

© К.Є. Іщейкін, С.О. Білоконь, Л.Г. Павленко, Н.П. Білоконь

УДК [616.31+616.5]:616.98

**К.Є. Іщейкін, С.О. Білоконь, Л.Г. Павленко, Н.П. Білоконь**

### **ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ: ЧАСТОТА, СТРУКТУРА І КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” (м. Полтава)**

Робота виконана в рамках НДР ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” “Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лищевої ділянки” (державний реєстраційний номер 0105U001312).

**Вступ.** Герпетична інфекція (ГІ) – найбільш розповсюджене вірусне ураження людини, яке, згідно Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов’язаних із здоров’ям, 10-го перегляду, відноситься до класу 1 (В00 – В09) [1, 4, 10]. За даними ВООЗ, понад 90% населення земної кулі уражено вірусом простого герпеса (ВПГ), причому інфікованість ним дітей віком від 6 місяців до 5 років складає більше 70% [2, 3]. У зв’язку із невинним збільшенням частоти ураження дітей первинним герпесом, це захворювання стає медико-соціальною проблемою [4, 9].

Найбільш часто в стоматологічній та дерматологічній практиці зустрічається альфагерпесвірус 1-го типу з місцем первинного інфікування слизової оболонки порожнини рота (СОПР) і шкіри обличчя з персистенням в корі та оболонці мозку [2, 3].

Отже, герпес простий (ГП) – інфекційна хвороба, що виникає як гострий стоматит або дерматит, а в подальшому набуває хронічного перебігу із періодичними рецидивами з різними клінічними проявами [7]. Нажаль, це ураження слизової оболонки і шкіри стоматологами, дерматологами та, особливо, педіатрами нерідко діагностується як «гострий афтозний стоматит», що не відповідає міжнародній класифікації і клінічним проявам захворювання, а помилки в діагностиці та лікуванні можуть приводити до тяжких наслідків. Ситуація ускладнюється, на наш погляд, відсутністю в медичній літературі сучасних даних щодо інфікованості дітей ВПГ, його проявів на СОПР і шкірі обличчя [8]. Нажаль, не враховується і залежність клінічних проявів патології від вікових особливостей будови СОПР та шкіри.

**Мета дослідження** - вивчення розповсюдженості простого герпеса на СОПР і шкірі обличчя у дітей м. Полтави та визначення клінічних проявів герпетичної інфекції зазначеної локалізації.

**Об’єкт і методи дослідження.** Нами оглянуто 638 дітей віком до 15 років з різною патологією СОПР на базі Полтавської міської дитячої клінічної стоматологічної поліклініки (ПМДКСП). Діагноз герпетичного ураження СОПР і шкіри обличчя встановлювали за суб’єктивними даними та результатами об’єктивного і клінічного обстеження. Всі оглянуті пацієнти з урахуванням особливостей будови СОПР

були умовно розподілені на вікові групи: діти до 1 року, 1-3 роки, 4-7 років, 8 років і старше.

#### **Результати досліджень та їх обговорення.**

Нами встановлено, що розповсюдженість ГП у дітей, які лікувалися в терапевтичному відділенні ПМДКСП, складає 14% від загальної кількості пацієнтів, що звернулися за допомогою в лікувальний заклад.

Узагальнено структуру герпетичних уражень дітей наведено в **таблиці**, з якої видно, що у пацієнтів віком до 1-го року гострі герпетичні стоматити (ГГС) становлять 16,7% від загальної кількості дітей із захворюванням СОПР. В групі дітей 1-3 років кількість таких хворих різко збільшується, досягаючи 96%. У дітей 4-7 років характер ураження СОПР змінюється, в більшості випадків за клінічними проявами діагностуючись як хронічний герпетичний стоматит (47%). В групі дітей від 8 років герпетичний стоматит переважно має клінічні ознаки хронічного локалізованого герпесу (42,5%) або хронічного рецидивуючого герпетичного стоматиту (ХРГС) (41,25%).

