

Медикаментозные средства в лечении проявлений различных заболеваний на слизистой полости рта

И.К. Луцкая

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь
lutskaja@mail.ru

Аннотация

В представленной работе описаны принципы этиотропного и симптоматического лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта. На примере отдельных нозологических единиц показаны возможности выбора врачом общей практики, терапевтом тактики стоматологической помощи в зависимости от клинических проявлений. Показано, что важнейшую роль в достижении эффективности лечения играет общее состояние организма.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, принципы лечения, медикаментозные средства, тактика врача общей практики.

Для цитирования: Луцкая И.К. Медикаментозные средства в лечении проявлений различных заболеваний на слизистой полости рта. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 7: 56–62. DOI: 10.47407/kr2021.2.7.00090

Pharmaceuticals in treatment of oral mucosal manifestations of manifestations of various diseases on the oral mucosa

Irina K. Lutskaya

Belarusian medical academy of postgraduate education, Belarus, Minsk
lutskaja@mail.ru

Abstract

The paper reports principles for etiotropic and symptomatic therapy of oral mucosal diseases. The options for dental care tactics selection by the general practitioner, the primary care physician, based on the clinical manifestations are discussed using certain nosological entities as examples. It has been shown that general functional state of the organism plays a vital part in achieving treatment efficacy.

Key words: oral mucosa; principles of treatment; pharmaceuticals; general practitioner's tactics.

For citation: Lutskaya I.K. Pharmaceuticals in treatment of manifestations of various diseases on the oral mucosa. Clinical review for general practice. 2021; 7: 56–62. DOI: 10.47407/kr2021.2.7.00090

Патологические процессы слизистой оболочки полости рта (СОПР) – стоматиты чаще всего протекают на фоне общих заболеваний [1–3]. В связи с этим первые признаки поражения слизистой может обнаружить врач-терапевт, врач общей практики или другие специалисты. При выяснении жалоб у пациента последний называет изменение ощущений во рту: дискомфорт, болезненность, нарушение вкуса. Индивид нередко связывает эти проявления с развитием, обострением или рецидивом общего заболевания [4–5]. В определенных случаях он оказывается прав. Например, пузырьный синдром характерен для гипертензии, специфический запах изо рта для почечной недостаточности или патологии желудка. Можно привести еще целый ряд примеров такой связи. В других случаях причиной может стать побочное действие лекарственных препаратов [6, 7]. В частности, в инструкциях бывает указана сухость полости рта, возможность развития стоматита. Местные факторы, как острые края зубов, прикусывание губ, щек или языка, усугубляют течение заболевания [8, 9].

Врач-терапевт не имеет возможности произвести тщательный осмотр органов полости рта, однако явные высыпания или дефекты слизистой оболочки вы-

являются при хорошем освещении и высокой квалификации специалиста.

В условиях доступной специализированной помощи пациент получает рекомендации для уточнения диагноза и назначения местного лечения у стоматолога. Тем не менее в ряде случаев до направления к узкому специалисту врач общей практики принимает решение об оказании помощи, по крайней мере, симптоматической. Речь может идти о выраженной болезненности, кровоточивости и т.д. Если действия врача-стоматолога бывают достаточно определены протоколами, инструкциями, то тактику терапевта обосновать сложно. Общее лечение он назначает в соответствии с протоколами после установления диагноза. Дальнейшие действия будут зависеть от доступности (в широком смысле) стоматологической помощи. Здесь учитывается ряд факторов. Так, дальность расстояния, пребывание в длительной поездке предполагает отсроченное воздействие. Время суток может повлиять на принятие решения. Категорический отказ пациента от посещения стоматолога вынуждает лечащего (участкового) врача оказывать помощь. Приведенные в данной статье принципы лечения некоторых, часто встречающихся проявлений в полости рта, помогут подобрать медикамен-

тозные средства, оказывающиеся эффективными [10, 11]. Многие из них хорошо известны и применяются терапевтами. Последующее посещение пациентом стоматолога является обязательным [8, 12].

