DOI: 10.47407/krped2026.1.1.00108

Лекция

Педиатр, детский стоматолог и диагностика острых инфекционных заболеваний

И.К. Луцкая✉

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь
✉*lutskaja@mail.ru*

Аннотация
Слизистая оболочка полости рта при инфекционных заболеваниях почти всегда бывает вовлечена в патологический процесс, характер изменений зависит от вирулентности возбудителя, индивидуальных особенностей организма, возраста, физического состояния, генетического статуса.
Цель. Повышение эффективности диагностики детских инфекционных заболеваний посредством выявления ранних изменений слизистой оболочки полости рта.
Материалы и методы. В основе диагностики общих заболеваний на слизистой оболочке полости рта лежит знание элементов поражения. Исследования проведены на основании анализа научно-практических публикаций и собственных наблюдений клинических случаев инфекционных болезней микробной и вирусной природы.
Результаты. Результаты исследования позволяют провести оптимальный диагностический поиск путем глубокого анализа элементов поражения на слизистой оболочке полости рта.
Ключевые слова: детские инфекции; элементы поражения на слизистой оболочке полости рта.
Для цитирования: Луцкая И.К. Педиатр, детский стоматолог и диагностика острых инфекционных заболеваний. *Клинический разбор в педиатрии.* 2026; 1 (1): 63–69. DOI: 10.47407/krped2026.1.1.00108

Lecture

Pediatrician, pediatric dentist, and diagnosis of acute infectious diseases

Irina K. Lutskaya✉

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus
✉*lutskaja@mail.ru*

Abstract
The oral mucosa is almost invariably involved in the pathological process during infectious diseases; the nature of the changes depends on the pathogen's virulence, the individual's characteristics, age, physical condition, and genetic status.
The aim of the study is to improve the diagnosis of infectious diseases in children by identifying early changes in the oral mucosa.
Materials and methods. Diagnosing systemic diseases based on oral mucosal manifestations relies on an understanding of the specific types of lesions. The study is based on an analysis of scientific and practical publications and personal observations of clinical cases of infectious diseases of microbial and viral origin.
Results. The study results enable an optimal diagnostic approach through a detailed analysis of oral mucosal lesions.
Keywords: childhood infections; oral mucosal lesions.
For citation: Lutskaya I.K. Pediatrician, pediatric dentist, and diagnosis of acute infectious diseases. *Clinical review for pediatrics.* 2026; 1 (1): 63–69 (In Russ.). DOI: 10.47407/krped2026.1.1.00108

Введение

Этиология, патогенез, клинические проявления большинства инфекционных заболеваний у детей достаточно изучены. Тем не менее диагностика нередко бывает затруднена в силу возрастных особенностей организма, поведенческих реакций ребенка при его контакте с медицинскими работниками, сочетанием общих симптомов с высыпаниями на слизистой оболочке полости рта (СОПР), которые бывают весьма разнообразны [1].

В зависимости от этиологического фактора они классифицируются как травматические, бактериальные, грибковые, вирусные; в связи с локализацией рассматриваются как стоматиты, глосситы, хейлиты. Ведущие симптомы проявляются в виде пузырных, пузырьковых, эрозивных, афтозных элементов поражения [2]. К группе заболеваний, локализующихся ограниченно на СОПР, относятся травмы, язвенно-некротический стоматит Венсана.

В ряде случаев на слизистой оболочке могут проявляться признаки общих заболеваний или последствий их лечения (герпетический стоматит, грибковые поражения, другие болезни вирусной и бактериальной природы). Элементы поражения бывают следствием патологических процессов в организме: болезней желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, аллергических реакций, неврогенных и эндокринных расстройств [3].

Стоматолог должен четко представлять признаки заболеваний инфекционной и неинфекционной природы, нарушающих гомеостаз, в том числе детских инфекций, создающих угрозу здоровью ребенка, чтобы установить предположительный диагноз и своевременно направить его к педиатру [4]. Последний, в свою очередь, обнаружив при осмотре элементы поражения в полости рта, может получить помощь детского стоматолога в диагностике заболевания и назначении местного лечения.