Виявилось, що загалом вірус простого герпеса на СОПР має клінічні ознаки ГГС, ХРГС, хронічного локалізованого герпесу і хронічних проявів герпесу при напрузі імунітету організму («синдром напруги» [11, 12]). Майже всі зазначені нозологічні форми сполучаються із ураженням шкіри обличчя. Таке різноманіття проявів герпетичної інфекції на СОПР та шкірі обличчя спонукало нас до узагальнення клінічних симптомів зазначеної патології згідно даних літератури і результатів власних спостережень.

Отже, гострий герпетичний стоматит (stomatitis herpetica acuta) [1, 2] у дітей протікає із поодинокими або множинними елементами ураження слизової оболонки та шкіри, основним з яких є пухирець. Пухирці розміщуються внутрішньоепітеліально, бувають везикульозними, бульозними і спонгіозними, маючи різну величину (інколи сягають розмірів міхура).

Стадії розвитку пухирця (ерітемна (пляма), везикульозна, кіркова, стадія відторгнення (загоєння)) відповідають основним періодам розвитку ГГС на місцевому рівні.

Так, у продромальному періоді на тлі гіперсалівації визначаються печія, поколювання, свербіж, оніміння в місцях появи елементів ураження.

В катаральний період до зазначених вище змін приєднуються гіперемія, набряк, болісність окремих ділянок СОПР та маргінальних ясен.

У всіх дітей спостерігається зниження кількості лактобактерій в порожнині рота і кишечнику, збільшення кількості патогенної мікрофлори (str. ruogeous, st. aureus), грибів роду *Candida*, виникає дизбактеріоз [8, 13].

## КЛІНІЧНА ТА ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

В період висипання з'являються різного розміру поодинокі або множинні пухирці на різних стадіях розвитку. Їх прозорий вміст з часом мутніє. Приєднання вторинної інфекції викликає виразкові зміни, що часто є причиною діагностичних лікарських помилок.

Закінчується захворювання періодом клінічного одужання.

За нашими даними, при ГГС висипання на СОПР поєднуються з одночасним ураженням шкіри, що у дітей до 1-го року складає 71,4%. У хворих 1-3 років

та 4-7 років частота одночасного ураження СОПР та шкіри при ГГС різко збільшується, становлячи 98% та 89,4% відповідно. У дітей після 8 років при ГГС завжди (100%) уражується шкіра обличчя (**табл.**).

Залежно від загального стану хворого, площі ураження СОПР і шкіри, кількості герпетичних елементів розрізняють легку, середньотяжку та важку форми захворювання.

Легка форма характеризується відсутністю симптомів інтоксикації організму. Продромальний період клінічно не проявляється. Загальний стан

Таблиця

**Розповсюдженість клінічних форм ураження СОПР та шкіри обличчя у дітей**

Вікові групи	Кількість обстежених дітей	ГГС				ХРГС				Хронічний локалізований герпес				Кандидоз		Інші	
		всього		в тому числі на СОПР та шкірі		всього		в тому числі на СОПР та шкірі		всього		в тому числі на СОПР та шкірі		абс	%	абс	%
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%				
<b>До 1 року</b>	42	7	16,7	5	71,4									30	71,4	5	11,9
<b>1-3 роки</b>	369	354	96	347	98	10	2,7	4	40					3	0,8	2	0,5
<b>4-7 років</b>	147	47	32	42	89,4	69	47	55	79,7	8	5,4	7	87,5	10	6,8	13	8,8
<b>8 років і старші</b>	80	5	6,25	5	100	33	41,25	30	90,9	34	42,5	32	94,1	6	7,5	2	2,5
<b>Всього</b>	638	413	64,7	399	96,6	112	17,5	89	79,5	42	6,6	39	92,9	49	7,7	22	3,5

дитини цілком задовільний. Хвороба починається раптово підвищенням температури до 37-37,5°C.

