

Клинические рекомендации

Острый герпетический стоматит (герпетический гингивостоматит)

МКБ 10:**B00.2, K12**

Возрастная категория: дети

Год утверждения (частота пересмотра): **2019 (пересмотр каждые 3 года)**

Профессиональные некоммерческие медицинские организации:

- **Стоматологическая ассоциация России**

Оглавление

Оглавление.....	2
Список сокращений.....	5
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация.....	7
1.1 Определение.....	7
1.2 Этиология и патогенез.....	7
1.3 Эпидемиология.....	8
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	8
1.5 Классификация вирусных заболеваний полости рта.....	9
1.6 Клиническая картина.....	9
2. Диагностика.....	12
2.1 Жалобы и анамнез.....	12
2.2 Физикальное обследование.....	12
2.3 Лабораторная диагностика.....	13
2.4 Инструментальная диагностика.....	14
2.5 Иная диагностика.....	14
3. Лечение.....	14
3.1 Консервативное лечение.....	14
3.2 Хирургическое лечение.....	16
3.3 Иное лечение.....	16
4. Реабилитация и диспансерное наблюдение.....	17
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	17
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.....	18
6.1. Отсутствие этиотропной терапии.....	18
6.2. Неправильная обработка слизистой оболочки.....	18
6.3. Неправильный выбор лекарственной терапии.....	18

7. Организация медицинской помощи.....	19
Критерии качества оценки медицинской помощи.....	19
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	23
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	24
Приложение А3. Связанные документы.....	26
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.....	27
Приложение В. Информация для пациента.....	32
Приложение Г. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения острого герпетического стоматита.....	35

Ключевые слова

- Вирус
- Стоматит
- Герпетическая инфекция
- Пузырек
- Афга
- Острый катаральный гингивит
- Язвенно-некротический гингивит
- Противовирусная терапия
- Кератопластические препараты
- Пиодермия

•

Список сокращений

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10

ВПГ – вирус простого герпеса

ИФА – иммуноферментный анализ

ОГС – острый герпетический стоматит

ХРАС – хронический рецидивирующий афтозный стоматит

МЭЭ – многоформная экссудативная эритема

УФО – ультрафиолетовое облучение

ЭД- эритемообразующая доза

Термины и определения

Простой герпес — вирусное заболевание с характерным высыпанием пузырьков на коже и слизистых оболочках.

Иммунитет — это совокупность защитных механизмов, которые помогают организму бороться с разными чужеродными факторами, бактериями, вирусами, инородными телами и т. д.

Пузырек — полостной элемент, до 5 мм в диаметре, возникающий в результате ограниченного скопления жидкости.

Эрозия — нарушение целостности эпителия, возникающее в месте папулы, после вскрытия пузырька.

Гингивит — это воспаление десен без нарушения целостности зубодесневого соединения.

Стоматит — наиболее часто встречающееся поражение слизистой оболочки полости рта.

Вирус простого герпеса первого типа (ВПГ)

вид вирусов семейства герпесвирусов, вызывающий у человека оральный герпес.

Пиодермия — гнойное поражение кожи, которое возникает вследствие внедрения в кожный покров разных болезнетворных бактерий.

Противовирусные препараты — лекарственные средства, предназначенные для лечения различных вирусных заболеваний.

Интерфероны — ряд белков со сходными свойствами, выделяемых клетками организма в ответ на вторжение вируса.

Витамины — группа низкомолекулярных органических соединений относительно простого строения и разнообразной химической природы, необходимых для нормальной жизнедеятельности организмов.

Антисептики — средства для обработки инфицированных ран при поражении микроорганизмами кожных покровов и слизистых оболочек.

Кератопластические средства — препараты, ускоряющие регенерацию и эпителизацию поврежденной кожи и слизистых оболочек.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Острый герпетический стоматит (B00.2, K12){1} - инфекционное вирусное заболевание, обусловленное первичным контактом с вирусом простого герпеса, характеризующееся воспалением слизистой оболочки полости рта с проявлением пузырьковых высыпаний, повышением температуры тела и снижением иммунитета.

1.2 Этиология и патогенез

Вирус вызывает различные заболевания центральной и периферической нервной системы, печени, других паренхиматозных органов, глаз, кожи, слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, половых органов, а также имеет определенное значение во внутриутробной патологии плода. Нередко в клинике наблюдается сочетание различных клинических форм герпетической инфекции. {2}

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

Заражение происходит воздушно-капельным, контактно-бытовым путем (через игрушки, посуду и другие предметы домашнего обихода), а также от лиц, страдающих рецидивирующим герпесом.

В развитии герпетической инфекции, проявляющейся преимущественно во рту, большое значение имеют структура слизистой оболочки рта у детей в раннем детском возрасте и активность местного тканевого иммунитета. Наибольшая распространенность острого герпетического стоматита в период до 3 лет может быть обусловлена возрастными морфологическими показателями, свидетельствующими о высокой проницаемости в этот период гистогематических барьеров и понижении морфологических реакций иммунитета: тонким эпителиальным покровом с низким уровнем гликогена и рибонуклеиновых кислот, рыхлостью и низкой дифференцировкой базальной мембраны и волокнистых структур соединительной ткани (обильной васкуляризацией, высоким уровнем содержания тучных клеток с их низкой функциональной активностью и т.д.). {3}

Вопросы патогенеза острого герпетического стоматита в настоящее время изучены недостаточно полно. Во всех случаях вирусная инфекция начинается с адсорбции вирусных частиц и проникновения вируса в клетку. Дальнейшие пути распространения внедрившегося вируса по организму сложны и мало изучены. Существует ряд положений, указывающих на распространение вируса гематогенным и неврогенным путями. В острый период стоматита у детей имеет место вирусемия.

