216 patients suffering from bacterial acute enteric infections (AEI) of various etiologies were presented. In 25.46% of the examined patients herpetic lesions of the oral mucosa and perioral area skin were identified. With the descending order of occurrence frequency they were observed in case of shigellosis (37.5%), salmonellosis (31.03%), yersiniosis (28.95%), and bacteria food poisoning (13.75%). Reactivation and recurrence of chronic herpes virus infection during bacterial AEI is the leading involvement of OM and perioral area skin. All patients with AEI in infectious diseases hospitals need daily medical examination by a dentist for advice on oral care, treatment and prevention of possible complications.

Key words: acute enteric infections, herpes virus infection, oral mucosa.

Герпесвирусная инфекция (ГИ) известна со времен Гиппократов как лихорадка, сопровождающаяся пузырьковыми высыпаниями на коже и слизистых оболочках. Генерализованные формы ГИ протекают с поражением многих органов и систем организма [1, 2, 4–6]. Вирус простого герпеса (ВПГ) выделен W. Gruter в 1912 г. На сегодняшний день описано более 100 представителей семейства герпесвирусов, которые вызывают поражения, характеризующиеся многообразием клинических проявлений. Отличительным свойством повсеместно распространенной инфекции человека является пожизненная персистенция ВПГ в организме инфицированных и последующая периодическая реактивация [1, 4, 9]. Из-за частых субклинических форм у большинства людей ГИ остается недиагностированной. Чаще наблюдается хроническое рецидивирующее течение болезни.

Проникновение ВПГ в организм человека происходит через рот, носоглотку, конъюнктиву глаз, гениталии. Инфицирование возможно как при наличии у человека клинических проявлений ГИ, так и при их отсутствии. У ВПГ наиболее выражена дерматотропность [1, 5, 6]. ГИ вызывается ВПГ – 1-го и/или 2-го типа. Поверхностные герпетические поражения периоральной области и слизистых оболочек полости рта (СОПР) в связи с типичной клинической картиной легко распознаются, тогда как диагностика висцеральных форм ГИ представляет большие трудности. При ВПГ-1 наблюдаются орально-фасциальные поражения, лабиальный герпес и герпетический стоматит. При ВПГ-2 поражаются гениталии. Однако возможно перекрестное и смешанное инфицирование [2, 7].

Согласно международной классификации [5], различают острый (первичный) и рецидивирующий

герпетический гингивостоматит. Последний в свою очередь подразделяется на типичную и атипичную клинические формы и бессимптомное носительство вируса. Выделяют три степени тяжести рецидивирующего герпетического гингивостоматита: легкую, среднюю и тяжелую [8]. Изучение герпетических поражений слизистой оболочки полости рта у больных острыми кишечными инфекциями (ОКИ) имеет важное значение как для выяснения их роли в патогенезе стоматологических заболеваний, так и для общей оценки клинической картины болезни.

Цель исследования — изучение герпесвирусной инфекции слизистой оболочки полости рта и кожи периоральной области у больных бактериальными острыми кишечными инфекциями различной этиологии.

Материалы и методы

В инфекционных отделениях многопрофильной клинической больницы проведено стоматологическое обследование 216 больных ОКИ, из них 122 (56,48%) женщины и 94 (43,52%) мужчины. Средний возраст $33,14 \pm 0,83$ года. Среди них 58 больных сальмонеллезом, 40 — шигеллезами, 38 — иерсиниозами, 80 — пищевыми токсикоинфекциями (ПТИ) (рис. 1). У 200 из них заболевание протекало в среднетяжелой, у 16 — в тяжелой форме. Этиология ОКИ была подтверждена бактериологически, серологически и иммунологически у всех больных.

Клиническая диагностика ГИ основывалась на данных анамнеза: давность заболевания, частота и продолжительность рецидивов, локализация герпетических высыпаний. Учитывались характер местных пузырьковых высыпаний и общие кли-

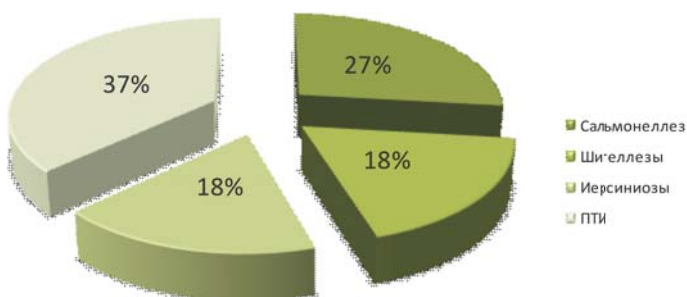


Рис. 1. Структура ОКИ у 216 обследованных больных.