Клинический пример может быть представлен следующим образом. Пациент Н. поздно вечером обратился к дежурному врачу-терапевту с жалобами на острую боль в языке. Ощущения появились после снятия мостовидного протеза, постепенно нарастали и к вечеру стали нестерпимы. Стоматолог прием в это время не ведет. Опросив пациента, врач осмотрел полость рта и на боковой поверхности языка обнаружил очаг поражения в виде желтоватой пленки окруженной гиперемией. Кровоточивости не было. Симптоматически врач назначил для приема внутрь однократно нестероидный противовоспалительный препарат. В виде полосканий рекомендовал раствор хлоргексидина глюконата 0,05%. На следующий день пациент обратился к стоматологу, где получил необходимую помощь.

Лечение заболеваний СОПР нередко вызывает затруднение даже у специалиста высокой квалификации, поскольку чаще всего они протекают на фоне общих патологических процессов в организме. Выбор медикаментозных средств и оптимальной схемы консервативной терапии зависит от выявленных этиотропных факторов, а также локальной и общей симптоматики.

Общее лечение назначается терапевтом и включает следующие положения:

1. Устранение причины, вызывающей данное заболевание, является **этиотропным лечением**. В соответствии с этим используются медикаментозные средства, устраняющие или подавляющие возбудителя заболевания:

- антибактериальные препараты при инфекционных болезнях – антисептики, антибиотики, сульфаниламиды, средства нитрофуранового ряда (предварительное проведение пробы на чувствительность микроорганизмов к препарату существенно повышает эффективность лечения);
- противогрибковые средства назначаются при микозах – противомикотические антибиотики, другие препараты;
- противовирусные средства применяются, если болезнь развивается в результате внедрения в организм вирусного фактора (бонафтон, ацикловир, интерферон);
- устранение выявленного аллергенного фактора, а также противоаллергическое лечение можно также отнести в группу этиотропных мероприятий – стероидные гормоны, гипосенсибилизирующие средства.

2. Коррекция нарушенных механизмов гомеостаза является **патогенетическим лечением**:

- противовоспалительная терапия, в том числе противоотечные, противовоспалительные препараты, – кортикостероидные гормоны (при ярких симптомах воспаления, особенно с выраженным аллергическим компонентом, отеками), салицилаты (пока-

заны при повышении температуры тела, воспалительных процессах внутренних органов), препараты растительного происхождения (настои, отвары трав);

- средства, повышающие общую резистентность организма – витамины (А, С, Е, поливитамины Квадевит, Гендевит, Ундевит и др.); биостимуляторы, адаптогены;
- гипосенсибилизирующие средства – гормоны, антигистаминные препараты (димедрол, дипразин, тавегил, фенкарол);
- препараты крови – компоненты крови, кровезаменители;
- средства, улучшающие обмен веществ: витамины, гормоны, ферменты, микроэлементы и т.д.;
- препараты, нормализующие деятельность внутренних органов и систем (сердечные средства, желудочные, желчегонные, мочегонные и т.п.);
- сосудистые средства (снижающие проницаемость сосудистой стенки, повышающие или снижающие сосудистый тонус);
- нейротропные препараты (нормализующие процессы торможения и возбуждения, тонизирующие и успокаивающие).

3. Устранение субъективных и внешних признаков болезни представляет **симптоматическое лечение**. Оно в значительной степени совпадает с патогенетическим (или влияет на патогенетические механизмы):

- обезболивающие (наркотические и ненаркотические средства);
- жаропонижающие (салицилаты);
- противоотечные (кортикостероиды);
- кровоостанавливающие (витамин С, викасол, препараты крови);
- усиливающие слюноотделение (натрия или калия йодид).

Безусловно, этот список можно продолжить соответственно перечню заболеваний и содержанию фармакопеи.

Общее лечение в полном объеме назначает врач соответствующей специальности. Стоматолог самостоятельно наиболее часто назначает общеукрепляющие средства: витаминные препараты, адаптогены (экстракт элеутерококка).