Большое значение в патогенезе заболевания придается лимфоузлам и элементам ретикулоэндотелиальной системы, что вполне согласуется с патогенезом

последовательного развития клинических признаков стоматита. Появлению элементов поражения на слизистой оболочке рта предшествует лимфаденит разной степени выраженности. При среднетяжелой и тяжелой клинических формах чаще развивается двустороннее воспаление подчелюстных лимфатических узлов. В процесс могут вовлекаться и все группы шейных лимфоузлов (передние, средние, задние). Лимфаденит при остром герпетическом стоматите предшествует высыпаниям элементов поражения во рту, сопутствует всему течению болезни и остается в течение 7-10 дней после полной эпителизации элементов.

В устойчивости организма к заболеванию и в его защитных реакциях важную роль занимает иммунологическая защита. В иммунологической реактивности играют роль специфические и неспецифические факторы иммунитета. Среднетяжелая и тяжелая формы стоматита приводят к резкому угнетению естественного иммунитета, который восстанавливается через 7-14 дней после клинического выздоровления ребенка. {4}

1.3 Эпидемиология

Среди вирусных заболеваний герпес (от греческого herpes – лихорадка) занимает одно из ведущих мест.

Одна треть населения земного шара поражена герпетической инфекцией, а свыше половины подобного рода больных за год переносит несколько атак инфекции, в том числе с проявлениями в полости рта.

Установлено, что инфицированность детей вирусом простого герпеса в возрасте от 6 месяцев до 5 лет составляет 60%, а к 15 годам уже 90% {5}

Острый герпетический стоматит не только занимает первое место среди всех поражений слизистой оболочки, но и входит в лидирующую группу среди всей инфекционной патологии детского возраста. При этом у каждого 7-10 ребенка острый герпетический стоматит очень рано переходит в хроническую форму с периодическими рецидивами.

Распространение заболевания в возрасте от 6 месяцев до 3 лет объясняется тем, что в этом возрасте у детей исчезают антитела, полученные от матери интерплацентарно, а также отсутствием зрелых систем специфического иммунитета и ведущей роли неспецифической защиты. Среди детей старшего возраста заболеваемость значительно ниже вследствие приобретенного иммунитета после перенесенной герпетической инфекции в ее разнообразных клинических проявлениях. {6}

1.4 Кодирование по МКБ-10

Инфекции, вызванные вирусом герпеса (B00):

B00.2 Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит

Стоматит и родственные поражения (K12):

1.5 Классификация вирусных заболеваний полости рта

Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта:

- 1) Острый герпетический стоматит
- 2) Рецидивирующий герпетический стоматит
- 3) Герпетическая ангина
- 4) Вирусные бородавки

1.6 Клиническая картина

Острая герпетическая инфекция у новорожденных

Герпетическая инфекция новорожденных может быть следствием заражения в утробе матери, в родовых путях и после рождения, от персонала родильных отделений. У недоношенных детей герпетическая инфекция встречается чаще, чем у новорожденных, родившихся в срок.

Герпетическая инфекция новорожденных может развиваться в локализованной и диссеминированной формах, и в каждой из них может быть отмечено поражение СОПР:

- локализованная форма инфекции:
 - поражение глаз, кожи, полости рта;
 - поражение ЦНС (часто в сочетании с поражением глаз, кожи, полости рта);
- диссеминированная форма инфекции:
 - герпетическое поражение глаз, кожи, полости рта; инфекция ЦНС и патология внутренних органов. {7}

Клинико-патологические проявления врожденной герпетической инфекции регистрируются в первые часы жизни новорожденного и характеризуются полиморфизмом. Важным признаком внутриутробной инфекции являются герпетиформные поражения кожи при рождении.

Инкубационный период перинатальной герпетической инфекции новорожденных составляет в среднем 2-6 дня, колеблясь от 2 до 30 дней. Локализованные поражения кожи, слизистой глаз и полости рта обычно появляются на 4-10 сутки после рождения. При герпетическом стоматите общее состояние новорожденных страдает мало. Как правило, температура тела у детей нормальная (редко наблюдается субфебрилитет), лимфоузлы не увеличены.

У большинства детей наблюдается наличие геморрагий на мягком небе и в зеве, усиление сосудистого рисунка. Слизистая оболочки полости рта обычной окраски. Элементы поражения в виде округлых участков поверхностного некроза эпителия, в диаметре от 1 до 11 мм, локализуются преимущественно на границе твердого и мягкого неба симметрично с обеих сторон, реже - на небных дужках, по центру или с одной стороны. Как правило, наблюдается 2 элемента поражения, значительно реже — по 3-5

элементов. Наряду с описанной выше локализацией элементов поражения встречаются и другие варианты. Элементы поражения могут локализоваться на слизистой десен, на красной кайме губ, на небных дужках, крайне редко — на языке в виде единичных везикулярных высыпаний. Везикулы при этом быстро вскрываются и образуют мелкие эрозии на несколько инфильтрированном основании. Эрозии эпителизируются на 4-8 день после появления.

При локализованной герпетической инфекции новорожденных обычно имеются везикулярные, единичные или сгруппированные высыпания и пятнистая эритема на коже лица и конечностей. Везикулы быстро вскрываются и образуют мелкие эрозии на инфильтрированном основании. Иногда наблюдается повторное появление новых высыпаний. {8}

Острый герпетический стоматит, как и многие другие детские инфекционные заболевания, протекает в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. Инкубационный период длится от 2 до 17 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.

Симптомы поражения слизистой оболочки рта появляются в периоде развития болезни. Появляется интенсивная гиперемия всей слизистой оболочки полости рта, через сутки, реже двое, во рту, как правило, обнаруживаются элементы поражения (пузырек, афта).

Легкая форма острого герпетического стоматита характеризуется внешним отсутствием симптомов интоксикации организма, продромальный период клинически отсутствует. Болезнь начинается внезапно, повышением температуры до 37-37,5°. Общее состояние ребенка вполне удовлетворительное. У ребенка могут обнаруживаться незначительные явления воспаления слизистой оболочки носа, верхних дыхательных путей. Иногда во рту возникают явления гиперемии, небольшого отека, главным образом в области десневого края (катаральный гингивит). Длительность периода 1-2 дня. Стадия везикулы обычно просматривается родителями и врачом, т.к. пузырек быстро лопается и переходит в эрозию-афту.