У порожнині рота виникають гіперемія, невеликий набряк, головним чином в ділянці ясенного краю (катаральний гінгівіт).

У більшості випадків на тлі посиленої гіперемії на СОПР з'являються поодинокі або згруповані елементи ураження, число яких, зазвичай, не перевищує 6.

На шкірі обличчя виникають поодинокі пухирці.

Пухирці згодом швидко розкриваються, тому стадія везикули зазвичай проглядається батьками і лікарем.

Висипання однократні.

Середньотяжка форма характеризується досить чітко вираженим токсикозом і ураженням СОПР та шкіри в усі періоди хвороби. Так, вже у продромальному періоді температура підвищується до 37-38,1°C, погіршується самопочуття дитини, з'являється слабкість, капризи, погіршення апетиту, можливі катаральна ангіна або симптоми гострого

респіраторного захворювання. Підщелепні лімфовузли збільшуються, стають болісними.

В період катарального запалення температура сягає 38-39°C, приєднуються головний біль, нудота, блідість шкіри. На піку підйому температури, посиленої гіперемії і вираженої набрякості СОПР посилюється саливація, слина стає в'язкою, тягучою, відзначаються яскраво виражене запалення та кровоточивість ясен.

З'являються елементи ураження як в порожнині рота (від 10 до 25), так і на шкірі навколоротової ділянки. Висипання нерідко рецидивують, через що при огляді порожнини рота можна бачити елементи ураження на різних стадіях розвитку.

Під час висипань значення рН слини стає 6,96±0,07 зі зменшенням імунологічних показників.

Значно змінюється склад мікрофлори порожнини рота, зростає кількість патогенних мікроорганізмів, виникає дисбактеріоз.

Після першого висипання пухирців температура тіла зазвичай знижується до 37-37,5°C, однак подальші висипання супроводжуються її підйомом до

колишнього рівня, наростанням симптомів вторинного токсикозу.

В крові ШОЕ підвищується до 20 мм/год, видзначається лейкопенія, іноді незначний лейкоцитоз, зменшуються імунологічні показники.

Тривалість хвороби залежить від стану імунітету дитини, наявності зруйнованих зубів, хронічного тонзиліту, раціональності терапії. Найдовше зберігаються гінгівіт, різка кровоточивість ясен та лімфаденіт.

Важка форма зустрічається значно рідше. У продромальний період визначаються ознаки початку гострого інфекційного захворювання (апатія, адинамія, головний біль, шкірно-м'язова гіперестезія, артралгія). Нерідкі симптоми ураження серцево-судинної системи (бради- або тахікардія, приглушення тонів серця, артеріальна гіпотонія). У деяких хворих спостерігаються носові кровотечі, нудота, блювота, чітко виражений лімфаденіт не тільки підщелепних, але і шийних лімфовузлів.

У період розвитку хвороби у дітей підвищується температура до 39-40°C, з'являється скорботний вираз губ, звертають на себе увагу страждено заpalі очі. Можуть бути незначна нежить, кашель, дещо набряклі та гіпереміровані кон'юнктиви очей. Губи сухі, яскраві, запечені. СОПР набрякла, яскрава, різко виражений катаральний гінгівіт.

Через 1-2 доби в порожнині рота з'являються численні (до 20-25) елементи ураження, які рецидивують, що обумовлює збільшення їх кількості до 100. Елементи зливаються, утворюючи великі ділянки некрозу слизової оболонки на губах, щоках, язика, м'якому і твердому піднебінні. Уражається і ясенний край.

У слині кисле середовище (рН 6,55±0,2) може змінюватися лужним (рН 8,1-8,4). Інтерферон відсутній, вміст лізоциму різко знижений.

Змінюється мікробіоценоз порожнини рота: зменшується кількість лактобактерій на тлі збільшення числа умовно-патогенної мікрофлори (*S.pyogenes*, *S.aureus*, *Candida albicans*, *Candida non-albicans*).