Местная терапия поражений слизистой оболочки включает использование средств, аналогичных применяемым для общего лечения, однако лекарственные формы, дозировки, способы использования препаратов адаптированы к локальному воздействию.

1. В этиотропном лечении на первом месте стоят антибактериальные препараты, которые не только воздействуют на причину заболевания, но и предупреждают осложнения в виде вторичного инфицирования.

Наиболее часто применяются антисептические средства различного механизма действия (2–3% раствор перекиси водорода; перманганат калия – 0,01–0,1% раствор; хлоргексидина биглюконат – 0,05%; хлорофиллипт; йодинол).

Антибиотики используются в виде полосканий, аппликаций либо парентерально (тетрациклиновая мазь; эмульсия синтомицина; грамицидин – 2% раствор; микроцид; левовинизоль – аэрозоль; 0,1% мазь гентамицина сульфата; линкомицин – парентерально).

Сульфаниламиды: стрептоцид в виде присыпки, ингалипт – аэрозоль.

Препараты нитрофуранового ряда (0,02% водный раствор или 0,2% мазь фурацилина).

Противогрибковые средства применяются для лечения кандидозов: полиеновые антибиотики (нистатиновая мазь 4%, левориновая мазь 5%), декамин (мазь 0,5–1,0%; карамель – под язык), клотримазол (раствор 1%, крем 1%).

Антивирусные препараты используются в схеме этиотропного лечения вирусных заболеваний (оксолиновая, теброфеновая, флореналева, бонафтоновая мази; метиленовый синий – 1% водный раствор; 0,05% раствор хлоргексидина).

2. Патогенетическое лечение включает противовоспалительные средства – нестероидные (мефенаминат натрия в виде пасты, мази; ромазулан; 10% метилурациловая мазь; этоний), стероидные (0,5–2,5% гидрокортизоновая, 0,5% преднизолоновая мази, лоринден, дермозолон). Они же оказывают противоотечное действие.

Эпителизирующим эффектом обладают масляные растворы витаминов А, Е, масло шиповника, каротоллин, АЕвит, метилурацил, солкосерил, винилин. Эти же препараты стимулируют регенерацию соединительной ткани.

Укреплению сосудистой стенки и снижению проницаемости способствует галаскорбин, соли кальция.

Наиболее эффективным оказывается применение средств широкого спектра действия (этоний, солкосерил, Пародиум, Элюдрил, прополис и др. обладают противовоспалительными, местноанестезирующими, антимикробными, эпителизирующими свойствами).

3. Симптоматическое лечение заключается в использовании обезболивающих средств: парентерально, в виде инфузионной или проводниковой анестезии, аппликационно в виде растворов, мазей, аэрозолей: 5% анестезиновая, 1% пирамекаиновая мази, этоний, Фармаэтил (Septodont).

Кровоостанавливающие препараты применяют при соответствующих показаниях (галаскорбин, губка гемостатическая, биопластик, гемокколаген, гемофибрин).

Протеолитические ферменты способствуют отделению налетов (трипсин, химотрипсин, химопсин, папаин).

Ниже приводятся конкретные схемы местного медикаментозного лечения, осуществляемого врачом-стоматологом при локализации элементов поражения ограничено в полости рта или околоушной области.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) часто бывает на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Комплекс лечеб-

ных мероприятий при ХРАС проводится с учетом клинических проявлений, характера сопутствующих заболеваний, а также возраста пациента. Пациента с ХРАС необходимо проконсультировать у гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога для выявления органной патологии и назначения общего лечения.

При легком течении ХРАС (фибринозная, некротическая форма) можно проводить только местное лечение, среднетяжелая форма требует местной и общей терапии, а при тяжелом течении заболевания (рубцующая и деформирующая формы) помощь должна оказываться в стационарах.

Местное лечение предусматривает назначение обезболивающих аппликаций (2% масляный раствор анестезина, 1% пиромикаиновая мазь), ванночек лизоцима (1 стакан кипяченой воды, белок 1 яйца и 1/4 часть чайной ложки соли), полоскание отварами трав (ромашки, зверобоя, календулы), 0,5–1% водным раствором галаскорбина, ромазулана, хлорофиллипта. Для очищения поверхности язв и эрозий от некротического налета возможно применение ферментов (трипсин, хемотрипсин, панкреатин). Однако надо помнить, что частые полоскания уместны лишь при обширном поражении СОПР, тогда как при единичных афтах необходимо полоскание только после еды, чтобы сохранить проявления местного иммунитета.

При начинающейся эпителизации необходимо использовать средства, способствующие репаративным процессам в тканях СОПР (каротоллин, масло облепихи и шиповника, винилин, винизоль, мазь и желе солкосерила и др.), иммуностимуляторы (1% раствор натрия нуклеината, 5% метилурациловую мазь).

При выявлении сенсibilизации организма к определенному виду возбудителя проводится специфическая десенсибилизирующая терапия бактериальными аллергенами, при фибринозной форме – 1–2 курса инъекций гистаглобулина, возможно назначать курс антигистаминных препаратов: диазолин, пипольфен, тавегил, фенкарол.

На протяжении всего курса лечения назначают витамин С, причем на первом этапе до 900 мг/сут до насыщения, а на втором этапе – поддерживающие дозы (до 200 мг/сут) до окончания лечения. Необходим прием седативных препаратов, начиная с настойки пустырника, валерьяны, пиона, триоксазин, тазепам, корвалол.

С целью коррекции иммунологической реактивности организма в межрецидивный период назначают иммуностимуляторы: нуклеинат натрия (внутри 2 раза в день в течение месяца); метилурацил, пентоксил, лизоцим (100 мг 2 раза в день, внутримышечно в течение 10 дней); продигозан, Пирогенал (по схеме); Рибомунил (по схеме); Имудон (препарат биологического происхождения); препараты эхинацеи (Иммунал). Все эти препараты обладают способностью стимулировать гуморальный и клеточный иммунитет, повышать резистентность организма к воздействию различных небла-

Рис. 1. Острая травма языка.
Fig. 1. Acute tongue trauma.



гоприятных факторов, ускорять клеточную регенерацию.

Тяжелые формы ХРАС протекают, как правило, на фоне снижения числа Т-лимфоцитов, поэтому при лечении обосновано назначение иммуномодуляторов, способных усилить слабую реакцию клеточного иммунитета, ослабить сильную и быть нейтральными при норме. Представителями этой группы являются: декарис/левамизол (0,1 внутрь 1 раз в сутки, 2 дня подряд, 3 нед, на курс 6 таблеток); раствор тактивина (0,01% подкожно 1 раз в сутки через день, 14 дней); тималин (внутримышечно в разведении 1–2 мл изотонического раствора взрослым 10–30 мг ежедневно, курс 5–10 дней); тимоген (внутримышечно 0,1 мг в 1 мл 0,01% изотонического раствора, на курс 3–5–10 инъекций через день); инозиплекс.

Особое место при лечении ХРАС занимает интерферон, обладающий ингибирующим действием на широкий круг вирусов. В то же время он является модулятором и регулятором иммунной системы. Представители этой группы – человеческий лейкоцитарный интерферон, α -, β -, γ -интерферон, реаферон, которые назначаются по 500 ЕД 1 раз в день через 2–3 дня, на курс 3–5 инъекций. Циклоферон (2 мл 1 раз в день по схеме на 1, 2, 4, 6, 8-й день, на курс 5–10–15 инъекций). Препараты, стимулирующие выработку эндогенного интерферона, – гаммаглобулин (1,5 мл или 3,0 мл под-