Период угасания болезни длительный. В течение 1-2 дней элементы приобретают как бы мраморную окраску, края и центр их размываются. Они уже менее болезненны. После эпителизации элементов 2-3 дня сохраняются явления катарального гингивита, особенно в области передних зубов верхней и нижней челюсти.

Среднетяжелая форма острого герпетического стоматита характеризуется достаточно четко выраженными симптомами токсикоза и поражения слизистой оболочки

рта во все периоды болезни. В продромальном периоде ухудшается самочувствие ребенка, появляется слабость, капризы, ухудшение аппетита, может быть катаральная ангина или симптомы острого респираторного заболевания. Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Температура поднимается до 37-37,5°.

В период развития заболевания (фаза катарального воспаления) температура достигает 38-39°, появляются головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. На пике подъема температуры, усиленной гиперемии и выраженной отечности слизистой высыпают элементы поражения как во рту, так и нередко на коже лица приротовой области. Во рту обычно от 10 до 20-25 элементов поражения. В этот период усиливается саливация, слюна становится вязкая, тягучая. Отмечаются ярко выраженное воспаление и кровоточивость десен.

Возможны повторные высыпания, из-за чего при осмотре можно видеть элементы поражения, находящиеся на разных стадиях клинического и цитологического развития. После первого высыпания элементов поражения температура тела обычно снижается до 37-37,5°. Однако последующие высыпания, как правило, сопровождаются подъемом температуры до прежних цифр. Ребенок не ест, плохо спит, нарастают симптомы интоксикации.

Продолжительность периода угасания болезни зависит от сопротивляемости организма ребенка, наличия кариозных и разрушенных зубов, нерациональной терапии. Последние факторы способствуют слиянию элементов поражения, их последующему изъязвлению, появлению язвенного гингивита. Эпителизация элементов поражения затягивается до 4-5 дней. Дольше всего (до 10-14 дней) сохраняется гингивит, резкая кровоточивость десны и лимфаденит.

Тяжелая форма острого герпетического стоматита встречается значительно реже, чем среднетяжелая и легкая.

В продромальном периоде у ребенка имеют место все признаки начинающегося острого инфекционного заболевания: апатия, адинамия, головная боль, кожно-мышечная гиперестезия, артралгия и др. Нередко наблюдаются симптомы поражения сердечно-сосудистой системы: бради- или тахикардия, приглушение тонов сердца, артериальная гипотония. У некоторых детей отмечаются носовые кровотечения, тошнота, рвота, отчетливо выраженный лимфаденит не только подчелюстных, но и шейных лимфоузлов.

{9}

В период развития болезни температура поднимается до 39-40°С. Может быть нерезко выраженный насморк, покашливание, несколько отечны и гиперемированы

конъюнктивы глаз. Губы сухие, яркие, запекшиеся. Во рту слизистая отечна, ярко гиперемирована, резко выраженный гингивит.

Через 1-2 суток во рту начинают появляться элементы поражения до 20-25. Часто высыпания в виде типичных герпетических пузырьков появляются на коже приротовой области, коже век и конъюнктиве глаз, мочке ушей, на пальцах рук, по типу панариция. Высыпания во рту рецидивируют и поэтому в разгар болезни у тяжелобольного ребенка их насчитывают около 100. Элементы сливаются, образуя обширные участки некроза слизистой. Поражаются не только губы, щеки, язык, мягкое и твердое небо, но и десневой край. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. Резкий гнилостный запах изо рта, обильное слюнотечение с примесью крови. Усугубляются воспалительные явления на слизистой носа, дыхательных путей, глаз. В секрете из носа и гортани обнаруживаются также прожилки крови, а иногда отмечаются носовые кровотечения. В таком состоянии дети нуждаются в активном лечении у педиатра и стоматолога, в связи с чем целесообразным является госпитализация ребенка в изолятор педиатрической или инфекционной больницы.

Период угасания болезни зависит от своевременного и правильного назначения лечения и от наличия в анамнезе ребенка сопутствующих заболеваний. {10}

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

Острый герпетический стоматит, как и многие другие детские инфекционные заболевания, протекает в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. Инкубационный период длится от 2 до 17 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.

Симптомы поражения слизистой оболочки рта появляются в периоде развития болезни. Появляется интенсивная гиперемия всей слизистой оболочки полости рта, через сутки, реже двое, во рту, как правило, обнаруживаются элементы поражения (пузырек, афта).{11}

2.2 Физикальное обследование

Медицинские услуги для физикального обследования в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г (табл. 2)

При осмотре определяют и оценивают:

— состояние слизистой оболочки полости рта, ее целостность, цвет, увлажненность, наличие патологических изменений;

— состояние кожи губ и приротовой области, наличие патологических изменений.

При сборе эпидемиологического анамнеза выясняют контакты с инфицированными, заболевшими детьми, наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и кровоточивость десен, их характер, сроки появления, когда родители обратили на них внимание. В анамнезе родители указывают на повышение температуры тела, беспокойство ребенка, плохой сон, отказ от еды, появление во рту высыпаний, боли в горле при глотании.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов.

При внешнем осмотре оценивают форму лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений. {12}

Осмотр лимфатических узлов головы и шеи проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

2.3 Лабораторная диагностика

Медицинские услуги для лабораторной диагностики в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г (табл. 2)

Диагноз ОГС устанавливается на основании данных цитоморфологического и иммунологического исследования (выявление антигена ВПГ в реакции иммунофлюоресценции, иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция, выявление специфических IgM и IgG методом ИФА). Материалом для исследования служат мазки-отпечатки, соскобы со слизистой полости рта. {13}

Цитологически клинический диагноз подтверждается наличием в мазках отпечатков, характерных для герпетической инфекции эпителиальных клеток с эозинофильными внутриядерными включениями, а также гигантских многоядерных клеток. {14}

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.4 Инструментальная диагностика

Медицинские услуги для инструментальной диагностики в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г (табл. 2)

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.5 Иная диагностика

Медицинские услуги для иной диагностики в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении Г (табл. 2)

ОГС следует отличать от медикаментозного стоматита, многоформной экссудативной эритемы, стоматитов, сопровождающих другие инфекционные заболевания, хронического рецидивирующего афтозного стоматита (рецидивирующие афты полости рта). {15}

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

Комплексная терапия при остром герпетическом стоматите включает в себя общее и местное лечение. При среднетяжелом и тяжелом течении болезни общее лечение желательно проводить вместе с врачом-педиатром.