Поступово катаральний гінгівіт переходить у виразково-некротичний. Відзначається різкий гнилісний запах з рота, рясна слинотеча з домішками крові.

Часто висипання у вигляді типових герпетичних пухирців виникають і на шкірі навколоротової ділянки та повік, кон'юнктиви очей, вухах, на пальцях рук.

Можливе посилення запальних явищ на слизовій оболонці порожнини носа, дихальних шляхів, очей. У секреті з носа і гортані також виявляються домішки крові, а інколи виникають носові кровотечі. При блискавичному перебігу хвороби за кілька годин розвивається ларингоспазм, що різко утруднює дихання. Такі діти потребують негайного активного лікування, у зв'язку з чим доцільна госпіталізація в ізолятор педіатричної або інфекційної лікарні.

У крові виявляються лейкопенія зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, еозинофілія, поодинокі плазматичні клітини, юні форми нейтрофілів. У

період реконвалесценції з'являються герпетичні комплементзв'язуючі антитіла.

Після одужання настає період ремісії. Вірус тривалий час може персистувати в клітинах організму без клінічних проявів.

Загострення виникає в момент переохолодження чи перегріву, вираженого фізичного чи психоемоційного стомлення, медичних маніпуляцій, особливо у людей з послабленим імунітетом.

Відокремлюється особлива форма ураження слизової оболонки гострим герпесом у новонароджених [5], яка зустрічається в одному випадку з 2500-3500 пологів. Інфекція частіше викликається персистуючим в організмі матері вірусом простого герпесу 1-го та 2-го типу (ВПГ-1, ВПГ-2). Захворювання зазвичай розвивається на 4-7 день після народження і протікає з високою лихоманкою, рясними шкірними висипаннями. Можуть уражатися слизові оболонки порожнини рота, кишечнику та очей, печінка, надниркові залози, бронхи і ЦНС.

У новонароджених первинний герпес може протікати і без ураження слизових оболонок та шкіри, подібно септицемії (печінковий або енцефалітний тип хвороби). При печінковому типі переважає жовтяниця, діарея і гепатомегалія, а при енцефалітному – явища енцефаліту.

Загалом герпетична інфекція новонароджених проявляється як:

- а) генералізована, системна інфекція із множними ураженнями внутрішніх органів;
- б) ізольоване ураження ЦНС у вигляді енцефалітів;
- в) обмежене ураження СОПР, шкіри (**рис. 1**).



**Рис. 1. Прояви герпетичної інфекції у новонароджених: а) ураження шкіри спини, б) ураження шкіри обличчя.**

У разі відсутності специфічного лікування летальність при генералізованих формах ГІ у новонароджених досягає 80-90%, а при ізольованих ураженнях ЦНС – 50%.

При зміні імунних факторів захисту виникають різні форми прояву хронічної герпетичної інфекції, однак зазвичай така патологія діагностується як хронічний рецидивуючий герпетичний стоматит (*stomatitis herpetica recidiva chronica*) [3, 6], найбільш характерними ознаками якого є сталість анатомічних місць висипань, що залежить від первинної локалізації інфекції, та велика частота поєданого ураження шкіри обличчя (**табл.**).

У період загострення протягом 1-2 днів температура тіла підвищується до 37,5°C-38,5°C відзначається

погіршення загального стану, зниження апетиту, загальна слабкість, швидка стомлюваність, дратівливість, плаксивість.

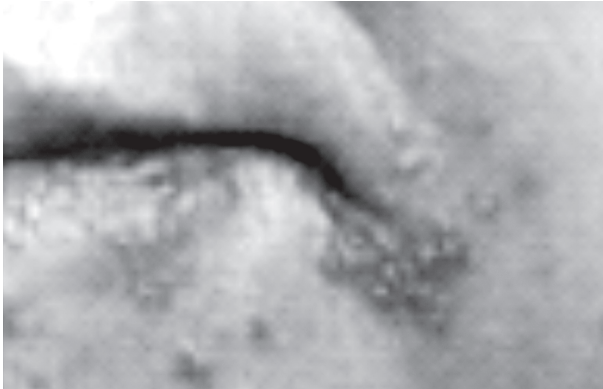
Виражені симптоми загального характеру спостерігаються у дітей на ранніх стадіях хронізації захворювання, а при кожному черговому рецидиві стають менш вираженими.

Місцевими клінічними особливостями ХРГС є постійна болісність СОПР в місцях ураження, яка різко посилюється при прийомі їжі і розмові, гіперемія слизової оболонки різної інтенсивності, відсутність переходу від катарального гінгівіту до виразково-некротичного, відсутність гіперсалівації та запаху, наявність регіонарного лімфаденіту із залученням підщелепних лімфозвулів. Симптом кровоточивості виражений нерізно або відсутній.

На слизовій оболонці є ділянки поверхневого некрозу епітелію без вінців гіперемії навколо.

За кілька годин до появи висипань на СОПР і шкірі виникають незначні свербіж та печія. Згодом з'являються рожеві плями різних розмірів, виникає помірно виражена набряклість, з'являються пухирці, що розташовуються групами (**рис. 2**), а іноді зливаються із утворенням міхура. Елементи ураження переважно локалізуються на слизовій оболонці губ, щік, кінчика, спинки і бічних поверхонь язика найчастіше в кількості 1-3, а іноді 4-7.

Поступово збільшується набряклість тканин. Прозорий вміст пухирців через 2-3 дні мутніє. Надалі пухирці або розкриваються із виникненням ерозій,



**Рис. 2.** Ураження шкіри обличчя у хворих хронічним рецидивуючим герпесом.

що покриваються кірками на червоній облямівці губ та шкірі, або їх вміст зсихається в кірки без розтину пухирців. Згодом кірки відпадають, оголюючи епітелізовану поверхню.

В окремих випадках на ранніх стадіях поруч з поверхневим некрозом можуть з'являтися товстостінні (спонгіозні) пухирці із щільним ексудатом, які протягом наступних годин перетворюються на фібринозні осередки некрозу. Надалі ці ділянки набувають вигляду ерозивних вогнищ округлої форми жовтуватого кольору.

Залежно від вираженості симптомів загального і місцевого характеру та частоти рецидивів, відокремлюють ступені тяжкості ХРГС.

Легкий ступінь: загострення 1-2 рази на рік зі слабо вираженими загальними ознаками. У порожнині рота спостерігається невелика кількість елементів ураження.

Середній ступінь: рецидиви виникають 2-4 рази на рік зі слабо вираженими симптомами загального характеру і невеликою кількістю герпетичних елементів.

Важкий ступінь: рецидиви виникають 4-6 разів на рік або може бути безперервно рецидивуюча форма. У дітей до 5 років чітко виражені симптоми загального характеру. Іноді на зміну епітелізованим елементам ураження з'являються нові осередки, що призводить до постійної наявності герпетичних елементів на різних стадіях розвитку.

Характерною особливістю клінічних проявів хронічного локалізованого герпесу (*stomatitis herpeticus localisatus (labialis) chronicus*) [14] є типові місця висипань: губи, крила носа, шкіра навколоротової ділянки.

У місцях ураження виникають плями та набряк, що згодом змінюються пухирцями (згруповані, везикулярні, одночасно на червоній облямівці губ і шкірі). Пухирці дуже швидко розкриваються, утворюючи кірки, під якими відбувається епітелізація. Після відторгнення кірок рубці не утворюються, а плями швидко зникають.

В клінічному перебігу захворювання виділяються наступні стадії: продромальна (свербіж та печія шкіри в місцях ураження), катаральна (утворення плями), період висипань (пухирці різної форми), кіркова, загоєння.

Діагностика передбачає вірусологічні, імунологічні і цитологічні методи дослідження.

Рецидиви спостерігаються при гострих респіраторних захворюваннях, переохолодженнях, психоемоційних стресах, під час менструації.