На фоне острого инфекционного заболевания характерно появление типичных симптомов – например, пятна Бельского–Филатова–Коплика при кори, «малиновый язык» при скарлатине, отдельные геморрагии при гриппе. Эрозии обнаруживаются на месте пустул при ветряной оспе. В виде пареза и паралича мягкого неба проявляется полиневропатия при дифтерии. В других случаях изменения СОПР носят неспецифический характер. С другой стороны, вовлечение СОПР в общий патологический процесс в большинстве случаев отягощает и осложняет течение основного заболевания [5, 6].

Цель исследования – повышение эффективности диагностики детских инфекционных заболеваний посредством выявления ранних изменений СОПР.

Материалы и методы

Анализу подвергались содержание научно-практических публикаций по теме проводимых исследований и результаты собственных наблюдений клинических случаев инфекционных болезней микробной и вирусной природы. В основе диагностического поиска проявлений общих заболеваний на СОПР лежит знание морфологических элементов [7]. Так, первичный элемент высыпания, не изменяющий рельеф поверхности, – пятно, относится к бесполостным и представляет ограниченное изменение цвета слизистой оболочки или кожи. Узелок (папула) – также бесполостное образование поверхностного инфильтрата слизистой оболочки: может возвышаться в виде конуса, полушария, уплощенной площадки или едва отличаться от интактной ткани. Узел – относится к бесполостным образованиям и локализуется в подслизистом слое. Элемент поражения носит название бугорок, если инфильтрат располагается в средней части или захватывает все слои слизистой оболочки и возвышается над ее уровнем. К бесполостным элементам поражения относят также волдырь, образующийся за счет ограниченного отека дермы.

Пузырек (везикула), который локализуется внутри эпителия, является полостным образованием, имеющим серозное, геморрагическое, редко гнойное содержимое. К полостным элементам поражения относят, кроме того, пузырь, который локализуется внутри- или подэпительно. Пузырные высыпания в полости рта долго не существуют, поэтому при осмотре определяются эрозии с обрывками эпителия или покрышки пузыря по краям. Такие вторичные элементы поражения, возникающие на месте первичных, повторяют их очертания и размеры. Язва отличается от эрозии вовлечением в процесс собственно слизистой оболочки и подлежащих тканей. Афта представляет собой образование округлой (овальной) формы, которое покрыто белесоватым налетом и окружено красным воспалительным венчиком.

Дефекты эпителия и соединительной ткани способствуют появлению таких элементов сыпи, как корочки (корки). Внешнее сходство с ними имеют чешуйки, представляющие очаги гиперкератоза.

Результаты исследования обеспечивают проведение качественного диагностического поиска на основании детальной оценки клинических проявлений инфекционных заболеваний, в том числе элементов поражения на СОПР.

Состояние слизистой оболочки полости рта при острых инфекционных заболеваниях

Скарлатина – острое стрептококковое заболевание, характеризующееся лихорадкой, общей интоксикацией, тонзиллитом и мелкоточечной экзантемой. Возбудителем является β-гемолитический стрептококк группы А.

Тонзиллит наблюдается практически у всех больных в виде гипертрофии и гиперемии миндалин, дужек, язычка, мягкого неба и задней стенки глотки.

Ангина – один из наиболее постоянных симптомов скарлатины. Характерна интенсивная яркая гиперемия зева, довольно резко ограниченная по краю твердого неба. На слизистой оболочке мягкого неба определяется точечная сыпь. Миндалины увеличены, разрыхлены и могут быть покрыты налетом, который чаще носит тот же характер, что и при лакунарной ангине. Он довольно быстро исчезает к концу начального периода болезни. Особенно типичен для скарлатины некроз, который обнаруживается с 3–4-го дня заболевания.

Некротическая ангина – постоянный симптом септической формы скарлатины (рис. 1). Она характеризуется появлением на поверхности миндалин грязно-белых некротических пленок, которые могут распространяться на всю поверхность, в тяжелых случаях переходить на небные дужки, язычок, мягкое небо, стенки глотки. Губы утолщаются, принимают яркую пунцовую

Рис. 1. Некротическая ангина.
Fig. 1. Necrotizing tonsillitis



окраску, с 4–5-го дня болезни появляются трещины, изъязвления. Лимфаденит определяется с первого дня заболевания.

Характерны изменения языка. В первый день болезни он густо обложен налетом, на второй день начинает очищаться с кончика и краев – до 1/3, на третий день язык обычно бывает чистым на 2/3, к четвертому дню остается обложенным только у корня. На пятый день язык полностью очищается, приобретает вид «малинового» («сосочкового») за счет гипертрофии сосочков и слущивания эпителия.