При герпетической инфекции у новорожденных показана специфическая терапия как системная, так и местная при поражении слизистой оболочки полости рта. Следует подчеркнуть, что специфическую терапию следует назначать, даже если у ребенка имеются лишь пузырьковые высыпания на коже или герпетический стоматит, ибо катамнестические исследования показали, что у большей части этих детей (более 30%) в дальнейшем развиваются неврологические осложнения, обусловленные перенесенным бессимптомным или малосимптомным энцефалитом. {16}

Принципы лечения больных детей с острым герпетическим стоматитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение причины заболевания;
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса (осложнения: стрепто-стафилококковая пиодермия, аллергические заболевания);

- устранение очага острого воспаления (определяется формой тяжести заболевания и периодом его развития);

- повышение общей резистентности организма;

- повышение качества жизни пациентов.

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

- снять или ослабить болезненные симптомы;

- предупредить повторные высыпания элементов поражения (реинфекция);

- способствовать ускорению эпителизации элементов поражения.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

Лечение острого герпетического стоматита включает:

- проведение аппликационной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний);

- антисептическую и антимикробную обработку;

- удаление некротических масс;

- аппликации противовирусных гелей и растворов;

- аппликации противовоспалительных и кератопластических средств;

- проведение общей терапии (препараты противовирусного действия, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные препараты, витамины);

- физиотерапевтические процедуры (УФО, облучение гелий-неоновым лазером);

- рациональное питание и правильная организация кормления ребенка;

- рекомендации по гигиене.

Выбор метода лечения острого герпетического стоматита у детей зависит от клинической картины, проявлений и симптомов и может потребовать привлечения врачей других специальностей (педиатр, отоларинголог, иммунолог и др.).

В местном лечении серьезное внимание должно уделяться противовирусной терапии. С этой целью рекомендуется применять интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный, интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный+ацикловир+лидокаина хлорид, тетрагидроксиглюкопиранозилксантен, раствор лейкоцитарного интерферона и др. противовирусные средства. {17}

Названные лекарственные препараты рекомендуется применять многократно (5-6 раз в день) не только при посещении врача-стоматолога, но и дома. В период угасания болезни противовирусные средства и их индукторы заменяют на противовоспалительные и кератопластические препараты.

Ведущее значение в этот период болезни следует придавать слабым антисептикам и кератопластическим средствам. Это масляные растворы витаминов А, облепиховое масло, масло шиповника, депротеинизированный диализат из крови телят (гель, крем, дентальная адгезивная паста). Препараты наносятся на обработанную раневую поверхность до полной эпителизации.

Применяются иммуномодулирующие средства: смесь лизатов бактерий, глюкозаминилмурамилдипептид, лизоцима гидрохлорид+пиридоксина гидрохлорид и др.

При тяжелой степени поражения элементы высыпаний на коже смазывают салицилово-цинковой пастой для образования тонкой корочки с целью предупреждения осложнений (стрептостафилококковой пиодермии). Применяют также физиотерапевтические процедуры - УФО и облучение гелий-неоновым лазером.

В общее лечение следует включить назначение анальгезирующих ненаркотических средств: парацетамола, нестероидных противовоспалительных препаратов ибупрофена, противовирусной терапии интерфероном альфа-2b человеческим рекомбинантным, ацикловиром, антигистаминных средств на основе диметиндена для детей до года, цетиризина для детей с 1 года, фексофенадина, лоратадина, клемастина (для старших детей), иммуномодуляторов и моно- и поливитаминов. {18, 19}

В качестве препарата выбора этиотропной терапии при герпетической инфекции у новорожденных применяют ацикловир (ациклогуанозин, зовиракс, виралекс), который ингибирует ДНК-полимеразу вирусов герпеса 1-го и 2-го типа. Новорожденным при любой доказанной форме герпеса оптимально вводить препарат внутривенно медленно в течение часа (предупреждение образования кристаллических преципитатов в почечных канальцах). в физиологическом растворе в дозе 60 мг/кг/сутки доношенным, разделенной на три равных введения через каждые 8 часов. Недоношенным с массой тела менее 1500г-40мг/кг в сутки на 2 введения с интервалом 12 часов. Длительность лечения при локализованной ВПГ-инфекции 14 суток. {20}

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

3.2 Хирургическое лечение

Не проводится.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

3.3 Иное лечение

Не предусмотрено.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

4. Реабилитация и диспансерное наблюдение

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта не реже 2 раз в год.

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 местно противовирусные препараты (лейкоцитарный интерферон), витаминотерапию (аскорбиновую кислоту) в течение 5 дней 3-4 раза в день, а также средства повышающие местный иммунитет (иммуномодуляторы), УФО по 1-2 ЭД. {21}

В домашних условиях рекомендуется изоляция ребенка и использование индивидуальной посуды и средств гигиены.

Поскольку заболевание контагиозно, необходимо использовать индивидуальную посуду, для заболевших детей, одноразовые полотенца, салфетки, средства гигиены. Для индивидуальной гигиены использовать только мягкую щетку, средства уменьшающие образование налета.

Уровень убедительности А (уровень достоверности доказательств – 1)

Рацион питания должен быть полноценным, т.е. содержать все необходимые питательные вещества, а также витамины. Учитывая, что болевой фактор часто заставляет ребенка отказываться от пищи, прежде всего, перед кормлением необходимо обезболить слизистую оболочку полости рта аппликационными гелями.

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.

Исключить прием пищевых продуктов оказывающих чрезмерное химическое, температурное и механическое воздействие на пораженные участки(стол №1). {22}

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

С целью прекращения распространения инфекции в детских учреждениях необходимо проведение дезинфекции помещений, предметов обихода, игрушек, кварцевание помещений.

