

Институт «Медицинская академия
имени С.И. Георгиевского»

Кафедра детской стоматологии




**Состояния СОПР при заболеваниях внутренних
органов и систем. Травматические поражения
СОПР.**


к.м.н., доцент Жирова В. Г.

Заболевания крови

При нарушении эритропоэза и развитии анемий различного типа слизистая оболочка рта, особенно языка и десен, очень бледная, каких-либо других характерных изменений у детей не наблюдается, но все заболевания слизистой оболочки, вызванные другой причиной, протекают вяло и длительно.




При нарушении лейкопоэза, острых и подострых хронических лейкозах у большинства детей в разные периоды болезни, особенно при терминальных состояниях, выявляются различные поражения полости рта.




Гиперпластические процессы,
характерные при лейкозах у
взрослых, у детей
встречаются реже,
преимущественно в старшем
возрасте у подростков.



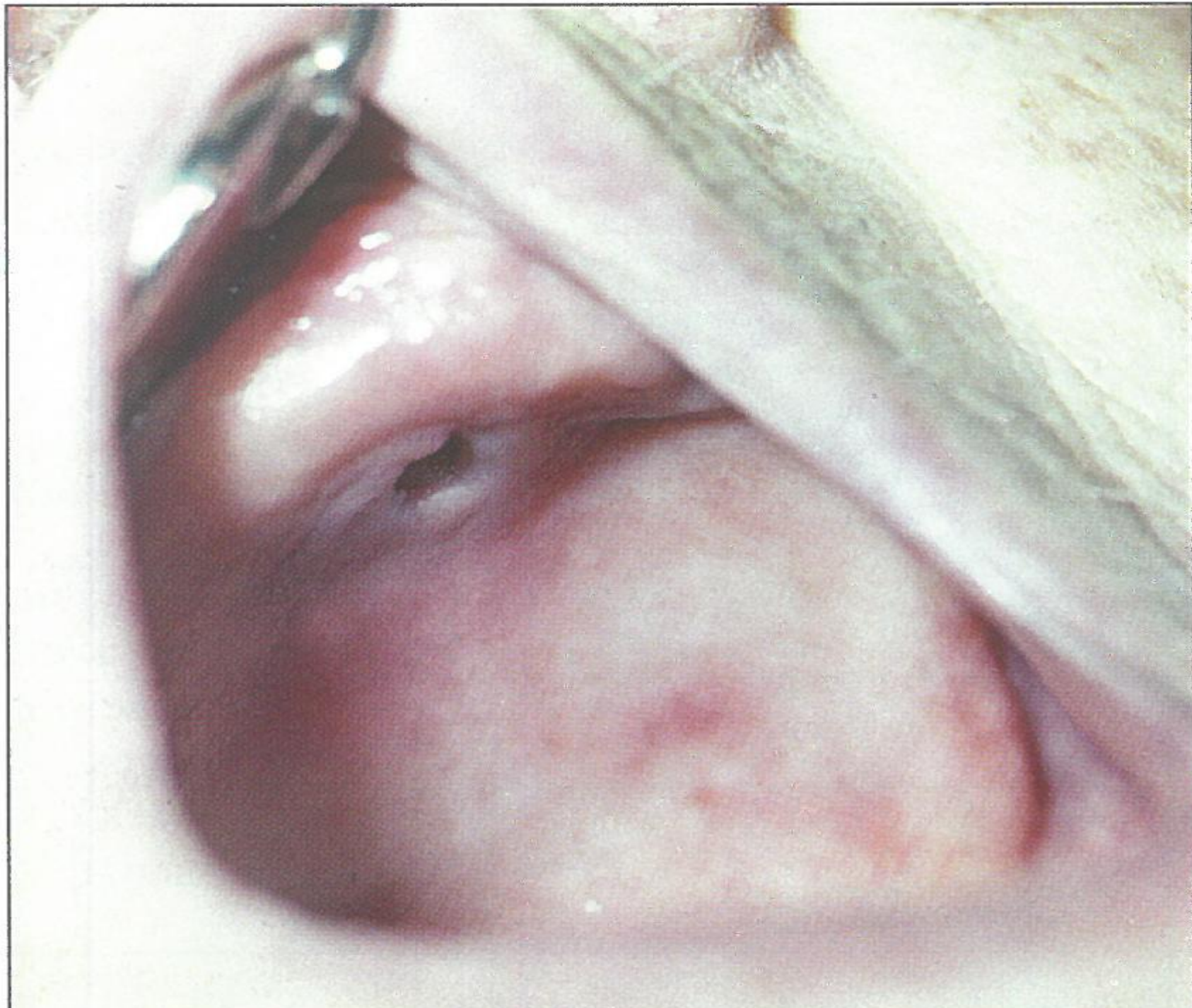
**Хронический
лейкоз.
Гипертрофия
межзубных
сосочков**




Гингивиты протекают по типу катаральных или язвенных. Для лейкоза характерно развитие некротических процессов на миндалинах, дужках, деснах и других участках слизистой оболочки.



На внешне не измененной слизистой оболочке появляются участки белого цвета (как после химического ожога), находящиеся на уровне окружающей слизистой оболочки; некротизированный участок постепенно увеличивается.






При общем удовлетворительном состоянии ребенка распространение некроза приостанавливается. Реакция окружающих тканей слабая или отсутствует. В связи с тромбоцитопенией при лейкозе часто происходят кровоизлияния в области участка поражения и некротизированная ткань окрашивается в темно-бурый цвет.

Геморрагии при миелолейкозе.






Участки некроза отторгаются очень медленно, они как бы приподнимаются над уровнем слизистой оболочки в виде некротической пробки.



Рис.1 Некроз слизистой оболочки рта при лейкозе.

При заживлении эпителий проникает под край такой пробки, и после ее отторжения остается небольшой, быстро эпителизирующийся дефект. Появление некрозов объясняют распадом специфических инфильтратов, тромбозом сосудов. Большую роль играет травма зубами на фоне резких трофических нарушений.



Длительное лечение
глюкокортикоидами и
цитостатиками и снижение
сопротивляемости
организма обуславливают
развитие кандидамикоза.

Острые лейкозы обычно начинаются как острые инфекционные заболевания и нередко в течение определенного времени остаются нераспознанными. Ранние признаки лейкозов в полости рта могут привести ребенка к стоматологу-педиатру.

При всех язвенных
гингивостоматитах и катаральных
воспалительных процессах, ре-
зистентных к терапии,
обязательно исследование крови
для выявления системного
заболевания не позднее 4—5
дней от начала лечения.




Некроз слизистой оболочки десны при остром лейкозе



При апластической и гипопластической анемии имеется полное поражение всего костного мозга, состояние детей, как правило, очень тяжелое, во рту резко выражены некрозы, геморрагические высыпания, отмечаются кровотечения из носа и десен.