В лабораторной диагностике стрептококковой инфекции используют бактериологическое исследование пленок, соскобов, мазков-отпечатков, однако положительные результаты бактериологических анализов не могут однозначно трактоваться в пользу заболевания.

Дифтерия – острое инфекционное заболевание, вызываемое токсичными коринебактериями, протекает в трех формах: катаральной, островчатой и пленчатой. Заболевание начинается с повышения температуры тела, появляется боль в горле при глотании. При катаральной форме налетов на миндалинах нет. При островчатой – в зеве отмечается гиперемия с цианотипичным оттенком, отечность миндалин и небных дужек, фибринозный выпот в глубине крипт, на выпуклых поверхностях миндалин. При пленчатой форме налеты вначале имеют вид полупрозрачной розовой пленки, затем пропитываются фибрином и к концу первых – началу третьих суток превращаются в фибринозный налет с гладкой поверхностью беловато-серого цвета, который легко снимается шпателем, кровоточивости не отмечается. В последующем образуется довольно толстая плотная пленка, которая с трудом отделяется. При насильственном отторжении под ней видны кровоточащие участки.

Материалом для исследования возбудителя служат слизь из зева, фибринозный налет с миндалин, которые засевают на питательные среды. Токсикогенность выделенных культур изучалась подкожным или внутрикожным заражением морских свинок либо методом преципитации в агаре.

Столбняк – острое инфекционное заболевание, сопровождающееся тоническими и клоническими сокращениями мышц, прежде всего лицевой области. Возбудителями являются клостридии. Лабораторная диагностика проводится с целью подтверждения клинического диагноза болезни.

Изменения слизистой оболочки полости рта при острых респираторных вирусных инфекциях

Группа острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) характеризуется одновременно разнообразием и сходством клинических проявлений на СОПР.

Герпетический стоматит среди вирусных заболеваний занимает одно из ведущих мест, способен вызывать тяжелое поражение кожи, слизистых оболочек, глаз, нервной системы, внутренних и половых органов.

Рис. 2. Афты на слизистой оболочке полости рта.
Fig. 2. Aphthae on the oral mucosa



Острый герпетический стоматит (ОГС) может составлять 70–80% всех заболеваний СОПР у детей чаще всего в возрасте от 6 мес до 3 лет, что объясняется исчезновением антител, полученных от матери интерплацентарно.

Вирус простого герпеса попадает в организм через СОПР, носоглотку, глаза, гениталии, инфицирует кожу, происходит первичная вирусемия: выход в кровяное русло, а затем в органы и ткани. ОГС имеет 5 периодов: инкубационный, продромальный, развития болезни (высыпаний), угасания (эпителизации) и клинического выздоровления (реконвалесценции).

Легкая форма стоматита характеризуется отсутствием симптомов интоксикации. На гиперемированной СОПР появляются одиночные элементы поражения в виде 3–5 очагов поверхностного некроза эпителия.

Среднетяжелая форма. У ребенка поднимается температура тела от 37,5 до 39,0°С, которая держится на протяжении 2–3 дней. В полости рта (язык, щеки, губы, переходные складки, небо, небные дужки) появляются множественные элементы, которые проходят несколько стадий развития: пятно – пузырек с прозрачным серозным содержимым – пузырек с мутным (фибринозным) содержимым – участок некроза эпителия по типу бляшки – эрозия – афта (рис. 2).

При *тяжелой форме* отмечаются все признаки острого инфекционного заболевания: головная боль, слабость, тошнота, рвота, понос, носовые кровотечения. Температура тела держится в пределах 39–40°С, не сбивается в течение 3–5 дней. СОПР ярко гиперемирована, отечна, высыпания множественные, многократные, элементы поражения сливаются, образуя обширные участки некроза эпителия. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический. Губы отечны, гиперемированы, часто покрыты корками.

Выражены нарушения в различных системах и органах. Длительно сохраняется сниженный иммунитет.

Рис. 3. Кровоточивость десен.
Fig. 3. Bleeding gums



Рис. 4. Изменения языка при аденовирусной инфекции.
Fig. 4. Changes of the tongue associated with adenoviral infection



Грипп – острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся симптомами специфической интоксикации и катаром верхних дыхательных путей. На СОПР, прежде всего неба, появляются точечные кровоизлияния. Развивается острый гингивит: отек, кровоточивость десен (рис. 3). Характерен обильный зубной налет.

Лабораторная диагностика гриппа предусматривает исследование мазков-отпечатков из носоглотки. Серодиагностические методы используют для выявления нарастания титра антител.

Рис. 5. Слизистая оболочка полости рта при герпангине.
Fig. 5. Mucous membrane of individual with herpangina



Аденовирусная инфекция – острое респираторное заболевание, характеризующееся лихорадкой, умеренной интоксикацией, нередко вовлекаются конъюнктива глаз и лимфоидная ткань.

При аденовирусной инфекции отмечается гиперемия зева, отечность языка (рис. 4). На поверхности миндалин, на задней стенке глотки иногда появляется экссудат в виде островчатых белесоватых пленок.

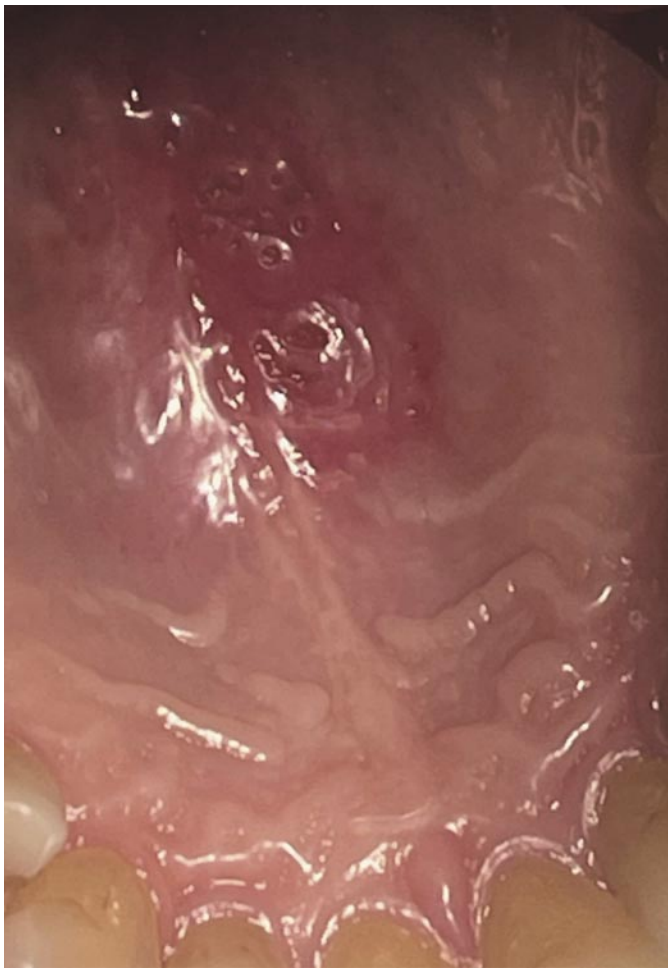
Изменения СОПР обнаруживаются в виде гиперемии, геморрагий, усиленного сосудистого рисунка, отечности, зернистости, образования налета и десквамации эпителия на языке. В значительном числе случаев (20%) при вирусных заболеваниях диагностируется грибковый, медикаментозный и герпетический стоматит.

Указанные изменения СОПР не носят строго специфического характера, однако гиперемия и усиление сосудистого рисунка наблюдается при гриппе чаще, чем при парагриппе и аденовирусной инфекции. Зернистость СОПР чаще встречает при аденовирусной инфекции.

Энтеровирусные инфекции – большая группа заболеваний, вызываемых различными серотипами энтеровирусов. Широкое распространение энтеровирусов Коксаки и ECHO дает большой диапазон клинических форм заболеваний: от кратковременной лихорадки до тяжелых форм менингита и энцефалита.

Герпангина вызывается вирусом Коксаки А (серотип 2, 4, 6, 8, 10) и др. энтеровирусами. Заболевание может протекать в виде вспышек в детских коллективах, пионерских лагерях. Отмечается четкая сезонность (лето, начало осени). Заражение происходит воздушно-капельным путем. Инкубационный период 2–12 дней. Заболевание начинается с повышения температуры тела (38–40°С), которая держится 1–4 дня. Дети предъявляют жалобы на головную боль, боли при глотании. Могут быть боли в животе, в мышцах как проявление миалгии. На гиперемированной слизистой оболочке мягкого неба и небных дужках появляются пузырьки, которые быстро вскрываются и превращаются в афты

Рис. 6. Опоясывающий лишай на СОПР.
Fig. 6. Disseminated zoster on the oral mucosa



(рис. 5). Количество афт – 1–2–4, иногда до 10. Нередко СОПР имеет нормальную окраску, гингивит отсутствует.

У части больных в течение заболевания могут появляться новые элементы поражения. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены незначительно, безболезненны. Возможны умеренно выраженные воспалительные явления верхних дыхательных путей (насморк, кашель), а также желудочно-кишечные расстройства (боли в животе, диспепсия).

Везикулярный стоматит представляет одно из возможных проявлений действия вирусов Коксаки и ECHO. В литературе обозначается как hand-foot and mouth disease или вирусная пузырчатка. Болеют дети от 3 до 10 лет. Энтеровирусная инфекция контагиозна, поэтому в детских коллективах возникают вспышки, которые могут протекать кратковременно и при этом поражать большое количество детей. Механизм передачи инфекции – воздушно-капельный и орально-фекальный.

Заболевание характеризуется одновременным возникновением симптомов общего характера, изменений в полости рта и на коже. Оно начинается с острого подъема температуры тела, головной боли, слабости и появления точечной эритематозной сыпи на ладонях, пальцах рук и стопах, возможно на бедрах и ягодицах. Множественные точечные высыпания изъязвляются, вокруг них остается четкий эритематозный ореол. Проявления в полости рта характеризуются возникновением на гиперемированной слизистой оболочке везикулярных высыпаний. Пузырьки быстро лопаются, а на их месте развиваются небольшие эрозии с желтоватым фибринозным налетом.

Энтеровирусная экзантема. Общеинфекционные симптомы сопровождаются появлением сыпи на лице, туловище, конечностях. Элементы поражения появляются на 1–2-й день болезни, обычно в виде пятен, папул, которые сохраняются 1–2 дня. На СОПР может возникать пятнистая энантема, везикулезные высыпания.

Ветряная оспа – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом семейства *Herpesviridae*, характеризующееся умеренной лихорадкой и появлением на коже, слизистых оболочках мелких пузырьков с прозрачным содержимым.

Клинические проявления ветряной оспы характеризуются умеренной лихорадкой и пятнисто-везикулярной сыпью на коже. Болеют чаще маленькие дети (1–3 года). Пузырьковые высыпания появляются одновременно на коже и СОПР. Элементы поражения обнаруживаются на слизистой оболочке носоглотки, гортани, веках и половых органов. Высыпания в полости рта могут локализоваться на всей слизистой оболочке в виде афт. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

Опоясывающий лишай вызывается вирусом *Varicella-Zoster*. Передается контактным или воздушно-капельным путем. Болеют преимущественно взрослые. Опоясывающий лишай встречается чаще осенью и зимой и характеризуется лихорадкой, недомоганием, головной болью, ознобом, повышением температуры тела (38–39°C), но общие явления могут быть не выражены. Одновременно с общими симптомами появляются жгучие невралгические боли по ходу пораженных нервов. На СОПР элементы поражения локализуются в области иннервации отдельных веточек тройничного нерва: одностороннее высыпание в области твердого неба языка или десны в виде мелких пузырьков, которые следуют цепочкой, группируясь, однако не сливаются в пузырь (рис. 6). Пузырьки на коже могут существовать несколько дней, затем ссыхаются, и на их месте образуются корочки, после отторжения которых остается гиперпигментация. На слизистой оболочке пузырьки быстро лопаются, и появляются мелкие, иногда точечные эрозии, которые преобразуются в афты. Весь процесс, как правило, сопровождается мучительными болями, которые могут остаться и после эпителизации афт. Заболевание длится 2–3 нед.

Лабораторная диагностика заключается в выделении и идентификации вируса. В электронном микроскопе изучают жидкость везикул, зараженные тканевые культуры. Проводятся также серологические исследо-

вания – реакции преципитации, нейтрализации, связывания комплемента.

Корь – острое инфекционное заболевание, характеризующееся повышением температуры тела, наличием интоксикации, катара верхних дыхательных путей, слизистых оболочек глаз, а также этапным появлением пятнисто-папулезной сыпи. Наблюдается круглый год с подъемами в осенне-зимний и весенние периоды. Передается инфекция воздушно-капельным путем. Возбудитель кори – вирус, относящийся к семейству парамиксовирусов.

Заболевание начинается с подъема температуры тела до 38,5–39,0°С, сухого лающего кашля, ринита, конъюнктивита. Отмечается светобоязнь, гиперемия конъюнктивы, отечность век, склерит. За 1–2 дня до высыпаний на коже появляется типичный симптом кори – пятна Бельского–Филатова–Коплика, которые располагаются на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, реже – на слизистой оболочке губ, десен. Пятна имеют вид мелких, с маковое зерно, серовато-белесоватых папул, окруженных узкой каймой гиперемии. Они не сливаются между собой, прочно сидят на своем основании, не снимаются тампоном, удерживаются в течение 2–3 дней. Появление их объясняется гематогенным заносом вируса в полость рта. В результате эпителий слизистой оболочки подвергается дегенерации и частичному некрозу с последующим неправильным ороговением. Эпителиальный слой, лишенный прозрачности, приобретает белесоватый цвет. На мягком и твердом небе появляется энантема в виде мелких розовато-красных пятен.

Инфекционный мононуклеоз – острая вирусная инфекция, характеризующаяся лимфопролиферативным процессом доброкачественного характера.

Заболевание начинается остро, с повышения температуры до 38,5–39,0°С, которая в дальнейшем приобретает интермитирующий характер. Больной жалуется на недомогание, головную боль, боли в горле. С первых дней болезни увеличиваются лимфатические узлы (подчелюстные, заднешейные, подмышечные, паховые) и наибольших размеров они достигают к 3–4-му дню.

Следующий симптом – признаки ангины: катаральной, лакунарной, а иногда язвенно-некротической. В зеве отмечается яркая или умеренно разлитая гиперемия. Задняя стенка глотки слегка отечна, зернистая, с гиперемированными фолликулами и покрыта густой слизью. Гипертрофия миндалин с появлением на них различных по величине и характеру наслоений в виде островков или полосок, иногда сплошь покрывающих миндалины. Налеты белесовато-желтоватые, иногда грязно-желтого цвета, рыхлые, легко снимаются, держатся до двух недель и более.

В разгар заболевания, в сочетании с ангиной или самостоятельно, развивается катаральный стоматит с язвенным гингивитом. Изъязвление десневого края в период стихания основных симптомов заболевания приобретает ведущее значение, длительное течение приводит к разрушению круговой связки зуба, нарушает устойчивость.

Краснуха – острое инфекционное заболевание, характеризующееся мелопятнистыми высыпаниями, слабо выраженными общими нарушениями и увеличением лимфатических узлов в затылочной и задней шейной областях. Болеют чаще дети от 1 до 7 лет. Характерен воздушно-капельный путь передачи инфекции. Первым симптомом данного заболевания является сыпь. Общее состояние страдает незначительно, температура тела субфебрильная, отмечается слабость, недомогание, головная боль. Катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей в виде насморка, кашля, конъюнктивита появляются вместе с высыпаниями.

В полости рта отмечаются следующие изменения: гиперемия и рыхлость миндалин, энантема на СОПР в виде мелких пятнышек в области мягкого неба и щек.

Лечение ОРВИ комплексное и включает общую и местную терапию. С первых дней развития заболевания необходимо использовать противовирусные мази: 0,25% оксолиновую; 0,25–0,5% флореналевую; 0,25–0,5% теброфеновую; 50% интерфероновую; 0,25% бонафтоновую; по показаниям эффективны антигерпетические средства: мазь ацикловира, мазь герпевира, 2% раствор зовиракса.

Желательно перед едой использовать обезболивающие средства: 5% анестезиновую эмульсию, 1% пиромикаиновую мазь, Холисал.

В период угасания болезни назначают кератопластические препараты: масло шиповника и облепихи, Каротолин, мазь и желе солкосерила, винилин, масляный раствор витамина А, Гипозоль, Винизоль.

При среднетяжелой и тяжелой форме ОГС и рецидивирующем герпетическом стоматите показано общее лечение, например, ацикловир, обладающий высокой избирательностью в отношении вируса герпеса.

Оправдано физиотерапевтическое лечение: ультрафиолетовое облучение, облучение гелий-неоновым лазером, применение чрезкожной лазерной биостимуляции крови.

В связи с интоксикацией организма большое внимание уделяется введению достаточного количества жидкости. Одновременно необходимо наладить рациональное питание, отдавая предпочтение жидкой, нераздражающей, калорийной пище.

Заключение

Детские инфекционные заболевания практически в 100% случаев в виде различных элементов поражения проявляются на СОПР, вызывая субъективные ощущения. Поэтому при осмотре ребенка требуется особое внимание как от врача-педиатра, так и от стоматолога.

Тактика врача при обнаружении элементов поражения СОПР представлена в таблице.

При лечении острых инфекционных заболеваний основное внимание стоматолога направлено на создание хороших санитарно-гигиенических условий: активная антисептическая обработка СОПР, удаление мягкого

Таблица. Тактика врача при обнаружении элементов поражения слизистой оболочки
Table. Physician's tactics when finding mucosal lesions

Возможные ситуации	Врачебная тактика
Локальные проявления при наличии местного этиологического фактора	• диагностика и лечение у стоматолога; • возможны дополнительные исследования; • терапия, как правило, местная
Локальные проявления при наличии общей причины	• диагностика и лечение у стоматолога после консультации педиатра; • терапия местная, возможна общая
Локальные поражения на фоне общих заболеваний	• осмотр стоматолога; • окончательный диагноз устанавливает педиатр, специализирующийся в области данного заболевания; • лечение у специалиста по профилю патологии – общее (этиотропное, патогенетическое), у стоматолога – местное, чаще симптоматическое

зубного налета и зубного камня, противомикробная терапия, обработка СОПР противовирусными мазями. В случае болезненности целесообразно применять обезболивающие средства, в последующем использовать кератопластики. Для снижения риска рецидива важное значение имеет полноценный индивидуальный гигиенический уход за полостью рта.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests. The author declares that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Персин Л.С. и др. Стоматология детского возраста. М.: Медицина, 2003.
   Persin L.S. et al. Pediatric Dentistry. Moscow: Medicine, 2003 (in Russian).
2. Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство: пер. с нем. Под ред. В.П. Адаскевича, И.К. Луцкой. М.: Медицинская литература, 2011.
   Bork K., Burgdorf W., Hede N. Diseases of the Oral Mucous Membrane and Lips. Clinical Features, Diagnosis, and Treatment. Atlas and Guide: Translated from German. Ed. V.P. Adaskevich, I.K. Lutskaya. Moscow: Medical Literature, 2011 (in Russian).
3. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. М.: ОАО «Стоматология», 2001.
   Danilevsky N.F., Leontiev V.K., Nesin A.F. Diseases of the Oral Mucous Membrane and Lips. Moscow: Stomatologiya, 2001 (in Russian).
4. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Карманный справочник врача. 2-е изд. М.: Медицинская литература, 2014.
   Lutskaya I.K. Diseases of the Oral Mucous Membrane. Pocket Physician's Handbook. 2nd ed. Moscow: Medical Literature, 2014. (in Russian).
5. Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра. Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. М., 2004.
   Modern strategy for the treatment of atopic dermatitis: a pediatrician's action plan. Consensus document of the Association of Pediatric Allergists and Immunologists of Russia. Moscow, 2004 (in Russian).
6. Страхова С.Ю., Мартынова О.В. Применение препарата «Холисал» в комплексном лечении острого герпетического стоматита у детей. *Практическая медицина*. 2009;1(33):98-100.
   Strakhova S.Yu., Martynova O.V. The use of the drug "Cholisal" in the complex treatment of acute herpetic stomatitis in children. *Practical Medicine*. 2009;1(33):98-100 (in Russian).
7. Луцкая И.К. Диагностика стоматологических заболеваний. Минск: БГМУ, 2025.
   Lutskaya I.K. Diagnosis of Dental Diseases. Minsk: Belarusian State Medical University, 2025 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Луцкая Ирина Константиновна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. терапевтической стоматологии УО БГМУ. E-mail: lutskaja@mail.ru

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Irina K. Lutskaya – Dr. Sci. (Med.), Full Prof., Belarusian State Medical University. E-mail: lutskaja@mail.ru

Поступила в редакцию: 15.09.2026
Поступила после рецензирования: 18.09.2026
Принята к публикации: 24.09.2026

Received: 15.09.2026
Revised: 18.09.2026
Accepted: 24.09.2026