Всем детям, находившимся в контакте с заболевшими, педиатр назначает местно противовирусные препараты (лейкоцитарный интерферон, интерферон альфа-2b),

витамиотерапию (аскорбиновую кислоту) в течение 5 дней 3-4 раза в день, а также средства повышающие местный иммунитет (иммуномодуляторы), УФО по 1-2 ЭД. {23}

Уровень убедительности В(уровень достоверности доказательств – 2)

В домашних условиях рекомендуется изоляция ребенка и использование индивидуальной посуды и средств гигиены. Хороший способ для борьбы с инфекцией-укрепление здоровья ребенка, закаливание, плавание. Сокращают рецидивы также тщательная санация полости рта и устранение всех очагов хронической инфекции в организме; организация в стоматологических поликлиниках изолированных кабинетов для лечения стоматитов; обеззараживание содержимого плевательниц раствором лизола перед выведением во внешнюю среду и т.п.

В заключение следует отметить, что острый герпетический стоматит, протекая в любой форме, является острым инфекционным заболеванием и требует во всех случаях 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. {24}

Уровень убедительности В(уровень достоверности доказательств – 2)

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

6.1. Отсутствие этиотропной терапии

- Неназначение противовирусных препаратов приводит к переходу заболевания в хроническую форму или часто рецидивирует.

Уровень убедительности В(уровень достоверности доказательств – 2)

6.2. Неправильная обработка слизистой оболочки

- При неверном алгоритме обработки слизистой оболочки может присоединиться вторичная инфекция (стрептостафиллодермия).

Уровень убедительности В(уровень достоверности доказательств – 2)

6.3. Неправильный выбор лекарственной терапии

- Преждевременное или несвоевременное назначение антибактериальной терапии может приводит к развитию аллергической реакции (медикаментозного стоматита, многоформной экссудативной эритемы)

Уровень убедительности В(уровень достоверности доказательств – 2)

7. Организация медицинской помощи

Лечение пациентов с острым герпетическим стоматитом проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, в отделениях и кабинетах детской терапевтической стоматологии многопрофильных лечебно-профилактических учреждений (желательно специально оборудованное помещение), инфекционных отделениях детских больниц. {25}

Оказание помощи больным с острым герпетическим стоматитом осуществляется в основном врачами стоматологами детскими, педиатрами и врачами – стоматологами общей практики, врачом-инфекционистом. В процессе оказания помощи принимают участие средний и младший медицинский персонал. {26, 27}

Показания для экстренной госпитализации:

- 1) тяжелая степень заболевания с выраженной степенью интоксикации

Показания к выписке пациента из стационара

- 1) исчезновение симптомов интоксикации
- 2) полная эпителизация элементов поражения

Критерии качества оценки медицинской помощи

Группа заболеваний или состояний острый герпетический стоматит (герпетический гингивостоматит)

Код/коды по МКБ-10 B00.2, K12

Нозологические формы: острый герпетический стоматит (герпетический гингивостоматит)

Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Восстановление внешнего вида слизистой полости рта, отсутствие признаков воспаления	III (3)	A
2	Появление осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции, стрептостафилодермия)	III (3)	B
3	Прогрессирование заболевания	III (3)	B
4	Отсутствие новых элементов поражения, полная эпителизация поражённых участков слизистой оболочки	III (3)	A

Список литературы

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр Содержание: т. 1-Специальные перечни для статистической разработки; т. 2 - Инструктивное руководство; т. 3-Алфавитный указатель.-М., 2016.- 2174 с.
2. Елизарова В.М., Страхова С.Ю., Дроботько Л.Н. Основные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей. -М., 2008. -83с.
3. Михайловская, В. П. Герпесвирусы в патологии челюстно-лицевой области у детей : учеб.-метод. пособие / В. П. Михайловская, Т. В. Попруженко, Т. Г. Белая. – 2-е изд. – Минск : БГМУ, 2009. – 75 с. ISBN 978–985–462–982–7
4. Страхова С.Ю. Новые лекарственные препараты в комплексном лечении ОГС у детей // Дисс. на соискание ученой степени к.м.н., Москва, 2000 .– 124 с.
5. Виноградова Т.Ф. Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей: Учебное пособие/Т.Ф. Виноградова.- М.: Медпресс- информ, 2010. – 168с.: ил.ISBN 5-98322-244-9
6. AmirJ, HarelL, SmetanaZ, etal. The natural history of primary herpes simplex type 1 gingivostomatitis in children. [Электронныйресурс]. PediatrDermatol. 2002 January; 04–p63. Режимдоступа: 10469407 DOI: 10.1046/j.1525-1470.1999.00072.x
7. Elangovan S, Karimbux NY, Srinivasan S, et al. Hospital based emergency department visits with herpetic gingivo stomatitis in the United States. [Электронныйресурс]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral radiol. 2012 April;- p11. Режимдоступа: PMID: 22668428 DOI: 10.1016/j.oooo.2011.09.014
8. Faden H. Management of primary herpetic gingivostomatitis in young children. [Электронныйресурс]. PediatrEmerg Care. 2006 April. Режимдоступа: PMID: 16651921 DOI: 10.1097/01.pes.0000218982.46225.f5
9. Детскаятерапевтическаястоматология. Национальное руководство / под ред. В.К.Леонтьева, Л.П.Кисельниковой. – 2е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 952с. –(Серия «Национальные руководства»). ISBN 978-5-9704-4019-3
10. Детская стоматология: учебник / под ред. О.О.Янушевича, Л.П.Кисельниковой, О.З.Топольницкого. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 737 с. ISBN: 978-5-9704-4050-6
11. Страхова С.Ю. Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей // Методическое пособие/ Страхова С.Ю., Кисельникова Л.П., Дроботько Л.Н.- М.: МГМСУ им. А.И Евдокимова. Изд-во Ремдер. 2015. – 84с.ISBN 5-98322-244-9
12. Стоматология. Международная классификация болезней. Клиническая характеристика нозологических форм: учеб. пособие/ М.Я. Алимova, Л.Н. Максимовская, Л.С. Персин, О.О. Янушевич.- М.:ГЭОТАР-Медиа., 2016. - 204с. :ил. ISBN 978-5-9704-3669-1
13. Alleddy V, Elangovan S. Characteistics of hospitalizations attributed to herpetic gingivostomatitis: analysis of nationwide inpatient sample. [Электронныйресурс]. . Oral Surg

- Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013 November; 26. Режим доступа: PMID: 24560407 DOI: 10.1016/j.oooo.2014.01.022
14. Цветкова Л.А. Заболевания слизистой оболочки рта и губ: Учебное пособие/ Л.А. Цветкова, С.Д. Арутютов, Л.В. Петрова, Ю.Н. Перламутров.- М.:МЕДпресс-информ, 2009 – 208с., илл. ISBN 5-98322-052-7
15. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта / И.К. Луцкая. - М.:Мед. лит., 2014.-224с. ил. ISBN 5-89677-083-9
16. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса Организации-разработчики: ФГБУ НИИДИ ФМБА России, Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням», Общественная организация «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области» (АВИСПО)- 13с.
17. Hopper SM, Babl FE, McCarthy M, et al. A double blind, randomized placebo controlled trial of topical 2% viscous lidocaine in improving oral intake in children with painful infectious mouth conditions. [Электронный ресурс]. BMC Pediatr. 2011 November; 21. Режим доступа: PMID: 22104033 PMCID: PMC3251034 DOI: 10.1186/1471-2431-11-106
18. Kellogg KM, Fairbanks RJ, O'Connor AB, et al. Association of pain score documentation and analgesic use in a pediatric emergency department. [Электронный ресурс]. Pediatr Emerg Care 2012; 2012 December. Режим доступа: PMID: 23187984 DOI: 10.1097/PEC.0b013e31827687e6
19. Ortega HW, Vander Velden H, Lin C-W, et al. Does age affect analgesia provision at discharge among children with long bone fractures requiring emergency care? [Электронный ресурс]. J Emerg Med. 2013 July; 8. Режим доступа: PMID: 23845523 DOI: 10.1016/j.jemermed.2013.05.006
20. Gomez RJ, Barrowan N, Elia S, et al. Establishing intra- and inter-rater agreement of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale for evaluating pain in toddlers during immunization. [Электронный ресурс]. Pain Res Manag. 2013 Nov-Dec;18. Режим доступа: PMID: 24308028 PMCID: PMC3917803 DOI: 10.1155/2013/897104
21. Чучалин А.Г. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 20. Стоматология /под ред. А.Г. Чучалина.- М.: Видокс, 2018. – 242с.-(Библиотека Российского национального конгресса «Человек и лекарство»). ISBN 978-5-9500825-3-5
22. Afssaps. Prise en charge médicale d'un enfant atteint d'une douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Recommandations de bonne pratique; 2009 [cited July; available from: https://www.pediadol.org/IMG/pdf/Afssaps_argum.pdf; last accessed July 18th, 2018].

23. Детская терапевтическая стоматология. Руководство к практическим занятиям: учеб.пособие для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по специальности 060105.65 «Стоматология» по дисциплине «Стоматология детского возраста»/ [В.М. Елизарова и др.]; под. общ. Ред. Л.П. Кисельниковой, С.Ю. Страховой.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2012. – 288с.: ил. ISBN 978-5-9704-2204-5
24. Ласкарис Дж. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта: Руководство для врачей. – М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.- 304с.:ил. ISBN 5-89481-423-5
25. Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. Минздравсоцразвития РФ. – М.: МГМСУ, 2009. – 120 с.
26. Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». (ред. от 29.09.2016)
- 27.Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

Приложение А1. Состав рабочей группы

- 1. Светлана Юрьевна Страхова** кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской стоматологии ФГБОУ ВО «Московского Государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ
- 2. Лариса Петровна Кисельникова** доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детской стоматологии ФГБОУ ВО ФГБОУ ВО «Московского Государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ
- 3. Людмила Николаевна Дроботько** кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской стоматологии ФГБОУ ВО «Московского Государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ
- 4. Ирина Игоревна Маланчук** кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской стоматологии ФГБОУ ВО ФГБОУ ВО «Московского Государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ
- 5. Елена Васильевна Зорян** кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Московского Государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ
- 6. Елена Олеговна Любомирская** доцент кафедры стоматологии НОЧУ ВО «Кубанского Медицинского института»
- 7. Юлия Анатольевна Лыскова** ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральского государственного медицинского университета»

Конфликт интересов **отсутствует.**

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-стоматологи детские 31.08.76
2. Врачи-стоматологи общей практики 31.08.72

Таблица П 1– Уровни достоверности доказательств

Уровень достоверности	Источник доказательств
I (1)	Проспективные рандомизированные контролируемые исследования Достаточное количество исследований с достаточной мощностью, с участием большого количества пациентов и получением большого количества данных Крупные мета-анализы Как минимум одно хорошо организованное рандомизированное контролируемое исследование Репрезентативная выборка пациентов
II (2)	Проспективные с рандомизацией или без исследования с ограниченным количеством данных Несколько исследований с небольшим количеством пациентов Хорошо организованное проспективное исследование когорты Мета-анализы ограничены, но проведены на хорошем уровне Результаты не презентативны в отношении целевой популяции Хорошо организованные исследования «случай-контроль»
III (3)	Нерандомизированные контролируемые исследования Исследования с недостаточным контролем Рандомизированные клинические исследования с как минимум 1 значительной или как минимум 3 незначительными методологическими ошибками Ретроспективные или наблюдательные исследования Серия клинических наблюдений Противоречивые данные, не позволяющие сформировать окончательную рекомендацию
IV (4)	Мнение эксперта/данные из отчета экспертной комиссии, экспериментально подтвержденные и теоретически обоснованные

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Описание	Расшифровка
A	Рекомендация основана на высоком уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация I уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия первой линии; либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
B	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация II уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуются мониторинг побочных явлений
C	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) <i>или</i> нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии Рекомендовано при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии, при условии отсутствия побочных эффектов
D	Отсутствие убедительных публикаций I, II или III уровня доказательности, показывающих значительное превосходство пользы над риском, либо убедительные публикации I, II или III уровня доказательности, показывающие значительное превосходство риска над пользой	Не рекомендовано

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр раз в 3 года.