нические проявления: лихорадка, подчелюстной, шейный лимфаденит; результаты полимеразной цепной реакции.

Стоматологический осмотр проводили в остром периоде (1–3-й день болезни), на 4–6-й день, в период ранней реконвалесценции (6–9-й день) и перед выпиской из стационара. Пациенты обследованы по методике ЦНИИС (Рыбаков А.И., 1964) и методике ВОЗ с занесением результатов в комбинированную карту для стоматологического исследования и определения потребности в лечении, а также в историю болезни. Изучали состояние СОПР (губ, щек, неба, маргинального пародонта и языка). Оценивали цвет, рельеф, влажность, тургор, сосудистый рисунок. Сравнивали частоту, локализацию, распространенность и характер поражения СОПР до и после лечения. Стоматологический диагноз устанавливали в соответствии с действующей классификацией (МКБ-10). Пациенты подписывали добровольное информированное согласие на стоматологическое дообследование и лечение. Контрольную группу составили 40 пациентов (29 женщин и 11 мужчин) без регистрируемой патологии желудочно-кишечного тракта. Все группы больных были сопоставимы по возрасту и полу. Обследование и лечение пациентов соответствовало Московским городским стандартам стационарной медицинской помощи для взрослого населения.

Расчеты полученных данных выполняли с использованием статистического раздела электронной таблицы Microsoft Office Excel 2010 for Windows 7 и программы Biostatistica.

Результаты и обсуждение

При изучении анамнеза болезни оказалось, что при бактериальных ОКИ различной этиологии простой герпес встречался со следующей частотой: при иерсиниозах у 63,2% больных, при сальмонеллезе в 60,3% случаев, при шигеллезах в 47,5% и при ПТИ в 43,8% случаев (рис. 2). При сравнении данных анамнеза и частоты рецидивов ГИ при различных ОКИ оказалось, что чаще всего рецидивы ГИ наблюдались у больных шигеллезами, несколько реже – при сальмонеллезе и иерсиниозах и наименее часто – у больных ПТИ. Рецидивы ГИ при ОКИ, независимо от их этиологии, более 4 раз в году от-

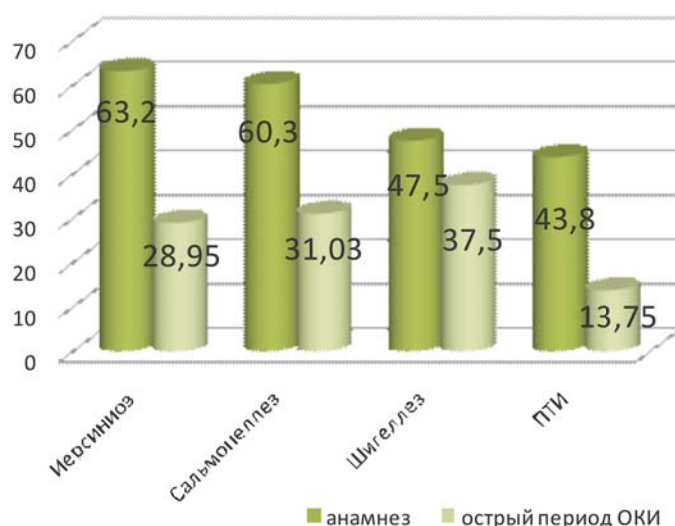


Рис. 2. Герпесвирусная инфекция в анамнезе и в остром периоде ОКИ (в %).

мечали 40 пациентов (18,5%), чаще 2 раз в год – 38 человек (17,6%), 1 раз в несколько лет – 35 человек (16,2%).

При опросе стоматологом больные жаловались на недомогание, повышение температуры тела до 38°С, болезненные ощущения в подчелюстной области, усиление слюноотделения. За сутки или несколько часов до появления пузырьковых высыпаний отмечали чувство покалывания и/или жжения. Появлялась боль при приеме пищи, разговоре. Высыпания были единичными или множественными, локализовались на слизистой рта, красной кайме губ, коже крыльев носа и периоральной области. При осмотре полости рта, помимо болезненных пузырьков с серозным содержимым, через 3–4 дня на отечно-гиперемированном фоне отмечались эрозии полигональной формы, иногда сливающиеся между собой.

При ОКИ у ¾ обследованных больных развиваются различные клинические формы поражения слизистой оболочки полости рта [3]. Среди них ГИ (поражения губ, слизистой оболочки рта и кожи периоральной области) является доминирующей. Она была у 37,5% больных шигеллезами, у 31,03% – сальмонеллезом, у 28,95% – иерсиниозами и у 13,75% – ПТИ (см. рис. 2). При тяжелом течении ОКИ рецидивирующая ГИ наблюдалась у 62,5% больных. Диагностированы следующие формы ГИ: лабиальный герпес (16,7%), герпес кожи и слизистых (11,8%), герпетический гингивостоматит (5,6%). Герпетические высыпания чаще наблюдали на красной кайме верхней губы (22 больных), на нижней губе (14 человек), на коже периоральной области (13 человек); в углах рта (13 пациентов), на слизистой десен, щек и языка (12 человек). Легкая форма течения ГИ диагностирована у 41,8% обследованных, среднетяжелая – у 50,9%, тяжелая – в 7,3% случаев.

Герпетическая инфекция активировалась в период разгара основного заболевания, у некоторых

рецидив ГИ наступал в стадии реконвалесценции. В подавляющем большинстве (98,2%) случаев ГИ сопровождалась подчелюстным лимфаденитом. При пальпации определялись увеличенные до 2–2,5 см в диаметре, болезненные, подвижные подчелюстные лимфатические узлы.

Клиническое наблюдение

Б о л ь н а я Д., 29 лет, поступила 09.05.08 г., выписана 20.05.08 г.

Диагноз: иерсиниоз, генерализованная форма, среднетяжелое течение (реакция пассивной гемагглютинации с кишечно-иерсиниозным 03 Ag в титре 1:400 от 10.05.08 г.).

Заболела остро 07.05, когда появились общая слабость, разбитость, боли в горле. 08.05 произошло повышение температуры тела с ознобом до 39,2°C, появились головная боль, боли в суставах рук. На фоне высокой температуры была кратковременная потеря сознания. Утром 09.05. на коже туловища и конечностей появилась полиморфная сыпь, отдельные элементы с геморрагическим компонентом.

В анамнезе: герпесвирусной инфекцией страдает около 14 лет. Рецидивы до 8 раз в год. Лечилась самостоятельно противовирусными препаратами. В течение 10 лет была ремиссия. Рецидив ГИ в период настоящего заболевания пациентка связывает с нервно-психическим перенапряжением.

При поступлении: состояние средней тяжести, сознание ясное. Температура тела 37,6°C.

Жалобы на общую слабость, сухость во рту, боли в горле, насморк, чувство скованности в кистях, боли в голеностопных суставах.

На коже верхних конечностей, туловища и бедер единичные папулезные элементы до 0,5 см в диаметре; на коже голеней, стоп множественные полиморфные элементы от 0,5 до 2 см с геморрагическим компонентом. При пальпации определяются увеличенные, болезненные шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы. Пастозность голеней и стоп. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Везикулезный фарингит. Конъюнктивит. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Пульс 64 уд/мин. АД 100/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги.

На 3-й день в отделении на губах, коже крыла носа слева и слизистой полости рта появились герпетические высыпания.

При осмотре стоматолога: жалобы на сухость губ, жжение слизистой полости рта, щек и языка; першение в горле, кровоточивость десен, резко болезненные высыпания на губах ближе к левому углу рта, коже периоральной области и носа.

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы бледные. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 2,5 см в диаметре, подвижны, болезненны при пальпации. Височно-



Рис. 3. Простой герпес лица и нижней губы. Герпетические высыпания на коже периоральной области, нижней губе и в левом углу рта.



Рис. 4. Внутриоральный рецидивирующий простой герпес. Сгруппированные эрозии твердого неба; небольшая иктеричность мягкого неба.



Рис. 5. Герпетические поражения кончика и левой боковой поверхности языка. Явления острой воспалительной реакции тканей.

нижнечелюстной сустав без особенностей. Околоушные и подчелюстные слюнные железы безболез-

ненны при пальпации. Выводные протоки без патологических изменений. Секрет выделяется чистый, в достаточном количестве.

Status localis: на коже крыла и кончике носа, периоральной области и красной кайме нижней губы наблюдаются множественные герпетические высыпания диаметром от 1 до 3 мм с серозным содержимым, болезненные трещины в углах рта, заполненные фибрином (рис. 3–5). Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована, отечна, увлажнена, наблюдаются единичные афты. На слизистой оболочке щек по линии смыкания моляров, на боковых поверхностях языка видны нечеткие отпечатки зубов. На твердом небе, боковых поверхностях и кончике языка определяются эрозии. Отмечается иктеричность мягкого неба. Язык обложен густым серовато-желтым налетом, влажный. Кончик языка ярко-красного цвета. Нитевидные сосочки сглажены. Тонус языка в норме. Вкус не изменен. Десневые сосочки отечны, гиперемированы, легко кровоточат при зондировании. Определяются обильные мягкие зубные отложения. Гигиена полости рта затруднена.

КПУ = 9. Санация сохранена.

Заключение: подчелюстной лимфаденит. Простой герпес лица и нижней губы, рецидивирующее течение. Герпетический гингивостоматит средней степени тяжести.

Проведено антибактериальное лечение иерсиниоза (цифран 400 мг 2 раза в день внутривенно – 10 дней) и герпесвирусной инфекции: ацикловир по 200 мг 5 раз в день – 7 дней, аппликации 5% мази ацикловира, а также десенсибилизирующая, антиоксидантная, ферментативная терапия и иммунокоррекция.

Реактивация хронической ГИ при бактериальных ОКИ является ведущим поражением СОПР и кожи периоральной области. Наиболее яркие изменения (генерализованные поражения СОПР) выявлены в остром периоде при тяжелом течении болезни. При дизентерии Флекснера ГИ протекала тяжелее, чем у больных дизентерией Зонне [10]. Герпетические высыпания сохранялись при угасании общеклинических проявлений ОКИ, а у некоторых пациентов имели тенденцию к нарастанию.

Основной задачей врача-стоматолога при выявлении герпетических поражений у больных ОКИ является уменьшение их тяжести и продолжительности, а также предупреждение возможных осложнений. В период ремиссии следует стремиться к максимальному отдалению рецидивов и проведению санации очагов одонтогенной хронической инфекции.

Избыточное размножение бактерий, колонизация патогенных и потенциально патогенных микроорганизмов, а также снижение реактивности организма при бактериальных ОКИ способствуют

возникновению воспалительного процесса в органах полости рта. Слизистые оболочки рта первыми подвергаются атаке экзогенных и эндогенных патогенов. При хронизации воспалительного процесса ведущее патогенетическое значение приобретают иммунокомплексные реакции.

Несмотря на совершенство генетически обусловленных защитных механизмов слизистых оболочек, экзогенные бактериальные и вирусные агенты (в данном случае ВПГ) преодолевают эти барьеры и проникают во внутреннюю среду организма. Этому могут способствовать дополнительные неблагоприятные воздействия на слизистую оболочку внешних и внутренних факторов. Местную защиту обеспечивают прежде всего целостность слизистой оболочки полости рта, активность ее лимфоидной ткани и состав слюны. Нормальное функционирование органов ротовой полости является гарантией надежности состояния физиологического барьера на пути инфекции. Благодаря высокому содержанию иммуноглобулинов классов А, М и G, циркулирующих в крови или вырабатываемых местно, слизистая оболочка участвует в создании специфического иммунитета полости рта [5, 8]. Размножаясь в эпителиоцитах слизистой оболочки полости рта и кожи периоральной области, ВПГ проникает в чувствительные нервные окончания. Нейронов чувствительных ганглиев ВПГ достигает периневрально. ВПГ-1 лимфогенным путем проникает в регионарные лимфатические узлы, неврогенным путем – в симпатические (сенсорные) регионарные нервные ганглии [1, 2, 6, 8]. Диссеминация ВПГ-2 происходит преимущественно гематогенным путем, вирус заносится во внутренние органы и головной мозг, формируется латентная инфекция.

Провоцирующие факторы – интоксикация, переохлаждение, стрессовая ситуация, инсоляция, переутомление – могут нарушать биологическое равновесие, установившееся между находящимся в латентном состоянии вирусом и макроорганизмом. Определяющим этиологическим фактором при поражении СОПР становятся условно-патогенные микроорганизмы, нередко вирусно-бактериальные ассоциации. Соотношение токсического и инфекционного факторов определяет тяжесть клинических проявлений. При ОКИ обнаруживают изменения в микрососудах, нарушается микроциркуляция. Помимо микроциркуляторных нарушений, наблюдаются лейкоцитарная реакция и отек. Поражается сосудисто-нервный аппарат, снижается тонус сосудов. Общая иммунологическая реакция организма проявляется продукцией различных классов иммуноглобулинов, главным образом Ig A, а клеточная – повышением фагоцитарной активности макрофагов [4, 8]. Облегчается возникновение аутоинфекций. Присоединение их усугубляет тяжесть основного заболевания. Больной не ест. Самоочищение полости рта отсутствует, гигиена затруднена. Вслед-

ствие развивающегося дисбиоза, включая дисбактериоз кишечника, наблюдается дефицит витаминов, особенно группы В и РР. Полигиповитаминоз способствует снижению общей реактивности организма – повышается чувствительность слизистой оболочки ротовой полости к различным патогенам. Формирующиеся условия позволяют сапрофитам и условно-патогенной микрофлоре полости рта приобретать патогенные свойства [2, 9]. Степень патогенности присутствующих в ротовой полости микроорганизмов и иммунологическая реактивность пациента, связанная с нарушением защитных свойств слизистой оболочки, обуславливают вид воспаления десны и соответствующую форму гингивита [5, 11]. При отсутствии ранней диагностики поражений СОПР при ОКИ и несвоевременно начатом лечении гингивит может прогрессировать и приобрести хроническое течение с последующим исходом в пародонтит. Результаты ранее проведенных нами исследований [10] показали, что изменения СОПР могут быть предвестниками, а при отсутствии адекватного лечения и дебютом глубоких патологических процессов в пародонте, трансформируя гингивит в пародонтит.

Таким образом, герпетическая инфекция слизистой оболочки полости рта и кожи периоральной области у больных ОКИ отягощает течение болезни. Поэтому в остром периоде заболевания необходим ежедневный осмотр этих больных врачом-стоматологом для выработки текущих рекомендаций по лечению и уходу за полостью рта, облегчающих состояние и питание больного. Такая врачебная тактика обеспечивает профилактику возможных осложнений со стороны органов полости рта. Клиническое выздоровление при ОКИ еще не свидетельствует о ликвидации патологического процесса в ротовой полости. Пациенту, переболевшему ОКИ, должны быть даны советы при выписке и долгосрочные рекомендации по уходу за полостью рта с целью профилактики рецидивов ГИ.

Выводы

1. У 25,46% обследованных больных с бактериальными ОКИ выявлены герпетические поражения слизистой оболочки полости рта и кожи периоральной области. Они наблюдались с убывающей частотой при шигеллезах (37,5%), сальмонеллезе (31,03%), иерсиниозах (28,95%), ПТИ (13,75%).

2. В остром периоде ОКИ необходимы осмотр больных врачом-стоматологом и проведение комплексного лечения поражений слизистой оболочки полости рта с применением противовирусных и эубиотических препаратов.

3. Пациенту, переболевшему ОКИ, должны быть даны советы при выписке и долгосрочные рекомендации по уходу за полостью рта с целью профилактики рецидивов ГИ.

Литература

1. Баринский И.Ф. *Герпес: этиология, диагностика, лечение*. М.: Медицина, 1994.
2. Богомолов Б.П. *Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика*. – М.: Ньюдиамед, 2007.
3. Богомолов Б.П., Сорокина А.А. // *Клиническая медицина*. – 2008. № 3. – С. 66 – 69.
4. Боковой А.Г. *Герпесвирусные инфекции у детей: Диагностика, клиника и лечение. Роль в формировании контингента часто болеющих детей*. – М.: МАКС Пресс, 2008.
5. Борк К. *Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение*. – М.: Мед. лит., 2011.
6. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. *Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей*. – СПб.: Спец. лит., 2006.
7. Камбачокова З.А. *Рецидивирующие инфекции, вызванные вирусами простого герпеса: расстройства иммунитета, окислительных процессов и антиоксидантной защиты, их коррекция. Автореф. дис. ... д – ра мед. наук*. – М. – 2012. – 38 с.
8. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В. *Рецидивирующий герпетический стоматит*. М.: «ГЕОТАР – Медиа», 2005.
9. *Руководство по инфекционным болезням. В 2 кн. Кн.1/ Под ред. Акад. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина и проф. К.В. Жданова – 4 – е изд., доп. и перераб.* – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2011.
10. Сорокина А.А. *Особенности поражения слизистой оболочки полости рта у больных острой дизентерией, сальмонеллезом и пищевыми токсикоинфекциями. Автореф. дис. ... канд. мед. наук*. – Тверь, 2009. – 19 с.
11. Сол Сильвермен, Л. Рой Эверсоул, Эдмон Л. Трулав. *Заболевания полости рта*. – М.: МЕДпресс – информ, 2010.