При гемофилии кровоизлияний обычно не бывает, но часто наблюдаются кровотечения из десен, в области кариозных зубов, из полости зуба при ее перфорации, из лунки выпавшего или удаленного молочного зуба.


При геморрагических диатезах (кроме гемофилии) на слизистой оболочке щек, губ, мягком небе часто видны множественные кровоизлияния красного или темно-вишневого цвета, слегка приподнятые над уровнем окружающей слизистой оболочки, иногда кровоточащие. На коже также находят геморрагии.

Лечение


При системных заболеваниях крови лечение проводится в стационаре педиатром-гематологом. Задача стоматолога сводится к санации полости рта, устранению всех травмирующих агентов, тщательной ежедневной обработке полости рта протеолитическими ферментами, назначению обезболивающих средств, аппликаций с облепиховым и другими маслами.

**Изменения слизистой
оболочки полости рта
при заболеваниях
различных органов и
систем организма**

Гиповитаминозы. Нередко заболевания у детей сопровождаются нарушением обменных процессов, в том числе нарушением обмена витаминов, что приводит к их недостаточности. Пищевые гиповитаминозы в настоящее время встречаются редко и проявляются главным образом при однообразном диетическом питании.




При недостатке витамина А нарушения наиболее выражены в эпителии. Кожа ребенка становится сухой, шелушится, отмечаются сухость конъюнктивы, кератиты. Слизистая оболочка рта становится сухой, гиперемированной. Губы сухие, с поверхностными трещинами, корочками, в углах рта возникают заеды.




В комплексном лечении таких поражений рекомендуют употребление в пищу продуктов, богатых витамином А, концентрат витамина А по 5—10 капель на прием в течение 1—2 мес. Местное лечение направлено на борьбу с вторичной инфекцией.

Гиповитаминозы группы В развиваются главным образом при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и применении антибиотиков. При дефиците витамина В₂ слизистая оболочка бледная, местами видны гиперемические пятна, язык обложен или за счет глубокой десквамации эпителия становится гладким, сухим, ярко-красным, с поверхностными трещинами.




Кожа в окружности рта, по носогубной складке, над бровями шелушится, в углах рта стойкие заеды. При недостатке витамина РР (никотиновая кислота), кроме того, имеются признаки дерматита на открытых участках тела и диспепсические явления.


Для восстановления витаминного баланса необходим комплекс витаминов группы В. Витамины В₁, В₂, В₆ назначают по столько миллиграммов на прием, сколько лет ребенку, но не более 10 мг; фолиевую кислоту по 5 мг детям любого возраста. Никотиновую кислоту (витамин РР) дают после еды по 10—50 мг в зависимости от возраста, пантотенат кальция — от 50 до 100 мг 2 раза в день.




К недостатку витамина С особенно чувствительна слизистая оболочка десен. Она становится гиперемированной, отечной, частично покрывает коронку зубов, сильно кровоточит. На других участках слизистой оболочки могут быть явления катарального воспаления с геморрагическим компонентом.



Витамин С (по 200—300 мг в сутки) назначают обычно вместе с рутином (по 30-50 мг), который уменьшает проницаемость капилляров и способствует экономии витамина С в организме.




Эндокринные заболевания у детей вызывают нарушения многих жизненных функций, и на этом фоне выявляются некоторые изменения слизистой оболочки полости рта.



При сахарном диабете, помимо гингивита или пародонтита, отмечаются сухость, чувство жжения и яркая гиперемия слизистой оболочки губ, щек и особенно языка.




**Катаральный
глоссит
осложненный
кандидозом при
сахарном диабете**




При микседеме слизистая оболочка бледна, значительный отек обуславливает появление глубоких отпечатков зубов на слизистой оболочке щек, боковых поверхностях языка.

При нарушении функции щитовидной и паращитовидных желез у некоторых детей развивается хронический **кандидамикоз**, резистентный к большинству или всем лекарственным препаратам. Грибы *Candida* выявляются с трудом, так как прорастают в глубь слизистой оболочки, а не скапливаются на ее поверхности, как это характерно для молочницы.




Для бактериоскопии соскобы надо брать натощак утром или через 4—5 ч после еды. Лечат детей совместно эндокринолог и миколог. Стоматолог saniрует полость рта, устраняет местные раздражающие факторы.

При болезни Иценко—Кушинга и аналогичном синдроме, связанном с длительным приемом детьми глюкокортикоидов, часто развиваются неспецифические воспалительные процессы на слизистой оболочке полости рта как следствие снижения местного тканевого иммунитета.



Нередко развивается и молочница при общем удовлетворительном состоянии детей и слабых болевых ощущениях во рту. У таких больных стоматолог должен проводить лечение в контакте с эндокринологом, ибо только местное симптоматическое лечение полости рта будет малоэффективным.



Заболевания желудка, кишечника, печени. У детей при этих заболеваниях могут появляться и поддерживаться налеты на языке, хронические гингивиты, отечное состояние слизистой оболочки полости рта.




**Обложенный язык при
заболеваниях желудка
(колиты и энтероколиты)**



Изменения языка при язвенной болезни желудка .Выраженная отечность языка (отпечатки зубов).

Гиперацидный гастрит . Обложенный язык, гипертрофия
грибовидных сосочков






Аллергизируя организм, они также могут вызывать хронический рецидивирующий афтозный стоматит. При хронических заболеваниях печени, развившихся вследствие значительной тромбоцитопении, во рту наблюдаются геморрагии.

Отечный синдром при **болезнях почек** выявляется главным образом в виде катаральных гингивитов. Отечная слизистая оболочка щек, языка легко травмируется, что может привести к развитию неспецифических инфекционных стоматитов. При уремии слизистая оболочка бледная, плохо увлажнена или покрыта клейкой слюной, язык обложен, с отпечатками зубов по краям, имеется аммиачный запах изо рта. Часто развиваются некротические процессы.

При сердечно-сосудистых заболеваниях состояние полости рта во многом зависит от компенсации имеющихся нарушений кровообращения. При выраженной гипоксии слизистая оболочка и губы синюшные, при застойных явлениях в большом круге кровообращения выражен отек слизистой оболочки рта.



Особенно тяжелые поражения слизистой оболочки наблюдаются при недостаточности кровообращения II—III степени. Резкое нарушение трофики тканей у таких детей приводит к развитию тяжелых некротических номоподобных процессов во рту.


Начало заболеваний часто связано с травмой слизистой оболочки кариозным или острым бугром интактного зуба. Образовавшаяся язва очень быстро увеличивается, углубляется, проникает в мышечный слой, при локализации на альвеолярном отростке приводит к обнажению кости.

Характерна почти полная анергия окружающих тканей:

- ✓ нет гиперемии,
- ✓ слабо выражена инфильтрация краев,
- ✓ некротизированные ткани долго не отторгаются,
- ✓ болезненность слабая или отсутствует,
- ✓ лимфаденит почти не выражен.

Течение таких язв очень длительное, заживление ускоряется в связи с улучшением общего состояния организма.

Лечение. Поражение слизистой оболочки рта у детей при этих заболеваниях лечат в терапевтическом стационаре. Стоматолог saniрует полость рта, тщательно сглаживает бугры и острые края зубов. Показаны местные аппликации с раствором антибиотиков (определение чувствительности к ним микрофлоры обязательно) и протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин и др.; в разведении 1 мг на 1 мл).



Последние хорошо растворяют некротические ткани, способствуют очищению язвенной поверхности, не повреждая живых клеток. После отторжения некротизированных тканей применяют витаминизированные смеси на облепиховом, оливковом, подсолнечном или другом масле.

Отсутствие стандартов



Panasonic

Изменения слизистой оболочки полости рта при дерматозах с аутоиммунным компонентом

■

Дерматозы с аутоиммунным компонентом:

- * Пузырчатка
- * Красный плоский лишай
- * Системная красная волчанка

Пузырчатка

Заболевание, клинически проявляющееся образованием на невоспаленной коже и слизистых оболочках ПУЗЫРЕЙ, развивающихся в результате АКАНТОЛИЗА и распространяющихся без адекватного лечения на весь кожный покров.

- * Термин «пузырчатка» объединяет ряд заболеваний кожи и слизистых оболочек, характеризующихся высыпанием пузырей, но различающихся по клинике, патологической анатомии, наличию или отсутствию АКАНТОЛИТИЧЕСКИХ КЛЕТОК в мазках-отпечатках.
- * Болеют пузырчаткой люди в возрасте 40-60 лет. Частота заболеваемости 1:10 000 больных различными дерматозами.

Классификация пузырчаток

Н.Д. Шеклаков (1961г.)

А. Истинная пузырчатка (пузырчатка с акантолитическим образованием пузырей:

- 1) вульгарная,
- 2) вегетирующая,
- 3) листовидную
- 4) себорейную (эритематозную), или синдром Сенир-Ашера.

Б. Доброкачественная хроническая семейная пузырчатка Гужеро-Хейли-Хейли.

В. Неакантолитическая (ложная) пузырчатка — пемфигоид:

- 1) собственно неакантолитическая пузырчатка (буллезный пемфигоид Левера);
- 2) пузырчатка глаз (синехиально-атрофирующий буллезный дерматит Лорта-Жакоба)
- 3) доброкачественная неакантолитическая пузырчатка только СОПР

Этиология и патогенез пузырчатки

до конца не изучены

- * Инфекционная (вирусная) теория
- * Нейрогенная теория
- * Эндокринная теория
- * Токсическая теория
- * Аутоиммунная теория:

ИСТИННАЯ (АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ) ПУЗЫРЧАТКА (PEMPHIGUS VULGARIS)

* Встречается наиболее часто.

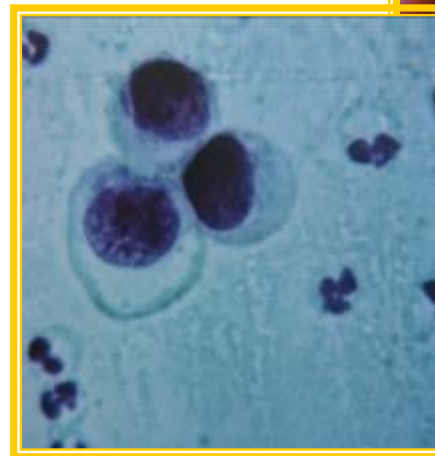
* Это тяжелое заболевание, сущность которого состоит в акантолизе клеток мальпигиева слоя эпидермиса и СО, что приводит к образованию

невоспалительных

внутриэпителиальных

или

внутриэпидермальных пузырей.



ИСТИННАЯ (АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ) ПУЗЫРЧАТКА (PEMFIGUS VULGARIS)

* различают 4 КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ
ИСТИННОЙ (АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ) ПУЗЫРЧАТКИ:

- вульгарная,
- вегетирующая,
- листовидная и
- себорейная (эритематозная), или
синдром Сенира-Ашера.

* ТЕЧЕНИЕ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ:
хроническое,
подострое,
острое (очень редко)
характеризуется стадийностью

ФАЗЫ ТЕЧЕНИЯ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

* I фаза — начальная, или предшествующая обострению - характеризуется появлением на СОПР локализованных одиночных или множественных небольших эрозий, которые быстро эпителизируются. Симптом Никольского положительный, но может и не проявиться.

* II фаза – обострение —

характеризуется появлением более крупных и более множественных эрозий, которые часто сливаются между собой. Пораженные участки имеют обширную, напоминающую обваренную, эрозивную поверхность ярко-красного цвета или с синюшным оттенком, покрытую, как правило, фибринозным серовато-белым налетом. СОПР вокруг этих эрозий ареактивна.

* В III фазе — преимущественной эпителизации - пузыри не достигают больших размеров, а эрозии быстро эпителизируются. Общее самочувствие больных улучшается, и клинические проявления могут полностью исчезнуть. Однако в дальнейшем наступает ухудшение клинического течения, и фаза преимущественной эпителизации постепенно переходит в фазу обострения.

ОБЩАЯ СИМПТОМАТИКА ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ:

Жалобы: на нарушение общего состояния; местно на чувство жжения, боль, усиливающиеся при приеме пищи.

Анамнез: пожилой возраст, точно не указывают время начала заболевания.

Объективно: при осмотре кожа может быть неизменная, или возможно поражение последней. Поражение определяется в виде красных мокнущих эрозий, дряблых пузырей грушевидной формы. Характерна бледность кожных покровов.

На СОПР элементы поражения представлены в виде тонкостенных пузырей (в полости рта их практически никогда не удается зарегистрировать).

Окружающая СОПР – ареактивная, без воспалительных явлений.

ИСТИННАЯ ПУЗЫРЧАТКА:

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цитологические – в мазках-отпечатках обнаруживаются акантолитические клетки Тцанка. Выявление клеток Тцанка подтверждает диагноз, отсутствие – не снимает диагноз. Необходимо проведение серии цитологических исследований (особенно в начальной фазе).

Гистологические – определяется акантолиз, отек, исчезновение межклеточных мостиков в нижних рядах шиповатого слоя, внутриэпителиальные пузыри, отсутствие воспаления.

Симптом Асбо-Хансена – положительный (увеличение пузыря по периферии при надавливании сверху).

Симптом Никольского – положительный.

Вульгарная пузырчатка (pemphigus vulgaris)

- * Среди разновидностей акантолитической пузырчатки составляет 75%.
- * При этой форме пузырчатки СОПР поражается у большинства больных и долгое время может быть единственным проявлением заболевания.

Вульгарная пузырчатка (*pemphigus vulgaris*)

* образование эрозий на СОПР может происходить и по-другому: в очаге поражения эпителий мутнеет, мацерируется (будто раскисает) и легко отслаивается; в центре образуется эрозия, которая распространяется на периферию. Эрозии застойно-красного цвета, чистые или покрытые легким фибринозным налетом, болезненны. Обширные эрозии резко ухудшают общее состояние больных. К тому же течение акантолитической пузырчатки отягощается присоединением гноеродной микрофлоры, вызывающей тяжелый гнилостный запах

Вегетирующая пузырчатка (pemphigus vegetans).

* **ЖАЛОБЫ:** такие же как при вульгарной пузырчатке. При этом характерен зловонный запах от элементов поражения.

* **ОБЪЕКТИВНО:** При осмотре кожи элементы поражения регистрируются в местах трения (подмышечные, паховые, межпальцевые складки). Характерно поражение углов рта.


* **ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ** представлены в виде пузырей. По сравнению с вульгарной пузырчаткой последние более мелкие. Эрозии с ярко красными сосочковыми грануляциями, легко кровоточат. Элементы поражения возвышаются над окружающими тканями. Отмечается серозное или гнойное отделяемое со зловонным запахом. На коже могут быть гиперкератотические бляшки. Окружающие ткани не изменены.

Себорейная (эритематозная) пузырчатка (pemphigus erythematosus)

- * **ЖАЛОБЫ:** такие же как при вульгарной пузырчатке. При этом характерна жалоба на сильный зуд.
- * **ОБЪЕКТИВНО:** при осмотре кожи чаще выявляется поражение лица, волосистой части головы, грудной клетки. На СОПР- может быть изолированное поражение. **ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ** представлены в виде эритемы, пузырей, эрозий, шелушащихся корок, чешуек.
- * **ПРИ ПАЛЬПАЦИИ** элементы поражения мягкие, эрозии болезненные, не спаянные с подлежащими тканями.

Листовидная пузырчатка (*pemphigus foliaceus*)

- * **Жалобы:** такие же как при вульгарной пузырчатке, при этом характерен сильный зуд и повышенная зябкость.
- * **Анамнез:** пожилой возраст, в равной степени женщины и мужчины.
- * **Объективно:** При осмотре кожи чаще выявляется поражение лица, волосистой части головы, груди, спины. СОПР– поражается редко. Элементы поражения имеют эритематозное основание. Эрозии поверхностные, мокнущие, покрытые желтоватыми напластовываниями корко-чешуек.
- * **Элементы поражения** возвышаются над окружающими тканями.
- * **При пальпации** элементы поражения мягкие, эрозии болезненные, не спаянные с подлежащими тканями.



После диагностического поиска с целью определения формы истинной пузырчатки проводят дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.

ИСТИННАЯ ПУЗЫРЧАТКА:

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Это такие заболевания, как:

- многоформная экссудативная эритема,
 - аллергический лекарственный стоматит,
 - буллезная форма красного плоского лишая,
 - герпетиформный дерматит Дюринга,
 - хронический рецидивирующий афтозный стоматит,
 - герпетический стоматит,
 - опоясывающий лишай,
 - кандидоз,
 - папулезный сифилид,
 - красная волчанка,
 - буллезный пемфигOID,
 - сосудисто-пузырный синдром,
- доброкачественная некантолитическая пузырьчатка только СОПР

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

- Основные средства лечения пузырчатки - кортикостероидные препараты: преднизолон, триамцинолон, дексаметазон.

Начинают с ударных доз кортикостероидов (50-80 мг преднизолона или 8-10 мг дексаметазона в сутки на протяжении 10-15 дней) и продолжают, пока не прекратится появление новых высыпаний. После этого суточную дозу постепенно снижают, доводя до индивидуальной поддерживающей дозы: 10-15 мг преднизолона или 1,0-0,5 мг дексаметазона. Такую поддерживающую дозу больной принимает на протяжении неопределенного периода времени.

- аскорбиновая кислота (большие дозы) - (до 1-3 г в сутки);
- пантотенат кальция, витамин В₅ - 50 мг в сутки,
- кальция хлорид — до 2-3 г в сутки; параллельно назначают панангин,
- оротат калия - в обычных дозах;
- нистатин - по 500 000 ЕД 4-5 раз в сутки в течение 2 недель,

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Местное лечение имеет решающее значение. направлено на предупреждение вторичной инфекции, уменьшение боли и стимуляции эпителизации.

1. Санацию полости рта (в период ремиссий)
2. Рациональное протезирование драгоценными металлами или бесцветной пластмассой. (в период ремиссий)
3. Ванночки из анестетиков перед приемом пищи (пиромекаин, лидокаин, тримекаин) дезинфицирующие и дезодорирующие полоскания после приема пищи в виде частых полосканий, орошений, аппликаций, аэрозоля

антисептические, антимикробные, противокандидозные, анальгезирующие средства (хлорхинальдин, стопангин, цитраль, этоний, искусственный лизоцим, мефенаминат натрия, эктерицид, клотри-мазол, натрия гидрокарбонат, препараты лекарственных растений).

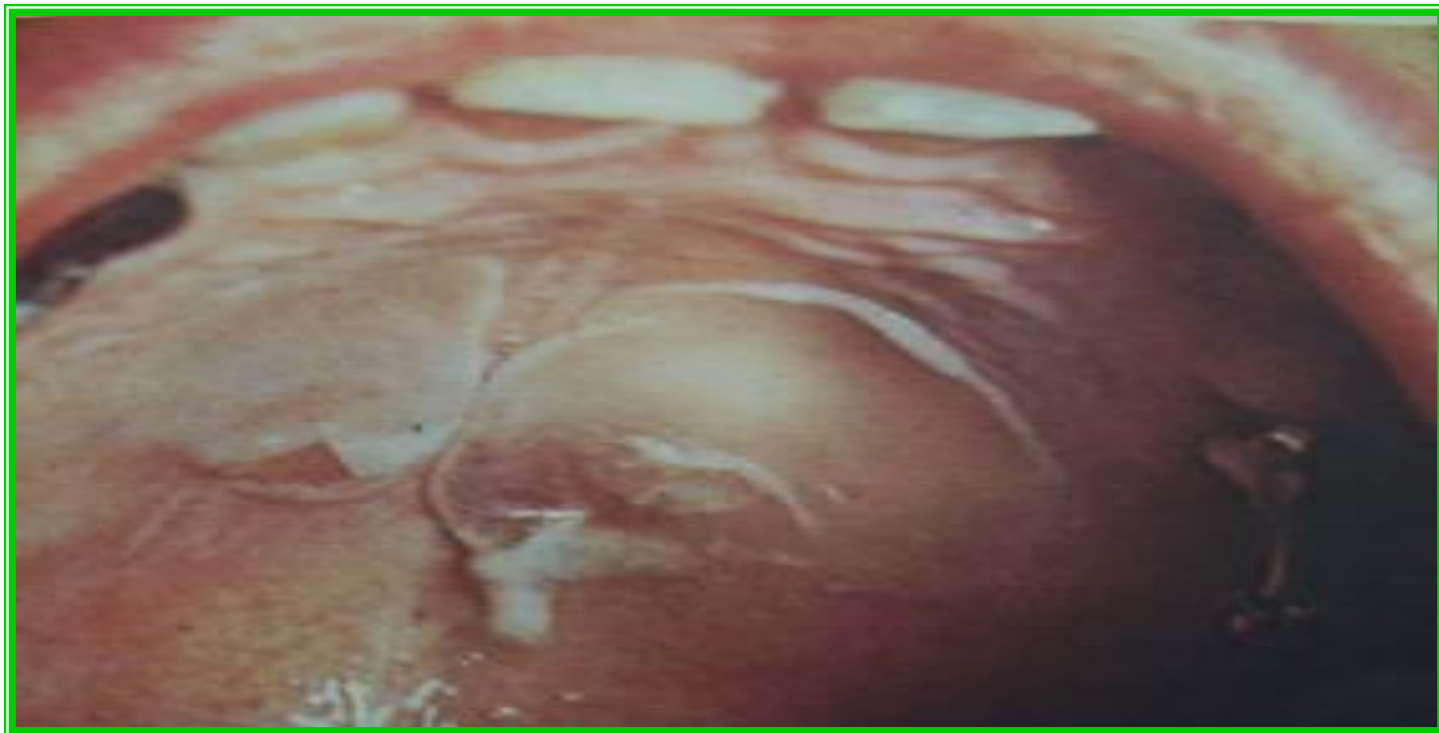
4. Аппликации с кортикостероидными мазями (преднизолоновая, гидрокортизоновая) 3-4 раза в день на 15-20 минут в чередовании с метилурациловой мазью
5. **ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ЭРОЗИЙ** от налета применяют протеолитические ферменты с антибиотиками (аппликации, аэрозоли),
6. после этого, **С ЦЕЛЬЮ СТИМУЛЯЦИИ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ**, эрозии обрабатывают (винилином, масляным раствором уснината натрия с анестезином, эмульсия Тезана, масло шиповника, картолин, аекол, облепиховон масло, олазоль, гипозоль, сок алоэ, сок каланхоэ, эмульсией сангвиритрина и др. в сочетании с кортико-стероидными мазями (фторокорт, флуцинар и др.) или с аэрозольными орошениями растворами кортикостероидных средств.
- Пенные аэрозоли – на 15-20 минут

ПУЗЫРЧАТКИ С НЕКАНТОЛИТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПУЗЫРЕЙ (ПЕМФИГОИД)

СОБСТВЕННО НЕКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА (БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД).

Заболевание с доброкачественным течением, эпителизацией эрозий в течение 3-4 недель, благоприятным прогнозом, аутоаллергической природой.

Жалобы: Общих нарушений нет. Местно беспокоит зуд, жжение, усиливающееся при приеме пищи



Анамнез: непереносимость лекарств.

Объективно: при осмотре кожи чаще выявляются поражения нижних отделов живота, паховых складок, конечностей. Поражение СОПР отмечается в 50% случаев.

Элементы поражения представлены в виде напряженных пузырей с серозным или геморрагическим содержимым размером от горошины до боба, расположенные на фоне гиперемированной, отечной слизистой.

При пальпации элементы поражения мягкие, слабоболезненные. Лимфатические узлы без изменений.

СОБСТВЕННО НЕАКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА

(БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД).

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- цитологический – акантолитические клетки не обнаруживаются
- симптом Никольского - отрицательный
- гистологический – субэпидермальный пузырь, в дерме – воспалительная инфильтрация

ЛЕЧЕНИЕ:

Общее лечение: – кортикостероиды (20-50 мг преднизолона);

– цитостатики;

- лечение интеркуррентных заболеваний

(новообразований, заболеваний внутренних органов, очагов фокальной инфекции).

Местно: проводится симптоматическое лечение.

Прогноз при рациональном лечении благоприятный.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ СЕМЕЙНАЯ ПУЗЫРЧАТКА

- * **Жалобы:** на появление пузырей, зуд, жжение, усиливающееся при приеме пищи.
- * **Объективно:** при осмотре кожи чаще выявляется поражение боковых частей шеи, подмышечных впадин, паховой области, углов глаз, рта, может быть без изменений. Слизистая оболочка полости рта чаще не поражена, или может наблюдаться поражение щек, ретромолярной области.
- * Элементы поражения представлены в виде пузыря (быстро вскрывается), мокнущей эрозии, окруженной воспалительным ободком.
- * При пальпации элементы поражения мягкие.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ХРОНИЧЕСКАЯ СЕМЕЙНАЯ ПУЗЫРЧАТКА

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

– Гистология – акантолиз, внутриэпидермальный пузырь

– Цитология – клетки Тцанка

– Симптом Никольского в очаге поражения – положительный, перифокально – отрицательный

– ЛЕЧЕНИЕ

Общее лечение: – кортикостероиды;

– антибиотики.

Местное лечение: – мази с кортикостероидами;

– антибиотики;

– анилиновые красители;

– лучи Букки.

Прогноз при рациональном лечении благоприятный.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ (*Lichen ruber planus*)

хроническое заболевание, которое проявляется на коже и слизистых оболочках образованием ороговевших папул.

- * КПЛ СОПР обычно встречается у людей среднего возраста, преимущественно у женщин. Очень редко можно встретить это заболевание в более молодом возрасте, а также у детей.

Красный плоский лишай

(Lichen ruber planus)

на сегодня КПЛ рассматривают как многофакторный процесс, в котором ведущими звеньями патогенеза являются нейроэндокринные, метаболические и иммунные механизмы.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Элементы поражения

- Характерно для папул - **располагаются часто в виде гнезд, разной величины и формы.** Скопление их может быть гирляндоподобным.
- На суставах кисти бывают чаще полигональные узелки, такие же, как и на задней поверхности локтя и сакролюмбальном участке.
- **Излюбленными местами высыпаний папул КПЛ на коже являются сгибательные поверхности.**

Возможно развитие заболевания на СО разных отделов желудочно-кишечного тракта, например, на СО пищевода, желудка



Узелок, папула на СОПР

1-эпителий,

2-собственная пластинка СО,

3- возвышение эпителия

КПЛ на СОПР :папулы миллиарные, группируются в виде линий, полосок, сеток, кружевного сплетения, нередко образуют древовидный или **«морозный»** рисунок.

Классификация КПЛ

ФОРМЫ КПЛ НА СОПР И КРАСНОЙ КАЙМЕ ГУБ:

гиперкератозная (типичная)

бородавчатая,

эрозивная,

язвенная,

пемфигоидная.

Гиперкератозная (типичная) форма КПЛ

(составляет 63,5% всех разновидностей этого заболевания).

Объективно: на СОПР (в том числе и на губах) заметен беловатый участок, состоящий из папул с ороговевшей верхушкой. Папулы сливаются линейным соединением, формируя сетку, кружево, ветви деревьев, или напоминают рубцы на СО щек, десен, СО и красной кайме губ.

Характеризуется наличием полигональных папул беловатого цвета плотной консистенции на фоне почти неизменной СОПР.



Окружающая их СО обычно не изменена, сохраняет бледно-розовый или розовый цвет. Нередко на СО щек и языка заметны отпечатки зубов.

Эрозивная форма КПЛ

Жалобы: на ощущение жжения, иногда боль при употреблении острой, горячей пищи и при жевании - от дот-рагивания пищевого комка.

локализация - ретромолярная область СО щек, боковые поверхности языка, редко - красная кайма губ.

Объективно: вокруг очага из папул определяется ярко-красная эритема, а среди полигональных папул — эрозия, чаще — неправильной формы и различной протяженности.



Язвенная форма КПЛ

встречается в 4,5% случаев КПЛ.

ОБЪЕКТИВНО: выявляет среди сетчатого или кружевного рисунка, образованного скоплением полигональных папул, обычно на СО щек, языка, на линии смыкания зубов, - **язву неправильной, удлиненной формы.**

ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ: язва неглубокая, располагается в пределах собственной пластинки СО. Дно язвы заполнено некротическим распадом, остатками слущенного эпителия.

Края язвы неровные, при пальпации болезненны, вокруг язвы умеренный инфильтрат.



ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

при язвенной форме оно нередко становится
ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРИ ВЫБОРЕ
КОНСЕРВАТИВНОГО ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОГО
МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ.

При язвенной форме КЧЛ в мазках-отпечатках, взятых со дна язвы, определяют много нейтрофильных лейкоцитов, встречаются клетки эпителия с явлениями дискариоза, иногда -отдельные атипичные клетки.

Объективно: На СОПР определяются папулы белого цвета с перламутровым оттенком, чаще они сливаются, формируя рисунок листьев папоротника, дуги, сетку, «морозный» рисунок.

**Пемфигоидная
форма КПЛ**



Пузыри, а чаще эрозии с обрывками покрывок пузырей, расположены среди папул на СО щек, губ и окружены яркой гиперемией.

Размеры пузырей от 2-3 до 10-15 мм в диаметре. Содержимое их прозрачное или с элементами крови.

Общее лечение КТЛ

При скрытой или явной канцерофобии. препараты, действующие на нервную систему (седативные средства, бромиды, микстура Бехтерева, витамин В,).

Из физиотерапевтических процедур целесообразно назначить гальванический воротник или электрофорез с бромом по Щербак, диатермию шейных симпатических узлов.

Для влияния на неспецифическую реактивность организма назначают пентоксил или про-дигиозан, а также препараты мышьяка (арсенат натрия по 1 мл подкожно ежедневно, курс — 25-30 инъекций. Курс повторяют 3-4 раза с 1-2-3-месячными перерывами).

Для нормализации нарушенного ороговения назначают на 1-2 месяца витаминотерапию (витамин А, аевит, витамины D₂, D₃, РР, куриозин).

Для людей с нарушением окислительно-восстановительных процессов в организме довольно эффективно применение витамина Е: 10% масляный раствор вводят по 1мл внутримышечно ежедневно с недельным интервалом после 5 инъекций (курс - 10 инъекций). Или назначают масляный раствор витамина Е внутрь по чайной ложке 3 раза в день на протяжении 1 месяца. Через 1 месяц курс лечения витамином Е повторяют.

При стойком течении КПЛ рекомендуют санаторно-курортное лечение с применением сероводородных и родоновых источников для ванн и полосканий.

Сопутствующие заболевания больной лечит у соответствующего специалиста (эндокринолога, терапевта и др.).

Местное лечение КПЛ:

1. Устранение раздражающих факторов

Необходима санация полости рта, которая включает в себя устранение зубных отложений гальваноза зубного камня, острых краев зубов, пломбирование кариозных полостей, коррекцию пломб и зубных протезов, лечение заболеваний пародонта.

При протезировании дефектов зубных рядов целесообразно применять материалы с высокой степенью биологической индифферентности, придерживаясь самых современных технологий. Особое внимание нужно уделять моделированию окклюзионных поверхностей зубных протезов с целью предупреждения травматизации СОПР по линии смыкания зубов. Все эти вмешательства являются обязательными перед началом непосредственного влияния на очаг КПЛ.

Снимать зубные отложения, зубной камень нужно по общим правилам хирургического вмешательства. Сглаживание острых краев зубов удобно выполнять при помощи карборундовых камней и головок.

Пломбирование полостей зубов должно проводиться с учетом выбора необходимого пломбировочного материала (за исключением наложения пломб из амальгамы) и точным соблюдением правил формирования контурных пломб. Не рекомендуется постановка новых пломб из амальгамы из-за возможного развития гальваноза в полости рта, если во рту уже есть металлические включения.

Больным категорически запрещаются алкоголь, курение; надо исключать употребление острой и горячей пищи. Рекомендуется молочно-растительный пищевой рацион с нужным количеством белков и витаминов.

2. Мероприятия, направленные на очаг КПЛ проводят дифференцированно, в зависимости от его формы.

при гиперкератозной форме
с локализацией только на СОПР

должны периодически (1 раз в год) проходить профилактический **осмотр и санацию полости рта.**

Если поражение СОПР сочетается с поражением кожи, больных направляют на **консультацию к дерматологу.**

Полоскания- раствором сероводорода, цитраля, ротовые ванночки из отвара льнянки.

Очаги кератоза обрабатывают **витамином А** 3 раза в день перед едой, витамином Е или цигеролом.

Кератолитические средства или криодеструкцию очагов поражения - при стойком течении и гнездном скоплении папул на СОПР или губ. Наиболее **целесообразно контактное замораживание в пределах собственной пластинки**. Оптимальная температура - 160-190°С, экспозиция 1,0-1,5 мин.

2. Мероприятия, направленные на очаг КПЛ в зависимости от его формы.

При бородавчатой форме КПЛ

Бородавчатые образования удаляют с помощью криодеструкции, диатермокоагуляции или хирургическим методом.

Улучшают кератолизис ороговевших участков аппликации 5% раствором салициловой кислоты.

Для регуляции кератинизации эпителия (кроме общего влияния) участок поражения непосредственно обрабатывают **витамином А, каротином, тигазоном** или **винилином** 3 раза в день перед едой.

Поражение СОР травматического происхождения

Острое или хроническое воспаление слизистой оболочки рта , вызванное каким –либо травмирующим фактором.

Поражения СОР травматического происхождения

- * Коды по МКБ-10
- * -K12.03 Афты Беднара
- * -K12.04 Травматические изъязвления
- * -K13.1 Прикусывание щеки и губ

В зависимости от характера травмирующего агента различают травмы:

- * Механические
- * Термические
- * Химические
- * Лучевые

По глубине поражения различают:

- * -внутриклеточные кровоизлияния (гематому) – без нарушения целостности эпителия,
- * -травматическую эрозию,
- * -декубитальную язву

Механическая травма СОР

- * Острая
- * Хроническая

Острая механическая травма СОПР

* **Этиология:**

Ранения СОПР игрушками, карандашом, острыми предметами.

* **Клиника:**

При внутритканевом кровоизлиянии незначительная болезненная через 1-3 дня исчезает и выявляется гематома;

При повреждении эпителия образуется болезненная эрозия, боль при приеме пищи, заживление без рубца;

При глубоком повреждении возникает кровотечение, резкая боль в покое, при приеме пищи, разговоре, дефект СОПР, инфицирование раны

Возможно нарушение общего состояния ребенка, повышение температуры, лимфаденит, заживление медленное с образованием рубца

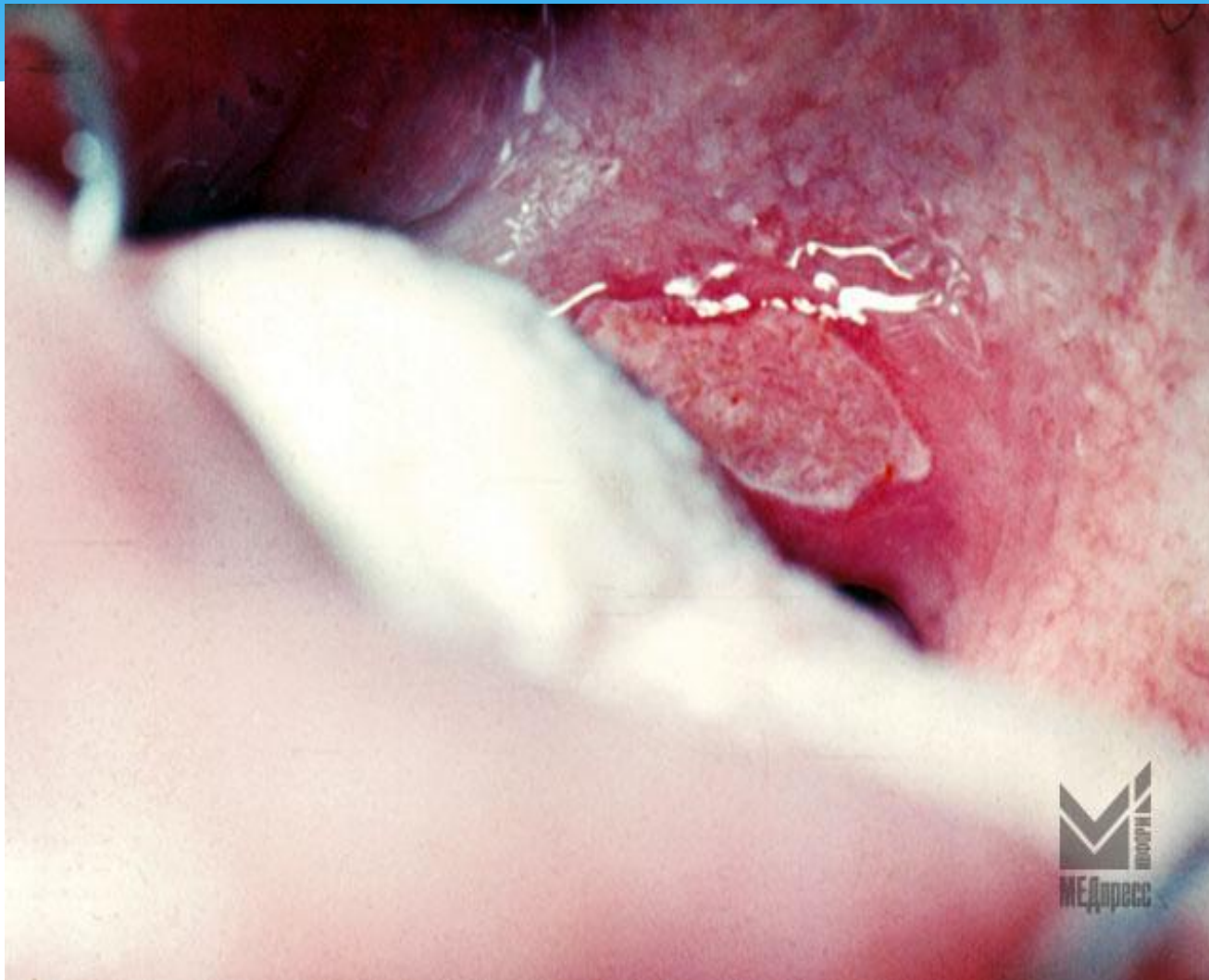
Афта Беднара

- * Первое описание патологии принадлежит Алоису Беднару (1816 1888)- педитру, доценту Венского университета. Автор « Заболевания новорожденных, представленные с клинической и патолого- анатомической точек зрения». В главе
- * «Афты желудочно- кишечного тракта» автор описывает две формы афт в полости рта:
 - крупные на небе,
 - мелкие, разбросанные по всей полости рта.

Локализация афт Беднара

- * Основной диагностический признак – расположение на небе(син. небные афты).
- * Афты Беднара чаще описывают как двухсторонние, симметричные по отношению к средней линии, порой сливающиеся и обретающие очертания бабочки, реже как единичные, расположенные по среднему шву или на расстоянии от него вблизи шва., расположенные к зоне « на стыке твердого и мягкого неба».

Афта Беднара



«Искусанная губа»



Удаление нижних молочных моляров в раннем возрасте проводится под мандибулярной анестезией



Хроническая механическая травма СОПР

** Этиология:*

Раннее прорезывание нижних резцов

При коклюше травмируется уздечка языка (боль Риги-Феде)

Острые края разрушенных или неправильно прорезавшихся зубов

Ортодонтические конструкции

Клиника изменений СОПР в месте прилегания съемных ортодонтических аппаратов

- * Точечная гиперемия или обширные разлитые гиперемированные пятна
- * Точечные кровоизлияния
- * Эрозии
- * Гиперплазия СОПР
- * Жжение, болезненность

Дифференциальная диагностика хронической механической травмы:

1. Травматические язвы следует отличать от:
 - Язвы при миллиарно-язвенном туберкулезе
 - Язвы при твердом шанкре
 - Раковой язвы
 - Трофические язвы
2. Травматические эрозии – от
 - Эрозий при ХРАС, РГС

Клиника травматической язвы

- * Характерна связь с травмой,
- * Болезненность участка поражения,
- * Наличие воспалительной инфильтрации
- * Отсутствуют специфические изменения при цитологическом исследовании,
- * Локализация на СОПР, более подвергающихся действию травмирующего фактора,
- * Заживает через 3-5 дней после устранения раздражителя

Клиника миллиарно-язвенного туберкулеза

- * Резкая болезненность
- * Мягкие, изъеденные края, зернистое дно с желтыми вкраплениями (зерна Треля)
- * В мазках – отпечатках обнаруживаются гигантские клетки Лангханса
- * При бактериоскопии в соскобе определяются микробактерии

Твердый шанкр отличаются от травматической язвы:

- * Плотным основанием
- * Ровными краями
- * Плотным и гладким дном
- * Отсутствует болезненность
- * Положительной реакцией Вассермана
- * Наличием спирохет в соскобе

Раковая язва отличается от травматической:

- * Дно плотное
- * В мазках-отпечатках обнаруживаются атипические клетки
- * Ослабление болевых ощущений после ее появления

Трофическая язва характеризуется:

- * Длительным вялым течением
- * Наличием хронических соматических заболеваний (в основном сердечно-сосудистых)

ХРАС характеризуется:

- * Наличием рецидивом
- * Болезненность афты
- * Афты расположена на фоне гиперемированного пятна округлой или овальной формы, покрыта фиброзным налетом

Лечение механической травмы СОПР:

1. Устранение действия травмирующего фактора и вредных привычек
2. При необходимости наложения швов
3. Аппликационное обезболивание (10% анестезированной эмульсией, 1 % р-р лидокаина, 0,1% р-р тримекаина, 10% аэрозоль лидокаина
4. Антисептическая обработка (р-р фурациллина, 1% р-р перекиси водорода, р-р димексида, 0,2% р-р хлоргексидина, отварами трав)
5. Аппликации ферментов (0,1-0,5% растворы трипсина, химотрипсина)
6. Аппликации кератопластических средств (масляный р-р витамина А, масло шиповника, облепиховое масло гель холисал, солкосерил дентальную адгезивную пасту.

Химические повреждения СОПР

Этиология и патогенез

1. В быту- уксусная эссенция, нашатырный спирт, силикатный клей, кристаллы и крепкие растворы перманганата калия.
2. Лекарственные препараты, применяемые при лечении зубов: формалин, резорцин, спирт, мышьяковистый ангидрид, йодная настойка, ортофосфорная кислота.

Эпидемиология

- * Химические травмы СОР у детей чаще наблюдают в раннем возрасте при случайном проглатывании употребляемых в домашних условиях растворов кислот и щелочей. Происходит это из-за любопытства детей, а также при небрежном хранении этих веществ.

Химические травмы

- * Код по МКБ -10
- * T28.5 Химический ожог рта и глотки.
- * Определение: поражение слизистой оболочки вследствие воздействия на нее химических реагентов.

Ожоги протекают по типу:

- * Коагуляционного (сухого) некроза (кислоты и соли тяжелых металлов)
- * Колликвационного (влажного) некроза (щелочи)

Периоды течения химического ожога

1. начальный или острый период
2. Период на 6-10 сутки токсические проявления становятся менее выраженными, а на СОПР развиваются местные изменения: *гиперемия, отек, пузыри, эрозии, покрытые налетом, язвы*
3. Период – эпителизация. При неглубоких повреждения рубца не остается, при глубоких – образуется рубец.

Степени тяжести химического ожога

- I степень – катаральное воспаление (гиперемия, отек, слюноотечение)
- II степень – выражены катаральные воспалительные изменения с очагами некроза
- III степень – резкая гиперемия СОПР, отек, обширные некрозы

Дифференциальная диагностика:

- * С аллергической реакцией на пластмассу, амальгаму, химические вещества различной концентрации.

Ожог нижней губы формальдегидсодержащими препаратами во время лечения зуба



Нейтрализующие средства для лечения химического ожога

- * При ожогах кислотами – щелочные растворы (1% р-р гидрокарбоната натрия, 0,1% р-ра нашатырного спирта -15 капель 10% р-ра аммиака на 200 мл воды)
- * Для нейтрализации щелочи применяют слабые растворы кислот (0,5% р-ра уксусной или лимонной щелочи, 0,01% р-р соляной кислоты)

* Антидоты для:

- ✓ Мышьяковистой пасты – 5% р-р унитиола, 1% р-р йодиола, 20% р-р сульфата магния, 1-2% спиртовой р-р йода, 30% р-р тиосульфата натрия, припудривание йодоформом.
- ✓ 30% р-ра нитрата серебра – р-р Люголя, гипертоническим раствором 2-3% р-р хлорида натрия
- ✓ Резорцин-формалиновой смеси – 50% спирт (1 капля спирта и 1 капля воды), 3% р-р углекислого аммония
- ✓ При ожоге настойкой йода в качестве антидота применяют 1% р-р гидрокарбоната натрия

Термические повреждения

- * Определение – воспаление СОР, возникающее от воздействия различных температурных раздражителей.
- * КОД ПО МКБ-10
- * T28.0. Термический ожог рта и глотки

Клиническая картина

- * Поражается главным образом слизистая оболочка губ, кончика языка, переднего отдела твердого неба. Она становится отечной, гиперемированной, болезненной при пальпации. Реже образуются поверхностные внутриэпителиальные пузырьки, которые сразу же лопаются. При осмотре в этом участке видны обрывки эпителия белого цвета на гиперемированном основании. В более тяжелых случаях определяют участок некроза, который может иметь цвет от серо-белого до темно-коричневого.

Лечение

- * **Цель лечения-** ускорить эпителизацию с помощью кератопластических средств.
- * **Показания к госпитализации:** при ожогах глотки и пищевода ребенка госпитализируют в ЛОР-отделение.

Медикаментозное лечение

- * Применяют аппликации обезболивающих лекарственных средств, обрабатывают антисептическими растворами в низких концентрациях, проводят аппликации кератопластических средств. При наличии очага некроза проводят аппликации ферментами.

Лучевые поражения

- * Определение- воспаление СОР в результате воздействия ионизирующей радиации на организм.
- * КОД ПО МКБ-10
- * Т66. Неуточненные эффекты излучения.

Этиология и патогенез

- * -несоблюдение техники безопасности при работе с радиоактивными веществами,
- * -лучевая терапия (рентген-, радио-, гамма-облучение) при опухолях ЧЛО.

Развивается лучевое поражение СОР, которое называют радиомукозитом.

Клиническая картина

Выделяют три периода заболевания.

1 период-наступает через несколько часов после повреждения. Больные жалуются на сухость в полости рта, потерю вкуса и чувствительности СО.

2 период (благополучия)- нет никаких объективных изменений.

3 период (разгара) –больные жалуются на жжение и сухость в полости рта и глотке. СОР анемичная ,сухая, мутнеет,теряет блеск . Развивается лучевой гингивита. Появляются участки пленчатого радиомукозита- зрозии, покрытые некротическим налетом ,язвы. Может наблюдаться деструкция костной ткани альвеолярного отростка, подвижность зубов.

Лечение

- * Санация полости рта.
- * Назначение антигистаминных препаратов, препаратов кальция, витаминов группы В.
- * Местно: аппликации 5-10 % взвеси бензокаина (анестезина) в персиковом масле; обработка растворами антисептиков, протеолитических ферментов, кератопластическими и глюкокортикоидными мазями.