Приложение А3. Связанные документы

1. Приказ Минздрава России от 13.11.2012 N 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями»
2. Приказ МИНЗДРАВА РФ от 30.12.2003 N 620 «Об утверждении Протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями»
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 521н.«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями»
- 4.

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. (Таблица 1).

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр полости рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Таблица 1. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической.

Код	Наименование	Частота предоставления
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный	1
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога общей практики первичный	1
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	По потребности
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A09.07.005	Микроскопическое исследование отделяемого на чувствительность к вирусу герпеса	По потребности
B01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	По потребности
B01.014.01	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	По потребности
B01.008.01	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности
B01.054.001	Прием (осмотр, консультация) врача физиотерапевта	По потребности

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;
- удаление механических раздражителей;
- предупреждение развития осложнений;

С целью выработки навыков чистки зубов и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета обучают детей и их родителей приемам гигиены рта и зубов (см. Прил. В). Для детей младшего возраста проводят обучение родителей правилам и методикам чистки зубов (см. Прил. В). Алгоритм профессиональной чистки зубов представлен в Прил. В.

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;
- удаление механических раздражителей;
- предупреждение развития осложнений.

С целью выработки навыков чистки зубов и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета обучают детей и их родителей приемам гигиены рта и зубов (см. Прил. В). Для детей младшего возраста проводят обучение родителей правилам и методикам чистки зубов (см. Прил. В). Алгоритм профессиональной чистки зубов представлен в Прил. В.

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию аппликационную (Табл. 2).

Таблица 2. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование	Кратность выполнения
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	Согласно алгоритму
B01.064.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	Согласно алгоритму
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	Согласно алгоритму
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный	Согласно алгоритму
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный	Согласно алгоритму
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	Согласно алгоритму
B01.003.004.004	Аппликационное введение(нанесение) лекарственных средств в челюстно-лицевую	Согласно алгоритму

	область (анестезия)	
A 16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A.13.30.007	Обучение гигиене	По потребности
A 16.07.126.001	Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта (кажд. посл. сеанс детям)	Согласно алгоритму
A 16.07.126.002	Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта (первый сеанс детям)	Согласно алгоритму
A 16.07.127	Лечебная повязка на слизистую полости рта (один сеанс детям)	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	По потребности

С первых дней периода развития острого герпетического стоматита, учитывая этиологию заболевания в местном лечении, серьезное внимание должно уделяться противовирусной терапии. С этой целью рекомендуется применять гель и мази, содержащие человеческий рекомбинантный интерферон, мази с тетрагидроксипиранозилксантеном (0,5-2 %), раствор лейкоцитарного интерферона и др. противовирусные средства.

Названные лекарственные препараты рекомендуется применять многократно (5-6 раз в день). В период угасания болезни противовирусные средства и их индукторы заменяют на противовоспалительные и кератопластические препараты (Табл. 3).

Таблица 3. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической.

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противовирусные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для аппликационной анестезии	Согласно алгоритму
Ферментативные препараты	Согласно алгоритму
Кератопластические препараты	Согласно алгоритму
Противовирусные препараты (для системного применения)	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
Витамины	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности

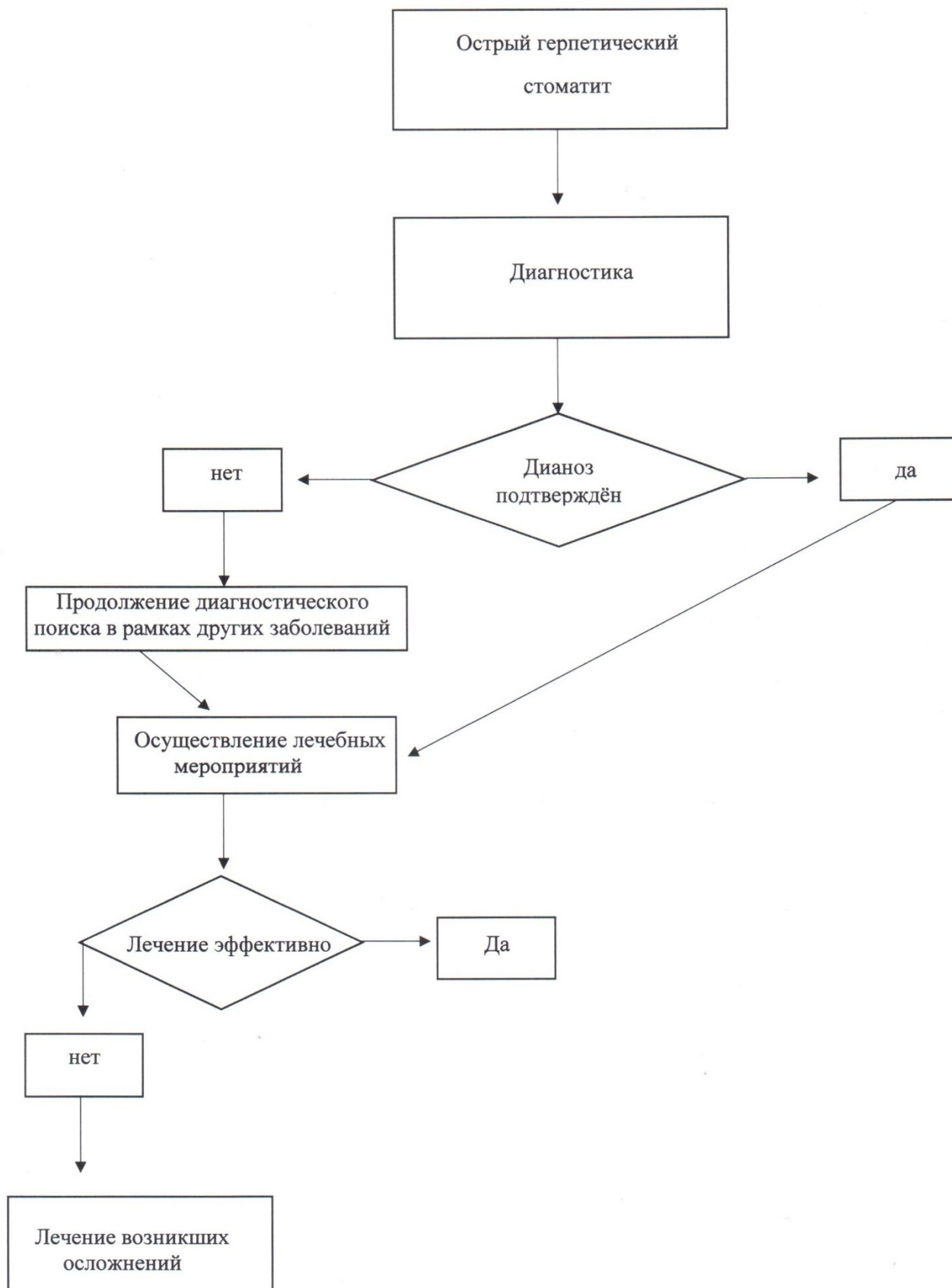
Ведущее значение в этот период болезни следует придавать антисептикам и кератопластическим средствам. Наиболее широко используют антисептики из группы