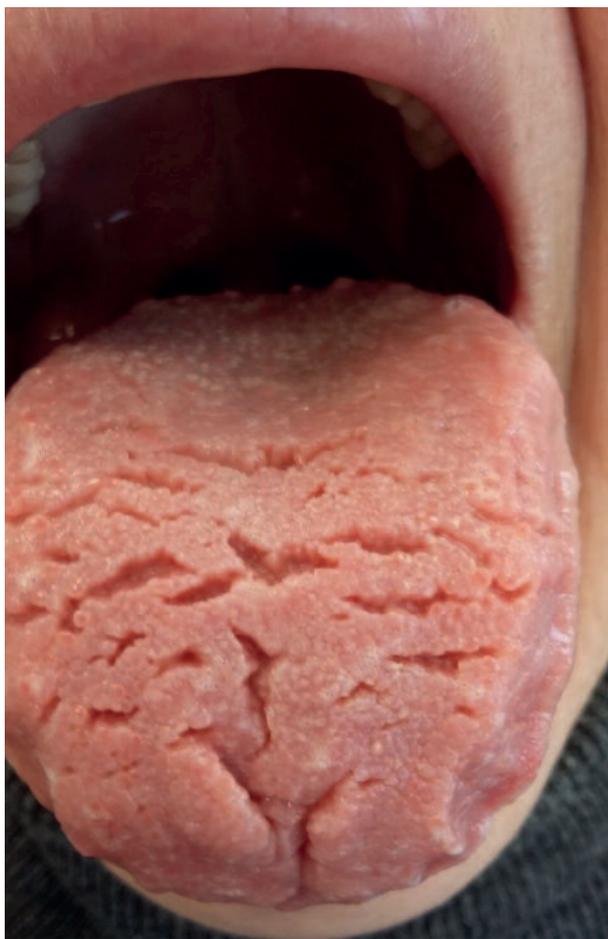
Рис. 2. Состояние после лечения.
Fig. 2. Condition after treatment.



кожно, 3 или 6 инъекций), продигиозан, пирогенал, нуклеинат натрия.

Грибковый стоматит сопровождается многие патологические процессы. Лечение больных кандидозом должно производиться индивидуально с учетом общего состояния и особенностей течения патологического процесса. Местное лечение преследует цель воздействия на грибы *Candida* и вызванные ими изменения слизистой оболочки. Общая, неспецифическая терапия – влияние на иммунологическую и неспецифическую резистентность организма. Таким образом, назначается этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение. Случаи легкого локального поражения СОПР требуют назначения противогрибковых препаратов преимущественно местно в виде аппликаций. Нистатиновую, левориновую, декаминовою мази лучше чередовать во избежание привыкания микрофлоры (3 раза в день ежедневно смазывать заинтересованные участки, чередуя мази в любом порядке). Декамин можно применять также в виде драже (6–8 карамелей в день) под язык. Назначаются также следующие противогрибковые препараты имидазолы (кетоконазол, кетазол, низорал, миканозол), аллиламины (экзифин), другие группы (хлоронитрофенол/нитрофунгин). Курс лечения длится 10 дней с перерывом на 7–10 дней и повторением курса. Контрольные соскобы для исследования обязательны по окончании лечения.

Рис. 3. Складчатый язык при патологии ЖКТ.
Fig. 3. *Lingua plicata* (scrotal tongue) associated with gastrointestinal disorder.



Высоким противогрибковым эффектом обладает препарат клотримазол (мазь, гель). Однако следует помнить о его несовместимости с антибиотиками нистатинового ряда.

При наличии съемных протезов внутренняя их поверхность обрабатывается так же, как и слизистая оболочка.

Местно, кроме того, используют анилиновые красители (1% растворы): метиленовый синий, генцианвиолет. Положительное воздействие оказывает раствор Люголя, буры в глицерине.

Для полосканий следует назначать раствор хлоргексидина (0,05%), который обладает широким спектром антибактериального и противогрибкового действия.

Затяжное течение кандидоза требует назначения внутрь противогрибковых препаратов с целью предупреждения инфицирования слизистых оболочек ЖКТ. Лучше сочетать лекарственные вещества различного механизма действия. Препараты йода используют по 1 столовой ложке 2–3 раза в день после еды в виде 3–12% водного раствора йодида натрия (на молоке, бульоне). Начинают с минимальной концентрации, затем ее повышают, а через 4–6 нед постепенно снижают.

Антибиотики полиеновой группы (нистатин, леворин) плохо растворимы в воде, поэтому необходимо рассасывать их во рту, а затем проглатывать. Назна-

чают нистатин от 500 000 ЕД 3–4 раза в сутки до 1 000 000 ЕД в сутки в зависимости от тяжести течения (слишком малые дозы оказываются неэффективными). Таблетки леворина также содержат по 500 000 ЕД и проявляют эффективность при рассасывании.

Генерализованный кандидоз требует общего лечения у соответствующего специалиста. Антигрибковые препараты назначаются сочетано внутрь или парентерально в оптимальных дозах (в зависимости от локализации висцерального кандидоза).

Врач-стоматолог во всех случаях местного лечения рекомендует общие мероприятия, направленные на оздоровление организма, – обследование и лечение у специалиста (в зависимости от предполагаемой общей патологии), общеукрепляющее лечение (витаминотерапия).

Герпетический стоматит. В стоматологической практике при лечении поражений, вызванных вирусом герпеса, необходимо учитывать как этиопатогенетический фактор, так и степень тяжести болезни. Комплексная терапия должна включать в себя общее и местное лечение. С первых дней развития заболевания необходимо использовать противовирусные мази: 0,25% оксолиновую; 0,25–0,5% флореналевую; 0,25–0,5% теброфеновую; 50% итерфероновую; 0,25% бонафтоновую; 0,75% гледириновую; 0,25% риодоксоловую; 1% алпизариновую; мази Калевтон и Календула (на основе календулы). Особенно эффективны современные противогерпетические средства: мазь ацикловира, мазь Герпевир, 2% раствор Зовиракса. Эти препараты рекомендуется применять многократно (3–4 раза в день) после антисептической обработки СОПР.

В качестве антисептиков применяются лекарственные растительные препараты: береза бородавчатая (почки, листья, сок), сосна обыкновенная (сосновые почки, живица, хвоя), листья эвкалипта, сок каланхоэ, календула; сбор «Элекасол», в состав которого входит трава череды, цветки ромашки, корни солодки, листья шалфея и эвкалипта, цветки календулы. Эти средства оказывают эпителизирующее, противовоспалительное и противовирусное действие в отношении вируса герпеса.

Желательно при обработке СОПР использовать обезболивающие средства: 5% анестезиновую эмульсию, 1% пиромикаиновую мазь.

В период угасания болезни ведущее значение приобретают кератопластические препараты: масло шиповника и облепихи, Каротоллин, мазь и желе солкосерила, винилин, масляный раствор витамина А, Гипозоль, Винизоль.

Общее лечение герпетических стоматитов необходимо проводить, учитывая степень тяжести заболевания. При среднетяжелой и тяжелой форме острого герпетического (ОГС) и рецидивирующего герпетического стоматита (РГС) показано на первых стадиях заболевания назначение противовирусных препаратов, согласно возрастной дозировке: бонафтон 0,1, алпизарин 0,1, хелипин 0,1 по 2 или 4 таблетки в день в течение

5–10 дней. Самым эффективным противовирусным средством в настоящее время является ацикловир (Герпевир, Виролекс, Цикловир), обладающий высокой избирательностью в отношении вируса герпеса и низкой токсичностью. Взрослым необходимо принимать по 200 мг ацикловира 5 раз в день каждые 4 ч. Детям до 2 лет препарат назначают по 100 мг 5 раз в день, а детям старше 2 лет назначают взрослые дозы. Своевременный прием данных лекарств приводит к снижению в будущем рецидивов герпетических заболеваний. При тяжелых общих поражениях назначают противовирусные препараты: бромвинилдезоксисуридин, рибавирин, видарабин.

В комплексе общего лечения следует проводить гипосенсибилизирующую терапию: супрастин, диазолин, тавегил, пиполфен и другие в соответствующих возрасту дозах. Учитывая, что ОГС и особенности РГС развиваются на фоне существенного снижения защитных сил организма, целесообразно в комплексную терапию включать средства стимулирующие иммунитет: лизоцим – по 75–100 мг ежедневно в течение 5–10 дней; продигозан – 1 раз в 3–4 дня по 15–25–50 мкг (3–5 инъекций); человеческий лейкоцитарный иммуноглобулин и противовирусный иммуноглобулин по 1,5–3,0 мл 1 раз в 3–4 дня (2 или 3 инъекции); лейкоцитарный интерферон, Циклоферон 2,0 – 1 раз в день (по схеме, на 1, 2, 4, 6, 8-й день); тималин (при ОГС – 3 инъекции, РГС – 5 инъекций) – внутримышечно и метилурацил, нуклеинат натрия, левамизол (Декарис), препараты эхинацеи (Иммунал, Эстифан) – per os.

Язвенно-некротический стоматит осложняет травматические повреждения СОПР у ослабленных пациентов. Учитывая выясненность этиологии и возможность обратного развития клинических проявлений, большинство врачей отдают предпочтение местному лечению.

Последовательность врачебных манипуляций представлена следующим образом. Обильное орошение или полоскание полости рта антисептическим раствором, например хлоргексидина биглюконата (0,05%), перманганата калия (0,01%), фурациллина (0,02%). По показаниям выполняется обезболивание: аппликационное (пиромикаиновая мазь 1%) – при ограниченном очаге, инъекционное (лидокаин 0,5%, септанест) – при обширном поражении тканей. Стоматологом производится удаление некротического налета при помощи шпателя или ватных тампонов, пропитанных антисептиком. Можно использовать протеолитические ферменты. Устраняются явные травмирующие факторы (протез, острый край зуба, пломба). Учитывая анаэробный характер микрофлоры, проводится оксигенотерапия. Обнаженная язвенная поверхность обрабатывается растворами, выделяющими атомарный кислород (перманганат калия 1/5 000, перекись водорода 2%).

После устранения налета местно применяются препараты, ускоряющие регенерацию и эпителизацию (витамины А, Е – масляные растворы; метилурациловая мазь, солкосерил). Рациональный уход за полостью рта; частые обильные антисептические полоскания. Не показано применение кортикостероидов, прижигающих или раздражающих средств. Общие воздействия обычно ограничиваются назначением витаминных препаратов (поливитамины), рекомендациями по рациональному (полноценному) питанию. Можно назначить экстракт элеутерококка в гомеопатических дозах. В острой стадии – 2–3 капли в 1/4 стакана воды за 20 мин до еды утром и в обед. Через неделю дозу можно повысить в 2 раза (до 1 мес). В тяжелых случаях эффективным является прием внутрь метронидазола. Прием 2 таблеток в день приводит к быстрому заживлению язвы. Курс лечения – до 6 дней.

Если в острой стадии лечение не проводилось, процесс может приобретать затяжной характер, который гораздо сложнее ликвидировать. На месте разрушенных межзубных сосочков появляется грануляционная ткань, которая должна удаляться хирургическим путем с последующей консервативной терапией.

Заключение

В ряде случаев ограничено в челюстно-лицевой области могут локализоваться симптомы общих заболеваний или проявляться последствия их лечения (хронический рецидивирующий афтозный, герпетический стоматит, грибковые поражения).

Еще одна группа объединяет пациентов, у которых элементы поражения в полости рта являются следствием патологических процессов, не будучи обязательными или специфическими симптомами основного заболевания. Стоматолог проводит симптоматическое лечение, прибегая к консультативной помощи врачей-интернистов. В ряде случаев врач общей практики, терапевт первыми выявляют патологию СОПР. Сюда относятся проявления на слизистой оболочке заболевания ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, аллергических реакций, неврогенных и эндокринных расстройств.

Симптомы в полости рта общих заболеваний требуют комплексного воздействия. Врач общей практики, назначая лечение, ориентируется на симптомы со стороны органов и систем организма, однако может затрудняться с выбором помощи при патологии СОПР. Знание общей схемы воздействий и особенностей отдельных стоматитов поможет оказать требуемую на данный момент помощь с последующим направлением к стоматологу для продолжения лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Баринский И.Ф. и др. Герпес (этиология, диагностика, лечение). М.: Медицина, 1986.
[Barinskii I.F. et al. Gerpes (etiologiya, diagnostika, lechenie). Moscow: Meditsina, 1986 (in Russian).]
2. Гажва С.И., Иголкина Н.А. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта. *Терапевтический архив*. 2013; 85 (10): 116–8.
[Gazhva S.I., Igoalkina N.A. Vzaimosviaz' zabolevanii vnutrennikh organov i sostoianiia polosti rta. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2013; 85 (10): 116–8 (in Russian).]
3. Ланге Д.Е. Диагностика, клиника и лечение язвенных, везикулобуллезных и десквамативных поражений полости рта. *Клиническая стоматология*. 1999; 4: 44–7.
[Lange D.E. Diagnostika, klinika i lechenie iazvennykh, vezikulobulleznykh i deskvamativnykh porazhenii polosti rta. *Klinicheskaya stomatologiya*. 1999; 4: 44–7 (in Russian).]
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Под ред. Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона. М.: Медицина, 1984.
[Zabolevaniia slizistoi obolochki polosti rta i губ. Ed. E.V. Borovskoi, A.L. Mashkilleison. M.: Meditsina, 1984 (in Russian).]
5. Пилотович В.С. Новый взгляд на течение заболеваний почек. *Медицина*. 2007; 3: 36–9.
[Pilotovich V.S. Novyi vzgliad na techenie zabolevanii pochek. *Meditsina*. 2007; 3: 36–9 (in Russian).]
6. Борк К., Бургдорф В., Хедде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство. Пер. с нем. Под ред. В.П. Адашкевича, И.К. Луцкой. М.: Медицинская литература, 2011.
[Bork K., Burgdorf V., Khede N. Bolezni slizistoi obolochki polosti rta i губ. Klinika, diagnostika i lechenie. Atlas i rukovodstvo. Translated from German. Ed. V.P. Adaskevich, I.K. Lutskaya. M.: Meditsinskaya literatura, 2011 (in Russian).]
7. Ayers KM, Colquhoun AN. Leukemia in children. Part 1: Orofacial complications and side-effects of treatment. *Dent J* 2000; 96 (424): 60–5.
8. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта: 2-е изд. М.: Медицинская литература, 2014.
[Lutskaia I.K. Zabolevaniia slizistoi obolochki polosti rta. Second edition. Moscow: Meditsinskaya literatura, 2014 (in Russian).]
9. Wood NR, Goaz PW. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions. Maryland Heights, 1997.
10. Луцкая И.К., Мартов В.Ю. Лекарственные средства в стоматологии. 2-е изд. М.: Медицинская литература, 2018.
[Lutskaia I.K., Martov V.Iu. Lekarstvennyye sredstva v stomatologii. Second edition. Moscow: Meditsinskaya literatura, 2018 (in Russian).]
11. Jones ChG. Chlorhexidine: is it still the gold standart. *Periodontology* 1997; 15: 55–62.
12. Коваль Н.И., Несин А.Ф. Заболевания губ. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика: учеб. пособие; под ред. проф. А.В. Борисенко. Киев: ВСИ «Медицина», 2013.
[Koval' N.I., Nesin A.F. Zabolevaniia губ. Klinicheskaya kartina. Diagnostika. Differentsial'naya diagnostika. Lechenie. Profilaktika: ucheb. posobie; ed. prof. A.V. Borisenko. Kiev: VSI "Meditsina", 2013 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Луцкая Ирина Константиновна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. терапевтической стоматологии, Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО). E-mail: lutskaja@mail.ru

Irina K. Lutskaya – D. Sci. (Med.), Prof., Belarusian medical academy of postgraduate education. E-mail: lutskaja@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 11.10.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 21.10.2021