Особливою клінічною формою хронічного герпесу є «синдром напруги» (*syndromum towglii*) в порожнині рота, що відрізняється від класичних форм рецидивуючого герпетичного стоматиту [11, 12].

За нашими даними, такі явища спостерігаються у 26% пацієнтів, які проходять довготривале стоматологічне лікування, переважно у людей підліткового та зрілого віку.

Більшість стоматологів, а головне, їхні пацієнти, не можуть чітко пояснити, чому, іноді, після

стоматологічних маніпуляцій, підвищується температура тіла, виникають м'язовий і головний біль, що може призвести до конфлікту між лікарем та хворим.

Ймовірно, пояснення цього явища слід шукати у даних про структуру епітелію, а саме у різниці будови жувального і покривного типів епітелію СОПР.

Має значення і тривалість лікувальних маніпуляцій у порожнині рота (2-3 години та більше). Тривале застосування анестетиків, використання світла, препарування зубів під різні конструкції, застосування композитних матеріалів і т.п. сприяють порушенню мікроциркуляції, обміну речовин, окислювально-відновних процесів.

Інкубаційний період дуже короткий. Погіршується загальний стан, з'являється головний біль, субфібрильна температура, порушується сон.

На яснах з'являються окремі або згруповані везикулярні елементи, які швидко розкриваються із утворенням неглибоких ерозій. На відміну від ХРГС, при якому елементи ураження локалізуються на покривному типі слизової, везикули частіше утворюються на жувальній слизовій, що не є типовим для пухирчатих елементів ураження (рис. 3).

Тривалість стану залежить від кількості пухирців, нейроінтоксикації і імунітета пацієнта. При лікуванні, зазвичай, захворювання купірується за 2-4 дні та потребує обов'язкової профілактичної підготовки хворого.

Надалі герпес може знову рецидивувати при повторних медичних і стоматологічних маніпуляціях.

**Висновки.** Таким чином, аналіз літературних джерел та наші спостереження підтвердили багатогранність клінічних проявів герпетичної інфекції на



**Рис. 3.** Клінічні прояви "синдрому напруги": пухирці, ерозії на жувальному типі слизової оболонки.

СОПР та шкірі обличчя, що, на нашу думку, аргументує необхідність внесення відповідних доповнень і змін до протоколів надання стоматологічної допомоги населенню України (наказ МОЗ України № 566 від 02.11.2004р.).

**Перспективи подальших досліджень.** Збільшення частоти виникнення та різномаяття клінічних проявів гострої і хронічної герпетичної інфекції на СОПР та шкірі обличчя може стати підґрунтям для подальших науково-практичних досліджень в стоматології і дерматології.

### Список літератури

1. Баринский И.Ф. Герпес: этиология, диагностика, лечение / И.Ф.Баринский, А.К.Шубладзе, А.А.Каспаров, В.Н.Гребенюк – Москва: Медицина, 1986 – 196 с.
2. Владимиров Е.В. Герпетическая инфекция кожи и слизистых оболочек / Е.В.Владимиров // Вестн. дерматол. и венерол. – 1997. – № 2. – С. 45-51
3. Калюжна Л.Д. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ / Л.Д.Калюжна, Т.Ф.Білоклицька – Київ, 2007. – С. 147-156
4. Мавров И.И. Проблемы заболеваний, вызванных вирусом простого герпеса / И.И.Мавров // Украинский химиотерапевтический журнал. – 1999. – №1. – С. 13-20
5. Мельниченко Э.М. Клинико-лабораторная диагностика герпетического стоматита у новорожденных детей / Э.М.Мельниченко, Т.Г.Белая, А.Г.Коломиец // Стоматология. – 1995. – № 3. – С. 60-62
6. Мельниченко Э.М. Клиника, лечение, прогнозирование и профилактика рецидивирующего герпетического стоматита / Э.М. Мельниченко // Здравоохранение Белоруссии. – 1992. – № 6. – С. 60-63
7. Міхеев О.Г. Простий герпес: епідеміологія та патогенез / О.Г.Міхеев // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2001. – №1 – С. 48-49
8. Павленко Л.Г. Приминение пробиотиков в комплексном лечении острого герпетического стоматита у детей / Л.Г.Павленко, М.Ю.Бабанина, Т.Н.Дёмина, С.М.Бабанина // Здоров'я України. – 2008. – №21-24. – С. 80
9. Скрипникова Т.П. Герпетическая инфекция: профилактика и лечение / Т.П.Скрипникова, Л.Г.Павленко // Дент Арт. – 2005. – № 1. – С. 51-53
10. Скрипникова Т.П. Прояви герпетичної інфекції в порожнині рота / Т.П.Скрипникова, Л.Г.Павленко, Ю.В.Сенчакович // Український стоматологічний альманах. – 2007. – № 5. – С.72-73
11. Скрипникова Т.П. Прояви „герпесу напруги” при стоматологічних втручаннях / Т.П.Скрипникова, Л.Г.Павленко, Т.А.Хміль, Ю.В.Сенчакович // Мат. обласної науково-практичної конференції “Методи поліпшення ортопедичної допомоги на Полтавщині”. – Полтава-Лубни, 2007. – С.126-129
12. Скрипникова Т.П. Прояви хронічної герпетичної інфекції при стоматологічних втручаннях / Т.П.Скрипникова, Л.Г.Павленко, Ю.В.Сенчакович // Вісник стоматології. – 2008. – №1. – С. – 48-49
13. Хахалин Л.Н. Герпесвирусные инфекции в амбулаторной практике / Л.Н.Хахалин // Український медичний часопис. – 2001. – №5. – С. 97-98
14. McKeough M.V. Comparison of new topical treatments for herpes labialis / M. B.McKeough, S.L.Spruance // Archives of Dermatology. – 2001. – Vol. 137. –№ 9. – P. 1153-1158

УДК [616.31+616.5]:616.98

### **ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА И КОЖЕ ЛИЦА: ЧАСТОТА, СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ**

**Ищeyкин К.Е., Белоконь С.А., Павленко Л.Г., Белоконь Н.П.**

**Резюме.** В статье представлены литературные данные и результаты собственных наблюдений касательно частоты, структуры и клинических проявлений поражения слизистой оболочки полости рта и кожи лица у детей герпетической инфекцией. Отдельное внимание уделено сочетанному поражению кожи и слизистой оболочки.

**Ключевые слова:** герпес, слизистая оболочка полости рта, кожа лица, дети.

УДК [616.31+616.5]:616.98

### **ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ШКІРІ ОБЛИЧЧЯ: ЧАСТОТА, СТРУКТУРА І КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ**

**Ищeyкин К.Е., Білоконь С.О., Павленко Л.Г., Білоконь Н.П.**

**Резюме.** У статті представлені літературні дані і результати власних спостережень відносно частоти, структури і клінічних проявів уражень слизової оболонки порожнини рота і шкіри обличчя у дітей герпетичною інфекцією. Окрема увага приділена поєднаному ураженню шкіри та слизової оболонки.

**Ключові слова:** герпес, слизова оболонка порожнини рота, шкіра обличчя, діти.

UDC [616.31+616.5]:616.98

### **Herpetic Infection On The Mucous Membrane Of Cavity Of Mouth And Skin Of Person: Frequency, Structure And Clinical Displays**

**Ischeykin K.E., Belokon S.A., Pavlenko I.G., Belokon N.P.**

In the article literary information and results of own supervisions is presented concerning frequency, structure and clinical displays of defeat of mucous membrane of cavity of mouth and skin of person for children by a herpetic infection. Separate attention is spared the summary defeat of skin and mucous membrane.

**Key words:** herpetic infection, mucous membrane of cavity of mouth, skin of person, children.

Стаття надійшла 26.09.2011 р.