галоидов (хлоргексидина биглюконат 0,05%). Очищение язвенных поверхностей проводят с использованием протеолитических ферментов: трипсина, химотрипсина, химопсина, дезоксирибонуклеазы.

Кератопластические препараты применяются у детей всех возрастных групп для местного ускорения заживления и защиты раневой поверхности (различные масла, гели на основе депротеинизированного диализата из крови телят). Препараты наносятся на обработанную раневую поверхность до полной эпителизации.

При тяжелой степени поражения элементы высыпаний на коже смазывают салицилово-цинковой пастой, комбинированными антибактериальными порошками, содержащими неомидин и бацитрацин. Препараты наносятся на обработанную раневую поверхность до полной эпителизации для образования тонкой корочки с целью предупреждения осложнений (стрептостафилококковые пиодермии). Применяют также физиотерапевтические процедуры - УФО и облучение гелий-неоновым лазером.

В общее лечение следует включить назначение анальгезирующих ненаркотических средств: парацетамола (свечи, сироп), ибупрофена (сироп), противовирусной терапии: рекомбинантного человеческого интерферона альфа-2b(суппозитории), ацикловира (таблетки), антигистаминных средств: диметиндена (капли) для детей до года, цетиризин (капли) для детей с 1 года, фексофенадина, лоратадина (сироп, таблетки), клемастин (таблетки) для старших детей, иммуномодуляторов и витаминов.



Приложение В. Информация для пациента

Алгоритм обучения гигиене

Индивидуально подбирают средства гигиены с учетом возраста. Под контролируемой чисткой зубов подразумевается чистка, которую ребенок осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены, при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия - контроль эффективности чистки зубов ребенком, коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены (уровень убедительности доказательств В). У детей младшей возрастной группы не проводится.

Первое посещение

Врач или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует родителям и ребенку технику чистки зубов зубной щеткой и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Обратить внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность передней группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагать перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну.

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен, справа налево. Длительность чистки составляет 3 мин.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены осуществляется с учетом стоматологического статуса ребенка.

Второе посещение

С целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Первое посещение

- Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация родителям и ребенку с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.

- Чистка зубов ребенком в его обычной манере.

- Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация родителям и ребенку с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке.

- Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации по коррекции недостатков гигиены.

Следующее посещение

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены - повторение процедуры.

Родителей и ребенка инструктируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу не реже 1 раза в полгода.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение ребенка и родителей индивидуальной гигиене рта и зубов;
- удаление зубных отложений;
- полировка поверхностей зубов;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- фторидсодержащая, реминерализирующая терапия.

Процедура проводится в одно посещение. У детей с временными зубами удаление зубных отложений проводится с использованием вращающихся щеток и полировочных паст.

Ультразвуковые аппараты не следует использовать у младшей возрастной группы.

Необходимо устранять факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалять нависающие края пломб, проводить повторную полировку пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов зависит от стоматологического статуса ребенка. Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены - 2 раза в год.

**Приложение Г. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения
острого герпетического стоматита.**

Таблица 1. Сбор жалоб, анамнеза

Код	Наименование	Частота предоставления
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный	1
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	По потребности
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A09.07.005	Микроскопическое исследование отделяемого на чувствительность к вирусу герпеса	По потребности
B01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	По потребности
B01.014.01	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	По потребности
B01.008.01	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности
B01.054.001	Прием (осмотр, консультация) врача физиотерапевта	По потребности

** «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)*

Таблица 2. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому.

Код	Наименование	Кратность выполнения
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	Согласно алгоритму
B01.064.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	Согласно алгоритму
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	Согласно алгоритму
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный	Согласно алгоритму
B01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный	Согласно алгоритму
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	Согласно алгоритму
B01.003.004.004	Аппликационное введение(нанесение) лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	Согласно алгоритму
A 16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A.13.30.007	Обучение гигиене	По потребности
A 16.07.126.001	Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта (кажд. посл. сеанс детям)	Согласно алгоритму
A 16.07.126.002	Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта (первый сеанс детям)	Согласно алгоритму
A 16.07.127	Лечебная повязка на слизистую полости рта (один сеанс детям)	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

Таблица 3. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической.

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противовирусные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для аппликационной анестезии	Согласно алгоритму
Ферментативные препараты	Согласно алгоритму
Кератопластические препараты	Согласно алгоритму
Противовирусные препараты (для системного применения)	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
Витамины	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности