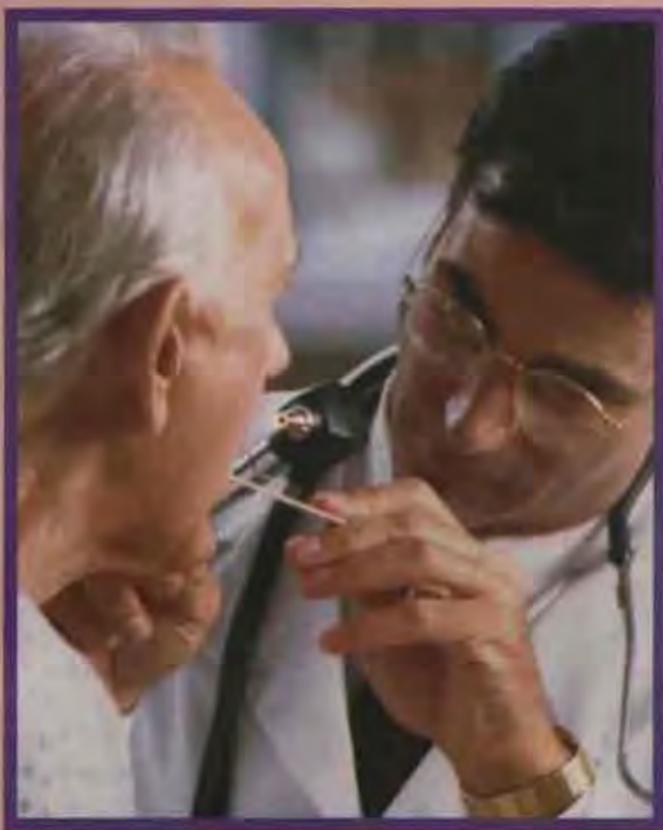




Медицина для вас



ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

ФЕНИКС

Серия «Медицина для вас»

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА



Учебное пособие

Ростов-на-Дону
Феникс
2007

УДК 616.31(075.8)
ББК 56.6я73
КТК 356
3-12

**Составители: Иванова Е.Н., Кукушкина Е.А., Петрова А.М.,
Сандакова Д.Ц., Кукушкин В.Л., Кузнецов И.А., Холмогорова Н.Н., Брянская М.Н.**

**Рецензент: доц. каф. стоматологии детского возраста ЧГМА,
к.м.н. Б.Н. Калинина**

Иванова Е.Н. и др.

3-12 Заболевания слизистой оболочки полости рта / Е.Н. Иванова [и др.] — Ростов н/Д.: Феникс, 2007. — 256 с. — (Медицина для вас).

ISBN 978-5-222-10734-8

Учебное пособие составлено в соответствии с Государственным образовательным стандартом, учебным планом по терапевтической стоматологии и примерной учебной программой дисциплины «Терапевтическая стоматология» и отражают вопросы клиники, дифференциальной диагностики, лечения наиболее распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Предназначено для студентов стоматологических факультетов.

ISBN 978-5-222-10734-8

**УДК 616.31(075.8)
ББК 56.6я73**

**© Коллектив авторов, 2007
© Оформление: изд-во «Феникс», 2007**

ВВЕДЕНИЕ

«Стоматология» в терапевтической стоматологии является самым сложным разделом, что, с одной стороны, обусловлено проявлением множественных поражений на большой площади слизистой оболочки полости рта (СОПР), а с другой — малочисленной, по сравнению с кишечником и его осложнениями, распространностью патологии.

Знание морфологических элементов поражения слизистой оболочки, патологических процессов в ней, особенностей клиники и течения заболеваний СОПР позволяет врачу ориентироваться в наиболее сложных проблемах терапии СОПР.

ТЕМА 1. Методы обследования больного с заболеванием слизистой оболочки рта

Цель занятия: научиться обследовать стоматологического больного с патологией СОПР.

Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы

1. Стоматологические инструменты и дополнительные аксессуары при обследовании стоматологического больного.

2. Медицинская документация в стоматологии.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Дайте определение основным методам обследования больного с патологией СОПР. Перечислите основные методы.

2. Дайте определение дополнительным методам обследования больного. Дополнительные методы обследования больного с заболеваниями СОПР.

3. Укажите последовательность осмотра больного с заболеванием слизистой оболочки рта.

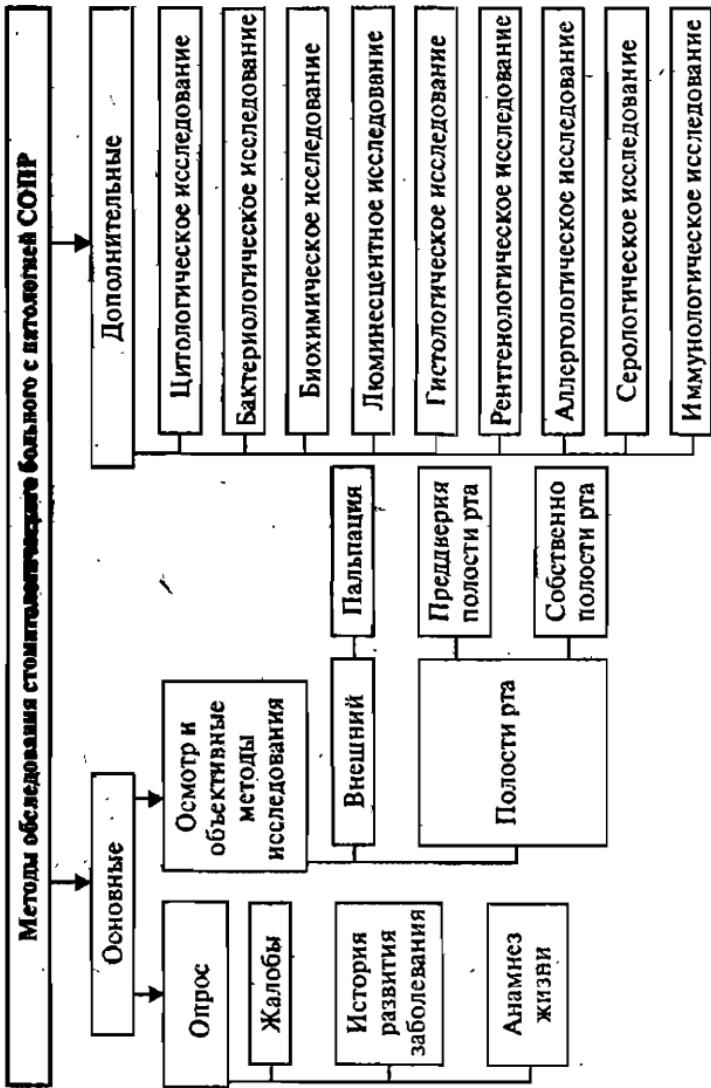
Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. Больной 44 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость в полости рта. Доктор составил план обследования больного. Какие органы полости рта следует исследовать при сухости полости рта и какими методами?

2. Выслушав больного и осмотрев его, стоматолог выставил предварительный диагноз «Рак нижней губы». Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

3. При осмотре больного стоматолог обнаружил увеличенные, спаянные с окружающими тканями безболезненные лимфатические узлы. Признаком какой патологии может быть такая клиническая картина?

Лабораторная диагностика структура приема



Последовательность обследования	Клинические симптомы	Механизм возникновения, клинический пример
1	2	3
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ		
A. ОПРОС БОЛЬНОГО		
1. Жалобы	<p>1. Боль в каком-либо участке слизистой оболочки полости рта.</p> <p>2. Неприятные ощущения (спокойствие, жжение).</p> <p>3. Изменение рельефа СОПР</p> <p>4. Сухость во рту.</p> <p>5. Изменение общего состояния (температура тела, слабость, недомогание).</p> <p>6. Жалобы отсутствуют</p>	<p>1. Раздражение, сдавление нервных окончаний при воспалении и других патологических процессах.</p> <p>2. Нарушение вегетативной иннервации (глоссалгия).</p> <p>3. Наличие элементов поражения.</p> <p>4. Раздражение вегетативных волокон в нервном стволе (глоссалгия). Заболевание слюнных желез, выводных протоков.</p> <p>5. Острые инфекционные заболевания (вирусные), токсико-аллергические реакции (многопроявленная экссудативная эритема) и др.</p> <p>6. Бессимптомное течение заболевания; патологические изменения во рту определяют случайно при осмотре</p>
2. Анамнез жалобы (anamnesis utrie):	a) пол, возраст	Nекоторые заболевания встречаются в определенной возрастной группе людей (молодые люди — язвенно-некротический гингивит Венсана, острый простой герпес). У определенного пола (например: красный плоский линий — преимущественно женщины, лейкоплакия — мужчины)

1	2	3	4
<p>© Заболевания желудочно-кишечного тракта.</p> <p>2. Эндокринные заболевания (сахарный диабет).</p> <p>3. Заболевания крови (лейкозы, анемии, полицитемия и др.).</p> <p>4. Заболевания сердечно-сосудистой системы</p> <p>б) профессиональные вредности;</p> <p>г) яркие</p>	<p>1. Заболевания желудочно-кишечного тракта.</p> <p>2. Эндокринные заболевания (сахарный диабет).</p> <p>3. Заболевания крови (лейкозы, анемии, полицитемия и др.).</p> <p>4. Заболевания сердечно-сосудистой системы</p> <p>1. Химические предприятия; нефтеперерабатывающей промышленности.</p> <p>2. Контакт с пестицидами.</p> <p>3. Контакт с радиоактивными веществами, тяжелыми металлами.</p> <p>4. Работа на улице, в поле.</p> <p>5. Работа на фруктовых, овощных базах</p> <p>1. Курение.</p> <p>2. Прием алкоголя.</p> <p>3. Жевание наркотических веществ.</p> <p>4. Привычное прикусывание лейкоплакии, СОПР</p>	<p>1. Являются предрасполагающими к болезням факторами для патологии слизистой оболочки полости рта (глосситы, гипомитаминозы).</p> <p>2. Способствует развитию пародонтита, кардиоза, красного плоского лишая (с. Гранашана).</p> <p>3. Имеют проявления в полости рта.</p> <p>4. Предрасполагают к развитию заболеваний алевистой оболочки рта (пузырно-сосудистый синдром, трофическая язва).</p> <p>1.2. Контакт с канцерогенными веществами способствует развитию предраковых заболеваний, злокачественных новообразований.</p> <p>3. Возможно развитие лучевой болезни, отравление солями тяжелых металлов, свинцом, висмутом, ртутью.</p> <p>4. Повышенная инсоляция способствует развитию предраковых заболеваний актинического офтальмита.</p> <p>5. Возможно развитие кандидоза</p> <p>1.2.3. Способствует развитию предраковых состояний слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, хейлит Мангантти и др.).</p> <p>4. Хроническая механическая травма (мягкая лейкоплакия), онкология</p>	<p>1. Являются предрасполагающими к болезням факторами для патологии слизистой оболочки полости рта (глосситы, гипомитаминозы).</p> <p>2. Способствует развитию пародонтита, кардиоза, красного плоского лишая (с. Гранашана).</p> <p>3. Имеют проявления в полости рта.</p> <p>4. Предрасполагают к развитию заболеваний алевистой оболочки рта (пузырно-сосудистый синдром, трофическая язва).</p> <p>1.2. Контакт с канцерогенными веществами способствует развитию предраковых заболеваний, злокачественных новообразований.</p> <p>3. Возможно развитие лучевой болезни, отравление солями тяжелых металлов, свинцом, висмутом, ртутью.</p> <p>4. Повышенная инсоляция способствует развитию предраковых заболеваний актинического офтальмита.</p> <p>5. Возможно развитие кандидоза</p> <p>1.2.3. Способствует развитию предраковых состояний слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, хейлит Мангантти и др.).</p> <p>4. Хроническая механическая травма (мягкая лейкоплакия), онкология</p>

1	2	3
д) наследственность	Наличие аналогичной болезни у родственников	При некоторых заболеваниях СОПР возможна наследственная предрасположенность (буллезный эпидермолиз, экзематозный хейлит)
3. Развитие настоящего заболевания (anamnesis now)	1. Начальные симптомы заболевания. 2. Движность заболевания, особенности течения. 3. Возможная причина болезни. 4. Частота рецидивов обострения. 5. Эффективность проводимого ранее лечения	1. Возможен продромальный период. 2. Влияет на тяжесть, течение заболевания, развитие осложнений, на выбор метода лечения. 3. Иногда можно выделить непосредственный причину заболевания (травматический фактор) 4. Характеризует тяжесть течения заболевания. 5. Позволяет подобрать оптимальный метод лечения и лекарственные средства
Б. ОСМОТР БОЛЬНОГО		
1. Внешний осмотр	1. Цвет. 2. Наличие элементов поражения на коже.	1. Цвет кожи изменен при нарушении общего состояния организма (болезни крови, гепатит и др.).
а) Состояние видимых кожных покровов, красной каймы губ и видимых слизистых оболочек носа, глаз	3. Наличие элементов поражения на слизистой оболочке глаз, носа	2. Красный плоский лишай, красная волчанка, пузырчатка, МЭЭ. 3. Многоформная экссудативная эритема, пузырчатка, вирусные поражения, синдром Бехчета, синдром Стивенса-Джонсона
б) Состояние регионарных лимфатических узлов	1. Размер. 2. Плотность. 3. Болезненность	1. Увеличение при сифилисе, раке, острых воспалительных процессах в полости рта. 2. Плотно-солистическая консистенция при сифилисе

1	2	3
	4. Спаянность к окружющим тканям	3. Волезиенность при остром воспалительном процессе, отсутствие боли при раке, сифилисе. 4. Спаянность возможна при раке
2. Осмотр полости рта а) Осмотр слизистой оболочки преддверия и собственно полости рта	1. Цвет 2. Влажность 3. Элементы поражения. б) Обследование выявленных элементов поражения	1. Свидетельствует о нарушении общего состояния организма (бледность — болезни крови, желтушность — заболевание печени). 2. Сухая — при кандидозе, синдроме Шегрена. 3. Выявляются первичные и вторичные морфологические элементы
		1. Количество, очертания, форма, размеры. 2. Пальпация. 3. Поскашивание. 4. Симптом Никольского
в) Обследование выделительной функции слюнных желез		1. Пальпация слюнных желез (околоушиной, подчелюстной) из протоков или изменения его вида
г) Осмотр зубных рядов	1. Состояние зубного ряда. 2. Вид прикуса. 3. Наличие и состояние ортопедической конструкции. 4. Наличие зубных отложений, определение гигиенического индекса	Возможно нахождение факторов травматической окклюзии. Неудовлетворительное гигиеническое состояние зубов отягощает течение болезней слизистой оболочки рта

1	2	3
д) Обследование точек выхода ветвей тройничного нерва	Болезненность	Неврит ветвей тройничного нерва
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ		
1. Цитологические исследования	Соскоб с поверхности эрозии, язвы	Выявляет специфические изменения клеточного состава при раке, пузырчатке, герпесе, туберкулезе, красном плоском лице и др.
2. Бактериологическое исследование	1. Соскоб налета с поверхности слизистой (окрашенный препарат). 2. Микроскопия в темном поле (негативный препарат).	Выявляет флору пораженной слизистой. Выявляет бледную трепонему при сифилисе
3. Общий клинический анализ крови	1. Число вритроцитов. 2. Число лейкоцитов, лейкоцитарная формула. 3. Цветной показатель. 4. Реакция СОЭ	1. Уменьшено при анемиях, увеличено при полигидемии. 2. Выявляет воспалительное состояние организма, заболевание крови (лейкоз). 3. Высокий показатель (выше 1) характерен для пернициозной анемии (авитаминоз В ₁₂), низкий — для других форм анемии (железодефицитная и другие). 4. Ускорена при различных болезненных состояниях (воспаление, новообразования).
4. Биохимический анализ	Содержание глюкозы	При подозрении на сахарный диабет (N 3,5–5,5 ммоль/л)

1	2	3
5. Гистологическое исследование	Биопсия	Спецрфичность структуры тканей
6. Алергологические исследования	1) Гистаминовая проба 2) Кожно-аллергические пробы	Применяют для определения чувствительности к гистамину. Положительная проба при хроническом рецидивирующем афганном стоматите, многоформной экссудативной эритеме
	3) Реакция торможения миграции лейкоцитов. 4) Реакция блестной трансформации. 5) Реакция лейкоцитолиза	Используют для диагностики бактериальной аллергии при хроническом рецидивирующем афганном стоматите и многоформной экссудативной эритеме
	6) Кожные аппликационные и склерификационные пробы	Проводят с различными аллергенами для выявления причинного аллергена
7. Иммунологические исследования	1. Прямая и непрямая иммунофлюoresценция (РИФ). 2. Реакция розеткообразования	Используют для дифференциации пузырьных заболеваний и красной волчанки. Применяют при аллергических заболеваниях для выявления состояния Т- и В-лимфоцитов
8. Серологические исследования	1.2. Реакция Вассермана. Реакция иммобилизации бледных трепонем. 3. Реакция иммунофлюoresценции антитела к ВИЧ	Используют для диагностики сифилиса. Используют для диагностики СПИД

1	2	3
9. Люминесцентные исследования	Свечение в лучах Вуда	Используют для диагностики красной волчанки, лейкоплакии, красного плоского лишая
10. Рентгенологические исследования	1. Внутриротовая рентгенограмма. 2. Внериотовая обзорная рентгенограмма	Выявление очагов одонтогенной инфекции у больных с бактериальной аллергией
11. Консультации у специалистов	Гастроэнтеролог, эндокринолог, аллерголог, иммунолог, дерматолог, гематолог и др.	По показаниям

4. Практическое занятие посвящено изучению методов обследования больного с патологией СОПР. Назовите схему методов обследования. Зачем нужен раздел *anamnesis vitae* и *morbis*?

5. Больная 68 лет поступила с жалобами на недомогание, повышение температуры до 38°, появление во рту болезненных образований.

Считает себя больной около 3-х недель, когда появилась температура, боль в горле, была диагностирована ангин. Принимала олутетрин. Состояние не улучшилось. Появились язвы во рту. При осмотре слизистой оболочки кончика языка обнаружена язва округлых очертаний, покрытая некротическим налетом размером до 0,7 см с болезненным, уплотненным основанием, аналогичная язва на альвеолярном отростке слева, размером 0,5×1,0 см. Пользуется полным съемным протезом. Протез плохо фиксируется на челюсти. Пальпация подчелюстных лимфоузлов справа и слева болезненная. Какие дополнительные методы обследования необходимо сделать для уточнения диагноза?

Контрольные тесты

1. Основные методы обследования стоматологического больного:

- 1) опрос, осмотр, рентгенологическое обследование
- 2) опрос, осмотр, пальпация
- 3) осмотр, витальное окрашивание

2. Основные методы обследования необходимы для:

- 1) постановки окончательного диагноза
- 2) постановки предварительного диагноза
- 3) постановки предварительного и окончательного диагноза

3. Анамнез жизни включает:

- 1) перенесенные и сопутствующие заболевания, наследственность, цитологическое исследование
- 2) перенесенные и сопутствующие заболевания, наследственность, профессиональные вредности

3) перенесенные и сопутствующие заболевания, наследственность, гистологическое исследование

4. Развитие настоящего заболевания предполагает выяснение:

- 1) возможной причины болезни, давности заболевания, эффективности ранее проводимого лечения
- 2) возможной причины болезни, давности заболевания, эффективности ранее проводимого лечения, профессиональных вредностей
- 3) возможной причины болезни, давности заболевания, эффективности ранее проводимого лечения, перенесенных и сопутствующих заболеваний

5. Последовательность пальпации регионарных лимфатических узлов:

- 1) околоушные, шейные, подчелюстные, подбородочные лимфатические узлы
- 2) околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные лимфатические узлы
- 3) подчелюстные, подбородочные, шейные, околоушные лимфатические узлы

6. Общий клинический анализ крови предполагает:

- 1) число эритроцитов, лейкоцитов, лейкоцитарную формулу, цветной показатель, СОЭ
- 2) число эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитарную формулу, цветной показатель, СОЭ
- 3) число эритроцитов, лейкоцитов, лейкоцитарную формулу, цветной показатель, время свертывания крови

7. Аллергологическое исследование включает проведение:

- 1) гистаминовой, кожно-аллергической пробы
- 2) гистаминовой пробы, реакции Вассермана
- 3) реакции розеткообразования, кожно-аллергической пробы

8. Выводные протоки околоушных желез выявляются в области слизистой оболочки щек на уровне зубов:

- 1) 13-14

2) 16-17

3) 17-18

9. Опрос стоматологического больного состоит из выяснения:

- 1) истории развития заболевания, данных рентгенологического исследования
- 2) жалоб, истории развития заболевания, анамнеза жизни
- 3) жалоб, истории развития заболевания, данных дополнительных методов исследования

10. Дополнительные методы обследования при патологии СОПР:

- 1) опрос, витальное окрашивание
- 2) осмотр, рентгенологическое обследование, дентоскопия
- 3) цитологическое, микробиологическое исследование

ТЕМА 2. Патологические процессы, возникающие в слизистой оболочке. Морфологические элементы поражения

Цель занятия: научиться выявлять патологические изменения на СОПР.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

1. Строение слизистой оболочки полости рта.
2. Особенности строения эпителия, эпидермиса.
3. Патоморфологические элементы поражения кожи.
4. Патоморфология острого и хронического воспаления.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Из каких слоев состоит слизистая оболочка рта?
Укажите отличия в строении слизистой щеки, твердого неба, языка.

2. Строение эпителия слизистой оболочки полости рта.
3. Как классифицируется воспаление по течению, по морфологическому признаку?

4. Дайте определение понятия «первичный морфологический элемент поражения», «вторичный морфологический элемент поражения».

5. Перечислите вторичные морфологические элементы поражения, выделите среди них экссудативные и инфильтративные.

6. Какие первичные морфологические элементы поражения заживают с образованием рубца? Почему?

7. Какие вторичные морфологические элементы поражения представлены дефектами слизистой оболочки рта, какие — наслоениями, разрастаниями?

8. Что такое акантоз? Какие патоморфологические элементы связаны с этим процессом?

9. Что такое акантолиз? Для какого заболевания характерен этот процесс? Какими морфологическими элементами он проявляется?

10. Что такое гиперкератоз и паракератоз? При каких заболеваниях определяются эти патологические процессы? Как выглядит слизистая оболочка рта при гиперкератозе, при паракератозе?

11. Что такое спонгиоз, вакуольная дистрофия, баллонизирующая дегенерация? Каким морфологическим элементам сопутствуют эти процессы?

12. Что такое папилломатоз?

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. При профилактическом осмотре выявлено белое пятно на боковой поверхности языка в области разрушенного зуба 48. При поскабливании не снимается, безболезненно. Чем вызвано образование пятна, какой патологический процесс лежит в его основе?

2. У больного 16 лет при осмотре выявлены помутнение и шероховатость слизистой оболочки нижней губы. Больной постоянно прикусывает губу. Укажите, какой патологический процесс наблюдается в слизистой.

3. На слизистой оболочке щеки афта. К каким патоморфологическим элементам относится афта, какие процессы в слизистой лежат в основе ее образования?

4. На губах сухие прозрачные чешуйки. Какими патологическими процессами вызвано появление чешуек?

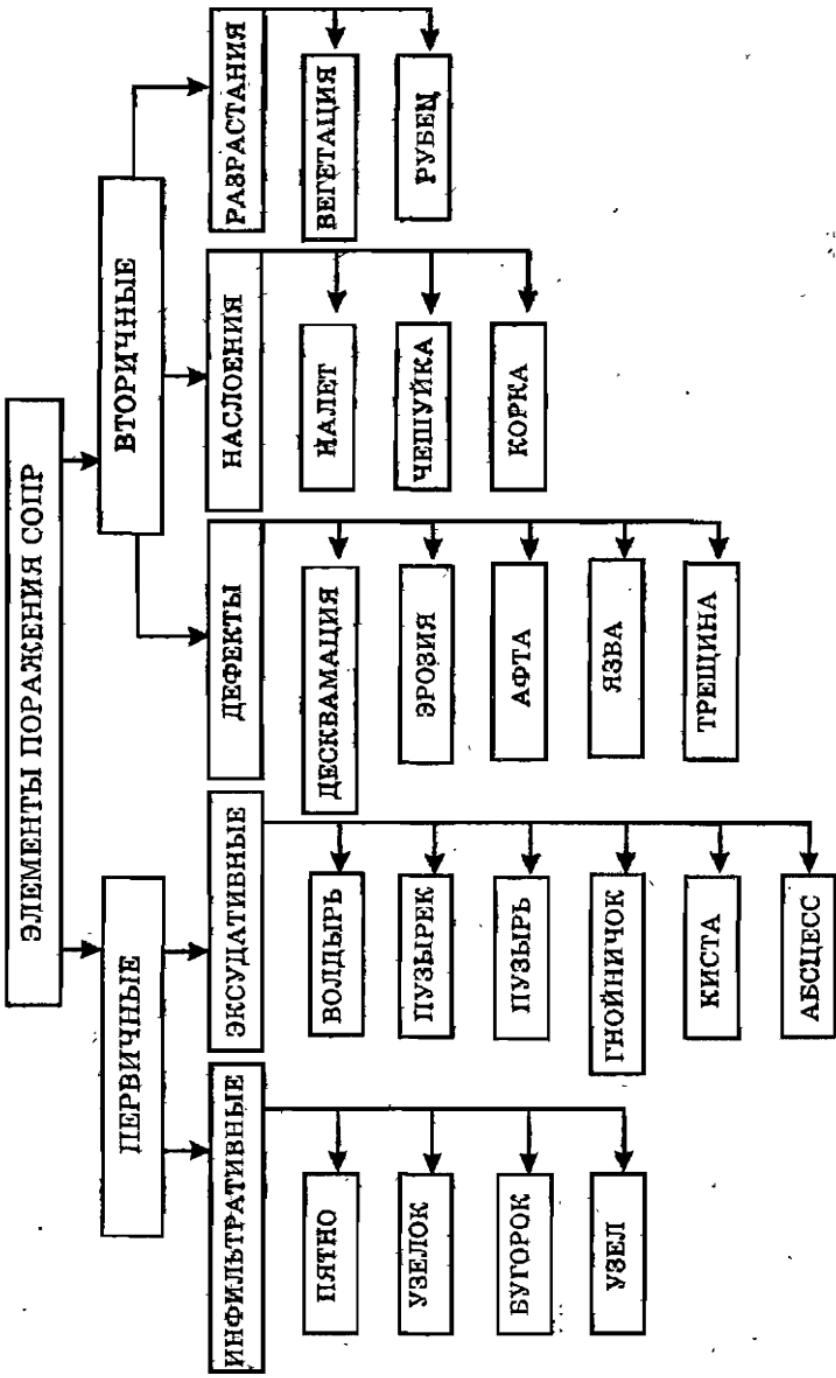
5. У студента из Кении при профилактическом осмотре обнаружены сине-коричневые образования на слизистой десны верхней и нижней челюсти. Слизистая над элементами не изменена, безболезненна. Какой элемент поражения найден при осмотре, чем он обусловлен?

Контрольные тесты

1. При заболеваниях СОПР первичным элементом поражения слизистой оболочки будет:

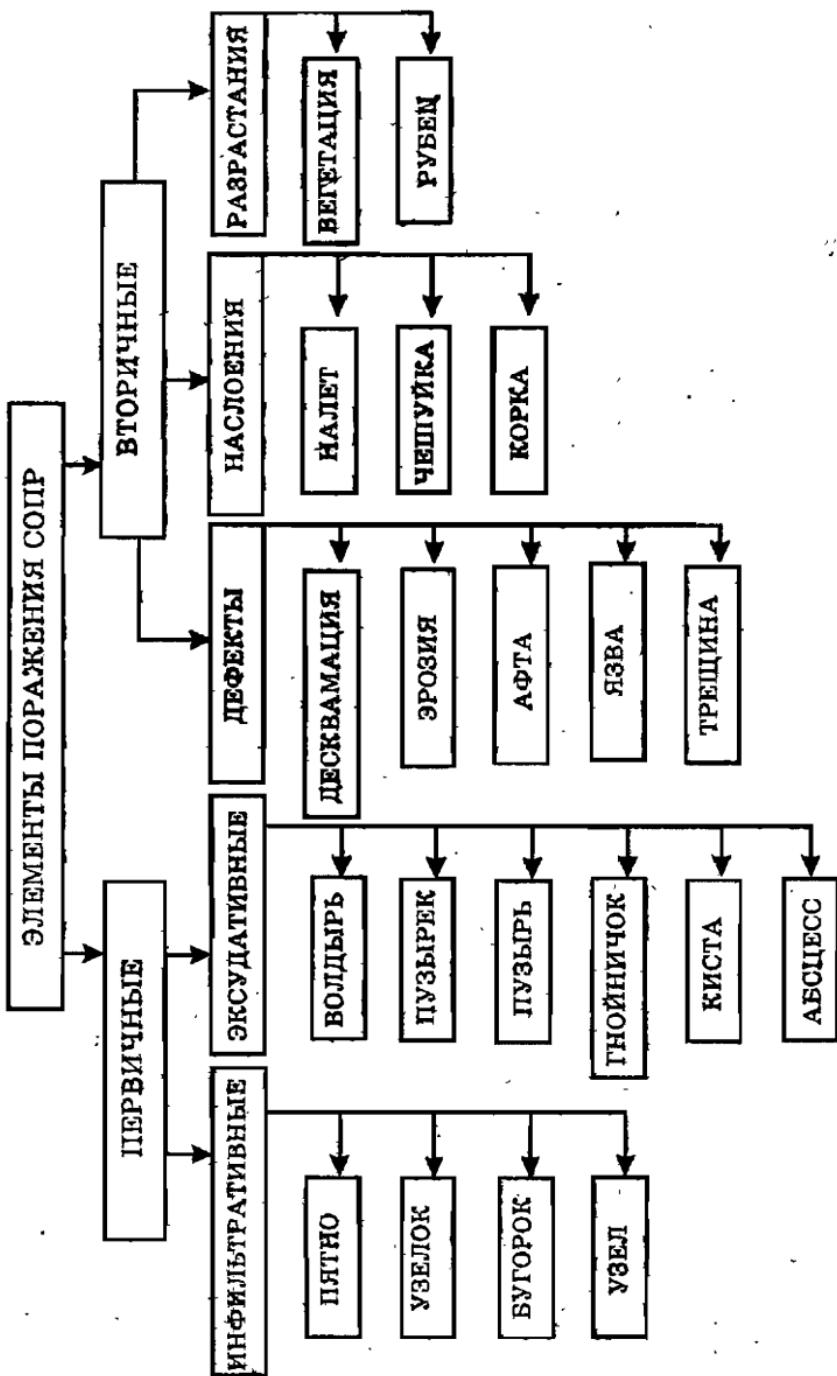
- 1) бугорок
- 2) афта
- 3) пузырек
- 4) эрозия

Логико-дидактическая структура темы



1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		38		39		40		41		42		43		44		45		46		47		48		49		50		51		52		53		54		55		56		57		58		59		60		61		62		63		64		65		66		67		68		69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		80		81		82		83		84		85		86		87		88		89		90		91		92		93		94		95		96		97		98		99		100		101		102		103		104		105		106		107		108		109		110		111		112		113		114		115		116		117		118		119		120		121		122		123		124		125		126		127		128		129		130		131		132		133		134		135		136		137		138		139		140		141		142		143		144		145		146		147		148		149		150		151		152		153		154		155		156		157		158		159		160		161		162		163		164		165		166		167		168		169		170		171		172		173		174		175		176		177		178		179		180		181		182		183		184		185		186		187		188		189		190		191		192		193		194		195		196		197		198		199		200		201		202		203		204		205		206		207		208		209		210		211		212		213		214		215		216		217		218		219		220		221		222		223		224		225		226		227		228		229		230		231		232		233		234		235		236		237		238		239		240		241		242		243		244		245		246		247		248		249		250		251		252		253		254		255		256		257		258		259		260		261		262		263		264		265		266		267		268		269		270		271		272		273		274		275		276		277		278		279		280		281		282		283		284		285		286		287		288		289		290		291		292		293		294		295		296		297		298		299		300		301		302		303		304		305		306		307		308		309		310		311		312		313		314		315		316		317		318		319		320		321		322		323		324		325		326		327		328		329		330		331		332		333		334		335		336		337		338		339		340		341		342		343		344		345		346		347		348		349		350		351		352		353		354		355		356		357		358		359		360		361		362		363		364		365		366		367		368		369		370		371		372		373		374		375		376		377		378		379		380		381		382		383		384		385		386		387		388		389		390		391		392		393		394		395		396		397		398		399		400		401		402		403		404		405		406		407		408		409		410		411		412		413		414		415		416		417		418		419		420		421		422		423		424		425		426		427		428		429		430		431		432		433		434		435		436		437		438		439		440		441		442		443		444		445		446		447		448		449		450		451		452		453		454		455		456		457		458		459		460		461		462		463		464		465		466		467		468		469		470		471		472		473		474		475		476		477		478		479		480		481		482		483		484		485		486		487		488		489		490		491		492		493		494		495		496		497		498		499		500		501		502		503		504		505		506		507		508		509		510		511		512		513		514		515		516		517		518		519		520		521		522		523		524		525		526		527		528		529		530		531		532		533		534		535		536		537		538		539		540		541		542		543		544		545		546		547		548		549		550		551		552		553		554		555		556		557		558		559		560		561		562		563		564		565		566		567		568		569		570		571		572		573		574		575		576		577		578		579		580		581		582		583		584		585		586		587		588		589		590		591		592		593		594		595		596		597		598		599		600		601		602		603		604		605		606		607		608		609		610		611		612		613		614		615		616		617		618		619		620		621		622		623		624		625		626		627		628		629		630		631		632		633		634		635		636		637		638		639		640		641		642		643		644		645		646		647		648		649		650		651		652		653		654		655		656		657		658		659		660		661		662		663		664		665		666		667		668		669		670		671		672		673		674		675		676		677		678		679		680		681		682		683		684		685		686		687		688		689		690		691		692		693		694		695		696		697		698		699		700		701		702		703		704		705		706		707		708		709		710		711		712		713		714		715		716		717		718		719		720		721		722		723		724		725		726		727		728		729		730		731		732		733		734		735		736		737		738		739		740		741		742		743		744		745		746		747		748		749		750		751		752		753		754		755		756		757		758		759		760		761		762		763		764		765		766		767		768		769		770		771		772		773		774		775		776		777		778		779		780		781		782		783		784		785		786		787		788		789		790		791		792		793		794		795		796		797		798		799		800		801		802		803		804		805		806		807		808		809		810		811		812		813		814		815		816		817		818		819		820		821		822		823		824		825		826		827		828		829		830		831		832		833		834		835		836		837		838		839		840		841		842		843		844		845		846		847		848		849		850		851		852		853		854		855		856		857		858		859		860		861		862		863		864		865		866		867		868		869		870		871		872		873		874		875		876		877		878		879		880		881		882		883		884		885		886		887		888		889		890		891		892		893		894		895		896		897		898		899		900		901		902		903		904		905		906		907		908		909		910		911		912		913		914		915		916		917		918		919		920		921		922		923		924		925		926		927		928		929		930		931		932		933		934		935		936		937		938		939		940		941		942		943		944		945		946		947		948		949		950		951		952		953		954		955		956		957		958		959		960		961		962		963		964		965		966		967		968		969		970		971		972		973		974		975		976		977		978		979		980		981		982		983		984		985		986		987		988		989		990		991		992		993		994		995		996		997		998		999		1000	

Логико-дидактическая структура темы



Патологические элементы		Клинические проявления	Лечение
Номер	Наименование элемента		
1. ПЯТНО	Пигментные пятна на слизистой оболочке	1) Пигментное a) воспалительное	1) Пятно слизистой оболочки, не выступает над слизистой оболочкой. Цвет ярко-красный или синюшный. При надавливании исчезает. Размером от 1 до 10 мм (розеола) или более (эритема)
		б) пигментное	1) Участок слизистой интенсивно окрашен в темно-коричневый цвет (гиперпигментированное пятно) 2) Участок СОПР окрашен в черно-синий цвет. Пятна, расположены на деснах, щеках, губах, небе
2. КРОВОЧАТИНИЯ	Кровоизлияния на слизистой оболочке		Участок синюшно-красного цвета различного размера: 1. Точечные пятна на слизистой (петехии)
3.	Повышенная склонность к кровотечениям		2) Воспаление слизистой, отложение в собственном слизистом слое и в эпителии
4.	Повышенная склонность к кровотечениям		3) Воспаление слизистой, отложение в собственном слизистом слое и в эпителии солей тяжелых металлов
			4) Изменения в свертываемости крови

1	2. До 1,0 см (пурпур)	3	4
		Разрыв сосудов в подслизистом, собственном слизистом слое, выход форменных элементов крови в ткани	Острая травма, заболевания крови
2. УЗЕЛОК (папула)	1. Белесоватое или перламутровое, почти не возвышающееся над слизистой мелкое (до 1 мм) образование, при поскабливании не удаляется (1). Имеют склонность к слиянию, образуя бляшки (2)	Хронический воспалительный процесс слизистой, сопровождающийся утолщением эпителиального слоя (акантоза); усилением ороговения (гипекератоз) и воспалительными изменениями в верхних отделах собственно слизистого слоя; расширение сосудов, отек и воспалительная инфильтрация	Красный плоский лишай (1). Лейкоплакия (2).
3	2. Застойно-гиперемиеванный участок СОПР размером до 5 мм с небольшим инфильтратом в основании, с резкими границами. С развитием воспаления приобретают белесовато-серый цвет, безболезненные, плотные, окружены узким гиперемированым венчиком. При поскабливании верхние слои снимаются, образуется мясо-красная эрозия	Воспалительный инфильтрат, локализующийся только в собственно слизистом слое. Накапливающийся экссудат пропитывает покровный эпителий, вследствие чего приобретает белесовато-серый цвет	Вторичный сифилис
4	3. БУГОРОК	Очаг ограниченного продуктивного воспаления (инфекционная гранулема). Инфильтрат захватывает все слои слизистой оболочки. Выстро подвергается распаду с последующим рубцеванием	Туберкулезная волчанка (1), бугорковый сифилид (2)

4. УЗОРЫ	Появление на коже в виде стойких пятен, позже исчезающих под воздействием солнца. Появляются в первую очередь с морщинами и руцедением	Аллергические заболевания (крапивница)
5. ВОЛДЫРЬ	Возникающее над кожей, красное, в центре белое, зудящее образование. На СОИР существует кратковременно, превращаясь в пузырь	Острый ограниченный ожог сосочкаового слоя дермы (и/или собственно слизистой)
6. ПУЗЫРЕК	Слабка возвышающееся над поверхностью слизистой образования. Содержит серозное или геморрагическое содержимое, быстро вскрывается	Накопление экссудата между клетками птиловидного слоя эпителия (спонгиоз), нарушение связи между клетками (акантоз). образование внутриэпителиальной полости. Одновременно жидкость скапливается внутри клеток базального и птиловидного слоя (вакуальная дистрофия), клетки разрушаются или окружаются в размере, напоминающей шары или баллоны (баллонирующая дегенерация)
7. ПУЗЫРЬ а) подэпителиальный	Возникает над поверхностью слизистой, имеет серозный экссудат	Спонгиоз, вакуольная дистрофия; баллонирующая дегенерация; формируется пузырь между волокнами базальной мембрани пузырчатка

1	2	3	4
Геморрагический экссудат	Под базальной мембраной формирует ся пузырь вследствие проницаемости и ломкости сосудов у лиц с гипертонической болезнью и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы	Пузырко-сосудистый синдром	Пузырько-сосудистый синдром
в) внутри-епителиальный	Быстро вскрывается, на поверхности слизистой видны обрывки пузыря. При потягивании за край пузыря слизистая расслаивается (симптом Никольского)	Нарушение иммунных механизмов ведет к распылению между коронарных слизей шиловидных клеток (акантолиз). Возникают полости внутри шиловидного слоя эпителия	Вульгарная пузырчатка
8. ГНОЙНИЧОК	Пузыrek с гнойным содержимым, слегка вздувается над поверхностью кожи	Спонгиеz, выкульная дистрофия, balloonирующая дегенерация с последующим инфильтрированием экссудата гноеродной флорой (стафилококковая или стрептококковая)	Возникают на коже и красной кайме губ при хроническом рецидивирующем герпесе
9. КИСТА	Возьмывается над слизистой с прозрачным содержимым	Закупорка выводного протока малых слюнных желез приводит к скоплению жидкости. Формируется образование округлых очертаний с эпите-	Ретенционная киста малых слюнных желез
10. АБСЦЕСС	Возьмывается над СОЛР при расположении в подслизистом слое. Слизистая в цвете может быть изменена. Границы четко определяются	Гнойное расплывание тканей с формированием полости	Пародонтальный абсцесс

ВТОРИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ

1. ЭРОЗИЯ	Поверхностные дефекты эпителия	Образуется при повреждении покрышки пузыря, пузырька или повреждении узелка.	Герпетический стоматит, многоформная экссудативная эритема, аллергический стоматит, красный плоский лишай.
2. АФТА	Поверхностный дефект СОПР, имеет округлые четкие контуры, ярко-красный ободок, размером до 7 мм. покрыт фибринозным налетом.	Острое альтеративное воспаление, сопровождающееся разрушением поверхности эпителия с воспалительной инфильтрацией собственно слизистой оболочки.	Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.
3. ЯЗВА	Глубокий дефект слизистой оболочки. Определяются края язвы и дно.	Разрушение эпителия и нижележащих тканей, воспалительная инфильтрация. Распад опухоли или специфическая гранулема.	Травма механическая и др. Рак, туберкулез, сифилис.
4. ТРЕЦИНА	Линейный дефект слизистой оболочки.	Инфильтрация тканей, потеря эластичности, упругости. При растяжении ткани разрушаются на всю глубину эпителия и нижележащих слоев.	Хроническая трещина губы
5. КОРКА	Образуется на открытых участках кожи и красной каймы губ различного цвета: желтого, бурого и др.	Сохнущийся экссудат пузирей или отделяемое эрозий и язв. Цвет зависит от характера экссудата.	На губах при многоформной экссудативной эритеме, хронической трещине, экзематозном хейлите.

1	2	3	4
6. НАЛЕТ	<p>1. Наслоение на поверхности слизистой различной окраски от белесоватого до темно-коричневого (на языке). При поскабливании снимается.</p> <p>2. Фиброзный на поверхности эрозий, афт.</p> <p>3. Некротический на поверхности язв</p>	<p>Скопление микроорганизмов, слизи, отторгнувшихся клеток эпителия. Цвет налета обусловлен присутствием лигнаменообразующих микроорганизмов, окраской продуктовами питания, лекарственными веществами. Альтернативное воспаление с образованием экссудата, богатого фибриногеном, который превращается в фибрин.</p> <p>Фибрин служит основой для образования репаративной ткани. Раэлажение тканей субстрата, чаще при инфицировании анаэробной флорой</p>	<p>Кандидоз, черный волосятый язык, обложенный язык при системных заболеваниях. Многодифференциальная экссудативная эритема, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, аллергический стоматит. Язвенно-некротический стоматит Венсана</p>
7. РУБЕЦ	Образование, вызывающееся над поверхностью СОПР (клеточный) или западающее (атрофический), на месте заживления глубокий дефект. При пальпации плотные, грубые или гладкие, истощенные	Глубокие язвы слизистой оболочки рта, афты Сегтона	
8. ЧЕШУЙКА	Шелушащаяся поверхность слизистой или красной каймы губ	Неполное орогование эпителиальных клеток (паркератоз). Клетки легко отторгаются и в виде тонких пластинок скапливаются на поверхности слизистой	Мягкая лейкоплакия, эксфолиативный хейлит
9. ВЕГЕТАЦИЯ	Бугристые, мягкие разрастания, поверхность эрозирована, красного цвета, серозный или гнойный экссудат	Разрастание сосочеков дермы с одновременным утолщением шиповатого слоя эпителия	Поверхность эрозий, папулы при сифилисе

Какая гистологическая картина наблюдается при
развитии пузырка:

- 1) гиперкератоз
- 2) напилломатоз
- 3) акантолиз
- 4) акантоз

Назовите вторичный элемент поражения слизистой
оболочки:

- 1) пузырь
- 2) язва
- 3) пятно
- 4) папула

Страниченное изменение цвета, не выступающее над
слизистой оболочкой полости рта, называется:

- 1) папула
- 2) бугорок
- 3) пятно
- 4) пузырек

Поверхностный дефект слизистой с четкими округлыми
контурами, покрытый фибринозным налетом:

- 1) пятно
- 2) афта
- 3) корка
- 4) чешуйка

Бородавка образуется на месте:

- 1) пузыря
- 2) эритемы
- 3) язвы
- 4) рубца

Патогистологические процессы в слизистой оболочке
полости рта, сопровождающиеся повышенным орогове-
нием:

- 1) гиперкератоз
- 2) акантоз
- 3) акантолиз
- 4) баллонирующая дегенерация

8. Точечные кровоизлияния на слизистой оболочке полости рта называются:

- 1) петехии
- 2) эритема
- 3) розеола
- 4) гематома

9. Линейный дефект слизистой оболочки полости рта называется:

- 1) рубец
- 2) трещина
- 3) корка
- 4) язва

10. Пузырь подэпителиальный формируется:

- 1) между волокнами базальной мембранны
- 2) внутри шиловидного слоя эпителия
- 3) внутри зернистого слоя эпителия
- 4) в подслизистом слое эпителия

ТЕМА 3. Механическая травма слизистой оболочки полости рта

Цель занятия: Научиться диагностировать проявления механической травмы СОПР, дифференцировать механическую травму со сходными заболеваниями слизистой оболочки рта, освоить методы лечения и профилактики механической травмы.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения изучаемой темы

1. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта.

2. Строение слизистой оболочки полости рта.

3. Дать определение первичным (пятно, розеола, гематома, эритема, пигментное пятно) и вторичным элементам поражения (эррозия, афта, язва).

4. Воспаление. Причины, морфологические формы, течение.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Какие причины острой механической травмы?

2. Какие клинические проявления при острой механической травме?

3. Какие причины хронической механической травмы?

4. Перечислить проявления хронической механической травмы СОПР.

5. Клинические проявления хронических механических повреждений СОПР.

6. Особенности клинического течения травматической травмы. С какими язвенными поражениями слизистой оболочки рта ее следует дифференцировать?

Вопросы для контроля результатов усвоения изучаемой темы

Смирнова Б., 43 года, обратился к стоматологу с жалобами на болезненную язву на щеке справа, которая беспокоит его в течение 2 недель. Лечение не проводилось.

V.-Логико-дидактическая структура темы

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА (СОПР)

Травматический фактор



Альтерация

Запуск воспаления



Гиперемия → Эксудация → Отек → Ацидоз

Гипоксия



Типы ответной реакции СОПР:

1. Нормальная реактивность организма



Развитие защитных реакций

Повышение ороговение

эпителия
(саногенез)



Переход саногенеза в патогенез —

Гиперкератоз → Лейкоплакия → Малигнизация

2. Снижение реактивности организма (заболевания ЖКТ, ССС и пр.)



Низкий уровень защитных реакций



Десквамация эпителия



Эрозия



Язва → Малигнизация

↑
Присоединение вторичной инфекции,
пиококки, кандидоз

Слизистая оболочка рта

Порядок обследования		Выявленные диагностические симптомы	Патогенетическое обоснование
1	2	3	
Острый механическая травма характеризуется внезапностью повреждения и однократностью действия			
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ			
A. ОПРОС			
1. Жалобы больного	<p>Незначительная болезненность, жжение, садение в области трещины</p> <p>Болезненный, измененный в цвете участок слизистой оболочки рта в месте травмы</p>	<p>Повреждение эпителия, сопровождающееся ограниченным воспалением с инфильтрацией собственно слизистой оболочки</p> <p>Наблюдаются мелкие и крупные кровоизлияния в слизистой оболочке рта. Кровь инфильтрирует межтканевые пространства соединительной ткани, образуется инфильтрация, припухлость. Сдавливание первых окончаний приводит к боли</p>	<p>Ограничено скопление крови в ткани без нарушения целостности эпителия (гематома)</p>
	<p>Слегка болезненное, синюшное образование, возникшее после внезапной травмы</p> <p>Острая боль, кровотечение из поврежденного участка</p>	<p>Повреждение всей толщи слизистой оболочки, нарушение целостности сосудистой стенки</p>	<p>Хроническая механическая травма возникает вследствие многократного</p>

1	2	3
Неприятные ощущения, жжение, сдавливание определенного участка СОПР	Постоянно действующая травма вызывает катаральное воспаление слизистой оболочки, сопровождающееся отеком, гиперемией.	Постоянное эрозирование слизистой оболочки приводит к хроническому воспалению
Болезненность при приеме пищи, разговоре в области травмированного участка.	Резко болезненная язва в месте постоянного действия травмы	развивается хроническое очагово-гнойное воспаление слизистой оболочки. Боль является результатом механического и химического действия продуктов воспаления на рецепторы и первые волокна окружающих тканей
Разрастания на твердом небе, десне, языке, под протезом	Разрастания на твердом небе, десне, языке, под протезом	Длительное действие механического агента приводит к пролиферативному воспалению, превалируют процессы размножения и трансформации клеток. В процессе клеточной, в основном фибробластической пролиферации, происходит новообразование соединительной ткани
Жалобы могут отсутствовать (при осмотре стоматолог видит белесоватый участок СОПР в месте постоянно действующего травматического фактора)	Жалобы могут отсутствовать (при осмотре стоматолог видит белесоватый участок СОПР в месте постоянно действующего травматического фактора)	В отдельных случаях длительное раздражение слизистой оболочки может привести к гиперкератинизации эпителия, даже в тех местах, где в норме слизистая не ороговевает
2. Анамнеса жизни а) Перенесенные и сопутствующие заболевания	Хронические заболевания снижают реактивность организма, что приводит к ухудшению заживления травматических поражений СОПР	Воспаление является местным проявлением реакции организма. Компоненты воспалительного процесса в значительной степени определяются состоянием организма

Виды и механизмы травм		Симптомы	Лечение
1. Острые	а) Травмы при падении	При падении часто возникает острая травма слизистой оболочки рта от прикусывания зубами	Многократное воздействие на один и тот же участок СОПР может привести к хронически механической травме
б) Вредные привычки	Привычное кусание СОПР.	Складина может возникнуть в любом участке СОПР при незначительной силе повреждающего агента	Происходит нарушение целостности поверхности слоя эпителия.
3. Аномалии заболевания	Острые механические травмы	Гемоторакти — кровоизлияния бывают различной распространенности в зависимости от силы травмирующего фактора и состояния сосудистой системы. Окраска пораженного участка со временем меняется	Наблюдается скопление излившейся крови в ткани. В результате распада гемоглобина образуются кровяные пигменты (гемосидерин, гематоидин), в силу чего участок повреждения остается пигментированым более или менее длительное время
	Сепарационный	Гематома возникает непосредственно после травмы. Размер ее зависит от величины поврежденного сосуда, давления крови, степени эластичности ткани. Со временем цвет гематомы изменяется	При кровоизлиянии кровь пропитывает ткани нервно-мышечного, раздвигая их, образует искусственно ограниченную полость, наполненную кровью. В результате пигменты изменяют окраску слизистой оболочки
	Эпилепсии во время припадка	Рана, сопровождающаяся кровотечением (кратковременным или длительным) в зависимости от глубины поражения)	Наблюдается нарушение целостности слизистой оболочки, повреждение кровеносных сосудов в результате острого воздействия механического агента на ткань, которые до момента повреждения были здоровыми

1	2	3
Анамнез заболевания	<p>Характер ранения зависит от силы, с которой наименее повреждение, от плотности ткани. Отмечают размер, форму, глубину, локализацию и степень инфицирования раны</p> <p>При осмотре изменений слизистой не наблюдается, хотя большой предъявляет жалобы</p> <p>Воспалительное пятно или разлитое покраснение СОПР возникает в месте травмы и прилегающей области</p> <p>Эрозия, быстро заживающая после устранения травмы</p>	<p>Хроническая механическая травма возникает от постепенного раздражения слизистой оболочки рта острыми предметами, проводами, зубными спиральными, неизвестными протезами, зубами, расположеными вне дуги</p> <p>Язва всегда располагается в месте хронической травмы, может существовать длительное время</p> <p>Нарушение целостности эпителия травматического происхождения, сопровождается инфицированием и развитием воспалительной реакции</p> <p>Ограниченнное катаральное воспаление</p> <p>В месте травмы начальные нарушения в тканях могут происходить на молекулярном уровне</p>

1	2	3
Б. ОСМОТР		
1. Внешний осмотр	Лимфатические узлы не увеличены при острой механической травме	Нет длительного инфицирования организма
а) Пальпация региональных лимфатических узлов	Лимфатические узлы увеличены, болезненны при хронической механической травме. Степень изменений зависит от тяжести заболевания.	Увеличение региональных лимфатических узлов является проявлением барьера организма на хроническое воспаление.
2. Осмотр полости рта	При острой механической травме	
а) Осмотр слизистой оболочки полости рта		
Ссадина	Поверхностный дефект СОПР отличается от соседней испорченной ткани более яркой красноватой окраиной	Нарушение целостности поверхности слоя эпителия сопровождается воспалением
Рана	Механическое повреждение тканей, сопровождающееся нарушением их целостности; характеризуется тремя основными симптомами: болюсом, кровотечением, синяком.	Повреждение различной глубины слизовых тканей, нарушение целостности сосудов. В ране имеются благоприятные условия для регенерации
Птерехии	Мельчайшие кровоизлияния скруглой формы. Экхимозы, небольшие кровоизлияния расплывчатой формы	Повреждения сосудов приводят к внутритканевым кровоизлияниям
Гематома	Слегка болезненное синюшное образование, возникшее после травмы	Скопление крови в виде полости без нарушения целостности эпителия

В. ОСМОТР	
Воспалительное пятно или эритема	На месте травмы изменение цвета СОИР различных размеров
Эрозия	Соответствует травматическому агенту, болезненная, отличается от испорченной ткани более яркой красноватой окраской
Язва	Локализуется в местах травм, болезненная при разговоре, приеме пищи. Клинические проявления различны в зависимости от силы раздражителя, конкретных местных условий присаждивания вторичных инфекций, общего состояния организма. Края и основания язв не сколько уплотнены за счет хронического воспалительного процесса, окружающие ткани отечны, гиперемированы, дно язвы ровное или чаше бугристое, покрыто налетом
Разрастания	Разрастание лесен в области искусственных коронок, края которых глубоко погружены в десневой карман
СОИР	При хронической травме возникает катаральное воспаление: гиперемия, отечность в связи с повышенной сосудисто-тканевой проницаемостью, а иногда и инфильтрации ткань. Интенсивность этих изменений зависит от силы и продолжительности действия раздражителя

1	2	3
Слизистая оболочка десневого края приобретает вид гиперемированного плотного валика, легко кровоточит при дотрагивания. Иногда гипергрофированные сосочки становятся плотными	Папилломатозная гиперплазия: мягкая, зернистая, ярко-красная поверхность СОПР под протезом, чаще в области твердого неба	Хроническое пролиферативное воспаление. Сосочкивой слой собственно слизистой оболочки, разрастаясь, выступает над уровнем слизистой, нарушая её конформацию
Дольчатая фиброма возникает в месте длительного раздражения СОПР краем протеза. При осмотре это плотное, мало-болезненное образование, которое внедряется край протеза. В месте прилегания края протеза образуется складка с поверхностью линейной язвой или эрозией	Единичное округлое разрастание на щеке, губе, языке, безболезненное, всегда соответствует хронической травме	В месте длительного воздействия края протеза наблюдается хроническое альтеративное и экссудативное воспаление, а окружающих тканях — хроническое пролиферативное воспаление
Папиллома		Хроническое пролиферативное воспаление, наблюдается разрастание слизистого слоя собственно слизистой оболочки. Относится к доброкачественным опухолям
Гиперкератоз	Белесоватый участок СОПР соответствует травматическому агенту, безболезненный, не снимается при поскабливании	Хроническое раздражение в отдельных случаях приводит к гиперкератинизации слизистой оболочки, даже в тех местах, где в норме слизистая не ороговевает
б) Осмотр зубных рядов	Острые края зубов. Зубные отложения. Аномалия прикуса. Некачественные протезы	Травмирующий фактор повреждает слизистую оболочку, вызывая воспаление

3

2

1

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1	2	3	
1. Цитологическое исследование соскобов со слизистой оболочки в месте поражения	При длительно существующих травматических язвах в мазках элементы воспаления резко преобладают над клетками плоского эпителия. При склонности эрозий и язв к заживлению цитологическая картина меняется	Обнаруживается много нейтрофилов, часть которых находится в стадии фагоцитоза, некоторые разрушены; наблюдаются единичные лимфоциты, полиморфные макрофаги. Увеличивается число нейтрофилов, преимущественно в стадии фагоцитоза, преобладают полиморфные макрофаги, появляются плазматические клетки	Обнаруживается много нейтрофилов, часть которых находится в стадии фагоцитоза, некоторые разрушены; наблюдаются единичные лимфоциты, полиморфные макрофаги. Увеличивается число нейтрофилов, преимущественно в стадии фагоцитоза, преобладают полиморфные макрофаги, появляются плазматические клетки
2. Бактериоскопическое исследование мазка с поврежденного участка (проводится при эрозии и язве)	Обычная для полости рта микрофлора, характерная для картины неспецифического воспаления	Кокки, палочки, лептотрихи, иногда единичные фузобактерии	

**Схема ориентировочной основы действия
при дифференциальной диагностике механической
травмы со сходными заболеваниями**

Нозологическая форма заболевания	Клинические симптомы, характерные для данного заболевания и нехарактерные для травматического повреждения слизистой оболочки рта
1	2
Аллергический стоматит, вызванный применением лекарственных препаратов (катаральное поражение)	Разлитая или ограниченная гиперемия и отек слизистой оболочки языка, щек, неба, десен
Аллергические изменения СОПР при контакте с некоторыми веществами — контактный аллергический стоматит	Гиперемия, иногда отек слизистой оболочки, могут наблюдаться точечные кровоизлияния, редко образуются пузыри, эррозии и язвы
Физическая травма, влектротрансмиссия (электрический ток)	Гиперемия, повреждение эпителиального слоя. При более длительном воздействии — обширный и глубокий некроз тканей
Термическая травма (воз- действие высоких темпе- ратур, горячая вода, пар)	Гиперемия, образование пузырей, отслойка эпителия
Лучевая травма (дистанционная рентгенот- и гаммтерапия)	Отек и гиперемия, ороговение, десквама- ция эпителия, очаговый пленчатый, а затем сливной радиомукозит. У больного развивается гипосаливация, ксеростомия
Гальванизм, возникает в полости рта между разнородными металлами	Гиперемия, отек, иногда эрозии и язвы. У больных появляется жжение в полости рта, металлический привкус и другой дискомфорт
Заболевания крови (лейкоз, болезнь Верльгофа, анемия Аддисона-Бирмера)	Геморрагии, язвенно-некротические поражения, изменение цвета слизистой оболочки. При лейкозах опухолеподобное разрастание десен. Общий анализ крови соответствует картине заболевания
Красный плоский лишай: а) типичная форма;	На слизистой щек, губ, языка, десен папулы серовато-белого цвета, сливаясь между собой, образуют сетку линий, дуг
б) гиперкератотическая форма;	На фоне папул сплошные очаги ороговения с резкими границами.

1	2
1) экссудативно-гиперемическая форма;	Папулы располагаются на гиперемированной и отечной слизистой оболочке полости рта
2) аэрозивно-язвенная форма;	На фоне папул — эрозии, которые держатся длительное время
3) капиллярная гемангиома	Красные или темные пятна, которые при надавливании теряют свою окраску
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)	Афта, окруженная гиперемированным ободком, болезненная
Нузырчатка	На невоспаленной слизистой оболочке рта появляются пузыри (в результате акантолиза), эрозии, без склонности к заживлению. Симптом Никольского положительный, в мазке-отпечатке акантолитические клетки
Вирусные заболевания	На фоне гиперемии появляются мелкие пузырьки. На их месте образуются эрозии с неправильными фестончатыми очертаниями
Нузырно-сосудистый синдром	Пузыри с геморрагическим содержанием, эрозии. Наблюдаются у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями
Раковая язва	Язва с плотными краями и дном. Края язвы могут ороговевать. Язва безболезненная или слабо болезненная. Устранение раздражителя (если он имеется) не приводит к ее заживлению. Регионарные лимфоузлы увеличены. При цитологическом исследовании в соскобе с поверхности язвы обнаруживаются атипичные клетки эпителия
Туберкулезная язва	Язва резко болезненная с мягкими изъеденными краями, дно язвы зернистое, нередко на нем и вокруг язвы имеются желтые точки — зерна Трели. После устрания имеющегося раздражителя язва не эпителизируется. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезнены. При цитологическом исследовании со дна язвы обнаруживаются эпителиоидные клетки и гигантские клетки Пирогова-Лангханса

1	2
Твердый шанкр (язвенная форма)	Язва с ровными плотными краями; дно гладкое, безболезненное, мясо-красного цвета. Слизистая оболочка вокруг шанкера не изменена. Лимфатические узлы увеличены, безболезнены, подвижны, имеют плотную эластическую консистенцию
Твердый шанкр (язвенная форма)	Устранение травматического фактора не влияет на течение твердого шанкера. В соскобе с язвы обнаруживается бледная трепонема. Реакция Вассермана положительная через 3 недели после образования шанкера
Трофическая язва	Язва слабо болезненная, покрыта фибринозным налетом, характеризуется длительным, вялым течением. Воспалительная реакция вокруг язвы незначительная. Регионарные узлы не увеличены. После устранения травматического фактора не склонна к заживлению

При осмотре на щеке в проекции разрушенного зуба 16 обнаружена язва размерами $0,8 \times 1$ см. Края и основание язвы несколько уплотнены, окружающие ткани отечны, гиперемированы, дно ровное, покрыто налетом, пальпация язвы болезненная. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

2. Больная 63 лет обратилась с жалобами на боль и жжение в области твердого неба. В течение 15 лет носит съемный пластиночный протез на верхней челюсти. При осмотре слизистая оболочка на твердом небе под протезом ярко-красная, мягкая и зернистая. Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

3. При профилактическом осмотре у пациента, 51 год, в ретромолярной области участок гиперкератоза размерами $0,5 \times 0,5$ мм, соответствующий острому краю зуба 18. Жалоб больной не предъявлял. Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

4. Больная 60-ти лет носит съемный протез на нижней челюсти в течение 5 лет. Протез не совсем удобен, не-

сколько раз проводилась коррекция. Обратилась к стоматологу с жалобами на болезненное разрастание под протезом. При осмотре: плотное малоболезненное образование, в которое внедряется край протеза в области отсутствующих зубов 34, 35. В месте прилегания края протеза образуется складка с поверхностной линейной эрозией. Поставьте диагноз.

5. Больной А., 29 лет, обратился с жалобами на разрастание десен в области зубов 12, 11, 21, 22, которое появилось после протезирования пластмассовыми коронками. Поставьте диагноз.

Контрольные тесты

1. Укажите проявления острой травмы СОПР:

- 1) эрозия
- 2) язва
- 3) рана

2. При лабораторном цитологическом исследовании налета при хронической травматической язве СОПР определяются:

- 1) лимфоциты, гистиоциты
- 2) атипичные эпителиальные клетки
- 3) эпителиоидные клетки и клетки Лангханса

3. Укажите частый патологический элемент на СОПР при хронической механической травме:

- 1) язва
- 2) гематома
- 3) ссадина

4. Назовите средние сроки эпителиализации травматической язвы при правильном лечении:

- 1) 1-2 дня
- 2) 7-10 дней
- 3) 1 месяц

5. Причина декубитальной язвы на СОПР:

- 1) случайное прикусывание слизистой оболочки
- 2) длительное давление на один и тот же участок слизистой оболочки инородным предметом

Схема ориентировочной основы действия по лечению механической травмы СОЛР

Этапы лечения	Средства	Цель использования	Механизм действия
1	2	3	4
1. Обучение рациональной гигиене полости рта.	Зубная щетка, зубная паста, зубные нити	Устранить инфицированный зубной налет	Очищение поверхности зубов и языка от налета
2. Устранить местный травмирующий фактор			
а) при острой травме	тампонирование, ушивание раны	прекратить кровотечение	механическое сдавливание сосудов
б) при хронической травме			
- сошлифовать острые края зубов и протезов	карборундовые камни, полировочные резинки	устранить травмирующий фактор	Восстановление и сохранение целостности СОЛР
- удалить зубные отложения	пародонтологический набор		
- удалить разрушенные зубы	хирургическое лечение		
- коррекция протеза	ортопедическое лечение		
- санация полости рта	терапевтическое лечение		
- устранить вредные привычки (скусывание сплющстой)	беседа		
3. Обезболивание (при острой и хронической травме, сопровождающейся болью)			
- анестезия,	0,5–1%-ный р-р новокaina,	Обезболивание	Блокируются чувствительные
- шиппачки,	1%-ный р-р дикайна, 5%-ная		окончания нервных волокон
- корроланс	пиромекаиновая мазь, 2–		слизистой оболочки полости рта
- обездоливание.	10%-ный р-р лидокайна, септанест, скандонест, ультракайн		
- анестезия			

1	2	3	4
4. Физиотерапевтические методы лечения механической травмы СОПР			
Лазертерапия.	Аппарат «Ягода» (внутриротовое воздействие, суммарное время воздействия до 10 мин., количество процедур № 3	Нормализация микродикуляции	Противовоспалительный и аналгетический эффекты, стимуляция факторов местной иммунной защиты, ускорение эпителизации
Дарсонвализация	Искра-1, Искра-2 Время воздействия 5-10 мин. Количество процедур № 10	Аналгетический, трофический и противовоспалительный эффект	Стимуляция процессов регенерации, ранозаживления.
Гидрогерапия	AH-3, 7; специальный макрончик Настойки трав (эвкалипт, календула, ротокан). Температура раствора — 35-37С. Время воздействия 10 мин. Количество процедур № 6	Улучшение микроциркуляции крови. Противовоспалительное действие	

3) ранение слизистой оболочки сепарационным диском

6. При наличии каких металлов образуются микротоки наибольшей величины:

- 1) золото-амальгама
- 2) сталь-припой
- 3) пластмасса-амальгама

7. Специальное лечение при привычном кусании слизистой оболочки:

- 1) требуется
- 2) не требуется

8. Как скоро после прекращения облучения слизистая оболочка возвращается к относительной норме:

- 1) через неделю
- 2) через 2-3 недели
- 3) через месяц

9. Первичный элемент поражения при лейкоплакии:

- 1) пятно
- 2) язва
- 3) трещина

10. Лейкоплакию дифференцируют с такими заболеваниями, как:

- 1) красный плоский лишай
- 2) красная волчанка
- 3) пузырчатка

ТЕМА 4. Химическая травма слизистой оболочки рта

Цель занятия

1. Научиться диагностировать химическую травму с локализацией на СОПР.
2. Научиться дифференцировать химическую травму.
3. Освоить методы лечения химической травмы слизистой оболочки рта.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

1. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта.
2. Патоморфологические элементы поражения и патологические процессы, лежащие в основе их возникновения.
3. Патофизиология воспаления.
4. Лекарственные препараты, используемые в стоматологии, способные вызвать химическую травму слизистой оболочки рта.
5. Принципы нейтрализации кислот и щелочей, их взаимодействие между собой.
6. Общие принципы противовоспалительного лечения при химическом повреждении тканей.
7. Средства, способствующие эпителизации эрозий, язв.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. В чем состоит отличие строения СОПР в различных участках полости рта?
2. Дайте определение пятна (назовите его виды), эрозии, язвы, налета (назовите его разновидности). Чем может быть обусловлено появление указанных элементов поражения на слизистой оболочке полости рта?
3. Какие препараты, используемые в стоматологии, по механизму воздействия на ткани можно отнести к кислотам, щелочам?
4. В чем заключается принцип обезвреживания кислоты, щелочи?
5. Перечислите препараты, используемые в медицине для лечения химического повреждения тканей.

Схема ориентировочной основы действия при диагностике химической травмы

Слизистой оболочки рта			
Этапы обследования	Выявленные диагностические симптомы	Патогенетическое обоснование выявленных симптомов	
1	2	3	4
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ			
A. ОПРОС			
Жалобы больного	<p>Жжение, покалывание, боль различной интенсивности до нестерпимой с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва</p> <p>Изменение внешнего вида слизистой оболочки полости рта</p>	<p>Раздражение первых окончаний, поражающих химическим агентом, воздействием медиаторов воспаления</p> <p>Вспенивание катарального, катартического воспаления в результате воздействия химического агента</p>	
2. Развитие настоящего заболевания			
a) Попадание на слизистую полости рта кислоты или же прести, сходных по механизму воздействий (в быту уксусной или других кислот; самолечение, например, прикладывание тампона, смоченного спиртом, одеколоном, эфиром и т. п.)	<p>1. Легкое течение. Гиперемированное пятно, реже пятна, неопределенной величины и формы, за отечном основаниян, болезненное при пальпации</p>	<p>Взаимодействие химического вещества с белками клеток, изменение их структуры. Функция, обмен веществ, выход биологически активных веществ, нарушение микроциркуляции, увеличение проницаемости капилляров, развитие остного неспецифического воспаления слизистой оболочки рта</p>	
	<p>2. Средне-тяжелое течение. Гиперемия, отек, некроз тканей, формирование плотной некротической пленки, эрозии, язв в пределах слоев слизистой оболочки</p>	<p>Химическое вещество взаимодействует с белками клеток, вызывает денатурацию и коагуляцию белков, образование трудно растворимых белковых соединений, гибели клеток</p>	

1	2	3
При возникновении каких-либо патологических изменений: на приеме у врача-стоматолога попадание на слизистую фенола, мышьяковистой пасты, спирта, формалина, резорцина, жидкости для проправления эмали «Эвикрол», «Консайза», мономера акриловых пластмасс, жидкости силицина, силиконта и т.д.	б) Воздействие щелочи или веществ, сходных по механизму возникновения (бытовая масса, глубокая известь, захвачены вспомогательные слои слизистой оболочки, а иногда распространяющаяся на глубже расположенные ткани)	Гиперемия, отек, некроз тканей, формирование рыхлых некротических масс, глубокая известь, захвачены вспомогательные слои слизистой оболочки, а иногда распространяющаяся на глубже расположенные ткани
в) Перенесенные и сопутствующие заболевания	Здоров	Снижение реактивности СОПР в результате нарушения микроциркуляции, обмена веществ, нервной трофики, фагоцитарной активности клеточных элементов соединительной ткани, более тяжелое проявление патологических процессов

1	2	3
Б. ОСМОТР ВОЛЬНОГО		
1. Внепланий осмотр	Без видимых изменений	
а) Пальпация лимфатических узлов	<p>Регионарные лимфатические узлы пальпируются, болезненные, нестяянные с окружающими тканями</p> <p>Гиперемированное пятно (реже пятна) неопределенной формы и размеров на отечном основании, болезненное при пальпации</p>	<p>Реакция на воспаление слизистой оболочки полости рта при присоединении ятиричной инфекции</p> <p>Кратковременное воздействие кислоты низкой концентрации или веществ, сходных по механизму воздействия</p>
б) Осмотр полости рта	<p>Эрозия неопределенной формы и размеров на гиперемированном основании, болезненная при пальпации, покрыта плотной, спаянной с окружающими тканями, частично снимающейся некротической пленкой чаше бело-серого цвета (бурого цвета при воздействии серной кислоты, желтого — при воздействии азотной кислоты)</p>	<p>Кратковременное воздействие кислоты высокой концентрации, длительное воздействие кислоты низкой концентрации или веществ, сходных по механизму воздействия</p>
		<p>Длительное воздействие кислоты или сходных по механизму воздействия веществ, кратковременное воздействие кислоты высокой концентрации</p>

	1	2	3
	Язва, покрытая толстым слоем рыхлых некротических масс серого цвета (в результате коагуляционного некроза), округлой или овальной формы, с гипер-мисей и отеком по периферии, мягкая, резко болезненная при пальпации, выхватывающая все слои слизистой оболочки (иногда в глубокую лежащие ткани).	Воздействие щелочи или веществ, похожих на щелочь по механизму воздействия	
	<p>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ</p> <p>1. Цитологическое исследование, картина неспецифического воспаления (в сомнительных случаях, например, при подозрении на рак)</p> <p>2. Бактериоскопическое исследование соскоба с поверхности поврежденного участка (в сомнительных случаях при проведении дифференциальной диагностики)</p>	<p>Картина неспецифического воспаления</p> <p>Обычная микрофлора полости рта. Микрофлора, характерная для язвенно-некротического стоматита Венсана</p>	<p>Воспалительная реакция слизистой оболочки при воздействии повреждающего агента (кислоты, щелочи и др.)</p> <p>Соотношение микроорганизмов на поверхности участка повреждения не нарушено. Осложнение течение основного заболевания, присоединение вторичной инфекции</p>

Схема ОД дифференциальной диагностики химической травмы СОПР

Признаки, характерные для данного заболевания и нехарактерные для химической травмы
Воспалительное явление (эрите́ма)
<i>а) Механическая травма.</i> Расположение воспалительной эритемы соответствует локализации травмирующего фактора (острые края зубов, некачественные ортопедические, ортодонтические конструкции, нависающие края пломб и т.д.); устранение травмирующего фактора приводит к исчезновению изменений на слизистой оболочке
<i>б) Физическая травма</i>
1) В анамнезе воздействие на СОПР горячей воды, пара, огня, электрического тока. Наряду с катаральными проявлениями возможно наличие пузырей и эрозий
2) Наличие в полости рта разных металлов (протезов, пломб) — гальванизм; появление изменений на СОПР совпадает по времени с постановкой протезов или металлических пломб, гальванические токи в полости рта более 10 мА. Замена амальгамовых пломб, удаление металлических протезов способствует излечению
<i>в) Аллергический медикаментозный стоматит.</i> Возникновению изменений предшествует прием лекарственных препаратов внутрь или местное их применение в полости рта; их отмена и применение десенсибилизирующих препаратов приводят к излечению
<i>г) Эндогенная вытакин R₁₂-дефицитная анемия (пернициозная анемия Аддисона-Вирмера).</i> Парестезия, жжение языка, атрофия грибовидных и нитевидных сосочков, бледность слизистой оболочки полости рта, гиперемированные пятна, чаще множественные, отмечается общее недомогание; в крови уменьшение количества эритроцитов (до 1000000 в 1 мм ³ и ниже), гемоглобина (до 30–40% и ниже), цветной показатель более 1, болеют чаще женщины
<i>д) Красный плоский лишай, экссудативно-гиперемическая форма.</i> По периферии гиперемированного пятна или пятен имеются белесоватые папулы, слившиеся в нежный сетчатый рисунок, изменения на СОПР, как правило, симметричные, преимущественно в задних отделах, на языке; часто отмечается изменение неврологического статуса больного
Эрозия
<i>а) Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.</i> Заболевание инфекционно-аллергической природы, элемент поражения — афта, образуется на участках СОПР, которые в норме не ороговевают, способствуют появлению новых афт макро- и микротравмы
<i>б) Механическая травма.</i> Расположение эрозии (иногда эрозий) соответствует локализации травмирующего фактора (см. выше), заживает при его устраниении

Признаки, характерные для данного заболевания и нехарактерные для химической травмы

а) **Красный плоский лишай**, эрозивно-язвенная форма. Эрозии расположены на гиперемированном основании, по периферии видны папулы, слипшиеся в рисунок; поражение, как правило, симметрично; возникновению эрозий способствуют местные травмирующие факторы, заболевания ЖКТ, гипертоническая болезнь, заболевания периферийной системы и др.

Язва

Язвенно-некротический стоматит Венсала. Заболевание возникает самостоятельно или осложняет течение язвы другой этиологии (например, травматической, раковой и др.) на фоне изменений общего состояния организма, повышения температуры. Язва покрыта частично снимающимися налетом серо-бурового цвета; при бактериоскопическом исследовании соскоба с поверхности язвы преобладает фузасцирикетс.

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. При случайном осмотре полости рта пациент обнаружил на слизистой щек справа и слева белые точечные высыпания, слившиеся в рисунок в виде листьев папоротника. Для лечения начал самостоятельно прикладывать спирт на очаги поражения. Через три дня состояние ухудшилось, присоединилась боль в полости рта. Больной обратился к врачу, который обнаружил на слизистой щек справа и слева участки гиперемии, эрозии, окруженные папулами, слившимися в рисунок. Из анамнеза врач выяснил, что у пациента ранее появилась эрозия на слизистой оболочке щек после стрессовых ситуаций. Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

2. Больной М., 40 лет, обратился с жалобами на периодическое появление болезненных язвочек в полости рта. Страдает гастритом, колитом. При осмотре полости рта стоматологом обнаружена афта на слизистой оболочке нижней губы. Врач проводил антисептическую обработку полости рта с последующим наложением аппликаций масляного раствора витамина «А». Больной был назначен для дальнейшего лечения, но на прием явиться не смог и самостоятельно в домашних условиях прикладывал к афте

Схема ориентировочной основы действия лечения химической травмы СОПР

Этапы лечения и способы использования средства	Используемые средства	Цель использования	Механизм действия
1	2	3	
1. Местная обработка. Удаление и нейтрализация химического агента (разу при попадании химического вещества на СОПР)			
a) Орошение, полоскание	Вода	Профилактика возникновения / снижение тяжести клинических проявлений химической травмы	Удаление повреждающего вещества, снижение его концентрации
b) Орошение, полоскание, ротовые ванночки	Слабые растворы кислот: 0,5%-ный р-р лимонной, уксусной кислот (1/4 ч. л. кислоты на 1 стакан воды), 0,1%-ный р-р хлористоводородной кислоты (10 капель на ст. воды)		Нейтрализация щелочи
	Слабые р-ры щелочей: 1% мыльной воды, р-р соды (1 ч. ложка на стакан воды), 0,1% р-р нашатырного спирта (15 капель на стакан воды)	"из-за"	Нейтрализация щелочи
2. Местное лечение (воздействие на очаг поражения в стадии развития изменений)			
1) Гиперемированное пятно. Обезболивание (аппликации) в клинике или домашних условиях	2%-ные р-ры лидокаина, тримекаина, пиромекаин с гексаметиленогетрамином, 1%-ный р-р дикамина, 5%-ная пиромеканиновая мазь, анестезин в глицерине	Устранение болевых ощущений при разговоре; приеме пищи	Снижение чувствительности первых окончаний

1	2	3
2) Эрозия, язва а) Обезболивание (аппликация)	Препарата те же. Препарата на жировой основе перед медикаментозной обработкой не используется, т.к. образующаяся жировая пленка препятствует лечебному воздействию на ООПР применяемых в последующем средств	Устранение болевых ощущений при медикаментозной обработке, приеме пищи, разговоре
б) Воздействие на некротические массы (аппликация 15–20 мин)	Протеолитические ферменты трипсин, хемопсин, хемотрипсин (1 фил. препарата развести в 10 мл физиологического раствора)	Лизис некротических масс, более легкое их удаление с целью ускорения эпителизации
в) Антисептическая обработка (орошение, ротовые ванночки)	Слабые теплые растворы антисептиков: 1%-ный р-р перекиси водорода, 0,5%-ный р-р перманганата калия, 1:1000 р-р фурадцилина, 0,5%-ный р-р хлорамина, лизоцим (выпить развести в 1/2 стакана воды). Настойки, отвары трав зверобоя, календулы и др.	Профиляктика присоединения вторичной инфекции
г) Стимуляция	Масляные растворы витамина А, Е, вит. масло шиповника, облепихи, каротолин, солкосерил (желе, мазь)	Стимуляция образования эпителия, ускорение эпителизации эрозии, язвы

1	2	3	
д) Воздействие на фурубактерии и спирохеты (при вторичной инфекции)	Средства, используемые для лечения язвенно-некротического гингивита, стоматита Вансана	Ликвидация осложнения -присоединения вторичной инфекции	Си. лечебные язвенно-некротического гингивита, стоматита Вансана
е) Рекомендации на дом	Гигиена полости рта. Использование препарата в указанной выше последовательности при общирных поражениях и в труднодоступных участках СОПР для медикаментозной обработки используются ротовые щипочки и аэророли		
ж) Иссечение рубцов	Хирургическое лечение	Нормализация архитектоники полости рта	Заживление раны первичным натяжением после иссечения рубцов
з) Физиотерапия	УФО, ГИЛ	Нормализация микродиракуляции, снятие воспаления	Противовоспалительные, аналгетические эффекты, стимуляция факторов местной защиты
ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ			
1) Витаминотерапия (при общирных поражениях)	Поливитамины: комплекс, олиговит и др.	Повышение реактивности организма	Активация обменных процессов
2) Диета	Калорийная, нераздраждающая диета (исключить горячее, остре, пряности)	Устранение раздражающих факторов	

жидкость, рекомендованную знакомым. Состояние ухудшилось. При повторном осмотре стоматолог обнаружил на слизистой нижней губы язву, покрытую трудно снимающейся белой пленкой на отечном гиперемированном основании. Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

3. Больной 56 лет страдает гиперестезией на фоне патологической стираемости твердых тканей. При обработке врачом участков стираемости зубов 30% раствором нитрата серебра препарат попал на десну и язык. Больного беспокоят жжение, стянутость слизистой. Укажите возможную клиническую картину в полости рта, окажите первую помощь и определите дальнейшую тактику врача.

4. В связи с острой болью в зубе 16 больной самостоятельно наложил на десну таблетку аспирина и держал ее около часа. К боли в зубе присоединилась боль в десне. При обращении к врачу определяется эрозия на гиперемированном фоне с обрывками белой некротической пленки. Окажите первую помощь, наметьте план дальнейшего лечения больного.

5. При лечении пульпита в зубе 25 (кариозная полость 2 класса) через два часа после наложения мышьяковистой пасты и повязки из масляного дентина больной почувствовал жжение и боль в десне между зубами 25 и 26. Сразу же вернулся к врачу. Опишите возможные изменения. Окажите первую помощь и наметьте план дальнейшего ведения больного. Какова ошибка врача?

Контрольные тесты

1. При кислотном ожоге слизистую оболочку полости рта обрабатывают:

- 1) 2%-ным р-ром бикарбоната натрия
- 2) 1%-ным р-ром соляной кислоты
- 3) 1%-ным р-ром борной кислоты

2. Какое вещество может вызвать колliquационный некроз слизистой оболочки, при котором не образуется плотной пленки:

- 1) кислота

2)-щелочь

3. При ожоге кислотами для их нейтрализации используют:

- 1) мыльную воду
- 2) 1%-ную известковую воду
- 3) 0,5%-ный р-р лимонной кислоты

4. При ожоге щелочами для их нейтрализации используют:

- 1) мыльную воду
- 2) 1%-ную известковую воду
- 3) 0,5%-ный р-р лимонной кислоты

5. Какое вещество может вызвать коагуляционный некроз слизистой оболочки, при котором образуется плотная пленка:

- 1) кислота
- 2) щелочь

6. Какое вещество вызывает более глубокое поражение слизистой оболочки и мягких тканей:

- 1) кислота
- 2) щелочь

7. Для уменьшения всасывания концентрированных растворов нитрата серебра применяют:

- 1) 2-3%-ный р-р поваренной соли
- 2) р-р Люголя
- 3) 50%-ный этиловый спирт

8. Укажите первое проявление острой химической травмы слизистой оболочки полости рта:

- 1) язва
- 2) некроз
- 3) эрозия

9. При ожоге фенолом оболочку полости рта обрабатывают:

- 1) 50%-ным этиловым спиртом
- 2) 2-3%-ным р-ром поваренной соли

10. При лечении больных с химическими ожогами обезболивающие средства:

- 1) применяют
- 2) не применяют

ТЕМА 4. Вирусные заболевания слизистой оболочки рта

Цель занятия: Научиться диагностировать, проводить дифференциальную диагностику, лечение больных вирусными заболеваниями с проявлениями на слизистой оболочке рта.

Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы

1. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта.
2. Анатомо-физиологические данные о слизистой оболочке рта.
3. Первичные и вторичные морфологические элементы поражения слизистой оболочки рта, патологические процессы, происходящие в СОПР.
4. Дополнительные методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Принципы построения классификации вирусных заболеваний СОПР.
2. Характеристика элементов поражения слизистой рта при вирусных заболеваниях; патологический процесс, лежащий в основе их возникновения.
3. Дополнительные методы обследования больного с вирусными заболеваниями слизистой оболочки рта.
4. С какими вирусными заболеваниями СОПР необходимо дифференцировать ОГС.
5. Обоснуйте использование лекарственных противовирусных препаратов и физических методов лечения в зависимости от давности клинических проявлений, в период ремиссии.

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. Больная А., обратилась в клинику терапевтической стоматологии в первый день заболевания. Накануне по-

Схема ориентировочной основы действия при диагностике острого герпетического стоматита (простого герпеса)

Порядок обследования больного	Выявленные симптомы заболевания	Патологическое обоснование симптомов
1	2	3
А. ОПРОС БОЛЬНОГО		
1. Жалобы а) Продромальный период	Чувство жжения, зуда на месте будущих высыпаний, «разбитости», боль в подчелюстной области	Внедрение вируса простого герпеса в клетку, его размножение. Интоксикация организма продуктами распада клетки. Защитная реакция лимфатических узлов
б) Легкая форма	Жжение СОПР, боль при приеме пищи, единичные высыпания в виде пузырьков на отдельных участках слизистой оболочки рта, красной каймы губ, боль в подчелюстной области, недомогание, повышение температуры тела до 37–38°C	Невыраженная воспалительная реакция слизистой, появление акантолиза в эпителии, защитная реакция лимфатических узлов, интоксикация организма продуктами распада клеток
в) Среднетяжелая форма	Боль в полости рта при приеме пищи, разговоре, повышенная слюнотдела, множественные высыпания на всей слизистой оболочке рта, губ, иногда на красной кайме губ, крыльях носа. Боль в подчелюстной области. Повышение температуры тела до 38–38,5°C, галловая боль.	Выраженная воспалительная реакция слизистой, выход биологически активных веществ, приводящих к раздражению нервных окончаний, сдавлению их экссудатом. Рефлекторное нарушение слюноотделения, защитная реакция лимфатических узлов; интоксикация организма продуктами распада клеток, вирусом
г) Тяжелая форма	Резкая боль при разговоре, приеме пищи, множественные высыпания на слизистой оболочке рта и появление новых, сухосте в полости рта, боль в подчелюстной области и выше. Повышенные температуры тела до 39–40°C, резкая слабость, одноб, головная боль, диспептические явления.	Резко выраженная воспалительная реакция СОПР, сдавливание экссудатом эпителия, явление акантолиза в эпителии, истощение функции слюнных желез, выраженная реакция лимфатических узлов на «токсины» вируса, интоксикация организма, энцефалитропные проявления вируса, может поражаться слизистая желудочно-кишечного тракта

1	2	3
2. Аномаэс жизни а) Пол, возраст	<p>Болеют лица обоего пола</p> <p>В патогенезе острого герпетического стоматита играют роль клеточные и гуморальные факторы местного иммунитета слизистой оболочки рта. При первичной герпетической инфекции в сыворотке крови больных появляются специфические антитела, которые сохраняются всю жизнь</p> <p>Угнетают иммунитет и создают благоприятные условия для развития заболевания</p>	
б) Перенесенные и ОРВИ, стрессовые ситуации, пневмония, заболевания, требующие применения иммунодепрессантов		
в) Профессиональные вредности	<p>Работа в неблагоприятных метеорологических условиях (исолация, переохлаждение).</p> <p>Переутомление</p>	<p>Нарушается биологическое равновесие, устанавливающееся между вирусом и макроорганизмом.</p> <p>Острый герпетический стоматит среди неиммунных лиц (не стерильный, не стойкий) иммунитет имеет высокую контагиозность, наступает реактивации латентного вируса простого герпеса</p>
3. Развитие частого заболевания:	<p>Контакт с лицами, болеющими простудными заболеваниями. После перенесенных общих заболеваний, оперативных вмешательств и т.д.</p> <p>т.д.</p>	<p>Латентная герпетическая инфекция может быть активирована секрецией адреналина, выделяющегося при стрессовых состояниях, аллергии, лихорадках</p>
б) частота рецидивов	<p>1 раз в году у 30% переболевших, 2 раза у 25% переболевших. 1 раз в 2-3 года у остальных переболевших</p>	

Б. ОСМОТР БОЛЬНОГО

1. Внешний осмотр

На отечном и гиперемированном основании красной каймы губ единичные или расположенные группами пузырьки (густулы), корки смести. Выход за пределы сочленов форменных элементов крови, слоницоз, акантолиз.

1	2	3
Возможно поражение кожи лица, слизистых оболочек глаз и носа, увеличенные, болезненные подчелюстные лимфоузлы	Помутнение содержимого пузырька за счет гноеродной инфекции, подсыхание экссудата, запиртная реакция лимфатических узлов, блокада ими инфекции	Выпотевание экссудата из глубоких слоев слизистой, явление акантолиза, образование внутриепителиальных полостей. Пузырек расположлся внутриепительально, быстро располагается и не фиксируется врачом. Эрозии, расположены в поверхностных слоях эпителия. Выпотевание фибрина в очаге воспаления
2. Осмотр полости рта, характеристика элементов поражения	Слизистая оболочка рта гиперемирована, отечна. На этом фоне в области щек, твердого, мягкого неба, переходных складок языка — мелкие, точечные единочные или слипающиеся эрозии с неровными фестончатыми краями. Эрозии покрыты серым налетом, симптом Никольского отрицательный. Язык обложен. Возможен катаральный гангивит, обострение хронического пародонтита	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
1. Общий анализ крови	Лейкопения, увеличение количества палочко-ядерных нейтрофилов, повышенная СОЭ	Учетение лейкопозза токсинами вируса, острое воспаление и интоксикация организма
2. Цитологическое исследование (в первые 2–3 дня)	Наличие гигантских многоядерных клеток, баллонирующая и лентикулярная дегенерация. Плоские эпителиальные клетки в виде синцитиев	Акантолиз эпителиальных клеток, слияние их и округление (клетки-баллоны)
3. Флюоресцентное исследование	Нефрамой метод флюоресценции	Специфическое свечение ядер или всей клетки при обработке антигепатической сывороткой препарата
4. Иммунологический метод	Низкий уровень собственных иммуноглобулинов в слюне, появление в слюне тканевого Ig	Понижение резистентности слизистой оболочки рта, повышенная проницаемость ее капилляров и выход иммуноглобулинов через кровь в слюну
5. Вирусологический метод исследования	Исследование содержимого пузырька тканевых культур	Выявление природы вируса

**Схема ориентировочной основы действия
при дифференциальной диагностике острого
герпетического стоматита.**

Заболевания	Признаки, характерные для данного заболевания и не характерные для острого герпетического стоматита
ХРГ (хронический рецидивирующий герпес)	Общее состояние не нарушено. Жалобы на наличие скученных пузырьков с мутным содержимым и корок на красной кайме губ на границе с кожей, на крыльях носа. Локализованные, единичные эрозивные высыпания на твердом небе, деснах (иногда высыпания только на пограничных участках кожи и слизистой), частые рецидивы. Приводящими факторами могут быть переохлаждение, стрессовая ситуация, инсоляция и т.д. Снижение титра комплемента в сыворотке крови, невыраженный, нестойкий иммунитет
Опоясывающий лишай	Резкая невралгическая боль, предшествующая высыпаниям. Высыпания пузырьков на коже лица и слизистой оболочке рта по ходу ветвей тройничного нерва (односторонние высыпания). Вирус нейротропен, склонен к вирусом ветряной оспы. Течение длительное, могут быть осложнения в виде парестезии, потери вкуса. Болеют преимущественно взрослые. Возможна заражение от детей, больных ветряной оспой
Яшур	Обильная пароксизмальная саливация. Высыпания пузырьков на коже вокруг рта, в межпальцевых складках, подошвах ног. Пузырьки расположены субэпителиально, они долго сохраняются на слизистой оболочке рта. После их вскрытия — неглубокие изъязвления. Заражение людей от крупного рогатого скота и через продукты питания (от больных животных). Для окончательной диагностики имеет значение серологическое лабораторное исследование. Лечение только в условиях стационара инфекционных больниц
Грипп	Поражается преимущественно слизистая зева и мягкого неба. Сухость слизистой оболочки рта, мелко-зернистая лимфоидная сыпь на фоне гиперемии и отека преимущественно на мягким небе. Вызывается различными штаммами вируса гриппа. Клинические проявления на слизистой могут быть после перенесенной гриппозной инфекции, что приводит к обострению катарального гингивита. Иногда могут возникать невралгические боли, которые ошибочно принимают за зубную (пульпит, дентальная плексалгия)

Заболевания	Признаки, характерные для данного заболевания и не характерные для острого герпетического стоматита
Пузырчатка (акантомитическая)	Тяжелое заболевание, развивающееся исподволь. Поражается слизистая оболочка рта и кожи. Элементом поражения является пузырь, расположенный интразиптически. Высыпания локализуются чаще всего в участках слизистой оболочки рта, где имеется подслизистый слой. Высыпания сопровождаются резкой болезненностью, носят перманентный характер. В начале заболевания пузыри расположены на невоспаленной слизистой оболочке рта и образующаяся эрозии не покрыты налетом («голые»). Симптом Никольского положительный. В разгар клинических проявлений резко страдает общее состояние организма. В мазках-отпечатках клетки Тцанка
ХРАС	Общее состояние не нарушено. Не бывает высыпаний на коже. Нет лимфаденита. В полости рта на невоспаленной слизистой единичные округлые афты, окруженные гиперемированным венчиком, покрытые сероватым налетом. В зависимости от формы заболевания возможно наличие язв и рубцов (рубцующаяся форика). Заболевание не контагиозно. При дополнительном исследовании (внутрикожные пробы) положительная реакция на один из бактериальных аллергенов. Одна из возможных причин заболевания — бактериальная аллергия
МЭЭ	Поражается кожа кистей рук, предплечья и голени. Полиморфизм элементов поражения: кокардообразные папулы, на губах обильные кровяные корки. Резко выраженная эритема. Пузыри расположены субэпителиально. Эрозии обширные, покрыты фиброзным налетом и остатками покрышки пузыря. Налет трудно снимается. Положительная проба с бактериальными аллергенами. В соскобах с эрозий при цитологическом исследовании клетки неспецифического воспаления
Аллергический (медикаментозный) стоматит	Высыпания на коже типа крапивницы, отсутствие на коже и слизистой оболочке пузырьковых высыпаний. Сухость слизистой оболочки рта, резкий ее отек. В диагностике помогает анамнез (возникновение заболевания после приема лекарственных препаратов). В мазках-отпечатках отсутствие гигантских многондерниных клеток. Постановка диагноза помогают специальные аллергологические исследования, гистологические. В очаге отмечаются лимфоциты; нейтрофилы, тучные клетки

Заболевания	Признаки, характерные для данного заболевания и не характерные для острого герпетического стоматита
ВИЧ-инфекция	<p>В стадии первичных проявлений (ПА) больные могут жаловаться на повышение температуры тела (37,5–38,0°C) в течение 2–3 недель, боль в горле, мышцах, суставах, головную боль, слабость, увеличение лимфатических узлов. Заболевание может начаться с жалоб, свидетельствующих о гриппоидном, гастроэнтерологическом синдромах, с признаками развития серозного менингита или анцефалита. Возможно появление пятнисто-папулезной сыпи, герпетических высыпаний. Следует выявить признаки острой инфекции, увеличение лимфатических узлов, эпизоды немотилированной лихорадки, кашля, диареи, поражения кожи и слизистых оболочек, уменьшение массы тела. Гемограмма: лейкоцитоз, лимфо- и моноцитоз. При бактериальных осложнениях лейкоцитоз и увеличение СОФ. При оценке лабораторных методов, подтверждающих ВИЧ-инфекцию: наличие суммарных антител, определяемых методом ИФА с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммуноглобулинов. В иммунограмме определяется снижение количества CD4 и Т-лимфоцитов меньше $0,5 \times 10^9$; увеличение процентного содержания Cd8 Т-лимфоцитов, увеличение содержания иммуноглобулинов всех классов и количество циркулирующих иммунных комплексов.</p>

чувствовала недомогание, появилась головная боль. Приняла 1 таблетку ацетилсалициловой кислоты. Утром появилась боль в полости рта при приеме пищи, разговоре и высыпания на слизистой оболочке рта в области щек, языка. При осмотре: состояние средней тяжести. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезнены при пальпации. На воспаленной слизистой оболочке языка, щек, твердом небе эрозии с фестончатыми краями, покрыты серым налетом. Врачом был поставлен диагноз: аллергический медикаментозный стоматит. Ваша тактика? Что необходимо для уточнения окончательного диагноза? Поставьте окончательный диагноз.

Схема ориентировочной основы действия по лечению вирусных заболеваний

Группы препаратов	Форма применения	Цель использования препарата	Механизм действия препарата
1	2	3	4
Противовирусные препараты	Ремантадин табл. по 0,05 г 1-й день; по 100 мг 3 р. в сут. 2, 3 день по 100 мг 2 р. в сут. 4, 5 день по 100 мг 1 р. в сут.	Профилактика клинических проявлений гриппа	Препятствует проникновению вируса гриппа в клетку
	Виразол табл. 0,2 г 3-4 р. в день в течение 3-5 дней	Профилактика и лечение герпетической инфекции	Ингибитирует синтез вирусных РНК и ДНК
	Интерферон (человеческий). Содержимое флякона разводят в дистиллированной воде.	Для профилактики вирусных заболеваний и для лечения их в первые 2-8 днях клинических проявлений	Эндогенный фактор защиты организма от первичной вирусной инфекции
	Бонафтон табл. по 0,1 г 3 р. в день в течение 3-10 дней. Ацикловир табл. 0,2 г 5 раз в день в течение 5 дней	Эффективен при лечении опоясывающего лишая. Профилактика и лечение герпетических инфекций.	Блокирует вирус в нервных периферических окончаниях. Подавляет репликацию вируса простого и опоясывающего герпеса, оказывает иммуномодулирующее действие
Противовирусные мази	Теброфеновая мазь 1%-ная	Для лечения клинических проявлений вирусной инфекции в полости рта и на коже (в первые 2-3 дня)	Оказывает нейтрализующее действие на вирус
	Ацикловир мазь (Зовиракс) 5%-ная	Особенно эффективен в отношении простого герпеса и опоясывающего лишая	Прерывает размножение вируса, ингибирует синтез вирусной РНК и ДНК, оказывает иммуностимулирующее действие

1	2	3	4
Риодоксололовая мазь 0,25-0,51%-ная	Особенно эффективен в отношении простого герпеса и опоясывающего лишая	При непосредственном контакте с вирусом оказывает вируцидное действие	
Бонафтоновая мазь 1%-ная	Противовирусное средство	Блокирует вирус в клетке	
Противовирусные препараты	Госсипол 3%-ный линимент, мегасин 3%-ную мазь. Наносят 3 р. в день в течение 4-6 дней	Противовирусное средство обладает химиотерапевтической активностью в отношении штаммов вируса герпеса	
Витаминотерапия	Витамин В ₁ (тиамин) 2,5-5% 1,0 в/м № 10	Снятие неврологических болей при опоясывающем липце	Обладает ганглиоблокирующими свойствами
	Витамин В ₆ (пиридоксин) 1 и 5% 1,0 в/м №10	Повышение защитных сил организма	Нормализует функцию центральной нервной системы
	Витамин С (аскорбиновая кис- лота) табл. 0,05, 3 р. в день р-р 5% 1,0 10-15 дней	Поднятие защитных сил организма	Нормализует проницаемость капилляров, участвует в регулировании окислительно- восстановительных процессов, участвует в синтезе коллагена
Гипосексабилизии.	Диазолин драже 0,05 г и 0,1 г по 1 табл. 2 р. в день. Тавегил табл. 0,001 х 2 р. в день	Повышение защитных сил организма	Препятствует выработке БАВ
Противоспа- тельный средство	Кислота ацетилсалициловая табл. 0,25 г или 0,5 г по 1 табл. 3 р в день		Для снижения температуры, как противовоспалительное болеутоляющее средство.
	Бутадион табл. 0,1 г (после еды) по 1 табл. 2-3 р в день		Является сильным ингибитором биосинтеза простагландинов.

1	2	3	4
Ферменты	Рибонуклеаза в первые дни клинических проявлений	Для купирования вирусной инфекции, противовоспалительное средство	Задерживает развитие вируса в клетке (разрушает нуклеиновые кислоты), растворяет участки некротизированного эпителия
	Трипсин для аппликаций на участок поражения	Отщипывание эрозивной поверхности	При местном применении расходует некротизированные ткани, фибринозные образования, вязкие сокреты
	Лизоцим для аппликаций (0,05-0,25%)	Муколитическое антибактериальное средство	Снимает воспаление, стимулирует неспецифическую реактивность организма, стимулирует фагоцитоз
	Обезболивающие средства в виде ротовых ванночек, аппликаций	Обезболивающий гель для губ и слизистой оболочки полости рта 2%-ный р-р лидокаина 5%-ная извесь анестезина в масле (персиковом, оливковом) 5%-ная пиромеканиновая мазь мундигал-гель	Оказывает местноанестезирующее противомикробное и вяжущее действие. Улучшает процесс регенерации. Блокирует периферические первые окончания, тормозит проведение возбуждения по первым окончаниям. Оказывает обезболивающее и антисептическое действие
	Аэрозольно-обезболивающие препараты	Лидокаин 10%, прополоск	Оказывает противовоспалительное и ранозаживляющее действие

1	2	3	4
Антисептические препараты в виде рговых ванно-чек, орошения	0,5%-ный р-р этония этакридин лактат 0,2%-ный р-р 0,02% р-р фурацилина. Хлорофиллин 0,25%-ный водный р-р Сангвиритрин 0,1%-ный водный р-р	Профилактические средства вторичной инфекции	Оказывает бактериостатическое, бактерицидное действие стимулирует заживление ран
Эпигелизирующие средства в виде аппликаций	Виниллин (бальзам Шостаковского) Усннат натрия, 0,5%-ный масляный раствор Масло гипсовника Масляный р-р витамина А (ретинола ацетат 3,44%)	С целью эпителизации эпизивной поверхности	Обладает противомикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, а также грибов Способствует очищению ран, регенерации тканей и эпителизации

1	2	3	4
Эпителизирующ- щие средства в виде аэрозолей	Винизоль Ингалипт Олазоль	С целью эпителизации поверхности	Блокирует первые окончания, способствует очищению и эпи- телизации раневой поверхности
Физиотерапия	ГНЛ в первые дни заболевания, КУФ	Противовоспалительное и анальгетизирующее действие	Стимулирует клеточную проли- ферацию, улучшает кровоток, фотодинамический эффект
Препараты, применяемые в противорецидив- ный период	Тималин в инъекциях Левамизол, табл. по 0,05 г	Для устойчивости организма к инфекции Средство иммунотерапии	Стимулирует иммунологиче- скую реактивность организма Повышает общую сопротивле- мость организма, восстанавлив- ает измененную функцию Т-лимфоцитов
Гистоглобулин для инъекций		Для снижения выработки биологически активных веществ	Повышает способность сыворотки инактивировать свободный гистамин
Препараты, применяемые в противорецидив- ный период	Продигиозан в инъекциях Апикловир, 5%-ная мазь	Стимулирующий фактор специфического и неспецифического иммунитета	Способствует образованию эндогенного интерферона, активизирует Т-систему иммунитета
Глобулин в инъекциях		Избирательно действует на клетки, зараженные вирусом	Увеличивает ремиссию
		Для увеличения ремиссий	Угнетает выход вируса из клетки в окружающую среду, закупирает процесс распространения вируса

1	2	3	4
Препараты, применяемые в противорецидивный период	Дезоксирибонуклеаза, в/м Герпетическая вакцина в виде инъекций. Только в период ремиссий	Для увеличения ремиссии Повышение специфического иммунитета	Активизирует систему иммунитета Повышает противовирусный иммунитет
	Имудон 6–8 таб. в день, курс лечения — 10–20 дней	Для коррекции иммунной системы	Повышает фагоцитарную активность макрофагов, содержание в слюне лизоцима, секрецию го иммуноглобулина А

Схема ориентировочной основы действия по лечению острого герпетического стоматита

Этапы лечения	Лекарственные средства	Форма использования	Цель использования
1	2	3	4
Период предрома	Виразол табл. по 0,2 г Интерферон (человеческий)	По 1 таблетке 3–4 раза в день в течение 3–5 дней Содержимое ампулы развести в 2 мл воды для инъекций, закапывать в каждый носовой ход по 5 капель каждые 4 часа	Профилактика вирусной инфекции, способствует выработке интерферона Профилактика клиники более тяжелых форм заболевания, эндотенный фактор защиты
Лёгкая степень	Бонафтон 1%-ная мазь Витамин С 0,05 г (аскорбиновая кислота) Супрастин 0,025 г	В виде аппликаций на участки жжения кожи и слизистой полости рта По 1 табл. 3–4 раза в день после еды	Противовирусное действие, блокирует вирус в нервных трофических окончаниях Повышение эндитных сил организма, нормализует проникаемость капилляров
	Бонафтон 0,1 г	По 1 таблетке 2 раза в день	Десенсибилизирующее действие, для снижения отечности тканей, противовоспалительное действие
	Тавегил 0,001 г	По 1 таблетке 3 раза в день после еды	Противовирусное средство
			Блокирует Н-рецепторы тканей, чем препятствует взаимодействию гистамина с ними. Выработка антител
			Фурацилин 0,02%-ный р-р

1	2	3	4
Аскорутин 0,1 г	По 1 таблетке 3 раза в день после еды	Для укрепления стенок сосудов и улучшения окислительно-восстановительных процессов в организме	
Лейкинфлерон	По 2,0 мл в/м 1 раз в день через день 7 инъекций в сочетании с полиоксидонием. Сублингвально по 0,12 мг 2 раза в день за 30 мин до еды — 10 дней	Обладает иммунокорригирующим действием, обладает антиоксидантной активностью и усиливает действие противовирусных препаратов	
Динексан А (бензаликония хлорид + лидокаина гидрохлорид)	Небольшое количество препарата наносят, легко втирая, несколько раз в сутки гель	Оказывает местное анестезирующее, противомикробное и противовирусное действие	
Этакридин лактат (риванол) 0,2%-ный р-р	Обрабатывают СОПР рыхлыми ватными тампонами или со спирца под напором орошают полость рта	С целью профилактики вторичной инфекции	
Фурадинин 0,02% р-р	Для смазывания эрозивных поверхностей	В первые два дня заболевания, противовирусная мась.	
Средне-тяжелая форма	Ацикловир (зоривакс) мась 5%-ная Масло шиповника	Во флаконах по 100 г для аппликации на эрозивные поверхности.	Для эпителизации ран.
Витамин А — 3,44%ный масляный раствор	Смоченные в р-ре витамина «А» марлевые салфетки накладываются на участки эрозии	Улучшает обменные процессы в эпителии и тем самым способствует заживлению ран.	
Витамин А — 3,44%ный масляный раствор	Смоченные в р-ре витамина «А» марлевые салфетки накладываются на участки эрозии	Улучшает обменные процессы в эпителии и тем самым способствует заживлению ран	

1	2	3	4
Бугадион 0,1 Лейкинфэрон Полиоксидоний	По 1 таблетке 0,1×3 раза в день после еды. По 2,0 мл в/м 1 раз в день 14 инъекции. По 0,006 мг в/м 5 инъекций (каждый день)	Противовоспалительное, жаропонижа- ющее средство. Обладает иммунокор- регулирующим действием, антиокси- дантной активностью и усиливает действие противовирусных препаратов	Противовирусное средство
Ацикловир 0,2 г	По 1 таблетке 5 раз в день в течение 5 дн.		
Супрастин 0,025 г	По 1 табл. 2 раза в день	Десенсибилизирующее средство	
Витамин В ₆ 1%-ный р-р	Внутримышечно	Для повышения защитных сил, повышения сопротивляемости	
Витамин С 0,05 г	По 1 таблетке 3 раза в день после еды	организма к инфекции	
Лидокаин 2%-ный р-р	Для ротовых ванночек или 10%-ный аэрозоль	Обезболивающее средство	
Трипсин	Содержимое флакона разводят дистиллированной водой и смоченные в растворе салфетки накладывают на участки эрозий	С целью очищения эрозивной поверхности от налета	
Лизоцим 0,05– 0,25%-ный р-р	Для аппликаций	Муколитическое, антибактериальное средство	
Хлорофиллинт 0,25%-ный р-р	Ротовые ванночки или орошение из шприца	С целью профилактики вторичной инфекции	
Сангвиритрин 1%-ный водный р-р	Для орошения полости рта	Противомикробный препарат для профилактики вторичной инфекции (кокковая флора, грибы и т.д.)	
Винизоль, ингализит Солкосерил	В виде аэрозолей распыляется на СОПР	С целью эпителизации	С целью ускорения эпителизации.
	В виде желе и мази. Сначала приме- няют желе, а в последующем мазь		

1	ГНП	2	3	4
		Физиотерапия в первые дни заболевания	Противовоспалительное и анальгезирующее действие	
Тяжелая форма	При значительном нарушении общего состояния больной должен быть госпитализирован в инфекционную больницу			
Противорецидивный период	Герпетическая вакцина Гистаглобулин (гистамин и глобулин человеческий) Полудан Ацикловир 5%-ная мазь Арбидол 0,2 г	В виде инъекций по схеме, только в период ремиссии В виде инъекций, требуется подкожно по 2–3 мл через 3 дня, курс 8–10 инъекций В инъекциях только в условиях стационара! Для смазывания слизистой носа и горла осенне-весенний период По 2 таблетки в день после еды в течение 10–14 дней	Повышает противовирусный иммунитет Оказывает неспецифическое десенсибилизирующее действие Стимулирует выработку эндогенного интерферона, удлиняет ремиссию Для увеличения времени ремиссии	

ПРИМЕЧАНИЕ: Врач может использовать любые имеющиеся препараты указаных групп, длительность применения препарата зависит от клинической картины заболевания.

Ящур: кишечные расстройства, снижение сердечной деятельности, обезвоживание организма.

2. Больной Т., 52 года. Направлен на консультацию из ЦРБ. Работает в совхозе. Жалобы на боли в полости рта при приеме пищи в течение 2-х недель. Прием пищи затруднен. Интенсивность боли в последние дни уменьшилась. Лечился самостоятельно: полоскал полость рта содовым раствором и травами. Обнаружено: температура нормальная. Из рта зловонный запах. На красной кайме губ корки, на коже, окружающей ротовую щель, имеются множественные диссеминированные пузырьки и корочки серого цвета диаметром 2-3 мм. На слизистой губ, щек, языка, дна полости рта множественные поверхностные язвы диаметром до 7 мм, покрытые серо-желтым налетом. Слизистая в участках поражения отечна. Подчелюстные лимфатические узлы уплотнены, болезненные, кожные покровы над ними не изменены. При осмотре кистей рук выявлена мацерация в межпальцевых промежутках (со слов больного, появилась одномоментно с поражением полости рта). Поставьте предварительный диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Какова Ваша дальнейшая тактика?

3. Больной К., 32 года. Обратился с жалобами на болезненное высыпание, расположенное в области переходной складки на уровне зуба 43. Раньше было подобное высыпание в области зуба 34. Врач при осмотре решил, что это свищевой ход. Был трепанирован зуб 34 (интактный). Подобные высыпания стали появляться чаще и в области других участков слизистой. Какое заболевание можно предположить у больного? Дообследуйте больного, поставьте окончательный диагноз.

4. Больная И., 45 лет направлена районным стоматологом на консультацию в стоматологический институт с диагнозом «Язвенно-некротический гингивостоматит». Предварительно больной не были проведены дополнительные методы обследования. Из анамнеза выявлено, что заболевание началось остро, с подъемом температуры до 39°C. При этом появилась резкая головная боль, диспептические явления, общая слабость. При внешнем осмотре

отмечается увеличение подчелюстных лимфатических узлов, болезненных при пальпации. Слизистая оболочка рта, десен гиперемирована, отечна. На десне точечные эрозии, покрытые серым налетом. На слизистой оболочке щеки в ретромолярной области обширная эрозия с фестончатыми краями, покрытая серым налетом. На основании каких данных можно поставить предварительный диагноз? Проведите дообследование больной. Проведите дифференциальную диагностику и наметьте план общего и местного лечения.

5. Больному А., 17 лет, с диагнозом «Острый герпетический стоматит средней степени тяжести», с выраженным клиническими проявлениями, была назначена герпетическая поливакцина с целью специфической терапии. Ранее у больного подобных высыпаний не было. Составьте план лечения больного.

Контрольные тесты

1. Пути передачи герпетической инфекции:

- 1) контактный
- 2) парентеральный
- 3) воздушно-капельный
- 4) алиментарный

2. Первичным элементом поражения при герпесе является:

- 1) папула
- 2) бляшка
- 3) эрозия
- 4) пузырек

3. Образование первичного элемента поражения при герпесе обусловлено:

- 1) гиперкератозом
- 2) паракератозом
- 3) акантолизом
- 4) баллонирующей дегенерацией

4. При герпесе в цитологическом препарате находят клетки:

1) акантолитические

2) атипичные

3) гигантские многоядерные

4) Пирогова-Лангханса

5. При диагностике острого герпеса цитологическое исследование выявит характерные клетки:

1) в первые 2–3 дня

2) в первые 5–7 дней

3) не выявит

6. Острый герпетический стоматит дифференцируют с:

1) невралгией тройничного нерва

2) многоформной экссудативной эритемой

3) хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом

4) аллергическим стоматитом

5) ящуром

6) рожистым воспалением

7. Заболевания, с которыми следует дифференцировать опоясывающий лишай:

1) острый герпетический стоматит

2) пузырчатка

3) хронический рецидивирующий афтозный стоматит

4) пемфигоид

5) аллергический стоматит

6) рожистое воспаление

8. Пути передачи ВИЧ-инфекции:

1) парентеральный

2) перинатальный

3) воздушно-капельный

4) половой

5) алиментарный

9. К ВИЧ ассоциированным заболеваниям СОПР относятся:

1) кандидоз

2) волосистая лейкоплакия

3) язвенно-некротический гингивостоматит

- 4) красный плоский липпай
 - 5) вирусные инфекции
 - 6) саркома Капоши
10. Клетками-мишениями для ВИЧ являются:
- 1) моноциты
 - 2) Т-хелперы
 - 3) клетки эндотелия сосудов
 - 4) макрофаги

ТЕМА 5. Язвенно-некротический гингиво-стоматит Венсана

Цель занятия: Научиться диагностировать, проводить дифференциальную диагностику и лечение больного с язвенно-некротическим гингиво-стоматитом Венсана.

Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы

1. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта.
2. Патоморфологические элементы слизистой оболочки полости рта и патологические процессы слизистой оболочки, лежащие в их основе.
3. Состав микрофлоры полости рта в норме.
4. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта.
5. Классификация гингивита.
6. Правила гигиены полости рта.
7. Методы обследования больных с заболеваниями СОПР.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Назовите патологические процессы, лежащие в основе язвенных поражений слизистой оболочки рта.
2. Какие микроорганизмы составляют постоянную флору полости рта, чем обусловливается это постоянство? Возможны ли его нарушения? Причины?
3. Назовите особенности воспаления с явлениями альтерации.
4. Определите методы обследования, необходимые для диагностики характера язвенных поражений.
5. Клиника язвенно-некротического гингиво-стоматита Венсана.
6. Дифференциальная диагностика язвенно-некротического гингиво-стоматита Венсана.
7. Методы и средства лечения больных с язвенно-некротическим гингиво-стоматитом Венсана.

Схема ориентировочной основы действия при диагностике язвенно-пектотического

гингиво-стоматита Венсана

Порядок обследования больного	Выявленные диагностические симптомы заболевания	Логогенетическое обоснование выявленных симптомов
1	2	3
A. ОПРОС БОЛЬНОГО		
1. Жалобы: а) Острое течение	Боль, жжение слизистой оболочки рта (десен), усиливающиеся при еде, разговоре На наличие язвы (язв) слизистой оболочки рта (десен) с белым налетом Слабость, недомогание, головная боль Повышенная температура тела Гнилостный запах изо рта	Раздражение нервных окончаний поврежденной СОПР вследствие действия на них токсинов, медиаторов воспаления, химических и механических раздражителей Нарушение целостности СОПР, десен вследствие гиперзрнической реакции с выделением биологически активных веществ, приводящих к ограниченному некрозу Общая интоксикация продуктами распада некротизированных участков СОПР и токсинами микробов Освобождение тепла в результате повышения объема веществ
б) Хроническое течение — длительность заболевания 10–14 дней	На наличие язвы (язв) слизистой оболочки рта, десен с плотным белым налетом	Активизация гангребной инфекции К процессу альтерации присоединилось воспаление пролиферативного характера, при котором происходит размножение соединительнотканых клеток преимущественно лимфоцитов, плазматических клеток, фибробластов и других, затем образуется богатая клетками грануляционных ткань

1	2	3
Незначительная болезненность в области низвь, жжение десен	Раздражение нервных окончаний поврежденной СОПР вследствие действия на них токсинов, медиаторов воспаления	Расширение капилляров вследствие воздействия на них продуктов повреждения воспаленной ткани (медиаторов воспаления)
Кровоточивость десен	Снижение резистентности организма и слизистой оболочки рта в результате нарушения микроциркуляции, нервной трофики, фагоцитарной активности	Отсутствие лечебного эффекта обусловлено неправильным выбором патогенетического лечения (не удалены мягкий налет и наддесневой зубной камень, некротические массы); поздним обращением к врачу; неправильным выбором лекарственных средств и т.д.
2. Анализ заболевания а) Начало заболевания	Начало заболевания можно связать с воздействием: а) общих факторов: перенесенной ОРВИ, ангиной, гриппом, вирусными заболеваниями, переохлаждением, неподходящим питанием; б) местных факторов: плохая гигиена рта, множественный карIES, перикоронарит, хроническая механическая травма, воспалительный процесс в пародонте	Возникновению заболевания способствуют неблагоприятные местные факторы. Снижение резистентности организма и СОПР в результате нарушения микроциркуляции, нервной трофики, фагоцитарной активности клеточных элементов
3. Анамнез жизни а) Перенесенные и сопутствующие заболевания	Практически здоров, ОРВИ, грипп, ангина, вирусные заболевания, переохлаждение, гиповитамины, стресс, перикоронарит, хронические воспалительные процессы	

1	2	3
б) Профессиональная вредность отравления солями тяжелых металлов, ртутью, свинцом, ртутью, висмутом)	<p>Отравление ртутью (меркуриализм): металлический вкус во рту и значительное выделение слюны. Слизистая оболочка десны отечна, разрыхленная, кровоточащая, позже развивается язвенно-некротический гингивит</p> <p>По краю десны образуется серо-желтая кайма. Процесс может распространяться на другие участки СОПР, кость. Общие признаки: раздражительность, внимательность, трепор мышц, снижение памяти, работоспособности и т.д.</p>	<p>При отравлении ртутью металлический вкус и обильная саливация — результат непосредственно раздражающего действия ртути на слюнные железы</p> <p>Соли тяжелых металлов взаимодействуют с белками клеточных структур, образуя трудно растворимые соединения (серистые и др.), накапливающиеся в очаге ранее имеющегося воспаления. Бактериостатическое и бактерицидное действие связано с блокадой субфагидрильных групп ферментов микробной клетки и денатурацией белка бактерий</p>
		<p>Отравление свинцом (сатурнизм) и висмутом: на СОПР развиваются катаральные и эрозивно-язвенные процессы (гингивиты, стоматиты). Появляется характерная черно-серая кайма. На коже могут появиться эритематозные или буллевые высыпания. Общие признаки сатурнизма: анемия, периферические неврозы и парезы, синцитовая колика и др.</p> <p>При отравлении висмутом — «нефропатия</p>
		<p>В. ОСМОТР БОЛЬНОГО</p> <p>1. Внешний осмотр</p> <p>Кожные покровы лица бледные. У некоторых больных асимметрия лица за счет отека мягких тканей лица.</p> <p>Результат интоксикации. Увеличение проницаемости кровеносных капилляров под действием биологически активных веществ. Это влияние на проницаемость реализуется при участии макроаргических соединений (АТФ)</p>

3

1	1) Острое течение 2) Хроническое течение	Подчелюстные и подбородочные лимфоузлы увеличены, болезненны Подчелюстные и подбородочные лимфоузлы увеличены (малой и средней величины), мягкие, неспаечные с подлежащими тканями, слабоболезненные при пальпации	В очаге воспаления происходит задержка оттока крови и лейфы, что вызывает выход плазмы крови и лимфы в ткани и развитие отека. Увеличение лимфоузлов — барьерная реакция лимфоидной ткани на поступление инфекции из полости рта
2	2. Гигиеническое состояние	Обильный маткий налет и наддесневой зубной камень ИГ — 4-б баллов	Скопление микрофлоры (кокки, палочки, лепто-трихи) воздействует на слизистую оболочку десны, создавая благоприятные условия для активизации спирохет и фузобактерий
3.	3. Осмотр зубных рядов пародонта	В ряде случаев: глубокое резцовое перекрытие, аномальное расположение зубов (скученность, вин дуги) и т.д. а) Прикус	Способствует ретенции остатков пищи, что приводит к образованию микробного и мягкого налета и наддесневого зубного камня
6)	6) Состояние зубного ряда	Множественный кариес; острые края зубов, пломб	Хроническая травма слизистой рта, десен, а также скопление микрофлоры (кокки, грибы и т.д.) в слизистой оболочке рта, десен, что создает благоприятные условия для активизации спирохет и фузобактерий (дисбактериоз)
	Перикоронит		Способствует скоплению микрофлоры (кокки, палочки, лептотрихи, амебы и т.д.) и активизация спирохет и фузобактерий (дисбактериоз)

1	<p>в) Осмотр слизистой оболочки рта и десен. Острое течение</p> <p>В местах травмы одиночные или множественные язвы на гиперемированном и отечном основании. Края неровные, мягкие. Дно неровное, покрыто желтовато-белым налетом. Размеры различные. Пальпация слабоболезненная. Наиболее часто язвы локализуются в ретромолярном пространстве, на щеках по линии смыкания зубов, на боковых поверхностях языка. Слизистая оболочка десен кровоточит и болезнена при дотрагивании, гиперемирована и отечна. Десневой край и межзубные сосочки с явлением некроза</p>	<p>При серозном и вълнистом воспалении происходит выделение биологически активных веществ, приводящих к ограниченному некрозу слизистой оболочки рта. Воспалительная гиперемия в зоне действия патогенного фактора ограничена очагом поражения.</p>
	<p>Хроническое течение</p>	<p>На СОИР в местах травмы, одиночные или множественные язвы на гиперемированном и уплотненном основании. Края неровные, слегка уплотнены. Дно покрыто желто-белым налетом, который может утолщаться. Пальпация слабоболезненная или безболезненная. Слизистая оболочка десневого края слегка гиперемирована, отечна. Межзубные сосочки изменины по форме: срезанные, округлые и т.д.</p>

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Цитологическое

Картина меспицифического воспаления. Начало заболевания характеризуется резким преобразланиемнейтрофилов в состояниями распада: фагоцитирующиенейтрофилы, лимфоциты и гистиоциты почти отсутствуют. Эритроциты без изменений

1	2	3
	Позже, наряду с распавшимися нейтрофилями появляются и полноценные, фагоцитирующие, много гистиоцитарных элементов. При начавшейся эпителизации — пластины молодых эпителиальных клеток	
2. Бактериоскопическое	Начало заболевания: в поверхностных слоях обилие спирохет и веретенообразных палочек: фузоспирохетов и обилие обычной микрофлоры полости рта. В глубоких слоях почти чистая культура фузоспирохета. В период заживления количества спирохет и фузобактерий падает	Активизация анаэробной инфекции на фоне снижения резистентности организма (дисбактериоз)
3. Общий анализ крови (клинический)	Без изменений. Лейкоцитоз, ускоренная СОЭ (сдвиг влево)	Нет интоксикации. Лейкоцитоз: результат стимуляции лейкоцитоза при инфекционном заболевании. Ускоренная СОЭ: результат сдвигов в белковых фракциях крови в сторону грубодисперсных белков (глобулины, фибриноген)
4. Серологическое исследование крови и др. (подсечение на сифилис)	Результаты отрицательные	Неспецифическое воспаление
5. Консультация других специалистов	По показаниям	Возможна патогенетическая связь СОПР с заболеваниями органов и систем крови, отравление солями тяжелых металлов, гипо- иavitамино-зами, ОРВИ, ангинами и т.д.

Схема ориентировочной основы действия при дифференциальной диагностике явленно-некротического гингиво-стоматита Венсана со сходными заболеваниями слизистой оболочки рта

Название заболевания	Общие признаки	Отличительные признаки
1	2	3
1. Заболевание крови (лейкоз, агранулоцитоз)	Слабость, недомогание, повышенная температура, явленно-некротические процессы СОПР. Молодой возраст больных (для острого лейкоза). Бледность кожных покровов.	<p>Кожные покровы и слизистая оболочка с явлениями геморрагии. Генерализованный лимфаденит. Анализ крови:</p> <ol style="list-style-type: none"> Лейкоз: в лейкограмме преобладание недифференцированных клеток крови; анемия достигает 20–30%, в количестве эритроцитов 1–1,5 мл в 1 мкл; общее количество лейкоцитов при остром лейкозе колеблется в больших пределах — от лейкопенических цифр до 200 000–300 000 и более в 1 мл³ крови. <p>2. Агранулоцитоз:</p> <ol style="list-style-type: none"> лейкозения, нейтропения, выпоть до полного исчезновения гранулоцитов; анемия и тромбоцитопения.
2. Синцитовый, висцеральный, руттный стоматиты	Язвенно-некротические поражения слизистой оболочки полости рта. Бактериоскопически — фузоспирохетоз.	В анамнезе: контакт с солями тяжелых металлов (производственный, в процессе лечения). Черная кайма по десневому краю и в участках эрозий, язв. Общие симптомы отравления солями тяжелых металлов: раздражительность, плохой сон, слюнотечение и т.д.
3. Острый герпетический стоматит (ОГС).	Слабость, недомогание, повышенная температура, боль в деснах, нарушение целостности слизистой оболочки рта, зепах изо рта.	Одиночный или группой тесно расположенных мелких пузырей (диаметр до 0,5 см) с серозным содержимым. После вскрытия пузырька образуется эрозия с фестончатыми краями. Цитологически — клетки герпеса (баллонизированы дегенерация). Бактериоскопически — обычные флора полости рта

1	2	3
4. Медикаментозный стоматит	<p>Боль и нарушение целостности слизистой оболочки рта.</p> <p>Цитологическое исследование — неспецифическое воспаление.</p>	<p>В анамнезе:</p> <p>а) непрерывность к лекарственным препаратам;</p> <p>(б) прием лекарственных препаратов (сульфаниламидного ряда салицилатов и др.). Множественные эрозии без четких контуров расположаются на гиперемированном основании. Эрозии покрыты фибринозным налетом. Отмена препарата ведет к выздоровлению. Бактериоскопически: обычная флора полости рта</p>
5. Многоформная экссудативная эритема	<p>Слабость, недомогание, повышенная температура, нарушение целостности слизистой оболочки рта.</p> <p>Сезонность заболевания.</p> <p>Цитологическое исследование: неспецифическое воспаление.</p>	<p>Проявления заболевания на коже и слизистой оболочке полости рта. Проявляется различными морфологическими элементами: пятнами, папулами, пузырьками и пузырями. Поражаться может изолированно кожи, слизистая оболочка рта, но встречаются и сочетанное их поражение. Заболевание начинается остро, но затем приобретает хроническое рецидивирующее течение. Бактериоскопически — обычная флора полости рта.</p>
6. Вторичный сифилис	<p>Нарушение целостности слизистой оболочки рта.</p> <p>Бактериоскопически — фузоспирохеты.</p>	<p>Папулезный сифилис — самая частая форма проявления вторичного сифилиса, особенно рецидивной стадии. Излюбленной локализацией высыпания являются миндалины, небные дужки, мягкое небо, реже слизистая оболочка щек, губ, языка, десны. Папулы представляются в виде плотных округлых серовато-белых элементов различной величины, безболезненных, отграниченных от нормальной слизистой оболочки.</p> <p>Папула окружена обычно узким гиперемированным, резко очерченным венчиком. Папулы могут слияться, образуя крупные бляшки. В соскобе с элементов поражения обнаруживается бледная трепонема. Серологическое исследование крови: положительная реакция Вассермана</p>

7. Распадающаяся эпокачественная опухоль	<p>Наличие язв на слизистой оболочке рта.</p> <p>Причины:</p> <p>Преимущественно люди пожилого возраста. Регионарный лимфаденит (асимметричный). Пальпация болезненная. Язва одиночная на уплотненном основании. Края неровные, инфильтрированные. Дно неровное, покрытое налетом. Пальпация болезненная. Местное лечение неэффективно. Цитологически: контаминаты эпителиальных клеток с агапией.</p> <p>Бактериоскопически:</p> <p>а) обычная флора полости рта;</p> <p>б) кандидоз</p>
--	---

Схема ориентировочной основы действия при лечении язвенно-лекротического гингиво-стоматита Венсана

Этапы лечения	Средства лечения	Цель	Механизм действия препарата
1	2	3	4
ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ			
1. Высококалорийная жидкая пища; фруктовые соки, обильное питье	Овощные поре, фрукты, соки, яйца, молочные продукты	Уменьшить раздражение СОПР, повысить защитные силы организма.	Грубая пища раздражает язвенные поверхности, вызывает боль. В связи с затрудненным приемом пищи организму испытывает дефицит в жизненно необходимых веществах
2. Антигистаминные препараты	Фенкарол по 1 таб. 2 раза в день; диазолин 0,05 г 2 раза в день после еды; супрастин 0,025 г по 1 таб. 3 раза в день	Для подавления микробной инфильтрации	Блокаторы гистаминовых H1-рецепторов. Оказывают противоаллергическое, противосудативное, а также слабое седативное действие. Обладают периферической антихолинергической активностью, умеренными спазмолитическими свойствами
3. Поливитамины, содержащие вит. С, Р	Аэровит, гексовит, ундевит, комплексит по др. 3 раза в день в течение 1–2 месяцев	Уменьшить воспаление СОПР, укрепить стенки капилляров, уменьшить кровоточивость десен. Повышение реактивности организма	Витамины группы Р обладают способностью (особенно в сочетании с аскорбиновой кислотой) уменьшать проницаемость и ломкость капилляров. Совместно с аскорбиновой кислотой они участвуют в окислительно-восстановительных процессах, тормозят действие гиалуронидазы. Кроме того, обладают антиоксидантными свойствами и, в частности, предохраняют от окисления аскорбиновую кислоту и адреналин

1	2	3	4
4. Антимикробные и протозойные	Метронидазол 0,25—0,5 г по 1 табл. 2 раза в день в течение 5—7 дней Оксациллин 0,25—0,5 г по 2 табл. 4—5 раз в сутки	Для борьбы с паразитарной флорой Подаляет 90% анаэробной инфекции, легко проникает в бактериальную клетку, образует высокотоксичные вещества, разрушающие ДНК. Антибиотик из группы полусинтетических пенициллинов	Подавляет 90% анаэробной инфекции, Устойчив в кислой среде. Активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов
5. Иммунокоррегирующая терапия	Имуладон 6—8 таб. в день. Курс лечения — 7—10 дней		
6. Дезинтоксикационная терапия	Тиосульфат натрия 30%-ный р-р в/в № 10		
МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ			
1. Обезболивание	Сканлонест 3% 1,8 мл; септонаст 1:100000 1,8 мл;	Для безболезненного удаления зубных отложений, некротических масс с поверхности язв и десны	Влокируют чувствительные окончания нервных волокон
a) Инъекционное (при генерализованном процессе)	ультракайн D-S forte 1,8 мл;		
b) Аппликационное	1% -ный р-р лидокаина;		
v) Аэрозоль (этим виды обезболивания применяются при локальных процессах)	10% -ный р-р лидокаина		

1	2	3	4
2. Антисептическая обработка; обильное срощение и полоскание гта антисептиками	Хлоргексидин; нитрофуран 0,06%; перманганат калия (1:5000); 0,5%-ный р-р этония; 1%-ный р-р дисоксидина; 0,25–0,5%-ный р-р хлораммина, цитраля; 1–2%-ный р-р бикарбоната натрия; отвар ромашки, зверобоя, дубовой коры и др.	Устранить или ослабить действие вторичной микрофлоры	1) бактерицидное действие на микрофлору; 2) очищающее дезодорирующее действие; 3) денатурация белка бактериальной клетки
3. Снятие некротических пленок и яичеток:	a) механическим путем при помощи ватных фитильков; б) протеолитические ферменты	Лизис некротических масс и их удаление	Бактерицидное действие на микрофлору; очищающее дезодорирующее действие. Обладают свойствами при местном действии расщеплять некротизированные ткани и фибринозные образования, размаживать язвенные скречты экссудаты.

1	2	3	4
4. Удаление мягкого налета, наддесневого зубного камня, некротических масс	Устранение травмирующих факторов и источников инфекции	Нарушение целостности слизистой оболочки рта приводит к глубокому проникновению фузобактерий и спирохет	
5. Кераполастические средства	Масло шиповника, солкосериол, 10%-ная мегилурациловая мазь, вит. А (3,44%)	Ускорение эпителизации тканей СОПР	Ранозаживляющее, антигипоксическое, мембрanoстабилизирующее, антиопротективное, цитопротективное
6. В период выздоровления а) санация полости рта;	Лечение кариеса и егосложнений, удаление разрушенных зубов. Лечение болезней пародонта	Устранение очагов инфекции. Уменьшить действие провоцирующих факторов	Устранение действия раздражающих факторов и исключение патогенного влияния микрофлоры. Повышение защитных сил организма
б) закалывание организма;	Зарядка, холодный душ т.д.		
в) избегать провоцирующих факторов, вредных привычек (курение, прием алкоголя)			
7. Исход лечения	1. Выздоровление. 2. Переход в хроническое течение, развитие пародонтита. 3. Отсутствие лечебного эффекта	1. При проведении своевременного и правильного лечения. 2. Недостаточное, неправильное или отсутствие лечения. 3. Позднее обращение за помощью. 4. Неправильный выбор лечения. 5. Невозможность полного устранения проф. вредности	

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. Больная, 21 год. Неделю назад перенесла грипп с высокой температурой. Три дня назад вновь появилась температура 37,5°C, появилась боль, жжение десен нижней челюсти, белый налет, запах изо рта. При осмотре: больная вялая, кожные покровы лица бледные. Обильный мягкий налет на всех зубах, скученность зубов нижней челюсти. Десневой край нижней челюсти гиперемирован, межзубные сосочки отечны, по краю некротический налет, снимающийся при поскабливавши, при этом обнажается кровоточащая десна. Выскажите точку зрения на возможные этиологические факторы. Поставьте предварительный диагноз. Какие необходимо провести дополнительные исследования для постановки окончательного диагноза?

2. Большой, 18 лет. Неделю назад перенесла грипп. Три дня назад появилась боль при глотании слева. Температура 37,1°C. При осмотре: кожные покровы лица бледные. В левой подчелюстной области пальпируются 2 лимфоузла средней величины, мягкие, свободные, слабоболезненные. Коронка зуба 28 разрушена, острые края. Слизистая оболочка обычной окраски, нормально увлажнена. На слизистой оболочке мягкого неба слева с переходом на небную дужку язва с неровными краями на гиперемированном и отечном основании. Язва покрыта бело-желтым налетом, снимающимся при поскабливании. Пальпация болезненная. Выскажите предположительные диагнозы. Какие необходимо провести дополнительные исследования для постановки окончательного диагноза?

3. Больному 27 лет. Обратился в поликлинику с жалобами на язву слизистой оболочки щеки по линии смыкания зубов 16, 17, 46, 47. При осмотре кожные покровы лица бледные. Генерализованный лимфаденит. Лимфоузлы плотные, спаянные в конгломераты, безболезненные. При осмотре полости рта: на слизистой оболочке правой щеки по линии смыкания зубов 16, 17, 46, 47 на уплотненном основании язва размером 2×2 см с инфильтриро-

ванными краями, дно ровное с белым налетом, пальпация безболезненная. В поликлинике поставлен диагноз: язвенный стоматит. Ваше мнение по поводу предположительного диагноза.

4. Больной 21 год. Обратилась с жалобами на болезненные «язвочки» слизистой оболочки рта, повышенное слюноотделение. Считает себя больной 3 суток. 10 дней назад болела ОРВИ, по поводу чего назначили сульфодиметоксин, принял 2 таблетки. Температура 37,1°C. Кожные покровы лица бледные. В подчелюстных областях пальпируются мелкие, мягкие, слабоболезненные лимфоузлы. На слизистой оболочке щек, полости рта, на гиперемированном основании множественные разлитые болезненные эрозии. Некоторые эрозии покрыты фибринозным налетом. Общий клинический анализ крови: без особенностей. В соскобе язв: эпителий поверхностных слоев без изменений, элементы крови, микрофлора обычна для полости рта. Был поставлен диагноз: язвенный стоматит Венсана. Согласны ли Вы с данным диагнозом? Каков Ваш диагноз? Укажите, какие мероприятия необходимо провести для постановки окончательного диагноза.

5. Больная 21 года, жалуется на недомогание, повышенную температуру, боль в деснах, затрудненный прием пищи. В анамнезе: заболела 5 дней назад, когда появилась температура 37,5°C, озноб. По этому поводу больная приняла 3 таблетки сульфодиметоксина. Через сутки появилась боль в деснах. При осмотре: кожные покровы бледные. В подчелюстных областях пальпируются лимфоузлы средней величины, мягкие, слабоболезненные. При осмотре полости рта: обилие мягкого налета на всех зубах, наддесневой зубной камень на зубах 31, 32, 33, 41, 42, 43. ИГ=4. Некоторые зубы нижней челюсти вне дуги. Слизистая оболочка рта обычной окраски, нормально увлажнена. Слизистая оболочка десен верхней и нижней челюсти гиперемирована, межзубные сосочки синюшного цвета, отечные. Десневой край в области зубов 33, 32, 31, 41, 42, 43 эрозирован, эрозия распространяется на сли-

зистую оболочку переходной складки. В области зуба 48 десна с явлениями некроза. Поставьте диагноз. Наметьте план лечения. Выпишите рецепты.

Контрольные тесты

1. Факторы, предрасполагающие к развитию язвенно-некротического стоматита:

- 1) травма слизистой оболочки полости рта
- 2) переохлаждение
- 3) вирусные заболевания
- 4) авитамины

2. Элементы поражения при язвенно-некротическом стоматите:

- 1) пятно
- 2) афта
- 3) налет
- 4) язва

3. Дополнительные методы обследования при язвенно-некротическом стоматите Венсана:

- 1) общий клинический анализ крови
- 2) анализ крови на содержание глюкозы
- 3) анализ крови на ВИЧ-инфекцию
- 4) бактериоскопическое исследование

4. В гемограмме при язвенно-некротическом стоматите определяется:

- 1) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенное СОЭ
- 2) эозинофilia, ускорение СОЭ, лейкопения, лимфоцитоз

5. В мазке при бактериоскопическом исследовании в остром периоде язвенно-некротического стоматита Венсана определяются:

- 1) веретенообразные палочки и спирохеты
- 2) большое количество почкающихся клеток, псевдомицелий
- 3) микобактерии

6. Дифференциальную диагностику язвенно-некротического стоматита Венсана проводят с:

1) ВИЧ-инфекцией

2) отравлением солями тяжелых металлов

3) острым герпетическим стоматитом

4) кандидозом

5) заболеваниями крови

6) сифилисом

7. Последовательность проведения манипуляций при местном лечении язвенно-некротического стоматита Венсана:

1) снятие некротических пленок

2) обезболивание

3) антисептическая обработка

4) аппликация протеолитическими ферментами

5) аппликация кератопластическими средствами

8. Для общего лечения язвенно-некротического стоматита Венсана применяют:

1) антимикробные средства

2) антипротозойные средства

3) противогрибковые препараты

4) поливитамины

5) десенсибилизирующие препараты

6) гормональные препараты

9. Средства, применяемые при местном лечении язвенно-некротического стоматита Венсана:

1) трипсин, химопсин

2) индометациновая мазь

3) солкосерил

4) 0,06% -ный р-р хлоргексидина

5) 1% -ный р-р перекиси водорода

10. В период выздоровления при язвенно-некротическом стоматите Венсана показано:

1) применение кератопластиков

2) применение обезболивающих препаратов

3) проведение профессиональной гигиены полости рта

4) удаление зубов

5) исключение вредных привычек

Тема 6. Кандидоз слизистой оболочки полости рта

Цель занятия: Научиться диагностировать, проводить дифференциальную диагностику, выбирать методы лечения кандидоза СОР.

Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы

1. Особенности анатомического строения слизистой оболочки полости рта.
2. Патоморфологические элементы поражения СОР.
3. Классификация заболеваний СОР.
4. Основные и дополнительные методы обследования больного с патологией слизистой оболочки полости рта.
5. Показания к проведению цитологического, бактериоскопического, бактериологического методов исследования.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Классификация грибковых поражений по Н.Д. Щеклакову.
2. Терминология грибковых поражений СОР.
3. Этиология кандидоза: предрасполагающие факторы (экзо-, эндогенные), приводящие к развитию патологии.
4. Роль гигиенического состояния полости рта в развитии кандидоза.
5. Дополнительные методы исследования (общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови на содержание глюкозы, бактериоскопическое исследование).

Логико-дидактическая структура темы

Классификации кандидозов

В нашей стране принята классификация микозов, предложенная Н.Д. Щеклаковым в 1976 году:

- поверхностный кандидоз слизистых оболочек, кожи, ногтей;
- хронический генерализованный (грануллематозный) кандидоз;

- висцеральный (системный или гематогенно-диссеминированный) кандидоз.

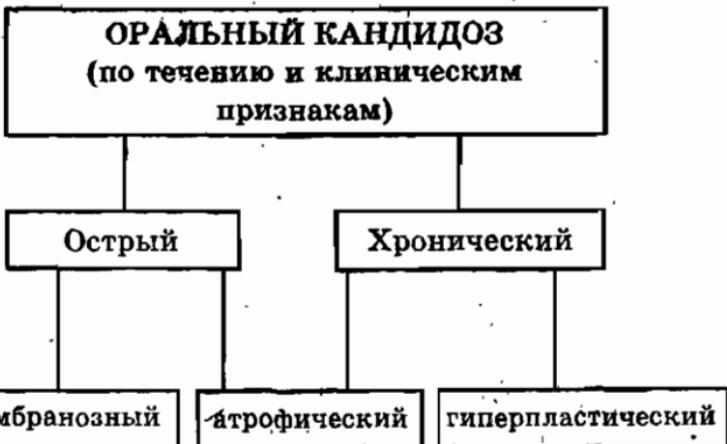
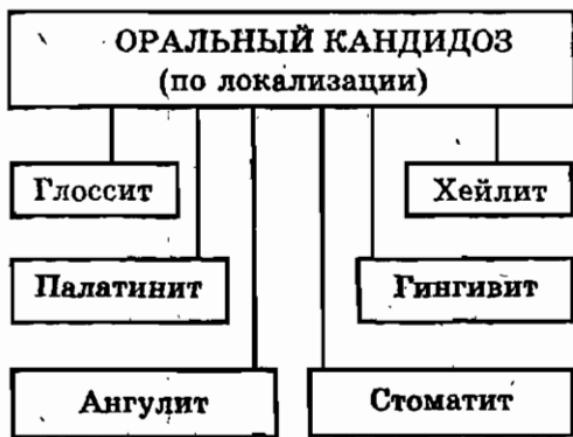


Схема ориентировочной основы действия при диагностике кандидоза слизистой оболочки полости рта

Порядок обследования больного		Выявленные диагностические симптомы			Патогенетическое обоснование		
1	2	3	3	3	3	3	3
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ							
А. ОПРОС							
1. Жалобы	Чувство жжения слизистой оболочки рта (языка, неба, щек)	Результат раздражения чувствительных нервных окончаний биологически активными веществами, высвобождающимися при разрушении клеток ткани, вследствие активации процессов протеолиза, гликоптиза на фоне кандидоза и гипоксии, поддерживаяющихся длительно за счет жизнедеятельности грибов <i>Candida</i>					
	Сухость СОПР	Поражения поверхностного слоя эпителия (мелких слизинных желез)					
		Образуется за счет скопления десквамированных клеток эпителия, фибрин, дрожжевого мицелия микроорганизмов, остатков пищи, лейкоцитов					
2. Анамнез жизни	Наличие белого налета на слизистой оболочке полости рта (язык, щеки, небо)	Заржение новорожденных происходит при прохождении ребенка по родовым путям матери, больной кандидозным вульвовагинитом, или через предметы обихода. Незрелость иммунологической системы новорожденных: транзиторно-селективный иммунитет (IgA, IgH, IgG) особенно часто у детей недоношенных и находящихся на искусственном вскармливании					
а) Пол, возраст	Часто страдают новорожденные, недоношенные дети, грудные, находящиеся на искусственном вскармливании дети						

1	Лица пожилого возраста	3	3
6)	Сахарный диабет	Дефект клеточного иммунитета (Т-суппрессоров), один из прямых эндогенных факторов повреждения в нарушении гемостаза, приводящего к кандидозу	Избыточная продукция и недостаточное использование глюкозы тканями организма, приводящая к гиперлипидемии, а дрожжеподобные грибы Candida обладают выраженной гликофилией
6)	Перенесенные и сопутствующие заболевания	Стероидный диабет (в результате длительного приема кортикостероидных препаратов)	Угнетение или ослабление функций островкового аппарата поджелудочной железы, избыток глюкозы за счет гликогенолиза

Длительный прием антибиотиков

Развитие дисбактериоза в организме, супрессивное действие на иммунную систему хозяина (снижение напряженности иммунитета). Стимулирующее влияние некоторых антибиотиков (пенициллина, тетрациклина, стрептомицина) на рост Candida и их размножение. Candida способны assimилировать азот, входящий в состав этих антибиотиков IgA)

Снижение иммунологической резистентности организма (недостаточность Т-лимфоцитов ведет к недостатку В-лимфоцитов, которые при внедрении Candida трансформируются в плазматические клетки, вырабатывающие специфический IgA)

Гиповитаминоз В, С, РР,

Нарушение метаболизма в тканях организма (изменения в белковом, жировом, углеводном, порfirиновом обмене, нарушения в окислительно-восстановительных процессах (т.к. основную роль в нарушении механизма фагоцитарной активности клеток крови по отношению к грибам Candida играют повреждение или дисфункция миелопероксидазной системы, т.е. невозможность полного переваривания клеток Candida, а также др. микробиоптические системы (лизодим, лизотиферрин)

1	2	3
Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастриты, колиты)	Недостаток пероксидазы ведет к незавершенному фагоцитозу, т.е. фагоциты, поглощая Candida, не способны их убивать, снижается фунгицидная активность макро- и микрофагов	Нарушение микробных ассоциаций в кишечнике уменьшает локальную защиту IgG и приводит к размножению Candida
Общие заболевания (острые и хронические инфекционные и неинфекционные), болезни крови, злокачественные опухоли, пузырчатка и др.	Ослабление защитных сил организма, снижение местного иммунитета в полости рта, проявление вторичной инфекции на этом фоне (развитие суперинфекции)	Микротравмы, нарушение целостности кожных покровов и слизистой оболочки рта, отсутствие санитарно-гигиенических условий работы, постоянный контакт с бактериями создают «входные ворота» для попадания дрожжеподобных грибов Candida извне и при повышенном содержании углеводов позволяют им быстро размножаться
У посудомоеч	У лиц, работающих на разборке гниюющих фруктов, овощей, на кондитерских производствах	Нарушается защитная функция слизистой оболочки рта, сдвигается pH ее поверхности в сторону ацидоза Повышенная концентрация антибиотиков в воздухе рабочих помещений, обработка коллов, в которых производятся антибиотики, без использования защитной спецодежды — факторы, способствующие развитию кандидоза
3. Анамнез заболевания:	а) с длительным присыпом лекарств (цитостатиков, антибиотиков, кортикостероидных препаратов); а) с чем большой связывает начало заболевания;	Развитие дисбактериоса, снижение иммунологической резистентности организма

1	2	3
б) с наполнением стенных пластиночных протезов	Неудовлетворительная гигиена полости рта, стенных протезов, микротравмы слизистой оболочки протезного ложа, создание оптимальных условий для быстрого размножения <i>Candida</i>	
б) частота рецидивов;	Возможны рецидивы заболевания	Результат неполноденного лечения, негигиенического состояния полости рта; снижение резистентности организма вследствие сдвига гомеостаза; перестройка иммунобиологического состояния организма
в) эффективность ранее проводимого лечения	Ранее лечение не проводилось. Лечение проводилось, улучшение кратковременное	Ошибка в диагностике заболевания. Неполноденное лечение
В. ОСМОТР		
1. Внешний осмотр.	Кожа в углах рта гиперемирована в пределах кожной складки, имеются эрозии, покрытые белым налетом. Эрозии сухие, слабомокнутые, с небольшим отделяемым и нежными корочками, окруженные тонкими серыми чешуйками	Ношение стенных пластиночных протезов, снижение высоты нижнего отдела лица в результате вторичной адентии, приводящей к образованию глубоких складок, постоянная макерация слоев эпидермиса и эпителия, снижение тургора кожи в пожилом возрасте
Кандидозный хейлит		Красная кайма губ гиперемирована, отечна, сухая, покрыта серыми чешуйками, местами макерирована, с образованием эрозий

1	2	3
2. Осмотр полости рта	<p>Наличие карисзных полостей, ИГ=3 и более, большое количество зубных отложений, некачественно изготовленных съемных протезов, корни разрушенных зубов, подлежащих удалению</p> <p>Острый псевдомембранный кандидоз (молочница)</p> <p>а) кандидозный стоматит;</p>	<p>Несанированная полость рта — один из косвенных экзогенных факторов повреждения, приводящих к нарушению гомеостаза организма и созданию оптимальных условий для жизнедеятельности и размножения <i>Candida</i></p> <p>Точечный, легко снимающийся налет белого цвета на слизистой оболочке щек, неба, десен, сливающийся часто в более крупные очаги, напоминающие творожные массы или беловато-серые пленки, после удаления которых обнажается гладкая гиперемированная поверхность</p> <p>б) кандидозный гингивит</p>
		<p>Налет состоит из десквамированных клеток эпителия, лейкоцитов, нитей фибрин, дрожжевого мицелия, остатков пищи, микроорганизмов</p> <p>На спинке языка имеется налет, легко снимающийся при поскабливании; при этом обнажается гиперемированная слизистая оболочка спинки языка, сосочки языка сглажены; в случае складчатого языка белый налет находится на дне складок и по краям, остальные участки языка гиперемированы вследствие атрофии сосочеков языка</p>

	1	2	3
Хронический гиперпластический кандидоз	Грубые беловато-серые пленки плотно спаянные с подлежащей слизистой, при снятии которых обнажается яркая эрозированная кровоточащая поверхность. При поскабливании налет снимается частично: очаги поражения: слизистая оболочка щек, ближе к углу рта, корень языка, задняя часть мягкого неба. Эта форма рассматривается как преканцерозное состояние, часто сочетается с поражением кожи и ногтей	Налет со временем пропитывается фибрином, уплотняется за счет прорастания мицелия гриба <i>Candida</i> в подлежащие слои эпителия	Чаще у лиц пожилого возраста как проявление вторичной инфекции на фоне общих заболеваний, ослабляющих защитные силы организма; дефект клеточного иммунитета
Острый и хронический атрофический кандидоз	Слизистая оболочка протезного ложа при поплении пластиничных протезов гиперемирована, сухая; типична сильная болезненность, налет практически отсутствует	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	Обнаружение в препаратах почекующихся форм бластоспор и мицелия: их множественное появление свидетельствует о паразитизме <i>Candida</i> ; обнаружение в препарате единичных клеток <i>Candida</i> не имеет диагностического значения для кандидоза

1	2	3
2. Общий клинический анализ крови	Изменений нет	
3. Анализ крови на сахар	Выявление сахарного диабета	Предрасполагает к более длительному и тяжелому течению заболевания, трудно поддающемуся лечению
4. Консультация других специалистов	Терапевт Эндокринолог Гематолог Ортопед	Обследование желудочно-кишечного тракта, выявление и лечение острых и хронических инфекционных и неинфекционных заболеваний. Лечение сахарного диабета. Лечение заболеваний крови (лейкоз, анемия). Коррекция или замена некачественно изготовленных стоматологических протезов

Схема ориентировочной основы действия дифференциальной диагностики кандидоза с заболеваниями СОПР

Название заболевания	Признаки, характерные для данного заболевания и не характерные для кандидоза
1	<p>I. ОСТРЫЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КАНДИДОЗ (молочница) дифференцируют со следующими:</p> <p style="text-align: center;">2</p>
	<p>1. Лейкоплакия:</p> <p>а) плоская</p> <p>б) verrucosная</p> <p>Элемент поражения: пятно бело-серого цвета, располагается на слизистой оболочке рта (щеки, нижняя губа, небо), с четкими контурами</p> <p>Бляшка, выступающая над уровнем СОПР, с крупными, плотноватыми, бородавчатыми разрастаниями (бородавчатая форма) или неправильной формы с перековатой поверхностью, при пальпации не определяющимися (бледическая форма). Лейкоплакия отличается хроническим течением, чаще страдают курильщики; пятно, бляшка не снимается при поскабливании, т.к. обусловлены гиперкератозом; локализация элементов поражения: чаще передние отделы щек, твердое небо, дно полости рта; кожа не поражается, при бактериоскопическом исследовании в соскобе с очага поражения почкающиеся формы Candida отсутствуют</p> <p>2. Красный плоский лишай (типичная форма)</p> <p>Элемент поражения: папула. Папулы мелкие, полигональной формы вследствие ороговения эпителия слизистой оболочки рта и постоянного смачивания слюной имеют беловато-серый цвет; сливаются между собой, папулы образуют рисунок кружева, кругов, сетки; на языке папулы чаще имеют вид бляшек; при поскабливании лихеноидные высыпания не снимаются, т.к. обусловлены гипер- и паракератозом; локализация папул: чаще слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов, ретромолярная область, языка, губы, реже на деснах, небе, дне полости рта; в мазках-отпечатках с поверхности папулезных элементов, рассматриваемых в лучах Вуда, обнаруживают ороговевшие эпителиальные клетки с цитоплазмой, имеющей оранжевое свечение, и паракератические клетки с небольшим ядром и цитоплазмой, имеющей желто-оранжевое свечение</p>

1	2
3. Вторичный сифилис	<p>Элемент поражения: пятна серовато-белого цвета, имеющие четкис контуры, плотная, безболезненная; характерно длительное бессимптомное течение, полиаденит, поражение кожи и других слизистых оболочек, при поскабливании «палет», покрывающей пятну, удаляется, обнажая эрозию, мясо-красного цвета, в отдаленном которой обнаруживаются бледные трепонемы; положительная серологическая реакция крови (реакция Вассермана), ссадочные реакции (РИФ, РИБГ)</p>
2. Кандидозный глоссит дифференцируют со следующими заболеваниями:	
1. Глоссалгия	<p>Ощущение жжения языка носит непостоянный характер; исчезает во время еды, утром; усиливается при длительном разговоре, вечером, чередом, нервном возбуждении, приемущественно локализация боли и жжения — кончик и боковые поверхности языка, язык без видимых изменений; диагноз уточняется микроскопированием соскоба с поверхности языка</p>
2. Десквамативный глоссит	<p>Участки десквамации эпителия в виде пятен красноватого цвета, окружены зонами дегенерированного эпителия в виде «полос» беловатого цвета; участки поражения постоянно изменяют форму и размеры, перемещаясь по языку, при этом десквамированные зоны вновь покрываются нитевидными сосочками, частая локализация зон десквамации на дорсальных и боковых поверхностях языка; течение хроническое, обострение процесса сопровождается повышением интенсивности десквамации слизистой оболочки языка</p>
3. Кандидоз УГЛОВ РТА (брожевая заеда) дифференцируют со следующими заболеваниями:	
1. Стрептококковая заеда	<p>Очи поражения носят более обширный характер, распространяясь за пределы кожной складки, часто появляются на губах, коже подбородка; характерно более активное течение процесса, обильная экссудация, образование толстых желтого цвета корок и импетигинизации, молодой возраст больных; диагноз уточняется микроскопированием соскоба — отсутствие покрывающихся форм бластопор и мицелия Candida</p>
2. Заеда в результате арифофлавиноза	<p>Течение длительное (месяцами), корка углов рта лихенизирована, с мелкими трещинами, красная кайма губ шелушится, язык пурпурно-красной окраски, атрофия нитевидных сосочков, грибовидные сосочки гипертрофируются</p>

1		2
3. Туберкулезная звезда	Туберкулезное поражение угла рта характеризуется наличием резко болезненной язвы с изъязвленными краями, тяжелым общим состоянием больного, активным процессом в легких и наличием туберкулезных папочек в мокроте у больного	
4. Сифилитическая звезда	Твердый шанкр в углах рта имеет вид треугольника, но при растяжении складки, где определяются его овальные очертания, присутствует уплотнение в основании; длительное существование приводит к разрыванию твердого шанкра, его кровоочищности, появлению болезненности; диагноз подтверждается обнаружением бледной трепонемы в отделяемом с поверхности язвы и положительными серологическими реакциями крови.	
	4. КАНДИДОЗНЫЙ ХЕЙЛИТ дифференцируют со следующими заболеваниями:	
	1. Эксфолиативный хейлит (сухая форма)	Элемент поражения: чешуйка, при удалении которой видна гиперемированная поверхность, отсутствие эрозий на месте ее прикрепления; чешуйки тонкие, плотно прикреплены в центре и отстают по краям, поражение имеет вид ленты, тянущейся от угла до угла рта строго от линии Керна до середины красной каймы губ, комиссуры уха свободны от высыпаний, чаще ложатся чешуйки на нижней губе
	2. Орбитококковое поражение красной каймы губ	Активное течение процесса, выражена экссудация и иммобилизация. При соскобе с участка поражения не находят почекующихся форм Candida
	3. Экзантематозный хейлит (экзема губ)	Гиперемия, отек красной каймы губ, высыпание пузьриков, быстрое их вскрытие, образование эрозированной мокнущей поверхности, покрытой корками (желто-серыми); выпадение везикулезных элементов быстро прекращается, возникает шелушение, процесс длительный, одновременно поражается кожа
	5. ОСТРЫЙ ИХРОНИЧЕСКИЙ АТРОФИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ дифференцируют со следующими заболеваниями:	
	Аллергическая слизистая оболочка рта на пластмассу	Слизистая оболочка рта в области протезного ложа ярко гиперемирована, сухая, воспалительный процесс имеет четкие контуры, повторяющие границы протеза: после отмены носения протеза воспалительные явления стихают; кожно-аллергические пробы на пластмассу положительны; бактериоскопическое исследование не подтверждает наличие Candida

Схема ориентировочной основы действия лечения больного гаидозом слизистой оболочки полости рта

Этапы лечения	Средства лечения	Цель использования препарата	Механизм действия
<i>Санация полости рта</i>			
а) Обучение гигиене полости рта и уходу за протезами	Зубная щетка, фунгицидная зубная паста, шелковая нить, зубочистки, эликсиры	Устранение мягкого зубного налета	Механическое очищение зубов, профилактика развития вторичной инфекции
б) Удаление зубных отложений	Эксаваторы, крючки	Устранение механической травмы слизистой оболочки рта	
в) Лечение каркасных зубов	Пломбировочные материалы	Устранение очагов инфекции	Устранение травмирующих факторов
г) Соплифовывание острых краев зубов	Пласти, полировочные головки, диски	Устранение травмирующих факторов	Травма СОПР способствует развитию каннибализма
д) Удаление корней разрушанных зубов	Анестезии, щипцы	Устранение очагов инфекции	

Схема ориентировочной основы действия при лечении в зависимости от клинических форм кандидоза СОПР

Группа препарата	Способ применения препарата	Цель использования препарата	Механизм действия препарата
1	2	3	4
Острый псевдомembrанозный кандидоз, острый хронический атрофический кандидоз			
ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ			
Противогрибковая терапия	Нистатин — табл. 500000 ЕД 3–4 раза в день, суточная доза не менее 6 млн ЕД, курс 10–15 дней Амфотерицин В — фл. 50000 ЕД в/в, курс 10 дней	Кетогоназол — табл. 0,2 г, 1–2 таб. в день 2 нед., затем по 1 таб. 4–6 нед. Флюконазол (дифлюкан) — калс. 50, 100, 150, 200 мг, 1 раз в день, курс лечения 7 дней.	Обладает химиотерапевтической активностью против патогенных, дрожжевых грибов
		Пербинафин (ламизил) — табл. 0,25 г; 1 раз в день, курс лечения 2–4 нед.	Воздействие на Candida поражениях, длительно текущих; при неэффективности применения нистатина
		Йодистый калий 3% р-р, доза: по 1 ст. л. 3 раза в день (запивать молоком)	Уменьшение сухости, ощечливание слизи в полости рта
			Раздражение паренхимы ткани слизистых желез и усиление слюноотделения; противогрибковое действие

1	2	3	4
МЕСТОНОЕ ЛЕЧЕНИЕ			
Антисептическая обработка	Сантиверитрин (1%-ный линимент, 0,2%-ный спиртовый р-р) в виде аппликаций на область поражения	Воздействие на Candida	Антимикробное и противогрибковое действие
20% р-р буры в глицерине (аппликации на участки поражения)	Воздействие на Candida	Улучшение очищения полости рта, антисептическое действие, ощелачивание среды в полости рта	Профилактика вторичной инфекции, смягчение нежного отдела лица
Обучение начальником ученика за претезами, в случае необходимости замена нововременного протеза, слепных стоматологических протезов на новые	Кандидозный гlosсит, фронтальные засады, кандидозный хейлит	Воздействие на Candida	Противогрибковое действие, антибактериальное действие
Противогрибковая терапия	Мази 3-4%-ная интратиннерев, 5% леворинновая, 0,5%-ная декаминовая, 1%-ная кифефеновая (аппликации на область поражения 5-6 раз в сут)	Воздействие на Candida	См. выше
г) При всех формах кандидоза слизистой оболочки полости рта показан прием:	Пантоксацит, лекамевит, унделевит, квадевит	Улучшение метаболических процессов в организме	

Диета: мясо говядина, кисло-соленая, ограничение приема углеводов. Лечение общих заболеваний, устранение хронических очагов инфекции в организме.

Прогноз заболевания: благоприятный.

В случае незаконченного или неполнценного лечения возможен переход заболевания в хронические формы. Профилактика хандикова слизистой оболочки рта:

1. Выявление и лечение больных.
2. Обоснованное применение антибиотиков.
3. Профилактика микротравм слизистой оболочки рта.
4. Санитарный надзор за пищевыми предприятиями, овоще- и фруктохранилищами.
5. Выявление и лечение больных с сахарным диабетом.
6. Рациональный уход за детскими сосками, игрушками, предметами обихода.
7. Соблюдение правил гигиены полости рта.
8. Самоучка полости рта.

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. У больной Е., 50 лет, во время лечения зуба 21 склерозируют обратили внимание на болезненность языка, большое количество желтоватого-серого налета, при снятии которого обнаружилась гладкая гиперемированная поверхность спинки языка. В анамнезе у больной давнишняя болезнь 12-мертвой юноши в течение 10 лет. При бактериоскопическом исследовании материала, полученного в результате соскоба с языка, были обнаружены единичные элементы *Candida* в премарвате. Поставьте предварительный диагноз, укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику для постановки окончательного диагноза.

2. Больная Л., 65 лет жалуется на болезненность и сухость слизистой оболочки полости рта. При осмотре полости рта: полная вторичная адентия. Гигиена полости рта и съемных пластиночных протезов неудовлетворительная. Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти гиперемирована, сухая. Больная страдает сахарным

диабетом в течение 15 лет. Проведите необходимые методы исследования, поставьте окончательный диагноз.

3. Больной К., 45 лет, длительно принимал антибиотики по поводу тяжелой формы пневмонии. Обратился к стоматологу с жалобами на чувство жжения в языке. При осмотре: язык складчатый, покрыт белым налетом, при снятии которого обнажается гиперемированная гладкая поверхность спинки языка. Нитевидные сосочки боковых поверхностей языка атрофированы. Имеется большое количество зубных отложений, ИГ=4,0. Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями языка, обоснуйте диагноз.

4. Больной А., 60 лет, по поводу хронического атрофического кандидоза слизистой оболочки полости рта (поражение языка, неба) было назначено следующее лечение: содовые полоскания, аппликации на участки поражения слизистой оболочки рта 20%-го раствора буры в глицерине в течение недели. Через 10 дней после окончания лечения заболевание рецидивировало. Дообследуйте больную, внесите корректиды в план лечения.

5. Больной А., 45 лет, жалуется на жжение, ссаднение, неловкость в языке, особенно кончика языка и его боковых поверхностей. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Отмечает непостоянный характер болей, их исчезновение во время еды, усиление к вечеру, во время длительных разговоров. При осмотре полости рта: слизистая оболочка хорошо увлажнена, отмечается отечность языка. На языке имеется желтовато-серый налет, при поскабливании удаляется с трудом. Поставлен диагноз больному: хронический гиперпластический кандидоз. Согласны ли вы с этим диагнозом? Какие методы исследования следует провести больному? Обоснуйте. Поставьте окончательный диагноз, наметьте план лечения.

Контрольные тесты

1. К возникновению кандидоза предрасполагает прием:
 - 1) анальгетиков

- 2) кортикоидов
 - 3) антигистаминных препаратов
2. В развитии кандидоза значительную роль играет:
- 1) дефект клеточного иммунитета
 - 2) снижение в полости рта иммуноглобулина
 - 3) снижение хемотаксиса лейкоцитов
3. Гриб *Candida* хорошо растет:
- 1) на металлических ортопедических конструкциях
 - 2) на съемных протезах из акриловых пластмасс
 - 3) на вкладках из фарфора
4. По течению кандидоз различают:
- 1) острый, хронический
 - 2) хронический, хронический в стадии обострения
 - 3) острый, хронический, хронический в стадии обострения
5. Больные при кандидозе жалуются на:
- 1) боль, жжение в полости рта, затрудненное открывание рта
 - 2) боль, жжение в полости рта, наличие налета
 - 3) жжение в полости рта, наличие налета, щелкание в височно-нижнечелюстном суставе
6. Поражение углов полости рта кандидозом называется:
- 1) кандидозным глосситом
 - 2) кандидозным хейлитом
 - 3) кандидозным ангулитом
7. Наиболее часто при кандидозе поражается:
- 1) язык
 - 2) губы
 - 3) небо
8. Этиотропная терапия кандидозов представлена:
- 1) иммуностимуляторами
 - 2) транквилизаторами
 - 3) противогрибковыми препаратами
9. С целью контроля эффективности лечения необходимо:
- 1) продолжить лечение в течение месяца
 - 2) сделать повторное микроскопическое исследование

3) повторить развернутый анализ крови

10. Кандидоз следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

1) лейкоплакией, красным плоским лишаем

2) лейкоплакией, десубитальной язвой

3) красным плоским лишаем, туберкулезом

Тема 7. Аллергические заболевания
анафилактический шок, отек Квинке, поражения
СОР с аллергическим генезом — многоформная
экссудативная эритема (МЭЭ), синдром Стивенса-
Джонсона, болезнь Лайелла, хронический
рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС).

Цель занятия:

1. Научиться диагностировать аллергические реакции немедленного типа.
2. Научиться диагностировать и дифференцировать МЭЭ ХРАС со сходными заболеваниями.
3. Научиться проводить лечение больного многоформной экссудативной эритемой и ХРАС.

Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы

1. Понятие об аллергической реакции.
2. Анатомо-физиологическое строение слизистой оболочки полости рта.
3. Элементы поражения слизистой оболочки и кожи.
4. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта.
5. Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки рта.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Перечислите и охарактеризуйте аллергические реакции немедленного типа.
2. Чем отличается строение слизистой оболочки рта от строения кожи?
3. Перечислите первичные и вторичные элементы поражения СОР.
4. Перечислите патофизиологические признаки воспаления.
5. Дайте объяснение феномену Артюса.
6. Перечислите дополнительные методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки рта.

Логико-дидактическая структура темы

К аллергическим реакциям немедленного типа в практике врача-стоматолога относят анафилактический шок, отек Квинке, крапивницу. Несомненно, самым серьезным проявлением аллергии, представляющим подчас угрозу жизни, является анафилактический шок. Он развивается в ответ на введение разрешающей дозы аллергена, к которому организм сенсибилизирован. При этом ни доза, ни путь введения антигена не имеют решающего значения. В зависимости от срока между введением вещества и развитием клинической симптоматики различают молниеносную (1–2 мин.), тяжелую (через 5–7 мин.), среднетяжелую (до 30 мин.) и легкую формы шока. Чем короче время от момента введения аллергена до возникновения клиники, тем менее благоприятен исход.

Описаны несколько клинических вариантов течения этой реакции, связанных с преобладанием симптомов поражения той или иной системы органов.

К аллергическим заболеваниям, в основе которых лежат реакции замедленного типа, относятся аллергические (лекарственные) стоматиты. Эти поражения не имеют специфической картины и различаются только по степени тяжести воспалительного процесса:

1) катаральный и катарально-геморрагический стоматит (хейлит, глоссит);

2) эрозивный;

3) эрозивно-некротический (язвенно-некротический).

Несмотря на многообразие клинических проявлений этих заболеваний, объединяющим является характерный анамнез (контакт с веществом-аллергеном) и быстрое купирование после устранения аллергена.

К заболеваниям СОПР, имеющим аллергический генез, относят многоформную экссудативную эритему (МЭЭ) и хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС). МЭЭ бывает истинная (идиопатическая, инфекционно-аллергическая) и симптоматическая (токсико-аллергическая).

Клинические формы анафилактического шока

Формы анафилактического шока	Клинические проявления	Неотложная помощь
Типичная	Проявляется беспокойством больного, головной болью, тошнотой, головокружением. Может возникать чувство жара, онемения губ, языка	Опустить спинку кресла до горизонтального положения, расслабить стесняющий дыхание воротник, срочно ввести адреналин
Ходиномическая (сердечно-сосудистая)	Самая тяжелая форма шока, нередко заканчивающаяся летально. Сопровождается глубоким коллапсом (падение артериального давления, профузный пот, страх смерти), потерей сознания	Препараты первого ряда: адреналин (0,5 мл 0,1%-ного р-ра в место введения аллергена и 0,5 мл в/в) и преднизолон (30–60 мг в/в), струйно, вводимые до нормализации АД
Церебральная	Преобладают симптомы отека мозга: головная боль, рвота, эпилептиформные судороги, гемиплегия, афазия	Нейролептики (дроперидол) 0,5%-ный р-р в/м и противоотечные средства (гипотиазид) только после стабилизации АД
Легочная	Развивается картина, подобная приступу бронхиальной астмы — удушье, глубокий акроцианоз, одышка, терминально — отек легких	Адреналин, затем — бронхолитики (эуфиллин 2,4%-ный р-р 3–5 мл в/в, атропин, димедрол 0,1%-ный р-р 1,0 мл в/м)
Абдоминальная	Картина «острого живота» — рвота, боли в эпигастрии или в области аппендицса, понос	Антигистаминные препараты (только на фоне стабильного АД!)

Схема ориентировочной основы действия по диагностике МЭЭ

Порядок обследования	Выявленные диагностические симптомы	Патогенетическое обоснование выявленных симптомов
1		3
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ		
A. ОПРОС		
1. Жалобы больного	Обильная слабость, высокая температура (до 39°C), головная боль. Боли СОЛР при приеме пищи, разговоре, в покое; наличие болезненных эрозий	Общий интоксикации. Раздражение нервных окончаний СОЛР медиаторами воспаления, токсинами; одышление нервных окончаний экссудатом
2. Анамнез заболевания:	Острое начало, в последующем возможна хронизация процесса (тубер годами, рецидивируя). Характерна сезонность (весна-осень)	Длительное течение обусловлено наличием в организме иммунных комплексов, выработанных, постоянной сенсибилизацией организма
б) частота рецидивов;	Могут провоцироваться перекладением, респираторными заболеваниями, обострением хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, пограничностиами питании, приемом лекарственных средств	Сниженные ресистентности организма. Увеличивается вероятность микробной аллергии. Увеличивается вероятность пищевой аллергии. Увеличивается вероятность лекарственной аллергии
в) эффективность проходимого лечения	Может быть малоэффективным	Низкий лечебный эффект обусловлен отсутствием методов этиотропного лечения, постоянным присутствием провоцирующих рецидивы факторов; неправильным выбором патогенетического лечения
3. Анамнез жизни:	Хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, желудка, кишечника, легких, печени; наличие очагов хронической одонтогенной инфекции; аллергические заболевания;	Хроническая инфекция способствует: повышенную сенсибилизации организма к микробным и пищевым аллергенам, снижению резистентности организма

		Способствует снижению реактивности организма
б) ингеридиентно-бытовые условия: перегрузки, переохлаждение		
в) профессиональные	Длительный контакт с красками, лаками и т.д.	Способствует сенсибилизации организма
В. ОСМОТР		
1. Внешний осмотр	<p>На коже (чаще ладоней, предплечий, голеней, стоп) эритематозные пятна, пузыри, «кокарды».</p> <p>На красной кайме губ кровянистые корки, трещины</p>	<p>Дегенеративные изменения в эндотелии капилляров, перivasкулярные инфильтраты из лимфоцитов,нейтрофилов, асцинофилов</p> <p>Повышение проницаемости капилляров, перivasкулярный отек, гиперемия, подэпидермальное возникновение пузырей</p>
	<p>Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны, не спаяны</p>	<p>Воздействие токсинов вторичной инфекции; гиперплазия паракортикальной зоны, проксималь пролиферация лимфоидных клеток с образованием пиронинофильных бластов</p>
2. Осмотр полости рта	<p>На слизистой оболочке рта резко болезненные эрозии, эритематозные пятна, даже пузыри, пузырики. Ишемобленной локализации нет.</p>	<p>СОПР является плоским органом, где происходит реакция антиген-антитело: антиген-сенсибилизированный лимфоцит, Иммунодифференцированный лимфоцит, повреждающего антител на клетки-мишени, повреждающего действия иммунных комплексов и цитологического действия сенсибилизированных лимфоцитов, также может принимать участие система комплемента (ряд веществ способен прочно оединяться с поверхностью клетки, в результате чего реакция антигена с антителом протекает на поверхности этой клетки)</p>

1	2	3	Выделение биологически активных веществ (гистамина, серотонина, лимфокины, липиды), оказывающих повреждающее действие на клетки. Повышение проницаемости капилляров, что способствует воспалению, так какому отеку, миграции лейкокитотов, болевому синдрому	
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ				
1. Общий клинический анализ крови	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение количества эозинофилов, монодитов, ускорение СОЭ	Запитная реакция организма на антиген — биологически активные вещества		
2. Цитологическое исследование	Картина неспецифического воспаления	Реакция слизистой оболочки рта на медиаторы воспаления		
3. Коллоно-аллергические пробы:	Положительная реакция на стрептококк, стафилококк	Сенсибилизация организма к данному аллергену Происходит в период ремиссии		
4. Гистаминовая проба	Реакция резко положительная, величина паппула больше 5 мм, гиперемия больше 15 мм	Повышается содержание гистамина в крови, снижается толерантность тканей к гистамину за счет снижения способности белков крови связывать свободный гистамин		

6. Реакция лейкоцитолиза (по Л.П. Сахарову)	Процент повреждения нейтрофилов >12	Повышенное разрушение нейтрофилов в крови в результате воздействия медиаторов аллергической реакции (нейтрофилы являются клетками-мишнями для медиаторов, выделившихся в результате реакции антигена — антитело — антиген-сенсибилизированный лимфоцит)
6. Консультации других специалистов	Терапевт, аллерголог	Возможна патогенетическая связь с заболеваниями внутренних органов и систем организма

Схема ориентировочной основы действия при дифференциальной диагностике МЭЭ со сходными заболеваниями

		Отличительные признаки
Название заболевания	Общие клинические признаки	
Медикаментозный стоматит	Боли, жжение слизистой оболочки рта, усиливающиеся при приеме пищи	Заболеванию всегда предшествует прием лекарственного препарата
Вульгарная пузырчатка	Боли слизистой оболочки полости рта при приеме пищи, разговоре, в покое. Болезненные ареолы на неизмененной слизистой оболочке рта	Начало неострое. При осмотре: язвочки с остатками покрышки пузыря по периферии расположены на неизмененном или слегка гиперемированном фоне в участках, подвергнутых травмированию, трению, длительное время не эпителизируются. Менее болезненные. Положительный симптом Никольского и при микроскопии обнаружение в мазках клеток Танка. Злокачественное течение
Вторичный сифилис	Наличие эрозий	Наличие эрозированных пятен на фоне инфильтрации, покраин изъязвленных налетом. Гиперемия слизистой в виде узкого ободка вокруг пятнулы. Возможен полиэпифаденит; в соксобе с эрозий бледные членины. Реакция Вассермана, РИФ, РИБТ положительны
Острый герпетический стоматит	Общая слабость, высокая температура тела (до 39°), головная боль, мышечные боли. Боли СОПР при приеме пищи, разговоре, в покое, обильная слюнотдела. Резко болезненные эрозии на СОПР	Отсутствие на коже эритематозных пятен, «кокард», пузырей. Эрозии на слизистой оболочке рта мелкие, склонные к слиянию в более крупные с лимфоидными краями. В соксобе с эрозий гигантские многоядерные клетки в первые дни заболевания (до 2–3 дней)
Неакантолитическая пузырчатка	Пузьри, корки на коже. Боли, жжение слизистой оболочки рта, усиливающиеся при приеме пищи. Резко болезненные эрозии на слизистой оболочке рта	Субепителиальные пузьри на СОПР, пузьри, корки на коже в участках, подверженных давлению, трению. Эрозии расположены на неизмененном или слегка гиперемированном фоне в участках, подверженных травмированию, трению, менее болезненные, быстро эпителизируются. Симптом Никольского отрицательный. Страдают в основном пожилые люди. Доброкачественное течение

Лечение на основе действия при лечении многоформенной экссудативной эритемы

Этапы лечения	Средства лечения	Цель использования	Механизм действия препарата	МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ			
				1	2	3	4
а) Обезболивание (аппликации, роговые ванночки)	Лидокаин 1–2%-ный р-р, лидокаин спрей 10%-ный, тримекаин 3–5%-ный, 10%-ная эззесь анестезина в масле (персиковом, оливковом)	Устранить болевые ощущения при антисептической обработке, приеме пищи	Снижают чувствительность нервных окончаний; нарушают генерацию и проведение возбуждения, связанные с мембранный аксонов, препятствуя ее деполяризации и проникновению через нее ионов натрия				
б) Антисептическая обработка и обработка ферментами	Перекись водорода (1%), перманганат калия (1:5000), Фуралгин (1:5000), хлорамин 0,25%-ный, хлоргексидин 0,06%-ный, трипсин, химотрипсин.	Устранить или ослабить влияние вторичной микрофлоры на поврежденную слизистую оболочку полости рта. Очистить поверхность от некротических масс	Антисептики воздействуют на грам-положительные и грамотрицательные микроорганизмы; вызывают денатурацию белка микробной клетки. Ферменты лизируют денатурированные белки налета, очищая тем самым эрозивную поверхность				
в) Эпителизирующая терапия (проводится после устранения инфекционного фактора)	Масляный раствор витамина А 3,44%-ный, масло пиховника, каротолин, линимент тезана 0,2%-ный, солкосерил (желе, мазь), актовегин аппликации на эрозии	Ускорить эпителизацию эрозий, регенерацию тканей, улучшить обменные процессы в слизистой оболочке полости рта	Стимуляция эпителизации клеточной регенерации, оказывают влияние на клеточные мембранны, ускоряют восстановление тканей, воздействуя на механизм физиологического транспорта кислородом питательных веществ				

1	2	3	4
г) Противовоспалительная терапия	Официнальные кортикоステроидные мази (преднизолоновая 0,5%, гидрокортизонавая, флуниар, лоринден С)	Устранить воспаление, уменьшить экссудацию сосудов, снимают проникаемость три фазы аллергической реакции	Противовоспалительное, антиаллергическое и десенсибилизирующее действие, снимают проникаемость сосудов, утнетает все три фазы аллергической реакции
д) Физиолечение	Лучи гелий-неонового лазера КУФ-облучение № 5, гипербарическая оксигенация	Ускорить эпителизацию эрозий, регенерацию тканей, повысить защитно-компенсаторные механизмы СОПР	Стимулирующее воздействие на обменные процессы, регенерацию тканей
ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ			
а) Противовоспалительная терапия	Салицилат натрия, ацетилсалicyловая кислота табл. 0,5 г 3–4 раза в день в течение 5–7 сут.	Устранить воспаление	Ингибирующее воздействие на биосинтез медиаторов воспаления (гистамин, серотонин, брадикинин, простогландины)
б) Десенсибилизирующая терапия	Супрастин 0,025 г, димедрол 0,05 г, дипрольfen 0,025 г (по 1 г. 3 раза в день 5–7 сут.), тавегил 0,001 г (по 1 т. 2 раза в день).	Антигистаминное действие	Устраняет или угнетает действие гистамина; уменьшает проникаемость капилляров, отек, гиперемию, зуд
в) Дезинтоксикационная терапия	Тиосульфат натрия 30% на курс 4–10 инъекций 10 мл в/в № 10–12 на курс	Устранить интоксикацию, воспаление	Противотоксическое, противовоспалительное действие, десенсибилизирующее действие (стимулирует синтез тиоловых ферментов)

г) Витаминотерапия	<p>Витамины РР (№ 10, 1 мл 1%-го натрия никотината в/м через день. Витамин С (№ 10, 1 мл 5%-го р-ра натрия аскорбината через день).</p>	<p>Улучшить обменные процессы, повысить резистентность организма</p>	<p>РР является простетической группой ферментов-переносчиков Н, осуществляющих окислительно-восстановительные процессы. Витамин С участвует в регулировании окислительно-восстановительных процессов, углеводного обмена, свертываемости крови, регенерации тканей, образования стероидных гормонов, синтез коллагена, нормализации проницаемости капилляров</p> <p>Антибактериальное воздействие на грамположительную и грамотрицательную микрофлору (нарушает синтез белка оболочки микробной клетки)</p>
д) Антибиотикотерапия (в тяжелых случаях)	<p>Ампицилин 250–500 мг 4 раза в сут. в/м 4–6 дней; ампиокс 0,2–0,4 г 1 табл.</p> <p>4 раза в сут. в/м 6–8 дней; тетрациклин 0,2 г 1 табл.</p> <p>4 раза в сут. внутрь 6–8 дней; олетецин 250 000 ЕД., 1 табл. 4 р. в сут. 6–8 дней</p>	<p>Устранинть или ослабить воздействие вторичной микрофлоры</p>	<p>Устранинть / ослабить воздействие вторичной микрофлоры</p> <p>Конкурентный антагонизм с парвамино-бензойной кислотой</p> <p>Микробной клетки</p> <p>Противовоспалительное антиаллергическое и десенсибилизирующее действие</p>
е) Сульфаниламиды (в тяжелых случаях)	<p>Сульфадиметоксин 0,5–1,0 г внутрь 1 раз в сутки 4–6 дней</p>	<p>Устранинть / ослабить воздействие вторичной микрофлоры</p>	
ж) Кортикостероиды (в тяжелых случаях)	<p>Преднизолон 0,005 г (20–30 мг в сутки) 5–7 дней</p>	<p>Устранинть воспаление, уменьшить экссудацию</p>	

1	2	3	4
Освобождение от работы (в зависимости от тяжести заболевания)	Возможно лечение в стационаре		
Диета (нераздрождающая, противоваллергическая)	Уменьшает болезненность при приеме пищи.	Создает условия для нормального питания, что способствует повышению резистентности организма. Устранение продуктов, обладающих аллергическими свойствами, снижает интенсивность аллергизации организма	Происходит истощение аллергических антигенов и образование блокирующих антител
	Лечение в межрцидивный период	Страffилококковый анатоксин по схеме. При необходимости моно- или полиаллерген по схеме десенсибилизирующей терапии	Устранить очаги хронической инфекции
	б) санация полости рта	Лечение кариссных зубов, лечение заболеваний пародонта, осложнений кариеса	Устранить патогенное влияние вторичной микроФлоры, местных раздражавших факторов

**Схема орнитогрануловой терапии действия при лечении МЭЗ
в продромальный период**

Этапы лечения	Средства для лечения	Цель использования	Механизм действия
1	2	3	4
Местное лечение а) Обезболивание (аппликации, ротовые чаночки)	Растворы: лидокайн 1–2%-ный, тримекайн 3–5%-ный, 5%-ная взвесь анастезина в масле	Устранить болевые ощущения при анти- септической обработ- ке, приеме пищи	Снижает чувствительность нервных окон- чаний; нарушает генерацию и проведение возбуждения; связано с мембранный аксонов, препятствуя ее деполяризации и промежуточному через нее ионов натрия
б) Антисептическая обработка	Перекись водорода 1%-ный р.р. перманганат калия (1:5000) р-р, фурацилин, этакридин лактат (1:1000), хлоргексидин 0,05%, настойка календулы 1 ч.л. на ст. воды	Устранить или осле- бить воспаление в торич- ной микропоры на поврежденную СОПР клетки	Антибактериальные средства воздействуют на различные грамположительные и трансформируемые микроорганизмы, вызывают денатурацию белка микробной клетки
в) Санация поло- сти рта (в зависи- мости от тяжести состояния больного)	Лечение кариозных зубов; удаление над- и поддеснев- ого камня; сантификация ние отрыв краев коронок зубов	Устранить очаги хронической инфекции	Устранить патогенное влияние вторичной микропоры, уменьшить вероятность вторичного инфицирования аэрозией
Противовоспаля- тельная терапия	Официнальные кортикосте- роидные мази (преднизоло- новая, гидрокортизоновая, лориндел С)	Устранить воспаление, уменьшить экссудацию	Противовоспалительное, антиаллергическое и десенсибилизирующее действие, снижает проницаемость сосудов, угнетает все три фазы аллергической реакции

1	2	3	4
Общее лечение а) Противовоспа- лительная терапия	Салицилат натрия, ацети- салцилловая кислота 0,5 г 1 т. 4 раза в день в течение 6–8 дней	Устраниить воспаление	Ингибиторное воздействие на биосинтез медиаторов воспаления (гистамин, серотонин, брадикинин, простогландины)
б) Десенсибили- зирующая терапия	Супрастин 0,025 г; димед- рол 0,05 1 г 1 табл. 3 раза в день; пипольфен 0,025, тавегил 0,001 по 1 табл. 2 раза в день; гистаглобулин 1, 2, 3. Курс 4–6 инъекций	Антигистаминное действие	Устраняют или угнетают действие гистамина; уменьшают проницаемость капилляров, отек, гиперемию, зуд. Повышают толерантность к гистамину и гистаминоподобным веществам
в) Дезинтоксика- ционная терапия	Тиосульфат натрия 30% 10 мл в/в № 10 на курс	Устранить ингексикацию, воспаление	Противотоксическое, противовоспалитель- ное, десенсибилизирующее действие (стимулирует синтез тиоловых ферментов)
г) Иммунокор- рекция	Иммудон 6–8 таб. в день, курс лечения 6–20 дней	Способствует стимуляции местного иммунитета	Повышает фагоцитарную активность макрофагов, повышает уровень лизоцима в слюне, секреторного IgA

ТЕМА 8. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)

Цель занятия: Научиться диагностировать, проводить дифференциальную диагностику ХРАС со сходными заболеваниями и лечение больного с ХРАС.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

1. Патоморфологическая характеристика вторичных элементов.
2. Поражения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта.
3. Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.
4. Взаимосвязь заболеваний слизистой оболочки полости рта с патологией желудочно-кишечного тракта и нервной системы.
5. Понятие о механизмах аллергических реакций в астматизме.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Назовите отличительные черты в строении эпителия слизистой оболочки полости рта и эпидермиса.
2. Перечислите слой многослойного плоского эпителия слизистой полости рта.
3. Какие дополнительные методы обследования применяются для уточнения инфекционно-аллергической природы заболевания?
4. Дайте определение аллергической реакции. Назовите типы аллергической реакции.
5. Представьте классификацию аллергенов (антигенов).
6. Объясните влияние очагов хронической инфекции в развитии аллергических реакций замедленного типа.

Схема ориентировочной основы действия основы диагностики ХРАС

Порядок обследования больного	Выявленные диагностические симптомы		Патогенетическое обоснование симптомов заболевания
	1	2	
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ			
A. ОПРОС			
1. Жалобы больного	Ложжение слизистой оболочки рта и боль при приеме пищи, разговоре. Наличие «кис» на слизистой оболочке полости рта		Раздражение чувствительных нервных окончаний вследствие действия на них медиаторов воспаления. Следствие гипертергической реакции, сопровождаю- щейся выделением биологически активных веществ (гистамина, ацетилхолина и др.) и приводящей к нарушению целостности эпителия СОРР
2. Аномии ⁶³ заболевания	Начало заболевания, его течение и частота рецидивов		Начало заболевания может быть связано с обострени- ем хронических заболеваний внутренних органов, особенно желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — хронические колиты, энтероколит, хронический гипо- и гиперацидный гастрит и др.
			Рецидивы заболевания обусловлены накоплением автоантител и развитием иммунопатологических реакций на фоне снижения защитных сил организма
			Отсутствие лечебного эффекта обусловлено неправиль- ным выбором средств патогенетической терапии, длительным течением заболевания, наличием нескольких хронических заболеваний, осложнением резистентности организма и т.д.

<p>1) перенесенные и неизвестные и дополнительные заболевания;</p>	<p>б) аллергологиче- ский статус</p>	<p>Продолжение. Алергия способствует развитию пост-шереной сенсибилизации к микробам и пыльцевым аль-лергенам, снижает резистентность слизистой оболочки полости рта, что является предрасполагающим фактором для появления афт</p> <p>Возможна непереносимость некоторых лекарственных, пищевых веществ, хроническая экзема, бронхиальная астма и т.д.</p> <p>Б. ОСМОТР</p> <p>1. Внешний осмотр. Состояние лимфатических узлов</p> <p>Видимых изменений нет. В продромальном периоде лимфоузлы не увеличены. В стадии развития заболевания соответственно стороне поражения подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезнены при пальпации</p> <p>2. Осмотр полости рта. Осмотр зубных рядов и пародонта:</p> <p>Полость рта санирована. Разрушенные зубы, острые края коронок, патологическая стертость эмали, наддесневые зубные отложения</p> <p>(а) продромальный период ХРАС;</p>
		<p>Следствие воздействия на лимфатические узлы инфекции и проникновение барьераной реакции на воспаление</p> <p>Аллергизация организма, на фоне которой возможны развитие ХРАС</p>
		<p>Правильное соблюдение гигиены рта, регулярное обращение к врачу-стоматологу. Нерегулярное посещение стоматолога, недостаточный уход за полостью рта может предрасполагать к появление афт. Травма СОРР, вторичное инфицирование осложняет течение заболеваний</p> <p>Обусловлена инфицированием, расширением кровеносных сосудов, повышением их проницаемости, что приводит к сдавлению верхних окончаний</p>

1	2	3
б) период развития заболевания:	<p>Единичные (1-3) афты на неизмененной слизистой оболочке. Преимущественная их локализации: слизистая переходных складок, боковых поверхности языка и губ. Афты овальной или округлой формы, покрыты фибриновым настом, диаметр афты 3-5 мм, с венчиком гиперемии</p>	<p>Нарушение целостности эпителия возникает вследствие выделения медиаторов воспаления, оказываемых повреждающее действие на клетки эпителиального слоя. Слизистая оболочка рта является шоковым органом, где развивается аллергическая реакция замедленного действия, характеризующаяся снижением лизоцима в слюне, понижением уровня секреторного иммуноглобулина «А» и ослаблением функциональной активности противомикробных антител к стрептококку и стафилококку.</p>
в) период эпителизации	<p>Афты принимают распыльчатый вид, фибринозный налет замещается участками эпителизации, гиперемия вокруг афты постепенно уменьшается</p>	<p>Нормализация обменных процессов вследствие прекращения местного воспаления и образование в сыворотке крови блокирующих антител к микробным аллергенам</p>
	ДОПЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ	
1. Обследование у врачей-специалистов	<p>Возможны хронические заболевания внутренних органов, преимущественно ЖКТ (хронический колит, энтероколит и др.), нервной системы</p>	<p>Выявленные хронические заболевания, особенно ЖКТ приводят к нарушению питания, обмену веществ, дисбактериозу и развитию вторичной недостаточности клеточного иммунитета, что обусловливает длительное течение афузного стоматита.</p>
2. Кожные пробы с бактериальными аллергенами в межрецидивный период для выявления повышенной чувствительности к бактериальным аллергенам	<p>Аллергены гемолитического стрептококка и стафилококка, кипчечной палочки, протея и энтерококка (4 к. д., вводятся и оцениваются по общепринятой схеме). Отмечается положительная кожная реакция к одному или нескольким аллергенам</p>	<p>Сенсибилизация организма к бактериальным аллергенам, локализующимся в очагах хронической инфекции в организме (ЛОР-органы, ЖКТ и др.)</p>

	Продолжается по общепринятой схеме. Процент поражения нейтрофилов крови более 10% кробным антигенам	Следствие воздействия бактериальных аллергенов и медиаторов аллергической реакции на нейтрофилы крови
4. Рентгенологиче- ское обследование зубочелюстной сис- темы для выявления очагов хронической инфекции	Наличие очагов деструктивных изменений в периапикальных тканях и пародонте	Причина сенсибилизации организма к микробному фактору

**Схема ориентировочной основы действия
при дифференциальной диагностике ХРАС
со сходными заболеваниями**

Нозологические формы заболевания	Признаки, характерные для данного заболевания, отличительные от ХЭДС
Рубцующаяся форма афтозного стоматита (афты Сеттона)	1. Длительно существующие язвы (1–4 мес.) кратерообразные с уплотненными краями. 2. Сопровождается деструктивными, необратимыми изменениями соединительно-тканного слоя слизистой оболочки. Язвы эпителизируются с образованием рубца. 3. При длительном течении и присоединении анаэробной флоры — гнилостный запах из полости рта
Синдром Бехнета	1. Сочетанные язвенные поражения слизистых оболочек полости рта, глаз, носа и половых органов. 2. Общее состояние тяжелое, температура тела может повыситься до 39° С. 3. Возможно наличие артритов и миалгии. 4. Эпителизация пораженных участков длительная (1–6 мес.)
Рецидивиру- ющий герпети- ческий стоматит (РГС)	1. Всегда предшествуют острые респираторные заболевания, переохлаждение и другие неблагоприятные факторы. 2. Рецидивы РГС начинаются с появлением большого количества пузырьков, которые часто сливаются, образуя эрозивные поверхности. 3. Размер поражения элементов 1–2 мм. 4. РГС чаще поражает слизистую оболочку губ и неба. 5. Возможны сочетанные поражения слизистой полости рта и кожных покровов. 6. Нередко наблюдается перманентная форма или рецидивы с периодами ремиссии меньше 1 месяца.
Травматическая эрозия	1. Локализация эрозии соответствует травматическому фактору. 2. Эрозия располагается на равномерно гиперемированной слизистой оболочке. Ее диаметр может быть до 1 см и более. 3. Устранение травмы приводит к быстрой эпителизации эрозивной поверхности
Вторичный папулезный сифилис	1. Безболезненные серовато-белые эрозированные папулы, располагающиеся на инфильтрированном основании, преимущественно миндалин, небных дужек, мягкого неба и углов рта. 2. Выраженный полилимфаденит. 3. На коже лица в некоторых случаях папулезная сыпь. 4. В соскобе с элементов поражения бледные трепонемы. 5. Реакция РИФ, РИБТ и Вассермана положительные

Лекарственные препараты	Форма использования	Место проведения	Цель использования	Механизм действия препарата
1	2	3	4	5
Продолжительный период				
Димедрол 1%-ный р-р, супрастин 2%-ный р-р (развести в 10 мл дист. воды)	Аппликации	На приеме у врача-стоматолога и в домашних условиях	Уменьшить местную воспалительную реакцию	Понижают проницаемость капилляров, способствуют нормализации процесса при воспалении, оказывают местноанестезирующее действие
Прополоск — аэрозоль	Ингаляции		Устранить болевые ощущения, уменьшить воспаление	Обладает противовоспалительным дезинфицирующим и болеутоляющим свойствами
Период развития заболевания				
Лидокайн 1%-ный р-р	Аппликации	На приеме у врача	Устранить болевые ощущения	Воздействуя на окончание чувствительных нервов,
Триметазол, лизиан, прантенол, пропосол	Аэрозоли	На приеме у врача; в домашних условиях	пораженной СОПР	препараты препятствуют генерации и проведению возбуждения
Перекись водорода	Обработка участков		Устранить или ослабить влияние вторичной микрофлоры	Обладают антибактериальным и противовоспалительным свойством. Повышают содержание лизозима в слюне, что способствует повышению местного иммунитета
1%-ный р-р; 0,5%-ный р-р перманганата калия; 0,25%-ный р-р хлорамина; 0,06%-ный р-р хлоргексидина				

1	2	3	4	5
10%-ная метилурациловая мазь или 10%-ная эмульсия геласкорбина	Аппликации на 10-20 мин. 3 раза в день	Ускорить эпителизацию пораженной СОПР	Активизируют процессы клеточной регенерации, оказывают противовоспалительное действие	
Каротолин, масло пивовника, масляный р-р витамина «А» 3,44%, сок и линимент каланхое	На приеме у врача и в домашних условиях	Поликлиника, стационар	Стимулировать регенерацию пораженных тканей	Повышают обменные и регенеративные процессы в слизистой оболочке полости рта
Лучи гелий-неонового лазера, гипербарическая оксигенация	Гистогебулии 2,0	Инъекции п/к № 10-12 (2 раза в неделю)	Стимуляция обменных процессов, повышенеие резистентности организма	Вырабатывает антигель и повышает способность сыворотки крови инактивировать свободный гистамин
Лизодим		Инъекции п/к 100 мкт № 20 через день		Обладает способностью стимулировать неспецифическую реактивность организма, обладает противовоспалительным действием
Тиосульфат натрия.	Инъекции в/в Избирательно: нукleinнат натрия 0,1	Инъекции в/в 30%, 10% № 12 через день		Обладает противотоксическим, противовоспалительным и десенсибилизирующим действием

1	2	3	4	5
Метилурацил 0,5, пентоксил 0,2	Прием внутрь по 1 таб. 3 раза в день в тече- ние 20 дней	Стимуляция обмен- ных процессов, по- вышение резистен- тности организма	Обладает анаболической актив- ностью, ускоряет процессы клеточной регенерации, стиму- лирует клеточный и гумораль- ный иммунитет, стимулирует эритро- и лейкопоз, оказывает противовоспалительное действие	
Витамин С (аскорбиновая кислота) Аскорутин 0,05	Прием внутрь по 1 табл. 3 раза в день в течение месяца	Восстановление ни- таминного баланса, улучшение обмен- ных процессов, по- вышение резистен- тности организма	Участвует в регулировании окислительно-восстановитель- ных процессов, в углеводном обмене, действует на свертыва- емость крови, регенерацию тка- ней, нормализует проница- емость капилляров, участвует в синтезе коллагена и проколлагена	
Выготминные комpleксы (ундевит, лангексовит)	Прием внутрь по 1 др. 3 р. в день в течение месяца		Улучшают обменные процессы, повышают резистентность организма	Обладает высокой биологиче- ской активностью, необходима для нормального кроветворе- ния; участвует в синтезе ами- ноокислот, оказывает благопри- ятное влияние на функцию печени и нервной системы, стимулирует эритропоэз
Витамин В ₁₂ (цианко- балиом) 100–300 мкг, витамин В ₆ (фолиевая кислота) 0,001 г по 1 таб. 1 раз в день)	Инъекции в/м № 20 через день (при гипо- и анатрическом гастритах)	Поликлиника		

1	2	3	4	5
Избирательно: Мексафори в табл. Мексаза в табл. Колибактерии в табл.	Прием внутрь по 1 табл. 3 р. в день в течение 7-10 дней	Содатиновое средства: рудател 0,02 г 1-2 раза в сутки. Принимать не более 2 месяцев	Исполнение дисбактериоза в толстом кишечнике и в полости рта	Обладают антибактериальными свойствами, угнетая патоген- ную флору кишечника, умень- шают бродильные и гнилостные процессы; активизируют актив- ность кишечных ферментов
		Содатин Прием внутрь по 1 ст.л. 3 р. в день после еды курс 2-3 месяца	Оказание успокаивающего действия	Уменьшают возбудимость ЦНС
		Избирательно: элениум 0,025 г, ретланум 0,025 г	В домашних условиях Прием внутрь 1 раз в сутки	Соответствующими для нормально- го питания, что способствует повышению защитных сил ор- ганизма. Устранение продук- тов, обладающих аллергически- ми свойствами, снижает интен- сивность аллергизации организма
Межрецидивный период: специфическая десенсибилизирующая терапия				Происходит облагажение дейст- вия антиаллергиков, образова- ние блокирующих антител, ко- торые приводят к эпизодично аллергических реакций
а) лечебные дозы соответствующих бактериальных аллергенов;	Инъекции по схеме	Поликлиника. Проводит врачи- аллерголог	Снижение чувстви- тельности к одному или нескольким ал- лергенам, к которым вызывает повышенная чувствительность	
б) стафилококковый анатоксин				

1	2	3	4	5
Продигнозан 0,005%	Иньэкции в/м по 1,0 №4-б 1 раз в неделю	Стационар	Стимуляция обменных процессов, повышение резистентности организма	Стимулирует факторы неспецифической и специфической реакности организма, активизирует иммунитет и функцию коры надпочечников, способствует образование эндогенного интэррерона
Санация очагов хронической инфекции (лече- хронического периодонита, удаление корней зубов, лечение заболеваний пародонта, хронического точекита и др.)	По общепринятым методикам	Устранение действия местных раз- драждающих факторов и исключение патогенного влияния микроорганиз- мов, предрасполагающих факторов в развитии ХРАС	Лечение проявляется явный дисбалансом в токсом кинетичеке, устранение аллергизирующих факторов, пред- отращение развития иммунодефи- цитов, благоприодящего течение ХРАС	Уменьшение явлений дисбаланса в токсом кинетичеке, устранение аллергизирующих факторов, пред- отращение развития иммунодефи- цитов, благоприодящего течение ХРАС
Лечение хронических заболеваний пищеварительной системы	Ведение нормально- го образа жизни	Повышение защитных сил организма	Ранняя диагностика заболеваний, одновременно и пра- вильно проведенная комплексная патогенетическая те- рапия, хорошее иммунологическое состояние организма	Несоимкость устранения соматической патологии, приводящей к понижению иммунологической реактивности организма

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. У больного М., 33 лет, три дня назад на фоне общей слабости после перенесенной ангины вновь повысилась температура тела до 39°, появилась головная боль. Больной принял сульфодиметоксин, однако состояние не улучшилось. Появились резкие боли в полости рта. Объективно: губы отечны, на красной кайме бурые кровянистые корки, мацерация кожи углов рта. Лимфатические узлы увеличены, болезнены при пальпации. На слизистой оболочке губ, щек пузыри, эрозии. На коже элементов поражения нет. Перечислите заболевания, которые могут иметь подобную клиническую картину. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы обследования больного необходимы для уточнения диагноза?

2. Больной Ф., 30 лет, обратился с жалобами на недомогание, головную боль, боли в горле, мышцах, суставах. Болеет на протяжении 2 дней и связывает заболевание с переутомлением и переохлаждением. Разговор и прием пищи затруднены. Повышена саливация. Объективно: на красной кайме нижней губы эрозия с обрывками пузыря, кровянистые корки. Слизистая оболочка рта отечна, гиперемирована. Поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема. Назначено лечение: антисептические полоскания, супрастин 0,025 г 1 табл. 4 раза в день; салицилат натрия 0,5 по 1 табл. 4 раза в день. Какие ошибки допустил врач при назначении лечения?

3. Больная В., 35 лет, поступила с жалобами на жжение слизистой оболочки щеки справа при приеме пищи. Две недели назад больная отмечала примерно такое же жжение слизистой оболочки щеки слева. Трижды (с интервалом в 6 мес.) лечилась в стационаре по поводу МЭЭ. При осмотре: на слизистой щеки справа эрозия округлой формы, покрытая фибринозным налетом, расположенная на слегка гиперемированном фоне. Зубной ряд интактный, условий для травмирования слизистой нет. Перечислите заболевания, которые могут иметь сходную клини-

ческую картину. Какие дополнительные методы обследования больной необходимы для уточнения диагноза? Какие ошибки мог допустить врач при лечении МЭЭ?

4. Больной Д., 55 лет, обратился с жалобами на боль при приеме пищи. Обнаружено: разрушение зуба 26. На слизистой оболочке щеки соответственно зуба 26 эрозивная поверхность 1x1 см, болезненная, инфильтрат не отмечается. В это посещение у больного удален зуб 26, эрозия обработана растворами антисептиков, наложена аппликация с маслом шиповника. В домашних условиях назначены полоскания антисептиками, аппликации витамина «А». При осмотре слизистой полости рта через 3 дня отмечалась эпителизация эрозии на 2/3, жалобы на боль значительно уменьшились. Правильна ли была тактика врача? Какой диагноз можно поставить?

5. Больная Л., 47 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие в полости рта «язвочек», затрудняющих разговор и прием пищи. Обнаружено: на слизистой оболочке кончика языка и нижней губы имеются три единичные афты. При осмотре зубных рядов — большое количество наддесневого зубного камня, разрушенные зубы. Ваша тактика в обследовании этой больной? Какой диагноз можно поставить? Наметьте план лечения больной.

Контрольные тесты

1. Анафилактический шок является проявлением:
 - 1) аллергической реакции немедленного типа
 - 2) реакции замедленного типа
2. При МЭЭ поражаются:
 - 1) кожа
 - 2) слизистая оболочка
 - 3) кожа и слизистая оболочка
3. Пузыри при МЭЭ имеют:
 - 1) интраэпителиальное расположение
 - 2) субэпителиальное расположение
4. Симптом Никольского при МЭЭ:
 - 1) положительный

Тема 9. Глоссалгия (стомалгия)

Цель занятия: Научиться диагностировать, проводить дифференциальную диагностику глоссалгии (стомалгии), выбирать и проводить методы лечения.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы:

1. Анатомическое строение языка.
2. Назовите сосочки языка и их функцию.
3. Каковы особенности иннервации языка?
4. Что такое атрофия, десквамация, как эти процессы выглядят на языке?
5. Как определить степень увлажненности слизистой оболочки рта?
6. Какие формы лекарственных препаратов применяют для лечения заболеваний слизистой оболочки рта на фоне психоневрологенных расстройств?
7. Назовите способы применения этих препаратов.
8. Значение деонтологии и психотерапии в лечении неврозов.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Дайте определение понятиям: «глоссалгия», «стомалгия», «прозопалгия».
2. Этиология заболевания:
 - а) роль психогенного фактора;
 - б) роль местных факторов.
3. Состояние слизистой оболочки рта при глоссалгии (стомалгии).
4. Методы обследования больного глоссалгией (стомалгией).
5. Дифференциальная диагностика глоссалгии (стомалгии) со сходными заболеваниями.

2) отрицательный

5. Симптоматическая форма МЗЭ рецидивирует:

- 1) в осенне-весенний период**
- 2) при контакте с аллергенами**

6. Наиболее тяжелой формой МЗЭ является:

- 1) синдром Стивенса-Джонсона**
- 2) синдром Россолимо-Розентал**
- 3) синдром Папийон-Лефевра**

7. Афты Сеттона являются формой проявления:

- 1) стоматита Венсана**
- 2) экссудативной эритемы**
- 3) рецидивирующего герпеса**
- 4) хронического афтозного стоматита**

8. Афты при ХРАСе — это:

- 1) язвы**
- 2) эрозия**
- 3) трещины**

9. Афты Сеттона заживают:

- 1) с образованием рубцов**
- 2) без образования рубцов**

10. Изъявление слизистой при афтозе Сеттона связано с вовлечением в воспалительный процесс:

- 1) волоссяных фолликулов**
- 2) малых слюнных желез**

Схема ориентировочной основы действия при диагностике глоссалгии (стомалгии)

Порядок обследования больного		Выявленные диагностические симптомы	Патогенетическое обоснование симптомов заболевания
1	2	3	
A. ОПРОС			
1. Жалобы	<p>Жжение, саднение, покалывание, чувство «перца» на языке, ощущенность языка, неловкость, набухание, тяжесть в языке, усиливающаяся после разговора и к концу дня. Поздние стадии заболевания — появляются жалобы на боли в языке. Очень часто заболевание сопровождается расстройством вкуса и сухостью в полости рта. Жжение и другие неприятные ощущения часто распространяются с языка на слизистую губ, десны, твердого неба, зев, лицево-дав, кожу лица</p> <p>Во время еды, как правило, неприятные ощущения исчезают.</p>	<p>Нарушения вегетативной, нервной системы с преобладанием тонуса симпатического отдела (сухость), стойкое возбуждение чувствительных проводников в нервной системе, участвующих в иннервации языка и слизистой оболочки полости рта (сенсорные расстройства)</p> <p>Подавление болевой доминанты в языке более сильной (по И.В.Павлову) пищевой доминантой, а также создание положительного эмоционального фона, который снижает выраженность перестезии</p>	<p>Навязчивое состояние, страх, тревожность как следствие извергания</p> <p>Ведущую роль играют вегетативно-эндокринные и эмоциональные дисфункции в этот период, состояния психической депрессии</p>
Канцерофобия, сифилитофобия			
2. Анамнез жизни			<p>Заболевают чаще женщины в климактерический период на фоне плохого сна, физического переутомления, психотравмы. Преобладают лица с повышенной волбудимостью, тревожно-мнительным характером, склонные фиксировать свое внимание на незначительных ощущениях и чрезмерно углубляться в болезнь</p>

1	2	3
a) Перенесенные и сопутствующие заболевания	Неврозы, заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, эндокринная патология	Возникновение гастроэнтерологического рефлекса между ядрами блуждающего и язычного нервов
3. Развитие заболевания	Заболевание начинается после стоматологического или ЛОР-вмешательства, местной травмы, острого инфекционного заболевания, длительного или интенсивного приема лекарств на фоне нервного утомления или стресса	Местная гравя является «гусковым» механизмом в возникновении стоматогенной (тоссалгии) на фоне вегетопатии
Б. ОСМОТР 1. Внешний осмотр	Часто больные связывают начало заболевания с протезированием. Протекает заболевание долго, с обострениями. Чем длительнее течение заболевания, тем тяжелее клиника и тем труднее излечение. Проводимое лечение дает обычно кратковременный эффект или полное его отсутствие	Введение разнородных металлов (гальванизм), снижение прикуса. Вследствие формирования стойкой патологической цепи: жжение — концентрация психики — усиление жжения, в том случае, когда лечение направлено на единичные заживляющие в патологической зоне
2. Осмотр слизистой оболочки полости рта	Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Зачастую является снижение высоты нижнего отдела лица	В полости рта нет воспаления. Смещение головки суставного отростка нижней челюсти и ущемление <i>chorda tympani</i> , участвующей в иннервации языка
		Вегетативные нарушения в форме нейро-рографических расстройств. Преобладание возбуждения симпатического отдела вегетативной нервной системы. Общая инфицированность полости рта, травма языка, Часто выявляется различной степени сухость СОИР

	2	3
1	<p>Гигиеническое состояние неудовлетворительное, шаптиче аудитом отложенный, затянутые края, патологическая стерпость зубов, сужение прикуса, протезные конструкции из разнородных металлов.</p> <p>Органических изменений в слюнных железах нет, пальпация безболезненна, выводные протоки без патологических изменений, секрет чистый, но, возможно, в недостаточном количестве</p>	<p>Сухость в полости рта связана не с поражением слюнных желез, а с преобладанием стойкого возбуждения симпатического отдела vegetативной нервной системы</p>
	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	
	<p>1. Исследование В большинстве случаев понижение болевой и температурной чувствительности, особенно на стороне поражения языка при единсторонних жалобах</p> <p>2. Исследование У 60% больных скорость секреции слюны существенно снижена</p> <p>3. Капилляроскопия Наружение капиллярного кровотока, замедление егоkipletъ до полной остановки</p>	<p>Нарушение чувствительности по периферическому типу</p> <p>Пронадение vegetативной дисфункции с преобладанием возбуждения симпатической нервной системы, оказывающей тормозящее влияние на секрецию слюнных желез, желудочно-кишечного тракта</p> <p>Имеет место спастический синдром капилляров, усиливающийся во время приступов парестезии, более в СОТР, ухудшающий трафику этих участков</p>
	<p>4. Исследование функциональной мобильности интимальных рецепторов</p>	<p>У 70% больных вкусовая чувствительность снижена, у 14% — извращена, у 16% — полностью отсутствует</p>

Схема ориентировочной основы действия по дифференциальной диагностике глоссалгии (стомалгии)

Название заболевания	Признаки, характерные для данного заболевания и не характерные для глоссалгии
Острая и хроническая травма языка	Боль и жжение постоянны, локализуются в одном месте, усиливаются при еде, разговоре. При осмотре выявляется травмирующий фактор (острый край зуба, протеза), гиперемия, арозия или язва на слизистой оболочке соответственно травме. Боли исчезают с устранением травмирующего фактора
Невралгия язычного нерва	Сильные приступообразные боли в одной половине языка, возникают во время еды, разговоре, интенсивно израцируют по заду язычного нерва, чаще сочетаются с невралгией III ветви тройничного нерва. Наличие «курковой» зоны. Нередко в анамнезе сильное перехождение
Неврит язычного нерва	Поражается одна половина языка, преимущественно передние 2/3; возникает как следствие травмы при производственной анестезии, удалении нижнего зуба мудрости, как осложнение общего инфекционного заболевания, перехождения. Боль постоянная, интенсивная, усиливающаяся во время еды, разговора. Как правило, боли сопровождаются парестезиями, онемением и выпадением чувствительности на соответствующей половине языка (болевой, тактильной, температурной), онемением и извращением вкуса
Аллергия на пластмассу	Жжение в языке, десне, слизистой губ возникает вскоре после изготовления съемных протезов из акриловой пластмассы. При осмотре щек и гиперемия слизистой. Неприятные ощущения исчезают через несколько дней после прекращения пользования протезами, кожные и аллергические пробы на пластмассу положительные
Десквамативный глоссит	Боли в языке появляются или усиливаются при приеме раздражающей пищи. При осмотре выявляются четкие характерные очаги десквамации сосочеков языка, имеющие тенденцию к миграции
Кандидоз	Не зависит от пола и возраста, в анамнезе часто прием антибиотиков, кортикостероидов. При осмотре слизистая оболочка гиперемирована, недостаточно увлажнена, более или менее обильный белый налет на языке и в складках. При бактероскопии выявляется обилие гриба Candida, мицелий, бластоспоры
Глоссит на фоне В-фолиевой дефицитной анемии	Возникает на фоне акинического гастрита. При осмотре: «лакированный», малинового цвета язык, малиновые пятна и полосы на слизистой щек, резкие боли при приеме раздражающей пищи. Быстрый лечебный эффект при parenteralном введении витамина В
Объемный процесс в мышцах языка (опухоль, абсцесс)	Нечеткая речь (больной шадит язык). Язык обложен густым слоем налета из-за малоподвижности. При жалюзиации выявляется утолщение части языка, плотность и болезненность

Схема ориентировочной основы действия по лечению глоссалгии (стоматологии)

Этапы лечения	Средства	Цель использования средства	Механизм действия
1	2	3	4
1. Обучение рациональной гигиене	Индикаторы зубного налета, зубная щетка, зубная паста	Устранение инфицированного зубного налета как раздражителя для языка и причиной общей инфекционности полости рта	Хорошая гигиена уменьшает жалобы и повышает эффективность лечения
2. Лечение кариссных зубов	Пломбировочные материалы		
3. Удаление зубных отложений	Ультразвуковая установка «Ультрастом», крючки, эскаваторы, полировочные пасты, деревянные головки, резиновые чашечки, щетки	Устранение раздражающих факторов и очагов инфекции	Ликвидация местных «пусковых» механизмов заболевания
4. Соллифовы- зание острых краев, бугров, коррекция про- тезов, удаление разрушенных зубов	Карбоундовые камни, го- ловки, резиновые диски, шлифовальные пасты, рем растворы, фтористые лаки	Исключить раздражители для языка	
5. Ортопедиче- ское лечение	Изготовление рациональ- ных конструкций проте- зов, замена протезов из неродных металлов	Устранение дефектов зуб- ных рядов как травмы для языка, гальванизма, норма- лизации высоты прикуса	Ликвидация травмы языка, ущемле- ния и раздражжающего действия ми- кротоков на чувствительные нервные окончания языка и слизистой оболочки

1	2	3	4
6. Аппликация анестетиков	10%-ный р-р анестезина в глицерине или в другом масле, ротовые ванночки: 2%-ный р-р новокаина, 2–5%-ный р-р лидокаина, 3–5%-ный р-р тримекаина	Временное устранение сенсорных жалоб	Блокада чувствительных нервных окончаний в слизистой оболочке полости рта
7. Блокады язычного нерва	6%-ный р-р витамина В с 1%-ным р-м новокаина, 1% р-м тримекаина по 2 мл, курс лечения 10 дн.	Временное устранение неприятных ощущений в языке, снятие патологической импульсации	Витамин В ₁ влияет на синтез ацетилхолина, недостаток которого приводит к парестезиям. Выключение чувствительных проводников, улучшение трофики языка. Блокирование патологических импульсов из полости рта в сенсомоторную зону коры головного мозга
8. Физиотерапевтическое лечение	Электрофорез 1%-ным раствором витамина РР № 10	Улучшение трофики языка	Стимулирует микроциркуляцию в языке за счет расширения капиллярной сети
9. Стимуляция слюноотделения	3%-ный р-р иодида калия по 1 ст.л. 3 раза в день после еды, запивать молоком; 1%-ный р-р пилокарпина по 5–6 кап. 3 р. в день перед едой, масляный р-р вит. А по 5–6 кап. 3 раза в день 7–10 дней, на хлеб во время еды	Устранение симптома сухости в полости рта	Иод частично выделяется слюнными железами, оказывая раздражающее действие. Горечь после еды. Волбуждает «М. холинорецепторы в слюнных железах, повышает парасимпатический тонус. Нормализует железистый эпителий
10. Беседа врача с больным		Установить болевого, сообщить о характере его заболевания	Снять чувство тревоги, страх, фиксированность, усугубляющие течение болезни

1	2	3	4
11. Психотропное лечение	Амитриптилин — 0,025 г. Азофен — 0,025 г по 1/3 таб.	Устранение астеноевротического состояния	Выраживают патологически угнетенное настроение
12. Успокаивающее (транквилизирующее) лечение	Элениум, селулекс, зуноктин 0,035 г, таблетки 0,01 г, сигареты 0,01 г, по 1 таб. 1 раз в день, курс лечения 1 месяц	Снять чувство напряженности, страха, тревоги, патологической импульсации, нормализовать сон, улучшить настроение	Седативный эффект за счет воздействия на лимбическую систему
13. Гирудотерапия	Медицинские глисты	Устранение симптома жжения в языке	Улучшение трофики за счет повышенной микроциркуляции крови, антикоагулянтское действие грудуна, рефлексотерапия, устраивает местные явления в языке за счет действия гнилости как отгара
14. Суггестивная терапия	Врач-психотерапевт	Снять чувство напряжения, страха, фиксированности на расстройствах	Устранение психомодифицирующих
15. Иглорефлексотерапия	Врач-рефлексотерапевт	Снятие парасигматических и болевых ощущений, коррекция психомодифицирующего состояния	Рефлекторное воздействие из периферических точек на центры vegetативной нервной системы и органов
16. Массаж воротниковой зоны	Массажист	Устранение парестезии, улучшение психомодикального и общего состояния	Устранение остеохондроза шейного отдела позвоночника
17. Лечение выделенных заболеваний	Врач-специалист	Устранение основных симптомов заболевания	Воздействия на отдельные зоны патологической цепи

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. Больная 58 лет перенесла грипп, принимала антибиотики широкого спектра действия. Тревожна, плохо спит, выраженная канцерофобия. После выздоровления почувствовала жжение языка, особенно сильное в кончике языка, сухость в полости рта. Все неприятные ощущения исчезают во время еды. При осмотре язык умеренно обложен белым налетом, кончик языка гиперемирован. На язычной поверхности зубов 32, 11, 23 множественные зубные отложения, острые края. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для постановки диагноза? Поставьте и обоснуйте диагноз. Какую связь носит заболевание языка с перенесенным гриппом?

2. У больной 28 лет после мандибулярной анестезии и сложного удаления 8 появились боли в левой половине языка, усиливающиеся во время еды, разговора; потеря чувствительности соответствующей половины языка. Поставлен диагноз глоссалгия. Согласны ли вы с этим диагнозом?

3. Больная 59 лет страдает бессонницей, плаксивая, раздражительна. Жалобы на жжение в языке, губах, сухость в полости рта. Поставьте диагноз, наметьте план лечения.

4. Больная 58 лет перенесла грипп, принимала антибиотики широкого спектра действия. Тревожна, плохо спит, страдает канцерофобией. После выздоровления почувствовала жжения в языке, сухость в полости рта. Во время еды жжение исчезает. При осмотре: язык умеренно обложен белым налетом, слизистая недостаточно увлажнена. Обследуйте больную, поставьте диагноз, обоснуйте его. Объясните связь заболевания с перенесенным гриппом.

5. Большой 48 лет жалуется на жжение в полости рта, металлический привкус. При осмотре выявлены мосто-видные протезы из разнородных металлов. Слизистая оболочка языка и щек незначительно отечная. Предположительный диагноз: стомалгия. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза, какова Ваша тактика в плане лечения больного?

Контрольные тесты

- 1. Глоссалгия всегда сопровождается:**
 - 1) атрофией сосочков языка
 - 2) гипертрофией сосочков языка
 - 3) изменений в языке может не быть
- 2. Физиолечение глоссалгии:**
 - 1) диатермия
 - 2) УФО и КУФ
 - 3) гальванический воротник по Щербаку
- 3. Боли в языке при глоссалгии возникают:**
 - 1) при действии температурных раздражителей
 - 2) от химических раздражителей
 - 3) самопроизвольно
- 4. Возникновение глоссалгии обусловлено:**
 - 1) только действием местных раздражителей
 - 2) только общесоматической патологией
 - 3) заболевание полизиологично
- 5. Боль при глоссалгии локализуется:**
 - 1) в области корня языка
 - 2) в области боковых поверхностей языка
 - 3) в передней трети языка
 - 4) локализация боли может изменяться
- 6. Чаще болеют глоссалгий:**
 - 1) мужчины
 - 2) женщины
 - 3) дети
- 7. При глоссалгии саливация чаще:**
 - 1) снижается
 - 2) повышается
 - 3) не изменяется
- 8. Глоссалгию необходимо дифференцировать:**
 - 1) с невралгией
 - 2) с невритом
 - 3) с лейкопенией
- 9. Местное лечение глоссалгии:**
 - 1) санация полости рта

- 2) препараты брома
- 3) гальванизация верхних шейных узлов

10. Общее лечение глоссалгии:

- 1) трудотерапия
- 2) малые транквилизаторы
- 3) новокаиновые блокады

Тема 10. Глоссит

Цель занятия: Научиться диагностировать, проводить дифференциальную диагностику, выбирать и проводить методы лечения глоссита.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

1. Анатомическое строение языка.

2. Роль сосочков языка.

3. Особенности иннервации и кровоснабжения языка.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Дайте определение понятиям: самостоятельный, симптоматический глоссит.

2. Перечислите факторы, способствующие развитию заболеваний языка.

3. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение глосситов.

Логико-дидактическая структура темы

Глоссит (*glossitis; греч. glossa язык + itis*) воспаление тканей языка. Глоссит может возникать самостоятельно, однако чаще является симптомом какого-либо общего заболевания. Поверхностный глоссит представляет собой катаральное воспаление слизистой оболочки языка и относится к одному из проявлений стоматита. Как самостоятельное заболевание встречается крайне редко. Причинами его возникновения могут являться кариозные зубы, затрудненное прорезывание зубов, отложения зубного камня, травмирование слизистой оболочки языка острым краем сломанного зуба или зубного протеза, а также курение, злоупотребление спиртными напитками, отсутствие ухода за ротовой полостью и зубами, хроническая интоксикация солями тяжелых металлов и другое. Поверхностный глоссит может быть одним из симптомов

заболеваний желудочно-кишечного тракта, инфекционных болезней кори, скарлатины, дифтерии и других.

«Географический язык»

Впервые это заболевание описал Rayer в 1831 г. как pityriasis. В 1851 г. Miller определил его как хроническое слущивание. В исследовании Betz (1954) это заболевание называлось географическим языком, название сохранилось до настоящего времени. В литературе встречаются наименования exfoliatio areata lingualis, annulus migrans и др. Этиология заболевания неизвестна и может быть обусловлена многими факторами: прорезыванием зубов (однако может наблюдаться у людей с полной адентией и с хорошими зубами), конституциональными невропатическими заболеваниями, ваготонией, экссудативным диатезом. Существует инфекционно-паразитарная и вирусная теория генеза заболевания. По данным Е.Гофунга, И.Лукомского (1936), В.Пашкова (1963), в основе заболевания лежит трофическое расстройство иннервации спинки языка, приводящее к очаговой десквамации нитевидных сосочков. Географический язык может встречаться при многих системных заболеваниях.

Ворсинчатый (черныйолосатый) язык

Нередко встречающееся без признаков воспаления поражение языка, заключающееся в ороговении разросшихся нитевидных сосочков языка, принимающих коричневый или черный цвет. Заболевание встречается как у детей, так и у взрослых. Этиология не выяснена.

Выделяют три основных фактора, способствующих возникновению ворсинчатого языка:

1) трофический (следствие конституционального дефекта, отражающегося на обменных процессах эпителия языка);

2) физико-химический (алкоголь, табак, лекарственные вещества, изменение кислотности ротовой жидкости);

3) микробный.

Ворсинчатый язык может встречаться у больных, страдающих желудочно-кишечными нарушениями, и при раз-

личных инфекционных заболеваниях. По данным Smith (1962), ворсинчатый язык связан с гипорибофлавинозом и воздействием антибиотиков.

Ромбовидный язык (ромбовидный глоссит)

Этиология ромбовидного глоссита неизвестна. Существовали гипотезы сифилитического или туберкулезного происхождения. В настоящее время ромбовидный глоссит рассматривается как врожденное заболевание, обусловленное нарушениями эмбриогенеза языка.

Складчатый (скротальный, бороздчатый) язык

Встречается как у детей, так и у взрослых. Нередко является симптомом синдрома Мелькерссона-Розенталя, часто отмечается одновременно с «географическим языком». И. Новик (1971) считает это заболевание врожденной аномалией формы и размеров языка.

Гунтеровский глоссит

Является одним из ранних признаков анемии, вызванной недостатком витамина В₁₂ и фолиевой кислоты.

Интерстициальный глоссит

Одна из форм сифилитического поражения языка в третичном периоде, отличается от гуммозного поражения (гуммозного глоссита) тем, что все ткани языка поражаются диффузно.

Макроглоссия

Увеличение языка может быть обусловлено рядом причин: аномалией развития, нарушением формы лица, черепа, зубов и челюстей, эндокринными заболеваниями (акромегалия, гигантизм), болезнями пищеварительной системы, состояниями, приводящими к отеку языка (отек Квинке, ангионевротический отек, микседема и пр.).

Схема ориентировочной основы действия клинических проявлений и лечения глоссита.

Форма клинического проявления	Лечение	
	1	2
Глоссит поверхностный	<p>Клинически характеризуется появление налета на языке, возможны отек языка, его уплотнение, ограничение подвижности; при отторжении эпителия образуются участки ярко-красного цвета. Больные жалуются на чувство жжения в языке, легкую болезненность, потерю вкусовых ощущений, обильное выделение слюны. Если глоссит развивается как одновременный изъязвенно-некротического стоматита, на языке из проявлений гризно-серый налет, при снятии которого видны болезненные и кровоточащие эрозии, появляется неприятный запах изо рта</p>	<p>Лечение заключается в применении на фоне лечения основного заболевания местных обезболивающих средств (0,25–1%-го хлоралгидрата, 0,1%-го глицерина), масла шиповника, персикового масла, масляного раствора витамина А. Хороший эффект дают полоскания ромазуланом, перническое смазывание языка 15%-ным р-ром буры в глицерине. Внутрь назначают поливитамины, десенсибилизирующие средства (антигистаминные препараты, кальция хлорид и др.), седативные препараты. Санация полости рта и устранение травмированных СОПР-факторов. Прогноз благоприятный</p>
«Географический язык»	<p>Больные жалоб чаще не предъявляют, возможны жжение и боль в языке. Клиническая картина выражается в появлении пятен диаметром 0,5 см вначале сероватой окраски, а в последующем красноватой, отграниченных друг от друга желтовато-серыми величинами, состоящими из утолщенных нитевидных сосудиков. Пятна остаются некоторое время в неизмененном состоянии, а затем в течении нескольких дней и даже часов могут изменить свою форму локализацию. Сливаясь друг с другом, создают на языке рисунок неправильных очертаний, напоминающий географическую карту</p>	
	<p>Заболевание не нуждается в специальном лечении. При канцерофобии необходимо снять чувство эмоциональной напряженности и дискомфорта так же, как и при спидофобии. При жжении — легкие антисептические полоскания (0,02%-ный р-р хлоргексидина, 0,5%-ный р-р перекиси водорода), ротовые ванночки с раствором цитраля (25–30 капель 1%-го р-ра цитраля на 1/2 стакана воды), 5–10%-ный анестезия в растворе витамина Е, масляном растворе витамина А.</p>	

1	2	2
<p>Птица никогда не изъевляется, болевых ощущений нет, за исключением (в редких случаях) чувства незначительного жажды. Нарушения вкусовой чувствительности также не отмечаются. Длительность болезни: от нескольких дней до нескольких месяцев. Часто заболевание приобретает рецидивирующий характер течения. Встречается чаще в возрасте 1-7 лет, в подавнее — 30-40 лет, чаще у женщин.</p> <p>Основы слуха сочетания географического языка с образованием трещин на его поверхности, а также появление элементов и на других участках СОПР</p>	<p>Хорошие результаты отмечены при применении кальция пантотената по 0,1-0,2 г 3 раза в день внутрь в течение месяца. Новокаиновые блокады язычного нерва (курс — 10 инъекций). Седативная терапия</p>	<p>Хорошие результаты отмечены при применении кальция пантотената по 0,1-0,2 г 3 раза в день внутрь в течение месяца. Новокаиновые блокады язычного нерва (курс — 10 инъекций).</p>

Ворсинчатый (черный волосатый) язык

Жалоб может не быть. Чаще больных беспокоит необычный вид языка, ощущение икврорного тела, рвотный рефлекс при разговоре, снижение вкусовой чувствительности, клиническая картина характеризуется появлением темной пигментации и гипертрофии нитевидных сосочек. Пигментация может принимать бурый, темный, темно-зеленый оттенок с более светлой окраской по перipherии поражения. Сосочки у основания более светлые, чем у верхушки. Измененные нитевидные сосочки утолщаются больше к основанию, удлиняются, ороговевают, достигая в длину от 0,5 см до 2 см. Полагают, что окраска сосочек обусловлена влиянием различного пигмента бактериального происхождения, хроматогенных грибков и альментарных пигментов. Продолжительность заболевания различна: иногда оно существует годами, иногда прекращается через несколько дней. Следует выделить две формы ворсинчатого языка: истинную и ложную

Специального леченения заболевания не проводят. С. Вазерном и П. Родрига (1965) выделили 0,25%-ый раствор хлорида кальция в комбинации с раствором новокаина под очки поражения. Е. Рикке (1925) рекомендует смазывание поверхности языка 5%-10%-ым раствором салицилолового спирта. Больным, страдающим канцерофобией, проводится соответствующая психотерапия. Лечение заключается в механическом (пинцетом) удалении нитевидных сосочек с последующей обработкой поверхности языка 3%-ым раствором сульфата меди. Поверхность языка можно также смазывать 5-10%-ым раствором салицилолового спирта, 5%-ым раствором резорцина, под патологически измененный сосочек вводить 0,25%-ый раствор хлорида кальция с 0,5 мл 1-2%-го раствора новокаина (2 раза в неделю, курс 3-5 инъекций)

1

Истинная форма заболевания проявляется не только в пигментации и темных сосочках, но и в их удлинении.
Ложная форма характеризуется темным окрашиванием, поверхности языка без выраженной гиперплазии и темных сосочеков (применение лекарственных препаратов — полоскания растворами пермanganата калия, хлорамина, хлоргексидина, прием антибиотиков, метронидазола, окрашивание пищевыми красителями)

2

При кандидозе назначают противогрибковые средства. При выраженной гиперплазии — криодеструкция. Запрещается курение, употребление раздражающей пищи. Возможно самопроизвольное излечение

Ромбовидный язык

Заболевание характеризуется появлением в области дистальной границы третьего языка очага ромбовидной формы, приподнятого над уровнем слизистой оболочки или уплощенного. Размеры очага поражения, располагающегося всегда по средней линии спинки языка, в пределах 1–5 см в длину и 0,5–2,5 см в ширину. Поверхность очага гладкая, лишенная сосочеков, красная, четко отграниченная от окружающих тканей. Форма поражения не изменяется в течение длительного времени, но очаг поражения исчадка воспалается, сопровождается гиперплазией эпителия и гиперкератозом. Уплощенная (плоская) форма ромбовидного языка отличается тем, что очаг поражения не приподнят над уровнем СОИР.

Гиперплазические формы:

- бугорковая форма: ромбовидный, круглый или овальный участок поражения состоит из бугорков различных размеров, отделенных друг от друга четко выраженным складками.
- Поверхность красная, с цианотичным оттенком;

1	2
<p>- папилломатовая форма — очаг поражения в виде бугристого опухолевидного образования с широким основанием, 3-6 мм в диаметре, выступающего над поверхностью языка. Центр очага может ороговевать. Приподнятый бугристый бело-розового цвета очаг поражения нередко вызывает чувство присутствия инородного тела во рту, болезненность</p>	<p>При складчатом языке жалобы, как правило, отсутствуют. При плохом уходе за полостью рта, снижение саливации в складках скапливаются остатки пищи, клетки слущенного эпителия, микрофлора, что может привести к воспалению и жалобам на жжение и боль. Клинически определяются многочисленные борозды на спинке и боковых поверхностях, направленные почти перпендикулярно к средней продольной складке языка. Внутри складок — сосочки языка. Наиболее глубокая продольная борозда обычно идет по средней линии. Она берет свое начало от кончика языка и часто достигает уровня расположения желобковых сосочеков. Поперечные складки менее глубокие и обычно направлены к основной и более глубокой продольной складке, которая объединяет их в общую систему и создает картину деления языка на множество долек. Нередко отмечается псевдоплазома. Пылевидный язык является разновидностью складчатого. Имеется довольно глубокая борозда (складка) без нарушения целостности слизистой оболочки по средней линии языка. На дне ее часто обнаруживаются единичные мицелии сапрофитного <i>Candida</i>.</p>

1	Гунтеровский глоссит	2
<p>Больные предъявляют жалобы на жжение, особенно в кончике языка. Поверхность языка гладкая, выглядит лакированной в своей стrophической сосачков языка.</p>	<p>Лечение направлено на основное заболевание.</p> <p>Аппликации обезболивающих, кератопластиков.</p>	
<p>Интерстициальный глоссит</p>	<p>Клинически язык при интерстициальном глоссите приобретает вид «стеганого» одеколона, уплотняется, его подвижность резко ограничивается. Диагноз ставится на основании результатов серологических исследований крови и других признаков сифилиса. Если лечение сифилиса не было проведено своевременно, мышечная ткань языка постепенно почти полностью замещается соединительной тканью, возникают не обратимые изменения языка, возможна малигнизация</p>	<p>Лечение специфическое</p>

**Схема ориентировочной основы действий
при дифференциальной диагностике десквамативного
глоссита со сходными заболеваниями**

Нозологические формы заболевания	Признаки, характерные для данного заболевания отличительные от десквамативного глоссита
Вторичный сифилис	Появление папул округлой формы с четкими границами, могут возвышаться над окружающей слизистой. В очаге поражения обнаруживаются бледные трещинки. Окончательный диагноз на основании лабораторных методов: реакция Вассермана, РИФ, РИТГ
Лейкоплакия (плоская форма)	Очаги поражения располагаются и на других участках слизистой оболочки полости рта, напоминают наклеенную папиросную бумагу, не поддающиеся соскабливанию (слизистая щек, по линии смыкания зубов, красная кайма губ)
Красный плоский лишай	Пятна бело-розового, беловато-серого цвета. Образованы мелкими папулами в виде кружевного рисунка. Располагаются на различных участках слизистой оболочки полости рта
Кандидозный глоссит	Очаги поражения располагаются на гиперемированной слизистой, налет при поскабливании снимается с трудом (частично), возможно поражение других участков слизистой, ногтей. Окончательный диагноз: на основании лабораторных методов исследования
Лекарственный катаральный глоссит	Ярко-красная окраска языка и других участков слизистой оболочки полости рта. При отмене препарата и назначении антигистаминных препаратов явления исчезают
Гиповитаминоз B_2	Изменения в виде жжения, атрофии сосочков языка сочетаются с поражениями глаз (светобоязнь, слезотечение, васкулярный кератит). Слизистая оболочка полости рта: трещины в углах рта, корочки, себорейный дерматит
Гиповитаминоз B_6	Наблюдаются расстройства нервной системы: раздражительность или заторможенность, периферический полиневрит, симптомы расстройств желудочно-кишечного тракта. Лимфопения
Гиповитаминоз B_{12}	Ярко-красная окраска языка в виде полос, пятен «полированный язык». Гиперемия проявляется и на других участках слизистой оболочки полости рта, сухость во рту. В выраженной стадии анемии Аддисона-Бирмера страдает общее состояние, значительные изменения картины крови

**Схема ориентировочной основы действия
при дифференциальной диагностике ромбовидного
глоссита со сходными заболеваниями**

Нозологические формы заболевания	Признаки, характерные для данного заболевания и отличительные от ромбовидного глоссита
Десквамативный глоссит	Очаговая десквамация эпителия. Атрофия нитевид- ных сосочков. Очаги поражения множественные, сливаются между собой, располагаются и на боко- вых поверхностях языка
Гиповитамины- ны В₂, В₆	Изменения в виде жжения, атрофии сосочков языка сочетаются с поражениями глаз (светобоязнь, слезо- течение, васкулярный кератит). Слизистая оболочка полости рта: трещины в углах рта, корочки, себорей- ный дерматит Наблюдаются расстройства нервной системы: раз- дражительность или заторможенность, перифери- ческий полиневрит, симптомы расстройств желудочно-кишечного тракта. Лимфопения
Опухолевые заболевания	Опухолевидное бугристое разрастание. Появление инфилтратов в основании очага поражения. Гистологическое исследование

**Схема ориентировочной основы действия
при дифференциальной диагностике черного
«волосатого» языка со сходными заболеваниями**

Нозологические формы заболевания	Признаки, характерные для данного заболевания и отличительные от черного «волосатого» языка
Медикаментоз- ная окраска языка	Участок поражения светло-коричневого, черного цвета. Окраска по всей спинке языка, нитевидные сосочки не увеличены. После отмены лекарственного препарата окраска исчезает
Ложный ворсинчатый язык	Участок поражения светло-коричневого, черного цвета. Окраска пищевыми продуктами по всей спинке языка, исчезает через 1–2 суток

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. Больной 68 лет. Жалуется на периодически возникающее жжение в языке. При осмотре обнаружено: не-глубокие складки-борозды на спинке языка, щеках; язык мягкий, в размерах не увеличен. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Больной 28 лет обратился с жалобами на необычный вид языка, окраска появилась сутки назад. При осмотре спинка языка красно-фиолетового цвета, язык в размерах не увеличен. С чем может быть связано изменение цвета языка?
3. Больной 30 лет обратился с жалобами на чувство пощипывания, покалывания в языке. После обследования пациента выставлен диагноз: ромбовидный глоссит. Назначены антисептические полоскания, легкие обезболивающие средства. Какое обследование и лечение следует назначить?
4. Больному поставлен диагноз: черный «волосатый» язык. Лечение: аппликации 5%-го раствора резорцина. Эффект от лечения был кратковременным. Какое лечение необходимо дополнительно провести?
5. При осмотре пациента обнаружены участки десквамации эпителия округлой формы. Жалоб пациент не предъявляет. Предварительный диагноз: десквамативный глоссит. С каким заболеванием необходимо дифференцировать данную патологию?

Контрольные тесты

1. Синдром Мелькерсона-Розенталя:
 - 1) макрохейлит, неврит лицевого нерва, складчатый язык
 - 2) складчатость щек, складчатый язык, ромбовидный глоссит
2. Местное лечение складчатого языка:
 - 1) противовирусные препараты
 - 2) антибактериальная терапия
 - 3) антигистаминные препараты

- 4) не требуется
3. Клиническая картина черного «волосатого» языка:
- 1) нитевидные сосочки сплачиваются
 - 2) нитевидные сосочки утолщаются и удлиняются
 - 3) нитевидные сосочки уточчаются и укорачиваются
4. Очаг поражения при черном «волосатом» языке располагается:
- 1) на средней линии, не захватывая кончик и боковые поверхности языка
 - 2) в средней трети языка с переходом на боковые поверхности языка
5. Очаги поражения при десквамативном глоссите располагаются:
- 1) на спинке и боковых поверхностях языка
 - 2) на корне языка
 - 3) на нижней поверхности языка
6. «Волосатый» язык дифференцируют:
- 1) со складчатым языком
 - 2) с медикаментозной окраской языка
 - 3) с ромбовидным глосситом
7. Постоянным признаком анемии Адиссона-Бирмера является:
- 1) жжение языка, глоссит Гунтера
 - 2) кровоточивость десны
 - 3) десквамативный глоссит
8. Сосочки языка при гипохромной анемии:
- 1) атрофированы
 - 2) гипертрофированы
 - 3) не изменены
9. Возможно ли осложнение ромбовидного глоссита:
- 1) да
 - 2) нет
10. Этиология десквамативного глоссита:
- 1) инфекционная
 - 2) аллергическая
 - 3) не выяснена окончательно

Тема 11. Хейлиты

Цель занятия: Научиться диагностировать, проводить дифференциальную диагностику и освоить методы лечения и профилактики больных с хейлитами.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

1. Строение красной каймы губ.
2. Дать определение первичным и вторичным элементам поражения.
3. Воспаление. Причины, морфологические формы течение.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Классификация хейлитов.
2. Клиническая картина, дифференциальная диагностика различных форм хейлитов.
3. Схемы лечения различных форм хейлитов.

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. Больная М., 23 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на сохраняющуюся длительное время сухость губ незначительное жжение, появление чешуек. Из анамнеза: работает преподавателем в школе, сухость губ появилась около двух лет назад, к врачу не обращалась. Больная отмечает, что чешуйки скусывает, но они образуются вновь. При осмотре: красная кайма нижней губы от зоны Клейна до середины сухая, покрыта чешуйками, плотно спаянными в центре с красной каймой, с приподнятыми краями. Чешуйки снимаются, после их удаления — очаг яркой гиперемии, эрозии нет. Кожные покровы в области губ не изменены. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику со сходными формами хейлитов. Обоснуйте диагноз.

2. На прием обратился больной М., 55 лет, с жалобами на длительно не заживающую эрозию на нижней губе. И

Схема ориентировочной основы действия при диагностике хейлитов

Порядок обследования	Выявленные диагностические симптомы	Патогенетическое обоснование выявленных симптомов		
		1	2	3
Эксфолиативный хейлит (сухая форма)				
А. ОПРОС				
1. Жалобы	Сухость губ, жжение, появление чешуек	В эпителии уменьшается количество и изменяется форма эпителиоцитов, акантоз, паро- и гиперкератоз		
2. Анамнез заболевания:		Протекает длительно, нет склонности к ремиссии и самоизлечению. В прогностическом отношении менее благоприятная форма		
а) давность заболевания;	От нескольких дней до нескольких лет. Начинается с момента возникновения сухости, появления чешуек, жжения красной каймы губ			
б) с чем связывает больной появление сухости, шелушения;	Стressовыми ситуациями, скусыванием и смачиванием губы			
в) периодичность рецидивов;	Неопределенная, течение монотонное, чаще без периода ремиссии, но возможно внезапное обострение и переход в экссуэдативную форму	Зависит от воздействия провоцирующих факторов, от эффективности проводимого лечения		
г) эффективность проводимого лечения	Уменьшение или исчезновение неизвестных одутцений. Эффект наступает постепенно, чаще вновь рецидивирует	Лечение эффективно в случае правильного выбора методов и средства патогенетической терапии, комплексного лечения. Переходжение не наблюдается, может трансформироваться в экссуэдативную форму		
3. Анамнез жизни: перенесенные и сопутствующие заболевания	Невротические расстройства, заболевания иммунологические изменения	Предрасполагают к развитию эксфолиативного хейлита, снижают resilienceность организма		

1	2	3
Б. ОСМОТР		
1. Внешний осмотр		
а) Подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы	Не изменены	Нет антигенной стимуляции лимфоидных клеток
б) Кожные покровы	Не вовлечены в процесс	Акантоz, пара- и гиперкератоз
2. Осмотр слизистой оболочки полости рта	На сухой поверхности красной каймы возникает застойная гиперемия, образуются сухие, полупрозрачные чешуйки, напоминающие пластинки слизи, плотно фиксированные в центре, с приподнятыми краями. После снятия чешуек обнажается ярко-красная неповрежденная поверхность красной каймы губ. Поражается красная кайма губ от линии Клейна до ее середины	В эпителии уменьшается количество, изменяется форма эпителиоцитов, акантоз, пара- и гиперкератоз. В строме выражены явления фиброза, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками
A. ОПРОС		Экссудативная форма
1. Жалобы	На резко выраженную болезненность, отек губы, налипание корок. Затрудненный прием пищи, речь	Реакция увеличенная проницаемость капилляров приводит к накоплению воспалительного экссудата, который сдавливает и раздражает нервные окончания
2. Анамнез заболевания:	От нескольких дней до нескольких лет	Вольной рукой существует субъективными ощущениями
а) давность заболевания;		Психопатологии снижают реалистичность
б) с чем связывает болевой;	Стressовыми ситуациями, различными внешними раздражителями, постоянным появление боли, отека, смачиванием губ из-за сухости корок;	организма и реалистичность красной каймы губ

1	2	3
в) периодичность рецидивов;	Неопределенная	Зависит от воздействия провоцирующих факторов, местных факторов раздражения, проводимого лечения
г) эффективность проводимого лечения	Уменьшается экссудат, исчезают корки	Истечание сухости, шелушения, отека. Наблюдается в разные сроки, примерно через 2–3 недели от начала лечения. Зависит от комплексного проведения лечения
3. Анамнез жизни: перенесенные заболевания	Аналогично сухой форме заболевания	
Б. ОСМОТР	Эластичны, подвижны, увеличены	Активное раздражение лимфоидных клеток вызывает их пролиферацию, в связи с чем увеличивается объем паракортикальной или кортико-зональной зоны лимфатического узла
1. Внешний осмотр		
а) Порталостные и подбородочные лимфоузлы		
б) Кожные покровы	Не изменены	
в) Красная кайма губ	Поражается губа от зоны Клейна до середины. Отмечается отек, обильные корки серовато-желтого цвета, ссыхающие в виде фартука. Под корками ярко-красная, блестящая, неповрежденная поверхность красной каймы губ. Эрозий нет. Рот полуоткрыт. Затруднены прием пищи, речь	Акантоz, пар- и гиперкератоз. Отмечается разрыхление слоя эпителия, образование целей вследствие внутриклеточного лизиса, наличие «пустых» клеток. В строме — явления фиброза, инфильтрации лимфоцитами, плазматическими клетками
	Перечинный простой глохндулярный хейлит	Резкая гиперплазия слонных желез, хистозное расширение отдельных ацинусов и выводных протоков. Соединительная основа железистых комплексов и подлежащая соединительная ткань отечны, разрыхлены
А. ОПРОС	Больные могут не обращаться к врачу из-за отсутствия субъективных ощущений.	
1. Жалобы	При прогрессировании заболевания: на боль, наличие эрозий, трещин	

1	2	3
2. Анамнез заболевания: а) давность заболевания;	Начинается с момента возникновения сухости и шелушения губ, сроки возникновения различны	Больной рукамиодействует субъективными опущениями
б) с чем связывает больной начало заболевания;	Часто больные связывают начало заболеваний с острыми респираторно-вирусными заболеваниями, травмой, стрессом	Местная травма является провоцирующим фактором
в) эффективность проводимого лечения	При комплексном консервативном и хирургическом лечении уменьшается или исчезают симптомы заболевания	Уменьшается секреция, исчезает макерация, трещины и эрозии
Анамнез жизни: а) перенесенные и сопутствующие заболевания	Возможны обострения различных общесоматических заболеваний	(Ослабляются защитные свойства организма, снижается резистентность слизистой оболочки и ее регенерация)
Б. ОСМОТР 1. Внешний осмотр:	Не изменены	Нет антигенных стимуляции лимфоидных клеток
а) подчелюстные и подбородочные лимфоузлы;		
б) кожные покровы;	Не изменены	
в) красная кайма губ	Могут быть сухость, шелушение, трещины, эрозии	Травма, нарушение эластичности тканей губы
2. Осмотр слизистой оболочки рта	На слизистой оболочке нижней губы, в переходной зоне (зона Клейна) видны расширенные отверстия выводных протоков слизистых желез в виде красных точек, из которых выделяются капли слюны (симптом росы)	В эпителии якантса, паракератоз с отшелушиванием клеток рогового слоя. В слизительной ткани — отек, инфильтрация и нарастание инфильтратов вокруг выводных протоков гипертрофированных слизистых желез

1	2	3
Вторичный простой гранулярный хейлит		
А. ОПРОС 1. Жалобы	Характеры для основного заболевания, явившегося причиной заболевания, и аналогичны жалобам при первичном простом гранулярном хейлите. При присоединении погенной инфекции жалобы на резкую болезненность, отек губ	Воспалительный экссудат. Механические и химические факторы раздражают нервные окончания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ
1. Анамнез заболевания: а) давность заболевания; б) с чем связывает больной заболевание;	Сроки различны в зависимости от давности течения основного заболевания Различные причины в зависимости от этиологического фактора основного заболевания (ОРВИ, стресс, аллергические заболевания и т.д.)	Ослабляются защитные свойства организма, снижается резистентность слизистой оболочки и ее регенерация. Любая травма провоцирует обострение заболевания
в) эффективность проводимого лечения	Уменьшение или исчезновение симптомов причинных заболеваний	Лечение эффективно в случае правильно-го выбора методов и средств патогенетической терапии основного заболевания
3. Анамнез жизни: а) перенесенные и сопутствующие заболевания	Первичное заболевание, например, красный плоский лишай, красная волтанска, лейкоплакия и т. д.	Раздражается железистый аппарат губы воспалительным инфильтратом, вследствие чего развивается гиперплазия желез, увеличение секреции, мацерация и инфицирование
Б. ОСМОТР 1. Внешний осмотр:	При присоединении лигеннной инфекции увеличенные, болезненные при пальпации, не спаяны с окружающими тканями альвеолы, происходит пролиферация лимфоидных клеток с образованием пиронино-фильных бластов;	Воздействие токсинов пигментной инфекции: гиперплазия паракортикальной зоны, происходит пролиферация лимфоидных клеток с образованием пиронино-

1	2	3
б) кожные покровы;	Могут быть признаками первичного заболевания	В зависимости от формы первичного заболевания
в) красная кайма губ	<p>1. Может быть изменена в зависимости от формы проявления основного заболевания</p> <p>2. При присоединении патогенной инфекции губа покрыта гнойными корками</p>	
	<p>2. Осмотр слизистой оболочки полости рта</p> <p>Увеличенные зицующие отверстия протоков слюнных желез. В результате присоединения патогенной инфекции — нагноение малых слюнных желез, при этом возникает выраженный отек. Со губ напряжена, гиперемирована, на поверхность ее выделяются капельки гноя из зицующих выводных протоков. В толще слизистой оболочки плотные, воспалительные инфильтраты</p>	<p>В эпителии акантоз, парakerатоз с отщеплением клеток рогового слоя. В соединительной ткани: отек, незначительная инфильтрация вокруг выводных протоков гипертрофиированных слюнных желез. При длительном раздражении возможен гиперкератоз. Несостоятельность функций полинуклеарных фагоцитов и усиленный фагоцитоз распадающихся клеток макрофагами могут способствовать развитию гнойного воспаления</p>
		<p><i>Как контактный аллергический хейлит (Моллера-Гауссига)</i></p> <p><i>Раздражение нервных окончаний вследствие действия на них химических раздражителей</i></p>
A. ОПРОС		
1. Жалобы	Напоминание сильного зуда, жжения, отека и покраснения губ	
2. Анамнез заболевания:		
а) давность заболевания:		
а) давность заболевания:	От нескольких дней до нескольких недель, может рецидивировать при контакте. Начинается с момента возникновения зуда, жжения губы	Течение может быть с рецидивами, обусловленным наличием в организме иммунных комплексов, аутоантителов, постоянной сенсибилизацией организма

1	2	3
б) с чем связывает больной заболевание:	Не всегда могут определить причину заболевания	
	Применение косметических средств гигиены, протезирование съемной пластичной и той конструкций, контакт с металлическими или другими предметами	Происходит адсорбция химических лекарственных веществ и сенсибилизация
в) эффективность проводимого лечения	Может быть малоэффективным	Неэффективность лечения мероприятия обусловлена отсутствием методов этиотропной терапии, вследствие этого постоянным присутствием аллергена
3. Анемия:		Постоянная сенсибилизация организма
а) перенесенные и существующие заболевания;		
б) профессиональные вредности	Длительный контакт с красками, лаками, мундштуками духовых инструментов и т.д.	Возникает отвечающая реакция на контактную сенсибилизацию
Б. ОСМОТР		
1. Внешний осмотр:		
а) подчелюстные и подбородочные лимфоузлы;	Увеличены, болезненны, эластичны, не спаяны с окружающими тканями	Антителенная стимулация лимфоидных клеток
б) красная кайма губ	1. Покраснение, отек, мелкие чешуйки, трещинки 2. Шелушение без эпавитальной воспалительной реакции	Тканевой отек, гиперемия
2. Осмотр СОИР	Не изменена	

1	2	3
Актический хейлит (сухая форма)		
А. ОПРОС		
1. Жалобы	На сухость губ, жжение, иногда боль УФ лучами	Реакция организма на сенсибилизацию УФ лучами
2. Анамнез заболевания:	Сроки возникновения заболевания различны. От нескольких недель до нескольких лет	Постоянная сенсибилизация организма солнечным светом
a) давность заболевания;		
b) с чем связывает	1. С нахождением длительное время под открытыми солнечными лучами. 2. Могут быть другие травмирующие факторы	
в) периодичность	Обострение заболевания весной и летом	Чувствительность к УФ лучам. Усиление солнечной активности
рекидиров;	Истечание или уменьшение в осенне-зимний период	Уменьшение солнечной инсоляции
г) эффективность	Исчезают сухость и жжение губы, эрозии и корки	Эффективно, при прекращении наблагодения
проводимого лечения	Часто страдают мужчины в возрасте 20–60 лет	приятного воздействия солнечного света
3. Анамнез жизни	На коже лица — стойкая эритема, солнечное пурпуро-	Связана с частой работой на открытом воздухе
В. ОСМОГР		
1. Внешний осмотр:		
в) кожа;		
б) красная кайма	Эритема губы, мелкие чешуйки беловато-серого цвета	
2. Осмотр СОПР	Не изменена	

1	2	3
Экссудативная форма		
А. ОПРОС		
1. Жалобы	На зуд, жжение губы, появление эрозий, корок	Островоспалительные изменения в процессе длительного и интенсивного облучения
2. Анамнез заболевания:	Аналогично сухой форме	
а) давность заболевания;		
б) с чем связывает больной заболевание;	Аналогично сухой форме	
в) периодичность рецидивов	Обострение заболевания наблюдается весной и летом	Чувствительность к УФ лучам. Усиление солнечной активности
3. Анамнез жизни	Исчезновение или уменьшение осенью и зимой	Уменьшение солнечной инсоляции
Б. ОСМОТР		
1. Внешний осмотр:		
а) кожи;		В очаге воспаления происходит накаливание происходит накаливание гистамина, цитокинов и других активных веществ, которые увеличивают проницаемость стенки сосудов, что приводит к гиперемии, отечности, воспалению ткани
б) красная кайма	Отмечается отечность, гиперемия, мелкие гузырьки или эрозии, после их вскрытия образуются корочки или трещины	
2. Осмотр СОЛР	Не изменена	

1	2	3
<i>Метеорологический хейлит</i>		
А. ОПРОС 1. Жалобы	На чувство стягивания губ, шелушение. Возможно, на наличие трещин	Длительное воздействие неблагоприятных метеорологических факторов (ветра, холода, влажности и т.д.)
2. Анамнез заболевания: а) давность заболевания; б) с чем связывает больной заболевание; в) периодичность	Сроки продолжительности заболевания различны С длительным пребыванием на открытом воздухе	В зависимости от длительности воздействия травмирующих факторов
	Возможны частые рецидивы. Давность заболевания может способствовать возникновению облитатных форм предрака (ограниченный гиперкератоз, хейлит Манганотти)	Результат постоянного неблагоприятного воздействия метеорологических факторов
<i>Симптоматические хейлизы</i>		
<i>Атопический хейлит</i>		
А. ОПРОС 1. Жалобы	На зуд губ, покраснение, шелушение красной каймы губ	Воспалительный инфильтрат в эпителии и медиаторы воспаления сдавливают и раздражают первые окончания
2. Анамнез заболевания: а) давность заболевания; б) периодичность	С детского возраста, обычно у детей от 4 до 6 лет, реже 8–13 лет.	Проявление детской формы атопического дерматита или детской экземы
	Длится годами, значительно стихает в весенне-летний период. Пик активности заболевания в возрасте 6–9 лет, к 15–18 годам — затухает	Присутствие атопического JGE обусловленного типа сенсибилизации

1	2	3
в) эффективность, проводимого лечения	Трудно поддается лечению	Лечение эффективно в случае правильного выбора методов и средств патогенетической терапии, легения атопического дерматита или нейродермита. Благоприятно санаторно-курортное лечение в условиях сухого, теплого климата
3. Анамнез жизни. Пере-несенные и сопутствующие заболевания	Атопический дерматит, нейродермит, сенсибилизация к лекарственным веществам, типичным продуктам, химическим веществам и бактериальным и физическим факторам	Атопический хейлит является проявлением атопического дерматита, нейродермита
	Нейроэндокринные расстройства, болезни органов пищеварения, стрессы	Провоцирующие факторы в развитии заболевания снижают резистентность организма
Б. ОСМОТР	1. Внешний осмотр: а) кожные покровы;	Эритема, экскориации и лихенизация с характерной локализацией на локтевых сгибах, коже лица, шеи. Вовлекаются в патологический процесс прилегающие к красной кайме участки кожи
6) красная кайма		Небольшая отечность красной каймы губ, шелушение, лихенизация прилегающих участков кожи, трещинки
2. Осмотр СОЛР	Не изменена	В эпиглотти — акантоз, параксертоз, в соединительной ткани — периваскулярная инфильтрация, преимущественно лимфоцитами и эозинофилами

1	2	3
Экзематозный хейлит		
А. ОПРОС		
1. Жалобы:		
а) при острой стадии;		
б) при хронической стадии		
2. Анамнез заболевания:		
а) давность заболевания;		
б) периодичность		
в) эффективность проводимого лечения		
3. Анамнез жизни:		
а) перенесенные и сопутствующие заболевания		
Б. ОСМОТР		
1. Внешний осмотр:		
а) кожные покровы;		

1	2	3
б) красная кайма губ: 1) острое течение;	Многочисленные мелкие пузырьки, мокнущих на гиперемированной, резко отечной губе. Точечные язвинки, с выступающими каплями серозного экссудата (серозные колодцы), корочки, чешуйки	Характерен полиморфизм элементов поражения
2) хроническое течение	Красная кайма утолщена за счет воспалительного инфильтрата, с группой мелких пузырьков, узелков, корочек	В эпителии — акантоз, паракератоз, и соединительной ткани — перезаселенная инфильтрация, преимущественно лимфоцитами и эозинофилами
2. Осмотр СОПР	Не изменена	<i>Макроэпизит</i>
A. ОПРОС 1. Жалобы	Зуд губы, увеличение ее размеров, иногда появление отеков других отделов лица	Расширение сосудов, расстройство лимфо- и кровообращения
2. Анамнез заболевания:	Раньше, от 4 до 20 лет	Вольной рукой водится местными проявлениями заболевания
а) давность заболевания;		Зависит от общего состояния организма, от лечения сопутствующих заболеваний.
б) периодичность рецидивов;	Хроническое течение с чередованием периодов обострения и ремиссии	от воздействия провоцирующих факторов, от проводимого лечения
в) эффективность проводимого лечения	Не всегда эффективно	В тяжелых случаях — применение мягкой рентгенотерапии или хирургического лечения, которое не гарантирует от рецидива
3. Анамнез жизни:	Неврит лицевого нерва, складчатый язык, синдром Россолимо-Розенталя	Часто сочетается с макроэпизитом
а) перенесенные и сопутствующие заболевания		

1	2	3
Б. ОСМОТР 1. Внешний осмотр: а) кожа	Отек щек, носа, одной или двух половин лица. Сглаженность носогубной складки, опущение угла рта, расширение гиазной щели	Возможна сенсибилизация инфекционно-аллергическими факторами, односторонний паралич лицевого нерва. Симптомы паралича лицевого нерва
2. Осмотр полости рта:	Язык утолщен, отмечается неравномерное выпячивание или дольчатость, складчатость языка	Не является симптомом заболевания — аномалия развития
в) красная кайма губ	Край губы выворачивается в виде хоботка, отмечается увеличение губы в 3–4 раза, заслонно-красный цвет губ, консистенция мягкая или плотно-эластическая	Диффузный инфильтрат из гистиолимфоцитарных и плазматических клеток, лейкоцитов, формирование гранулем, расположество крово- и лимфообразования, расширение сосудов, васкулиты, фибринозный некроз
<i>Ангионевротический отек Кельке</i>		
А. ОПРОС 1. Жалобы	Увеличение в объеме губы, языка, век, лба, щек. Зуд кожных покровов	Высвобождение гистамина, других биологически активных веществ ведет к расширению капилляров, повышению проницаемости сосудов, образованию волдыря
2. Академия заболевания:	Заболевание наливается внезапно в течение нескольких минут, реже часов, реже нескольких дней	Аллергическая реакция немедленного типа
б) периодичность рецидивов;	Может развиться внезапно, может самостоительно исчезнуть	Ответная реакция на действие ходовых, пищевых и лекарственных аллергенов
в) эффективность проводимого лечения	Эффективно при своевременном оказании лечебной помощи. При отсутствии необходимой помощи больной может погибнуть	Эффективно при прекращении контакта с аллергеном и назначении антигистаминных препаратов и при проведении неотложных мероприятий. Возможен отек горла, легких

	1	2	3
3. Анамнез жизни: а) перенесенные и сопутствующие заболевания	Крапивница		Сенсибилизация организма
Б. ОСМОТР 1. Внешний осмотр: а) полость рта;	Больной беспокоен, лицо синюшное, значительный отек губ, щек, век, лба Язык значительно увеличен, отек мягкого неба, миндалин	Затруднение дыхания за счет отека гортани, мягкого неба и миндалин	Высвобождение гистамина. других биологически активных веществ ведет к расширению капилляров, повышению проницаемости сосудов, образованию отека
б) красная кайма губ	Значительное увеличение губы		

Схема ориентировочных основы действия при дифференциальной диагностике самостоятельных хейлитов

Нозологические формы заболевания	Общие клинические признаки	Признаки, характерные для данного заболевания и отличительные от других форм хейлитов
1	2	3
Метеорологический хейлит	Жалобы на сухость губ, иногда жжение, шелушение губ	Эксфолиативный хейлит (сухая форма)
Контактный аллергический хейлит	Жалобы на жжение, покраснение, сильный зуд, отек губ	Отек и покраснение с сильным зудом, редко распространяющееся на кожу и слизистую оболочку. При выраженных воспалительных явлениях — мелкие пузырьки, после вскрытия их образуются эрозии, трещины, лихенизация на границе с кожей. Для подтверждения диагноза эффект аллериации (выздоровление или резкое улучшение после прекращения контакта с подозреваемым веществом). Гистологически: в очаге поражения лимфоциты, плазмоциты, везиционы, нейтрофилы, базофилы, тучные клетки
Красная волчанка	Жалобы на боль, жжение, появление чешуек	Гиперкератотические чешуики, на гиперемированном фоне, в центре очага: атрофия. Частая локализация патологических элементов на коже лица, стадийность их развития

3

2

1

При эрозивно-язвенной форме: выраженное воспаление, эрозии, трещины, вокруг гиперкератоз; при глубокой форме — узловатое образование, выступающие над красной каймой, на поверхности эритемы и гиперкератоз. Гистологически: паракератоз, гиперкератоз, акантоз, чередующийся с атрофией. В строме — резкое расширение сосудов с образованием «лимфатических озер», разрушение коллагеновых и эластических волокон. Резко повышен чувствительность кожи к солнечному свету. В крови волчаночные клетки, антитела к ДНК.

Эксфолиативный хейлит (эксудативная форма)

**Эксудативная форма
актинического хейлита**

Жалобы на выраженный болезненный отек губы, жжение, наличие обильных корок, эрозий

**Прёканкрозный хейлит
Мангантоги**

Жалобы на мелкие эрозии на нижней губе

Обострение заболевания весной и летом, исчезновение или уменьшение в осенне-зимний период. Плотные чешуйки с трудом отделяются при поскабливании, могут образоваться эрозии

На фоне катарального воспаления нижней губы эрозии, покрытые кровянистой или серозной корочкой. Удалняется с трудом, возникает кровотечение, уплотнения в основании нет. Чаще в боковой части губы одиночные эрозии (но могут быть 2–3) с гладкой полированной поверхностью. Может спонтанно эпителизироваться и вновь рецидивировать, чаще на том же самом месте, как правило, весной. При гистологии — дистрофия коллагеновых и эластических волокон. В эпителии — дефект с сопутствующей гиперплазией клеток шиповатого и базального слоев. Акантоz с наличием эпителиальных выростов в субепитицеллярной зоне

	1	2	3
Атонический хейлит	Жалобы на зуд, покраснение, шелушение красной каймы губ	Одновременное поражение кожи лица, других участков тела, красной каймы губ. Характерно распространение на кожу, поражение углов рта, наличие эритемы, лихенизации.	Патоморфологически в эпителии — акантоз, паракератоз, в соединительной ткани — периваскулярная инфильтрация преимущественно лимфоцитами, эозинофилами
Эрозивно-язвенная форма красной щеки	Жалобы на боль, жжение, появление эрозий, трещин	Резко болезненная язва, или эрозия, после заживления: атрофия и рубцы. Патогистологически: резко выраженные отеки; местами дефекты эпителия. Патологические элементы на коже лица, последовательность развития патологических элементов: эритема, гиперкератоз, атрофия	На слизистой оболочке нижней губы, в переходной зоне — зоне Клейна — видны расширенные зияющие отверстия выводных протоков, серозно-слизистых губных желез в виде красных точек, из которых выделяется сокрет в виде капель росы. Гипертрофированные мелкие слизовые железы проплываются в виде плотных округлых образований величиной с булавочную головку или чуть больше. Гистологически: в эпителии акантоз, паракератоз с отшелушиванием клеток ротового слоя. В соединительной ткани — отек, незначительная инфильтрация вокруг выводных протоков гипертрофированных слизевых желез
Первичный простой гранулярный хейлит (хейлит Пуэнте-Алеведо)	Жалобы в начальной стадии заболевания на небольшую сухость губ, шелушение. С прогрессированием заболевания, связанное с врожденной гипертрофий мелких слизовых желез	Жалобы в начальной стадии заболевания на небольшую сухость губ, шелушение. С прогрессированием заболевания капель росы. Гипертрофированные мелкие слизовые железы проплываются в виде плотных округлых образований величиной с булавочную головку или чуть больше. Гистологически: в эпителии акантоз, паракератоз с отшелушиванием клеток ротового слоя. В соединительной ткани — отек, незначительная инфильтрация вокруг выводных протоков гипертрофированных слизевых желез	Слизистая оболочка в переходной зоне гиперемирована, на- пряжена, выделяются из зияющих выводных протоков ка- пельки гноя. В толще слизистой оболочки пальпируются плотные, воспалительные инфильтраты. Губа покрыта гно- выми корками, рот приоткрыт. Регионарные лимфатические узлы увеличенные, болезненные. Иногда отмечается закупорка уплотнившимися гнойным экссудатом

1	2	3
Эксфолиативный хейлит (сухая форма)	Патогистологически: гиперплазия желез, набухший эпителий, гиперхромные ядра. В соседнительной тканной основе железистых комплексов отек, диффузный лейкоцитарный инфильтрат	
Контактный аллергический хейлит	Поражается только красная кайма губ от линии Клейна до середины; слизистая оболочка, часть красной каймы губ, граничащая с кожей, область угла рта не вовлечены в процесс. Элемент поражения: чешуйки в центре плотно спаяны с красной каймой, края приподняты. После удаления их — эрозии нет, а очаг яркой гиперемии. При экскудативной форме — медово-желтые корки, свисают в виде фартука. Гистологически: в эпителии — уменьшение количества, формы эпителиоцитов, акантоз, паренхима и гиперкератоз. Внутриклеточный лизис, наличие «пустых» клеток. В стroma — явления фиброза, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками	
Жалобы на зуд, покраснение губ	Жалобы на зуд, покраснение губ	
Сухая форма контактного хейлита	Жалобы на сухость губ, жжение, боль, шелушение	Красная кайма имеет ярко-красный цвет (эритеема), сухая перохвата, легко ранимая, легкое кровотечение. При длительном течении возможно появление хронических трещин, эрозий, очагов лейкоплакии. Углы рта не вовлекаются в процесс. Основной этиологический фактор — воздействие УФ лучей при повышенной чувствительности к солнечной инсолиации
Атонический хейлит	Жалобы на зуд, покраснение, шелушение	Характерно поражение углов рта, они инфильтрированы. Небольшая отечность красной каймы губ с вовлечением в патологический процесс прилегающих участков кожи

1	2	3
		<p>По мере стихания острых явлений — шелушение, лихенизация. Трещины в углах рта. Является симптомом атонического дерматита или нейродермита. Цветоморфологически: в эпителии — акантоз, паракератоз, в соединительной ткани — периваскулярная инфильтрация преимущественно лимфоцитами и эозинофилами</p>
		<p>Актинический хейлит (сухая форма)</p> <p>Жалобы на сухость, появление мелких чешуек беловато-серого цвета</p> <p>Чешуйки плотно сляны с красной каймой, края их приподняты. После удаления их эрозии нет, отмечается лишь очаг яркой гиперемии. После исчезновения вновь появляются через 5—7 дней. Течение заболевания длительное, без склонности к ремиссии и самоналечению. Гистология: в эпителии — уменьшение количества и формы эпителиоцитов, акантоз, паракератоз. Наличие целей эпидермиса внутриклеточного лизиса, наличие «пустых» клеток. В строме явления фиброза, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками</p>
		<p>Актинический хейлит (экссудативная форма)</p> <p>Жалобы на сильный зуд, жжение, стек, трещины, мелкие пузырьки, после их вскрытия — эрозии, трещины. В остальных случаях шелушение без значительной воспалительной реакции. Этиологический фактор: контакт с химическими веществами (чаще с косметическими средствами), металлическими и другими предметами. Предрасположенность, организма к аллергическим реакциям и сенсибилизации к различным химическим веществам</p>

1	2	3
Атонический хейлит	Жалобы на зуд, покраснение, шелушение красной каймы губ	Симптом атопического дерматита и нейродермита, характеризуется локализацией патологических изменений: на локтевых сгибах, ноже лица, шее. Отечность красной каймы губ с вовлечением прилегающих участков кожи, шелушение, лихенизация. Обязательное сочетание с сухостью, шелушением кожи лица. Патоморфология: в эпителии — акантоз, паракератоз; в соединительной ткани — периваскулярная инфильтрация, преимущественно лимфоцитами и эозинофилами
Актинический хейлит	Жалобы болят на сухость, чувство стягивания, шелушения красной каймы губ	Метеорологический хейлит Красная кайма нижней губы слегка отечна, гиперемирована, покрыта мелкими чешуйками серовато-белого цвета. Изменений на коже нет. Отсутствие сенсибилизации к солнечному свету Нет улучшения в осенне-весенний период. В анамнезе длительное пребывание на открытом воздухе. Гистологически: в эпителии гиперплазия с очаговым ороговением, инфильтрация стромы. Характерно поражение всей поверхности нижней губы
Контактный аллергический хейлит	Жалобы на отек, шелушение, зуд, жжение губ	Характерны отек, покраснение красной каймы губ. При резко выраженных воспалительных явлениях появляются мелкие пузырьки, после их вскрытия образуются эрозии и трещины. В анамнезе — контакт с химическими веществами, косметическими средствами, металлическими или другими предметами. Образуется в месте контакта с аллергеном. Отмечается реакция улучшения или выздоровление после прекращения контакта с аллергеном. Предрасположенность организма к аллергическим реакциям и сенсибилизации к различным химическим веществам. Гистология: в очаге лимфоциты, плазмоциты, эозинофилы, нейтрофилы, тучные клетки

1	2	3
Эксфолиативный хейлит	Жалобы на сухость, шелушение, стянутость нижней губы	Множество чешуек располагаются в виде ленты от угла до угла рта, оставляя свободными комиссуру, размежеваясь только от линии Клейна до середины красной каймы нижней губы. После снятия чешуек эрозии нет, отмечается ярко-красная поверхность. После снятия чешуйки появляются вновь через 5–7 дней. Течение заболевания длительное, без склонности к ремиссии и самоклзлечению. Гистология: в эпителии — уменьшение количества и формы эпителиоцитов, акантоз, пара- и гиперкератоз. Наличие цепей вследствие внутриклеточного лизиса, наличие «пустых» клеток. В строме явления фиброза, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками
Эксфолиативный хейлит (сухая форма)	Жалобы на сухость, жжение, шелушение красной каймы губ	Вовлекается в процесс половина губы: от зоны Клейна до середины. Не поражается кожа лица и других участков тела. Чешуики плотно спаяны в центре с красной каймой, края приподняты. После удаления нет эрозий. Гистология — акантоз, пара- и гиперкератоз. Разрыхление слоя эпителия, образование цепей вследствие внутриклеточного лизиса, характерно наличие «пустых» клеток*. В строме — явления фиброза, инфильтрация лимфоцитами, плазматическими клетками
Экзематорный хейлит	Жалобы на жжение, зуд, отек и покраснение красной каймы губ	Возможно появление везикул, мокнутия корочек, множественных мелких пузырьков на гиперемированной, резко отечной губе. Точечные эрозии, на их поверхности выступают капли серозного экссудата (серозные колодцы). Высыпания сопровождаются зудом. Характерен полиморфизм элементов поражения обеих губ и зовление в процесс кожных покровов. Кожно-аллергические реакции со специфически-ми антигенами положительны

1	2	3
Атонический хейлит	Жалобы на зуд, шелушение красной каймы губ	Характерно преобладание инфильтрации и лихенизации кожи углов рта и длительное течение с детского возраста. Патоморфология: в эпителии акантоз, паракератоз; в соединительной ткани — первиваскулярная инфильтрация, преимущественно лимфоцитами и эозинофилами
Отеч Квинке	Жалобы на внезапное увеличение в размере губ, отек кожных покровов, одышку	Заболевание начинается внезапно. Излюбленная локализация: губы, веки, щеки, язык, возможен отек горла, мягкого неба, миндалин. Морфологический элемент — водянка. Отек развивается в течение нескольких минут, характерная особенность: болезней беспокойен, ощущает затруднение дыхания, афония, лицо синюшно. Отек не бывает длительным, быстро исчезает при приеме антигистаминных препаратов
Рожистое воспаление	Жалобы на повышение температуры тела, покраснение кожных покровов, жжение, боль	Возбудитель — стрептококк — внедряется через поврежденную кожу. Начинается с резкого повышения температуры тела до 39,4°C. На коже лица яркая эритема, слегка вздушающаяся над уровнем здоровой кожи, с резкими фестончатыми краями в виде языков пламени, быстро увеличивается в размере. Возможна развитие элефантиназа губ (значительное их увеличение)
Кавернозная гемангиома	Жалобы на пигментацию кожи и губ фиолетового цвета, сочетающиеся с отеком данной области. Изменение конфигурации лица.	Существует с рождения или раннего детства Клиническая картина не вызывает затруднений для постановки диагноза

1	2	3
Волезнь Мейджа	Жалобы на внезапно появившийся отек губ	Предшествуют чувство жара или холода, быстро нарастающий отек. Кожа и красная кайма становятся бледными или синюшными, отек плотный, вдавленный после пальпации не остается. Могут появляться трещины. Отек сохраняется несколько дней или часов, а затем постепенно уменьшается, но полностью не исчезает. Может сопровождаться выраженной общей реакцией организма или без нарушения. Подобные отеки наблюдаются на конечностях, а также во внутренних органах
	Хроническая трещина губы	Жалобы на наличие трещины, чаще на нижней губе
	Макрохейлит	Жалобы на резкое увеличение в размере губ

Схема ориентировочной основы действия при лечении хейлитов

Группы препаратов	Средства и форма применения	Использования препарата	Цель	Механизм действия
1	2	3	4	
Эксфолиативный хейлит				
Антидепрессанты	Азафен табл. 0,025 г 1 раз в день. Курс лечения 1 месяц.	Для устранения астенодепрессивных состояний нервотренировочного характера	Тимолептическое действие в сочетании с седативной активностью	
	Амитриптилина 0,025 г по 1/2 таблетки на ночь (после еды). Курс лечения 1 месяц	Уменьшает тревогу, собственно депрессивные состояния	Ингибитор обратного нейронального захвата медиаторных мономинов. Обладает холиноблокирующей и антигистаминной активностью. Оказывает анальгетическое действие (центрального генеза)	
Антигистамины	Кларитин 0,01 г по 1 табл. 1 р. в сутки, сироп (5 мл — 6 мг) 2 чайные ложки 1 раз в сутки; супрастин 0,025 г по 1 таблетке 3 раза в день (во время еды); диналон 0,05 г по 1 таблетке 2 раза в день (после еды). Курс 10 дней	Десенсибилизирующее действие	Обладают противогистаминной, а также периферической антихолинergicкой активностью, блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов, препятствуют взаимодействию с ними гистамина, при этом снижается проницаемость капилляров, сужаются капилляры и вены, уменьшается отечность тканей	
Иммунокорректоры	Имудон в табл. для рассасывания; до 8 табл. в день. Курс 10 дней	Для коррекции иммунной системы	Усиливает фагоцитарную активность макрофагов, содержание в слюне лизоцима, а также SJgA	

1	2	3	4
Физиолечение	Пограничные лучи Букс: 1 Гр 1 раз в неделю до 2-3 Гр с интервалом 7-10 дней. Курсовая доза от 10-20 Гр.	При неэффективности консервативного лечения	
Кортикостероидные маски в виде аппликаций	Фторокорт 0,1%, кеналог синталар 0,025%, лекакортен 0,02%. Нагноят тонким слоем на пораженные участки губ 2-3 раза в день на 15-20 минут. Курс 5-10 дней	Противовоспалительный, антиэкссудативный, противовоздушный эффект	Снижают проницаемость капилляров и клеток, уменьшают отек, всасывание токсических веществ из очага воспаления, обладают выраженным антигистаминным действием, утнетают активность гиалуронидазы, тормозят синтез простагландинов, стабилизируют мембранные лизосом, уменьшают фазу альтерации, подавляют лимфопоэз
Антисептическая обработка	1-%-ный р-р перекиси водорода (орешение, аппликации), 0,25%-ный р-р хлорамина, 0,006%-ный р-р хлоргексидина, р-р Фурацилина 1:1000, лизоцим (1/2 ч.л. на стакан воды)	УстраниТЬ действие вторичной инфекции	Обладает слабым антисептическим, дезодорирующим действием за счет выделения молекуллярного и атомарного кислорода. Антибактериальные средства воздействуют на грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, вызывают денатурацию белка микробной клетки. Лизоцим — ферментный препарат, является фактором антибактериальной защиты
Маски, содержащие кортико-стериоиды и антибактериальные средства	Дермасолон — маска, фенкортизол, лексакорт, кортикомицетин. Наносят на пораженные участки губ тонким слоем 2 раза в день на 15-20 минут. Курс 5-10 дней	Бактерицидное, противогрибковое, противовоспалительное, противовоздушное действие	Уничтожение высвобождения эозинофильными гранулоцитами медиаторов воспаления; индуцирование образования липококтинов и уменьшения количества тучных клеток, вырабатываемых гиалуроновую кислоту, уменьшение проницаемости капилляров

1	2	3	4
Простой глангулярный хейлит			
Противовоспа- лительные мази в виде аппликаций	Синалар Н, гиоксизон, преднизолоновая 0,5%, нафталаиновая. Наносят тонким слоем на поражен- ные участки губ и слизис- тую оболочку зоны Клейна 2 раза в день на 15–20 ми- нут. Курс 5–10 дней	Устранить воспаление, уменьшить экссудацию	Противовоспалительное, антиаллергическое и десенсибилизирующее действие; снижают проницаемость сосудов
Антисептичес- кие средства			Аналогично лечению экскрелиативного хейлита
Физиотерапия	Электрокоагуляция	Ликвидировать уве- личенные выводные протоки, уменьшить экссудацию и вос- паление, профилак- тика малитнизыни	Для устранения расширенных выводных протоков при небольшом количестве гипертрофированных желез
Хирургическое лечение	Вытущивание. Криодест- рукция. Иссечение всей зоны Клейна	Ликвидация экссудата и воспаления	Устранение гипертрофированных протоков в случаях множественных поражений
Мази с антибиотиками в виде аппликаций	5%-, 10%-я симтомцино- вая эмульсия, фулемил, ле- носин, 3%-я эритроми- новая, 3%-я тетрациклино- вая. Наносить на поражен- ные участки губ тонким слоем 2–3 раза в день на 15– 20 минут. Курс 7–14 дней	Антимикробное, противовоспа- лительное, обезболи- вающее действие	В случаях гнойного воспаления

1	2	3	4
Контактный аллергический хейлит			
Кортикостероидные мази в виде аппликаций	Фторокорт 0,1%, кеналог синталар 0,025%, лококортен 0,02%.	Противовоспалительный, антиэксудативный, противогазовый эффект	Снижают проницаемость капилляров и клеток, уменьшают отек, всасывание токсических веществ из очага воспаления, обладают выраженным антигистаминным действием, угнетают активность гиалуронидазы, тормозят ската простатавдинов, стабилизируют мембранные лизосомы, уменьшают фазу альтерации, подавляют лимфорптоуз
Гипосенсибилизирующая терапия	Хларитин 0,01 г по 1 табл. 1 раз в сутки, сироп (5 мл — 5 мг) 2 чайные ложки 1 раз в сутки; супрастин 0,025 г по 1 табл. 3 раза в день (во время еды); днаволин 0,05 г по (табл. 2 раза в день (после еды). Курс 10 дней	Десенсибилизирующее действие	Обладают противогистаминной, а также периферической антихолинергической активностью, блокаторы Н1-гистаминных рецепторов, препятствуют взаимодействию с ними гистамина; при этом снижается проницаемость жировых, сужаются капилляры и вены, уменьшается отечность тканей
Устранить контакт с аллергеном			Прекратить сенсибилизирующие действие аллергена
Смена работы (при работе на открытых воздухах)		Актинический хейлит	Исключение сенсибилизации

1	2	3	4
Балластные кремы, аэрозоли	«Луч», «Щит», Аэрозоль «Фенкортозол», смазывать губы перед выходом на улицу 1–2 раза в день	Запирает губ от солнечного света	
Противомалярные препараты	Хинигамин 0,25 г, делагил 0,25 г по 1 табл. 1 раз в день, начиная с весны, постепенно увеличивать дозу до 2–3 табл. в день. Курс: 3–5 дней	Для профилактики и уменьшения явлений фотосенсибилизации	Оказывает тормозящее влияние на синтез ДНК. Оказывает умеренно выраженное противовоспалительное и иммунодепрессивное действие
Витаминотерапия	Вит. В ₆ (пиридоксин) 0,02–0,05 г по 1 табл. 3 раза в день; 1–5%-ый р/р по 1–2 мл. в/к или в/м. Курс 1–3 месяца	С целью улучшения липидного обмена	Для обеспечения ферментных процессов в головном мозге, регуляции белкового обмена, стимуляции образования гемоглобина и лейкоцита
Иммунокорректоры	Имулон в таблетках для рассасывания; до 8 таблеток в день 10 дней	Для коррекции иммунной системы	Участвуют в окислительно-восстановительных реакциях и обмене веществ
Кортикостероидные мази в виде аппликаций	Фторокорт 0,1%, кеналог синалар 0,025%, локакортен 0,02%. Наносить тонким слоем на пораженные участки 2–3 раза в день. Курс 5–10 дней	Противовоспалительный, антиэксудативный, противовосудный эффект	Снижают проницаемость капилляров и клеток, уменьшают отек, всасывание токсических веществ из очага воспаления, обладают выраженным антагистаминным действием, угнетают активность гаммауронидазы, тормозят синтез простагландинов, стабилизируют мембранны лизосом, уменьшают фазу альтерации, подавляют лимфопоэз

1	2	3	4
Метеорологический хейлит			
Защитные кремы	•Люкс», «Восторг», «Спермакетовый». Наносить на губы перед выходом на улицу	Препятствует развитию сухости	Запекта губ от раздражающих воздействий сухого воздуха, ветра
Мази на основе кортикостероидов	Аналогично лечению других форм хейлита		
Витаминотерапия	B ₆ (пиридоксин) 0,02–0,05 г по 1 табл. 3 раза в день; 1–5% -ный р-р по 1–2 мл, в/к или в/м, курс 1–3 месяца	С целью улучшения липидного обмена	Для обес печения ферментных процессов в головном мозге, регуляции белкового обмена, стимуляции образования гемоглобина и лейкоплазза
	B ₂ (рибофлавин) в сочетании с B ₁ 0,01 г по 1 табл. 3 раза в день. Курс 1–1,5 месяца	Для усиления регенеративных процессов	Участвует в окислительно-восстановительных реакциях и обмене веществ
	Вит. РР (никотиновая кислота) 0,1 г по 1 табл. 3 раза в день. Курс 1 месяц по 1 мл 1%-ный р-р 1–2 раза в день	Нормализация обменных процессов, в частности, на красной кайме губ	Участвует в окислительно-восстановительных процессах, влияет на углеводный, белковый, жировой и водно-солевой обмен, активирует гликогенобразующую и дезинтоксикационную функцию печени, активирует эритропозз, фибринолиз, расширяет сосуды
	Вит. А (ретинол) масляный р-р 3,44 % по 10 капель 3 раза в день. Курс 1 месяц	Для уменьшения сухости, нормализации обменных процессов в эпителии	Антагонист веществ, вызывающих кератинизацию, обеспечивает нормальную дифференциацию эпителиальной ткани

1	2	3	4
Аналогично лечению других форм хейлита			
Иммунокорректоры	Атонический хейлит		
Десенсибилизирующая терапия	Гистагробутина, курс 6–8 инъекций, в/к 2 раза в неделю от 0,2 до 1,0 мл	Для снижения выработки биологически активных веществ	Повышает толерантность к гистамину и гистаминоподобным веществам
Витаминотерапия (витамины группы В)	Вит. В₁, В₆, РР. Аналогично лечению метеорологического хейлита	Усиление обменных процессов	Участвуют в окислительно-восстановительных процессах. Влияют на все виды обмена
Дезинтоксикационная терапия	Тиосульфат натрия 30%-ый р-р – 10–20 мл, в/в, капельно, № 10–12 на курс воспаление	Устранить интоксикацию, воспаление	Противотокическое, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие (стимулирует синтез тиоловых ферментов)
Транквилизаторы	Феназепам 0,25 г 2–3 раза в день. Тазепам 0,005–0,01 г 1–4 раза в день. Реланиум, седуксен 0,025 г 1 раз в сутки. Рудольф 0,02 г. Доза устанавливается индивидуально — 0,025 г 1–2 раза в сутки или 0,005 г (основную дозу) вечером. Не принимать более 2-х месяцев	Устранить чувство напряжения, волнения, страха при невротических расстройствах, эмоциональных состояниях больных	Угасают возбудимость подкорковых областей (лимбической системы, таламуса, гипоталамуса), которые ответственны за осуществление эмоциональных реакций. Тормозят взаимодействие с корой большого мозга. Взаимодействует с бензодиазепиновыми рецепторами, усиливает процессы торможения в тех системах мозга, гденейромедиатором является ГАМК

	2	3	4
1	Кортикостероидные мази на основе фторированных производных глюкокортикоидов (аппликации) Фторокорт 0,1%, синалар 0,025%, флонидар 0,025%, флекстодерм-В 0,1%, локткорт 0,02%. Наносить тонким слоем на пораженные участки губ 2-3 раза в день на 15-20 минут. Курс 5-10 дней	Противовоспалительное действие (характеризуется меньшей всасываемостью)	Снижают проницаемость капилляров и клеток, уменьшают отек, всасывание токсических веществ из очага воспаления, обладают выраженным антигистаминным действием, угнетают активность гиалуронидазы, тормозят синтез простагландинов, стабилизируют мембранные лизосомы, уменьшают фазу альтерации, подавляют лимфопоэз
	В виде аппликаций 100%-ый линимент нафтальновой нефти. Наносить на 15-20 минут 2-3 раза в день	Уменьшить или устранить лихенизацию кожи	
	Физиолечение Магнито-инфракрасно-лазерная терапия. Пограничные лучи Вукки	Противовоспалительное действие	
	Санаторно-курортное лечение Диета	В условиях сухого, теплого климата С исключением веществ, вызывающих сенсибилизацию (икра, шоколад, цитрусовые, клубника, а также острую пищу и пряности)	Экзематозный хейлит
	Гипосенсибилизирующая терапия	Кларитин 0,01 г; по 1 таб. 1 раз в сутки; сироп (5 мл — 5 мг) 2 чайные ложки 1 раз в сутки; супрастин 0,025 г по 1 таб. 3 раза в день (во время еды); димедолин 0,05 г по 1 таб. 2 раза в день (после еды). Курс 10 дней	Обладают противогистаминной, а также периферической антихолинергической активностью, блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов, препятствуют взаимодействию с ними гистамина, при этом снижается проницаемость капилляров, сужаются капилляры и вены, уменьшается отечность тканей

1	2	3	4
Гипносуггестивная терапия. Электрорсон	Снять чувство напряжения, страха, фиксированности на свое зabolеваниини	Устранение психо-эмоциональных расстройств	
Кортикостероидные мази, аэрозоли в виде аппликаций	Локакортен 0,02%, флюид-вар 0,025%, фторокорт 0,1%, целестотер-В 0,1%, тридерм. Наносить на пораженные участки туб гоноким слоем на 15-20 мин. Курс 5-10 дней	Устраниить воспаление, уменьшить экссудацию	Противовоспалительное, антиаллергическое, десенсибилизирующее действие. Снижает проницаемость сосудов, отек, гиперемию, судороги
Диета	В виде аппликаций нафталанской нефти	Уменьшить или устраниить лихенизацию кожи	При выраженной лихенизации
Рентгенотерапия (пограничные лучи Бухи)	Ограничение или полное исключение грибов, мясных бульонов, пряностей, цитрусовых в тяжелых случаях. Аналогично лечению других форм хейлита		
Иммунокорректоры	Аналогично лечению других форм хейлита		
		Макрохейлит	
Антигистаминные препараты	Супрастин 0,025 г, димедрол 0,05 г, пиплокарен 0,025 г по 1 табл. 3 р. в день, тавегил 0,001 г по 1 таб. 2 раза в день. Курс 10 дней	Уменьшает реакцию организма тканей, горизонт проводение нервных импульсов	Уменьшает проницаемость капилляров, отек
Кортикостероиды	Дексаметазон 3-5 мг/сут, на курс 125 мг		

1	2	3	4
Противомали- рийные препараты	Хингамин 0,25 г, делагил 0,25 г по 1 таблетке 1 раз в день, начиная с весны, постепенно увеличивать дозу до 2-3 табл. в день. Плаклевнил 0,4 г 2 раза в день. Курс 3-5 дней	Для профилактики и уменьшения яв- лений фотосенси- билизации	Оказывает тормозящее влияние на синтез ДНК. Оказывает умеренно выраженное противовоспа- лительное и иммуноаддессивное действие
Витамины гр. B	Вит. В ₆ (пиридоксин) 0,02- 0,05 г по 1 табл. 3 раза в день; 1-5%-ный р-р по 1-2 мл в/к или в/м. Курс 1-3 месяца	С целью улучшения липидного обмена	Для обеспечения ферментных процессов в головном мозге, регуляции белкового обмена, стимуляции образования гемоглобина и лейкоплазии
Антибиотики	Вит B ₂ (рибофлавин) в сочетании с вит B ₁ 0,01 г по 1 таблетке 3 раза в день. Курс 1-1,5 месяца.	Участвуют в окислительно-восстановительных реакциях и обмене веществ	Стимулирует синтез коллагена, регулирует про- цессы, для улучшения обменных процес- сов, в частности, белкового
	Вит. РР (никотиновая кис- лота) 0,1 г по 1 табл. 3 раза в день. Курс 1 месяц. По 1 мл 1% р-р 1-2 раза в день. Курс 15-20 дней	Стимуляция реге- нераторных процес- сов, для улучшения обменных процес- сов, в частности,	Активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микробов
	Окситетрациклин 100 000 ЕД 4-6 раз в день в/м 0,2- 0,25 г 3-4 раза в день (запи- вать водой). Курс 5-7 дней. Ампициллин 0,5 г 4-6 раз в сутки Курс 7-10 дней	Антимикробное действие	

анамнеза: отмечает появление частой «простуды» на губах. 1,5 года назад на том же месте появлялась эрозия. Самостоятельно лечил мазями (названий не помнит), постепенно эрозия эпителилизировалась. Из вредных привычек отмечает курение в течение 35 лет. При осмотре: красная кайма нижней губы слабо гиперемирована, слева от срединной линии имеется эрозия размером 0,6 на 0,4 см, с гладкой поверхностью, кровоточивости нет. При пальпации — уплотнения в основании не отмечается. Поставьте диагноз, обоснуйте. Проведите дифференциальную диагностику. Составьте план лечения.

3. Больная С., 25 лет, обратилась с жалобами на сильный зуд, жжение в области губ. Из анамнеза: больная свое заболевание ни с чем не связывает. Около двух недель назад начала применять новую губную помаду, но сразу после применения до настоящего времени никаких проявлений на губах не возникало. При осмотре: красная кайма верхней и нижней губ ярко гиперемирована, отмечается их отечность. Кожа лица на границе с красной каймой губ не изменена. Какой диагноз вы выставите? С какими заболеваниями губ проведете дифференциальную диагностику? Какие дополнительные методы обследования назначите данному пациенту?

4. Из района в областную стоматологическую клинику на консультацию был направлен больной Д. с диагнозом: эксфолиативный хейлит. Из анамнеза: работает механизатором в колхозе, впервые заболевание возникло весной 2000 года. Обращался к врачу-стоматологу, было рекомендовано смазывание губ мазью «Восток», проведен курс инъекций экстракта алоэ с тримекаином по переходной складке. Улучшения не было. В данном 2003 году при выходе на посевные работы вновь возникли сухость, жжение, в последующем отметил появление боли и эрозий. Больной попросил направление в обл. клинику. Пациент отмечает улучшение состояния в осенне-зимний период. Жалобы на момент осмотра: сухость, жжение и боль, появление эрозий на губах. При осмотре: изменений со стороны кож-

ных покровов нет. Красная кайма нижней губы слегка отечна. На гиперемированном фоне имеются мелкие эрозии, покрытые корочками. Правильно ли был выставлен диагноз и проведено лечение? Какой диагноз вы выставите? Какое лечение назначите?

5. На приеме у врача-стоматолога пациентка Б., 30 лет, при проведении эндодонтических манипуляций на зубе 26 внезапно пожаловалась на зуд кожных покровов. Лечение было прекращено, отложено на завтрашний день. Рекомендаций врач не дал. При повторном посещении врача больная пришла с жалобами на значительное увеличение нижней губы в размере, чувство одышки. При осмотре: отмечался отек в области век, щечных областей, нижней губы. Пальпация данных областей безболезненная. Изменений слизистой оболочки в области зуба 26 не выявлено, перкуссия безболезненная. Является ли это осложнением проведенного лечения? Какой диагноз вы поставите? Какой должна быть тактика врача?

Контрольные тесты

1. К собственно хейлитам относят:

- 1) эксфолиативный хейлит
- 2) актинический хейлит
- 3) глангулярный хейлит
- 4) экзематозный хейлит
- 5) макрохейлит

2. Воздействие УФ лучей — основной этиологический фактор для развития:

- 1) атонического хейлита
- 2) хейлита Манганотти
- 3) актинического хейлита
- 4) макрохейлита

3. Простой глангулярный хейлит обусловлен:

- 1) аллергической реакцией на химические вещества
- 2) повышенной чувствительностью к солнечной инсоляции

3) врожденной гипо- и гипертрофией мелких слюнных желез

4) нарушениями функций нервной системы

4. При экссудативной форме эксфолиативного хейлита характерна локализация:

1) от зоны Клейна до середины нижней губы с вовлечением кожи

2) только верхняя губа с захватом прилегающих участков кожи

3) только нижняя губа с вовлечением углов рта

4) от зоны Клейна до середины нижней губы без вовлечения кожи

5. Сочетание складчатого языка, неврита лицевого нерва, макрохейлита это:

1) синдром Мелькерсона-Розенталя

2) синдром Пуэнтэ-Ацеведо

3) синдром Бехчета

4) синдром Ослера-Рандю

6. Лечение хейлита Манганотти сводится:

1) к безотлагательному хирургическому иссечению очага

2) только консервативное лечение

3) хирургическому лечению при неэффективности консервативного

7. На развитие хронической трещины губ основное влияние оказывают:

1) анатомические особенности строения губ

2) заболевания эндокринной системы

3) профессиональные вредности

4) аллергические реакции

8. Дифференциальную диагностику метеорологического хейлита проводят с:

1) атоническим хейлитом

2) эксфолиативным хейлитом (сухой формой)

3) контактным аллергическим хейлитом

4) актиническим хейлитом

9. При контактном аллергическом хейлите характерна:

- 1) аллергическая реакция немедленного типа
- 2) аллергическая реакция замедленного типа

10. Развитие вторичного гlandулярного хейлита связано с:

- 1) гипо- и гиперплазией мелких слюнных желез
- 2) хроническим воспалением красной каймы в результате первичного заболевания
- 3) воздействием неблагоприятных метеорологических факторов
- 4) сенсибилизацией организма к различным аллергенам

Тема 12. Красный плоский лишай (КПЛ). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение

Цель занятия: Научиться диагностировать, проводить дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями и выбирать и проводить методы лечения красного плоского лишая.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

1. Анатомо-гистологическое строение слизистой оболочки щек, губ, языка, дна полости рта.
2. Бесполосные элементы поражения слизистой оболочки рта и кожи. Патологические процессы, лежащие в основе их образования.
3. Методы обследования больных с заболеваниями СОПР.
4. Взаимосвязь заболеваний слизистой оболочки рта с заболеваниями внутренних органов.
5. Методика применения лекарственных средств для местного лечения заболеваний слизистой оболочки рта.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Определение заболевания, теории его этиологии и патогенеза.
2. Роль местных факторов в патогенезе КПЛ.
3. Клиническая симптоматика основных форм КПЛ.
4. Дополнительные методы исследования, необходимые для обоснования диагноза КПЛ.
5. Какие формы КПЛ являются предраками?
6. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать различные формы КПЛ?
7. Особенности терапии больных КПЛ в зависимости от клинических проявлений.

Схема ориентировочной основы действия по диагностике красного плоского лишая

Порядок обследования	Выявленные диагностические симптомы			Патогенетическое обоснование выявленных симптомов
	1	2	3	
	Типичная форма			Отсутствуют субъективные ощущения
A. ОПРОС				
1. Жалобы	Нет			
2. Анамнез заболевания	Больной не знает о своем заболевании			
3. Анамнез жизни				Предрасполагают к развитию красного плоского лишая. Снижают резистентность организма.
а) Перенесенные и сопутствующие заболевания	Неврозы, гастриты, колиты, заболевания печени, поджелудочной железы, заболевания сердечно-сосудистой и эндокринной систем, сенсибилизация к лекарственным и химическим веществам			
B. ОСМОГР				
1. Внешний осмотр	Не изменены			
а) Подчелюстные и подбородочные л/узлы				
б) Кожные покровы				Утолщение всех слоев эпидермиса, акантоз, умеренный гиперкератоз. Утолщение язвистого слоя неравномерное: сильно утолщенные слои (гипергризулез) чередуются с нормальными. В верхней части дермы имеются папилломатоз, воспалительный инфильтрат, состоящий преимущественно из лимфоцитов. Иногда между эпидермисом и инфильтратом дермы расположены цемевидные простиранства с серозным содержимым.
	1) Не изменены			
	2) На сгибательной поверхности предплечий, лучезапястных суставов, внутренней поверхности бедер, разгибательной поверхности голеней имеют папулы 2–3 мм полигональной формы, с блестящей поверхностью и центральным западнением, розовато-фиолетового цвета			

1	2	3	8
2. Осмотр слизистой оболочки рта	Беловато-перламутровые папулы размером до 2 мм сливаются в причудливые рисунки кружева, сетки, листьев папоротника и расплываются на фоне бледно-розовой слизистой оболочки носа, губ, ротоглотки и языка, боковых поверхностях языка	В эпителизированном слое наложение акантоза, паренхиматоза, гиперкератоза. В сосочковом слое воспалительный инфильтрат, пресобладают лимфоциты. Течение хроническое	
A: ОПРОС 1. Жалобы		Экссудативно-гиперемическая форма 1. Ссадинение, зуд, жжение слизистой оболочки рта. 2. Шероховатость	Воспалительный экссудат в собственно слизистом слое и желтогоры воспаления сдавливают и раздвигают первые складки. Ороговевающие папулы в эпителии
2. Анамнез заболевания: а) данность заболевания;		Несколько недель или несколько месяцев	Больной руководствуется субъективными опущениями
(б) с чем связывает		С различными внешними раздражителями (острой, раздражающей пищей, приемом лекарств, протезированием и др.)	Хронические заболевания снижают защитные свойства организма и резистентность СОИР. Функционально неполноценная слизистая оболочка рта адсорбирует (химические, лекарственные, микробные агенты) и сенсибилизируется. Снижается ее устойчивость к траумам
в) эффективность проводимого лечения		Уменьшение или исчезновение первичных общущений	Истечание гиперемии слизистой оболочки рта (переход в типичную форму) достигается через 2-8 недели от начала лечения
3. Анамнез жизни		То же, что и при типичной форме. Возможно обострение некоторых сопутствующих заболеваний, которые могут способствовать переходу типичной формы в экссудативно-гиперемическую	

1	2	3
<p>В. ОСМОТР</p> <p>1. Внешний осмотр</p> <p>2. Осмотр слизистой оболочки рта</p>	<p>Аналогично типичной форме</p> <p>На гиперемированном фоне слизистой оболочки щек, губ, дна полости рта, ретромолярной области, боковых поверхностей языка имеются множественные беловато-перламутровые папулы размером до 2 мм. Папулы сливаются в преградные рисунки, напоминающие кружева, сетки, листья палеротника. Может поражаться красная кайма губ.</p>	<p>Соединительнотканый слой слизистой оболочки стечено, воспалительный инфильтрат более выражен, чем при типичной форме. Значительное удлинение межсосочковых отростков эпителия</p>
<p>А. ОПРОС</p> <p>1. Жалобы</p> <p>2. Анамнез</p>	<p>Эрозионно-язвенная форма</p> <p>Появляются болезненные высыпания на СОПР (эррозии). Постоянная боль, жжение затрудняют речь, прием пищи воспаления, токсины, внешние химические и механические факторы раздражают СОПР</p> <p>От нескольких дней до нескольких лет</p> <p>а) давность процесса;</p> <p>б) с чем связывает больной появление эрозий;</p> <p>в) периодичность рецидивов эрозий;</p>	<p>Нарушена целостность эпителия. Воспалительный экссудат в собственно слизистом слое, медиаторы воспаления, токсины, внешние химические и механические факторы раздражают СОПР</p> <p>Является результатом прогрессирования типичной эрозионно-гиперемической формы</p> <p>Ослабляются защитные свойства организма, снижается резистентность СОПР к травмам и ее регенеративные свойства. В эпителиальном слое явления некроза, паранекроза, гиперкератоза.</p> <p>Зависит от общего состояния организма, от лечения сопутствующих заболеваний, от воздействия провоцирующих факторов, от проводимого лечения</p>

1	2	3
а) эффективность проводимого лечения	Трудно поддается лечению. Эффект наступает постепенно, через несколько недель или месяцев комплексного лечения: исчезает гиперемия слизистой оболочки рта, эпителизируются язвы (переход в типичную форму).	Лечение эффективно в случае правильного выбора методов и средств патогенетической терапии, лечения сопутствующих заболеваний, лечения предшествующей формы красного плоского лишая
3. Анализ жизни	Аналогично экссудативно-гиперемической форме	
3. ОСМОТР	<p>а) Внешний осмотр:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) полустоны и подбородочные лимфоузлы; 2) конные покровы; 	<p>а) Красная кайма губ</p> <p>1. Может быть не изменена. 2. Могут быть небольшие болячки, сажка, шелунающиеся, имеющие на поверхности серовато-белую сетьку из капилляров, могут быть эрозии.</p> <p>б) Аналогично типичной форме</p> <p>1. Может быть не изменена. 2. Могут быть небольшие болячки, сажка, шелунающиеся, имеющие на поверхности серовато-белую сетьку из капилляров, могут быть эрозии</p> <p>в) Аналогично гиперемии слизистой оболочки полости рта</p>

1	2	3
Буллезная форма		
A. ОПРОС1. Жалобы	Болезненность слизистой оболочки, усиливающаяся при приеме пищи; образование пузырей	Нарушение целостности эпителия вследствие разрыва покровки пузыря. Воспалительный экссудат, механические и химические факторы (пища и др.) раздражают нервные окончания слизистой оболочки полости рта
2. Анамнез заболевания	Аналогично другим формам заболевания	
3. Анамнез жизни	Аналогично другим формам заболевания	
B. ОСМОТР		
1. Внешний осмотр	Аналогично другим формам заболевания	
2. Осмотр слизистой оболочки полости рта	В цвете не изменена или гиперемирована. Пузыри от 5 до 20 мм в диаметре с мутными или кровянистым содержимым. Папулы множественные, образуют характерный рисунок (кружева, листа папоротника и др.)	Экссудат (водянка) разливается субъ- зингивально. Выраженная круглолегочная ин- фильтрация собственно слизистой оболочки. Капилляры расширены. Диапедез эритроцитов создает кровянистое содержимое пузыря. В эпите- лии геранноморфный акантоз, паракератоз, гипер- кератоз. Вакуольная дистрофия базального слоя епителия. Базальная мембрана может быть разру- шена инфильтратом
Гиперкератотическая форма		
A. ОПРОС	Шероховатость, необычный вид слизистой оболочки рта.	Обусловлены элементами поражения (блisterами), вывышающимися над уровнем окружавшей слизистой оболочки

1	2	3
2. Анализ наблюдения	Аналогично другим формам	
3. Анализ жизни	Аналогично другим формам	
В. ОСМОТР	Аналогично типичной форме.	
1. Внешний осмотр		
2. Осмотр слизистой оболочки полости рта	<p>На фоне характерных пегулезных элементов (до 2 мм в виде кружев, листа папоротника) расположаются единичные бляшки различной формы и очертаний с четкими границами, возникающие над окружающими СОПИ. Слизистая оболочка вокруг гиперемизирована или бледно-розового цвета</p>	<p>Воспалительный инфильтрат в собственно слизистом слое, межадитивальные сосочки удлинены. В эпителизиальном слое акантоз, пираракератоз, выраженный гиперкератоз, гранулез</p>
		Атипичная форма
А. ОПРОС		
1. Жалобы	Жжение, болезненность, кровоточивость десны в области верхних резцов, особенно при чистке зубов	Аналогично экскудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая
2. Анализ заболевания:		Развивается первично
a) давность заболевания:	От нескольких недель до нескольких лет	
b) с чем связывает:		
c) с чем связывает больной начало заболевания:		
d) периодичность:		
	Аналогично другим формам	
	Аналогично другим формам КИЛ	

1	2	3
г) Эффективность проводимого лечения	Лечение, как правило, проводится по поводу гингивита, пародонтита (шибочная диагностика) и поэтому неэффективно	
3. Анамнез жизни Б. ОСМОТР	Аналогично другим формам КПЛ 1. Внешний осмотр 2. Осмотр слизистой оболочки полости рта	Десна в области верхних центральных зубов и слизистая оболочка верхней губы — характерная локализация патологического процесса (гиперемия, отечность, макерадия эпителия, редко зрацин). Устья слюнных желез на слизистой оболочке верхней губы расширены
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ		
1. Консультации других специалистов	Терапевт, невролог, эндокринолог, аллерголог	С целью выявления и лечения фоновых заболеваний
2. Цитологическое исследование (при подозрении на малигнизацию)	Соскоб с участков длительно неизменяющихся эрозий и гиперкератических бляшек (при подозрении на озлокачествление)	Атипичные клетки не обнаруживаются
3. Бактериоскопическое исследование	Проводится аналогично	Для исключения мицелия кандиды, фузобактерий и спирохет.
4. Люминисцентная диагностика (Лучи Вуда)	Папулы КПЛ дают беловато-желтое свечение	С целью дифференциальной диагностики с лейкоплакией и красной волчанкой

1	2	3
5. Определение микротоков	Гальванизм	Ингибирует действие ряда ферментов слюны и яв- ляется фактором, провоцирующим возникновение КПЛ на СОПР. Нарушает местный фагодигоz, способствует сенсибилизации СОПР
6. Биохимические исследования крови	Количественное содержание сахара, печеночные пробы, протромбиновый индекс и др.	Имеются данные о патогенетической зависимости КПЛ от сахарного диабета и гипертонии (синдром Гринппана) от заболевания печени
7. Аллергологическое исследование	Кожные пробы, лабораторные тесты (ИФА, РГМЛ, РБГ ТДТК ВГ и др.).	Для выявления сенсибилизации к лекарствам, хи- мическим веществам, зубопротезным материалам, пищевым продуктам и бактериальным аллергенам, т.к. предполагается, что КПЛ в некоторых случаях может представлять собой аллергическую реакцию

Схема ориентировочной основы действий по лифтерициальной диагностике красного плоского лишая

Заболевание, с которым проводится дифференциальная диагностика	Оптические клинические признаки, характерные для заболевания, с которым проводится дифференциальная диагностика
1	
ТИПЧНАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ	дифференцируется со следующими заболеваниями
Плоская лейкоплакия	Элемент поражения (пятно), как правило, единичный, расположается соответственно травме (острые края протеза, коронки, дым папиросы). Не поражается кожа.
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ	дифференцируется со следующими заболеваниями
Аллергический стоматит	Начало острое. Недомогание, повышение температуры снято с приемом лекарств. Отечность слизистой резко выражена. Эрозии быстро опухают и разрастаются (4-10 дней). Папул нет. Не рецидивирует, если исключен контакт с аллергеном. Положительные кожные пробы с аллергеном и тесты <i>in vivo</i> аллергodiагностики. Гистологически в очаге лимфоциты, плазмоциты, эозинофилы, нейтрофилы, тучные клетки.
Доброкачественная пузырчатка	Наиболее частая локализация: альвеолярные десны, переходная складка. Трение СОПР вызывает образование геморрагического или светлого пузыря в соответствующем участке. Папулезных элементов нет.
Красная волчанка	Поражение СОПР, как правило, предшествует характерным вритмическим пятнам на коже (чаще лица, красной каймы губ). Изолированное поражение слизистой оболочки рта не наблюдалось. Провоцирующим фактором является солнечный свет, т.к. у больных резко повышена чувствительность кожи к солнечному свету. Вокруг зон зуда на фоне вритмов имеется радиально расходящаяся от центра очага белая полосковидная тонкая исчерченность (особенности ороговения)

	<p>По периодии явления ороговения усиливается, образуя слегка возвышенный бордюр. После за jakiания эрозии остаются ятрофические рубцы. Очаги ороговения при красной волчанке на слизистой оболочке рта в лучах Вуда имеют белое или беломутное свечение в виде полосок и точек. В краях выделяются воспалочные клетки, астигма и ДНК клетки. Методом РИФ выявляются отложения ДНК в базальной мембране. Гистологически: эпакулярная дегенерация клеток базального слоя, лентгенерация коллагеновых волокон, периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов, пролиферация сосудов</p> <p>БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ дифференцируется со следующими заболеваниями</p>	<p>Пузыри образуются вследствие травмирования (травмы) слизистой оболочки протезом, пульцевым комком и др. Содержимое пузырей — геморрагическое. В анамнезе сердечно-сосудистые заболевания, гипертония. Больные, как правило, старше 40 лет. Цитологически — усиленная проницаемость (ломкость) стенок мелких сосудов, деструкция базальной мембрани, что обуславливает связь между эпителием и соединительно-тканным слоем слизистой оболочки рта</p>	<p>ГИПЕРКАРДОТИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ дифференцируется со следующими заболеваниями</p> <p>Очаг гиперкератоза (блочка) чаще единичный. Расположение его соответствует воздействию травмирующего фактора (острый край зуба, протеза, дым папиросы). Нет папулезных элементов. Гистологически: преобладает гиперкератоз. Наиболее часты локализации блочки — слизистая оболочка узлов рта, неба, спинки языка, красная кайма губ</p>	<p>ЭКСУДАТИВНО ГИПЕРЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ дифференцируется со следующими заболеваниями</p> <p>Кандидоз слизистой оболочки полости рта</p> <p>В анамнезе длительный прием антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, Болезнь СОПР более выражена. Белесоватые образования представляют собой колонии дрожжевого мицелия, которые при длительном существовании процесса сливаются, пропитываются фибрином и образуют тугие беловато-серого цвета пленки. При поскабливании налет снимается, обнажая гиперемированную или эрозивную поверхность. Нет ажурного рисунка папул на слизистой оболочке. При микроскопическом исследовании соскоба со слизистой оболочки обнаруживаются в большом количестве спирообразные клетки гриба кандиды</p>
--	--	---	--	---

Схема ориентировочной основы действия по лечению красного плоского лишая

Этапы лечения	Средства и способы применения	Цель использования препарата	Механизм действия	
			1	2
Типичная форма				
1. Местное лечение	а) санация полости рта, устранение гальванизма. Механических трахимирующих факторов; протезирование; обучение гигиене рта;	Предупреждение осложнений, прогрессирования заболевания. Нормализация функций эпителиальных клеток, предотвращение прогрессирования язвений	Стимулирует регенерацию эпителиальных клеток	
2. Общее лечение: а) воздействие на ЦНС	Транквилизаторы (феназепам 0,005 г, сибазон 0,005 г, реланиум 0,005 г, азленин 0,005 г, рудогель 0,02 г и др.) по 1 таб. 2 раза в день. Седативные средства: бромид натрия 0,1 г 3-4 раза в день, настойка валерианы, пустырника по 20-25 кап. 2 раза тракта в день	Устранение чувства напряжения, волнения, страха при нейротических расстройствах, эмоциональных стрессовых ситуациях больных.	Угнетают возбудимость подкорковых областей (лимбической системы, таламуса, гипоталамуса), которые отвественны за осуществление эмоциональных реакций. Усиливают и концентрируют процессы торможения в коре большого мозга, выравнивают баланс между процессами возбуждения и торможения	
б) Витаминотерапия	Поливитаминные комплексы по схеме в течение 2-3 месяцев	Улучшить обменные процессы, повысить сопротивляемость организма	При комбинированном применении витамины оказывают более сильное и разностороннее биологическое действие, участвуют в различных биологических процессах	

1	2	3	4
Витамин «А» масляный раствор 3,44% по 10 капель внутрь в течение 1-1,5 месяца. Тигазон 30-40 мг в сутки в течение 10 дней, по 20 мг в течение 14 дней	Нормализация функций эпителиальных клеток, предотвращение прогрессирования явлений гиперкератоза	Прииммаеает активное участие в окислительно-восстановительных процессах за счет ненасыщенных связей в его молекуле, регулирует регенерацию эпителиальных клеток	
Консультации специалистов Невропатолог; гастроентеролог-кардиолог	Выявление сопутствующих заболеваний	Профилактика и лечение заболеваний ЖКТ, ССС, нейрозов	
1. Местное лечение: а) обезболивание (ротовые вмяночки, аппликации 3-5 мин); б) санация полости рта;	Устранение болевых ощущений Экссудативно-гиперемическая форма	Понижают или полностью подавляют возбудимость чувствительных нервных окончаний и тормозят проведение возбуждения по нервным волокнам	Понижает состав микрофлоры полости рта, ферментативную активность слизи
в) местная противоспалительная терапия: - вяжущие средства, - антисептики и ферменты;	Обучение гигиене рта. Лечение карисса, пародонтита, устранение гальванизма, механических травмирующих факторов, протезирование	Предупреждение осложнений и прогрессирования заболевания	Вызывают сужение капилляров на месте применения, уплотняют их стени, уменьшают гиперемию, выделение экссудата, понижают активность ферментов, секрецию желез, коагулируют белок прополазмы микробной клетки окончания

1	2	3	4
г) кератопластики	Масляные растворы: витамин А 3,44%, витамин Е 30%. Аппликации вращением гиперкератоза явленный гиперкератоза	Нормализация функции эпите- тических клеток, предот- вращение прогрессирования	Оказывают бактерицидное и противовоспалительное действие, стимулируют фагоцитоз Стимулируют регенерацию эпителиальных клеток
2. Общее лечение: а) витаминно- терапия;	Никотиновая кислота (витамин PP) по 0,05 г 2-3 раза в течение 1-1,5 месяцев	Нормализация обменных процессов, в частности, в слизистой оболочке рта	Участвует в окислительно- восстановительных процессах, влияет на углеводный, белковый, жировой и водно-солевой обмен
б) противогиста- минные средства;	Пантотенат кальция 0,2 × 3 раза в день в течение 1-2 мес.	Поливитамины (см. типичную форму)	Влияет на углеводный и жирный обмен, стимулирует образование кортикостеронидов
	Аскорбиновая кислота по 0,05 4-5 раз в день в течение 1-2 месяцев.	Уменьшает экссудацию, повышает сопротивляемость организма	Регулирует производимость стенки сосудов, участвует в синтезе гормо- нов коры надпочечников, окисчи- тельно-восстановительных процес- сах, повышает общую сопротивим- остью организма
	Димедрол 0,05, супрастин 0,025, дизаскин 0,05, фен- карол 0,01, тавегил 0,001 1 раз в день после еды в течение 10 дней	Оказать десенсибилизирующую щее и противовоспалитель- ное действие	Блокируют Н-рецепторы тканей, чем прелягают взаимодействию с ними гистамина. При этом сни- жается производимость капилляров, сужаются расширенные гистами- ном капилляры и вены, уменьша- ется отечность тканей

1	2	3	4
В) Лечение общих заболеваний у соответствующих специалистов			
Эрозионно-язвенные формы			
I. Местное лечение: а) санация полости рта;	Лечение карисса, пародонита, устранение гальванизма, механических травмирующих факторов. Протезирование. Обучение гигиене полости рта.	Предупреждение осложнений и прогрессирования заболевания.	Санация очагов одонтогенной инфекции снижает микробную сенсибилизацию, нормализует состав микрофлоры рта. Устранение гальванизма нормализует ферментативную деятельность слизи. Прогезирование восстанавливает функцию жевания пищи
б) обезболивание СОПР (ротовые ванночки, аппликации 3-5 мин);	Грилемакин, лидокайн 3-5%-ый р-р, 1%-ый р-р новокаина, 5%-ая взвесь аnestезина и глицерина, масло (черниковое, оливковое)	Устранение болевых ощущений	Повышают или полностью подавляют возбудимость чувствительных нервных окончаний и тормозят проведение возбуждения по нервным волокнам
в) антисептики;	Перекись водорода 0,5-1% -ая (в виде полосканий)	Устранить или ослабить влияние вторичной микрофлоры на поврежденную слизистую оболочку рта, уменьшить или остановить кровоточивость зевовой и непрятный запах изо рта	При соприкосновении с тканями разлагается с образованием атомарного кислорода, который является сильным окислителем, что обуславливает антисептическое и противоспалительное действие
	Хлоргексидин 0,06%-ый р-р в виде полосканий. Мирамистин 0,01%-ый р-р в виде полосканий	Устранять или ослабить влияние вторичной микрофлоры	Оказывает выраженное бактерицидное действие на большинство грам-положительных и грамотрицательных бактерий, простейшие, спирохеты, риккетси и крупные вирусы

1	2	3	4
Лизоцим 0,05-0,25% для аппликаций	Устранил или ослабить влияние вторичной микрофлоры на поврежденную СОПР	Оказывает бактериолитическое и противовоспалительное действие, стимулирует фагоцитоз	
(г) вяжущие средства:	Отвары листьев шалфея, травы зверобоя, цветков ромашки, коры дуба, лапчатки прямостоячной и др. (в виде полосканий, аппликаций)	Уменьшил воспаление и болевые ощущения	Вызывают сужение капилляров на месте применения, уплотняют их стенки, уменьшают гиперемию, выделение экссудата, понижают активность ферментов, секрецию желез, коагулируют белок протоплазмы микробной клетки
д) кортикостероидные препараты:	Аппликации 0,5-1 %-ой гидрокортизоновой мази, флуцинара, фторокорта 0,1%, лориндана-С и др. Инъекции суспензии гидрокортизона 1-1,5 мл под очаги поражения 1 раз в 3 дня. Курс 8-12 инъекций	Уменьшил воспаление и отечность слизистой оболочки рта	Снижают проницаемость капилляров, уменьшает отек. Тормозят синтез простагландинов, уменьшают фазу альтерации, оказывают антигистаминное действие
(е) эпителизирующие средства (один из предлагаемых препаратов в зависимости от тяжести процесса, переносимости препарата, его наличия в аптечке):	Аппликации: Масляный раствор витамина А (ретинола ацетат 3,44%), каротолин, масло шиповника, рыбий жир, облепиховое масло. Солкосерил-дентал, солкосерил-желе. Солкосерил-мазь в виде аппликаций на эрозии.	Ускорить эпителизацию эрозий и язв. Ускорить эпителизацию, очистить рану от налета	Принимает активное участие в окислительно-восстановительных процессах за счет большого количества ненасыщенных связей в его молекуле, стимулирует регенерацию эпителия, предотвращает явления гиперкератоза, повышает устойчивость слизистых оболочек к инфекциям

	1	2	3	4
	Солкосерил 2 мл под очаги поражения через день, на курс 10-15 инъекций.	Инруксол мез (аппликации) биогенные препараты	Хонсурид (аппликации, инъекции под элементы поражения) по 1 мл через день (0,1 г хонсурода в 10 мл 0,5% новокаина) курс 10-15 инъекций	Содержит протеолитический фермент кластрил-пептидазу, очищает раны, способствует грануляции
			Улучшить тканевой обмен слизистой оболочки рта, ускорить эпителизацию эрозий и язв	Действующим веществом является хондроитинсерная кислота (высокомолекулярный мукополисахарид), который участвует в построении основного вещества соединительной ткани

2. Общее лечение:
а) воздействие на ЦНС. См. выше;
б) витаминно-терапия:

Нимотиновая кислота (таблетки, порошки для приема внутрь). Курс лечения 1-2 месяца. 1%-ный р-р для инъекций под элементы поражения по 1 мл через день) на курс 15-20 инъекций

Витамины В₁ 2,5%; В₆ 1% 1,0 в/м через день курс — 20-25 инъекций

Аскорбиновая кислота 0,05 г по 1 драже 3 раза в день в течение 1-2 мес.

	1	2	3	4
	Витамин «А» масляный р-р 3,44% по 10 капель на хлеб 3 раза в день в течение 1–1,5 месяцев. Тигазон 30–40 мг в сутки в течение 10 дней, по 20 мг в течение 14 дней	Нормализация функций эпителиальных клеток, преодоление прогрессирующей язвенной гиперкератоза в течение 10 дней, по 20 мг в течение 14 дней	Принимает активное участие в окислительно-восстановительных процессах за счет ненасыщенных связей в его молекуле, регулирует регенерацию эпителиальных клеток	Принимает активное участие в окислительно-восстановительных процессах за счет ненасыщенных связей в его молекуле, регулирует регенерацию эпителиальных клеток
в) противовоспалительные средства;		Оказывают противовоспалительное, противоаллергическое действие. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы не рекомендуется прием кортикоステроидов 5–7 дней	Оказывают выраженное противовоспалительное действие. Действуют на все фазы воспаления	Оказывают выраженное противовоспалительное действие на все фазы воспаления
	Делагил (хингамин) таблетки по 0,25 г по 1 таб 1 раз в день в течение 1–1,5 месяцев	Пресодил (0,75 мг преднизолона, 40 мг хлорорхина фосфата, 0,2 мг салициловой кислоты) по 1 табл. 2–3 раза в день в течение 4–6 недель	Оказывают противовоспалительное действие	Механизм действия обусловлен препараторами, входящими в его состав; преднизолон (0,75 мг), делагил (40 мг), ацетилсалициловая кислота (0,2 г).
г) противоглистные средства;		Димедрол (0,05 г), супрастин (0,025 г), дизодолин (0,1 г), фенкарол (0,5 г), тавегил (0,001 г) принимаются внутрь по 1 таб. 1 раз в день после еды — 20–30 дней	Оказывают неспецифическое действие	Блокирует H1-рецепторы гладкой мускулатуры, вызываемой аллергическим проплантствующим гистамином. При этом снижается проницаемость капилляров, служащих расширенные гистамином капилляры и меняют, уменьшается отечность тканей

1	2	3	4
д) гипосенсибилизирующие средства	Гисталюбулин (содержит гистамин и глобуulin человеческий). Вводится подкожно по 2-3 мл через 3 дня. Курс 8-10 инъекций	Оказывает неспецифическое действие. Назначается при повышенном содержании гистамина в крови	При введении препарата вырабатываются антигистаминные антитела и повышается способность выворотки инактивировать свободный гистамин
е) иммуномодуляторы	Андекалин 20-40 ед. (внутримышечно через день). Курс в тканях, ускорить аппелизацию. 15-20 инъекций. Ликопид 10 мг 2 раза в день в течение 14-20 дней. Имудон по 6-8 таб. в день 14-21 дней. Полиоксидоний 6 мг в/м 5 инъекций через день	Улучшить микроциркуляцию в тканях, ускорить аппелизацию. Нормализация показателей местного и общего иммунитета	Вызывает расширение периферических кровеносных сосудов, понижает артериальное давление. Увеличивает фагоцитарную активность нейтрофилов, синтез антител и цитоминон
ж) лечение общих заболеваний	Производится соответствующими специалистами	Уменьшить тяжесть заболевания, предупредить рецидивы	Воздействие на патогенез заболевания
з) физиотерапия	Гелий-неоновый лазер, КУФ № 10 ежедневно или через день	Ускорить эпителизацию, ослабить влияние вторичной инфильтрации на поврежденную СОПР	
и) криодеструкция	Жидким азотом воздействующ на длительно неаживующую язву (от нескольких месяцев до 1-2 лет)	Стимулация заживления язвы	

Гиперкератотическая форма

Если сочетается с другими соединительными формами, то лечение аналогично

1	2	3	4
2 Криохирургия	Жидким азотом воздействуют на бляшку	Удаление очага гиперкератоза с целью профилактики малигнизации	Под воздействием жидкого азота происходит криодеструкция и последующее отторжение бляшки
3. Общее лечение	Аналогично тем формам, с которыми сочетается гиперкератотическая форма		
1. Местное лечение	Аналогично эрозивно-язвенной форме		<i>Буллезная форма</i>
2. Общее лечение		Аналогично тем формам, с которыми сочетается при перманентном течении аналогично лечению эрозивно-язвенной формы	

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. Больной М., 53 лет, обратился с жалобами на дискомфорт в полости рта, чувство стянутости, шероховатости слизистой оболочки щек. При осмотре: на слизистой оболочке щек множественные небольшие (1–2 мм) папулы беловатого цвета располагаются в виде рисунка, при поскабливании не снимаются. Слизистая оболочка в цвете не изменена. Во рту имеются металлические мостовидные протезы с опорой на зубах 17, 14 и на зубах 38, 35.

Поставьте диагноз. Что необходимо выяснить из анамнеза? Какие дополнительные исследования необходимо провести? Составьте план лечения.

2. Больная Л., 45 лет, обратилась с жалобами на сухость, жжение и болезненность слизистой оболочки рта при приеме острой пищи. Больная состоит на диспансерном учете по поводу невроза и гипертонической болезни. При осмотре: слизистая оболочка задней трети щек и ретромолярной области слева и справа гиперемирована с множеством мелких беловато-серых папул, сливающихся в кольца, нити. При поскабливании папулы не снимаются. Полость рта санирована.

Поставьте диагноз. Обоснуйте.

3. Больная К., 40 лет, обратилась с жалобами на болезненность и кровоточивость десны в области верхних фронтальных зубов. Неоднократно в течение последних 3 лет проводилось лечение десен в пародонтологическом кабинете, отмечалось кратковременное, незначительное улучшение. В последние месяцы состояние ухудшилось, усилилась болезненность десны. При осмотре: слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, хорошо увлажнена. Десневой край в области премоляров и моляров обеих челюстей плотно прилегает к зубам. Слизистая оболочка десневых сосочеков и альвеолярной десны в области зубов 13, 21, 11, 21, 22, 23 гиперемирована, несколько отечна, имеются две небольшие эрозии на альвеолярной десне соответственно зубов 12, 23. Контактирующая

слизистая оболочка верхней губы также гиперемирована, макерирована.

Поставьте диагноз. Какие дополнительные исследования необходимо провести? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? Составьте план лечения.

4. Больная В., 55 лет, обратилась с жалобами на периодическое образование пузьрей на десне и щеках, болезненность при приеме пищи.

При осмотре: слизистая оболочка бледно-розового цвета, достаточно увлажнена. На слизистой оболочке переходной складки нижней челюсти с переходом на щеки и альвеолярную десну имеются мелкие папулезные элементы, образующие ажурный рисунок. На альвеолярной десне справа имеется спавшийся подэпителиальный пузирь (1,0 x 1,5 см). Слизистая оболочка вокруг пузьря слегка гиперемирована, болезненна при прикосновении.

Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику. Каковы особенности лечения данного заболевания?

5. Больная М., 50 лет, обратилась с жалобами на сильные боли в полости рта, затрудненный прием пищи. Из анамнеза: больная страдает компенсированным сахарным диабетом, пищевой аллергией. Болезненные высыпания во рту появляются периодически в течение нескольких лет, заживление длительное. Улучшение наступает после продолжительного местного и общего лечения. При осмотре: слизистая оболочка щек, дна полости рта, боковой поверхности языка гиперемирована, имеются мелкие папулезные элементы в виде рисунка, эрозии различной величины, покрытые плотным фибринозным налетом. Снятие налета сопровождается кровоточивостью и болью.

Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику. Какие местные факторы, влияющие на течение заболевания, не описаны? Какие дополнительные исследования необходимо провести? Назначьте общее и местное лечение.

Контрольные тесты

1. Патогистологические процессы, характерные для КПЛ:

- 1) спонгиоз
- 2) акантоз
- 3) гиперкератоз
- 4) акантолиз

2. Основной морфологический элемент поражения при КПЛ:

- 1) пятно
- 2) пузыrek
- 3) папула
- 4) корка

3. Излюбленная локализация папул при КПЛ:

- 1) слизистая ретромолярной зоны
- 2) на слизистой щек по линии смыкания зубов ближе к углам рта
- 3) спинка и боковая поверхность языка

4. Формы КПЛ:

- 1) типичная
- 2) эрозивно-язвенная
- 3) экссудативно-гиперемическая
- 4) гиперкератотическая
- 5) гиперпластическая

5. Синдром Гришицана — это сочетание КПЛ с:

- 1) сахарным диабетом и гипертонией
- 2) остеохондрозом и язвенной болезнью желудка
- 3) пиелонефритом и пузырчаткой

6. Типичную форму КПЛ дифференцируют с:

- 1) лейкоплакией
- 2) кандидозом
- 3) хроническим рецидивирующими афтозным стоматитом
- 4) красной волчанкой

7. К каким видам предрака относят эрозивно-язвенную форму КПЛ?

- 1) облигатным
- 2) факультативным

8. Местное лечение эрозивно-язвенной формы КПЛ:

- 1) профессиональная гигиена
- 2) прижигающие средства
- 3) кератопластики
- 4) санация полости рта
- 5) фунгицидные средства

9. Свечение в лучах Вуда очага поражения при КПЛ:

- 1) снежно-белое
- 2) бело-желтое
- 3) оранжевое

10. Общее лечение КПЛ, эрозивно язвенной формы:

- 1) витаминотерапия
- 2) седативные средства
- 3) нейролептики
- 4) кортикоステроиды
- 5) антибиотики

Тема 13. Дерматозы, сопровождающиеся пузырными элементами (пузырчатка)

Цель занятия: Научиться диагностировать дерматозы, сопровождающиеся пузырными элементами, проводить дифференциальную диагностику пузырчатки, выбирать и проводить методы лечения соответственно клинике заболевания.

Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

1. Анатомо-гистологическое строение СОПР.
2. Полостные элементы поражения СОПР, патологические процессы, лежащие в основе их образования.
3. Методы обследования стоматологических больных с заболеваниями СОПР.
4. Взаимосвязь заболеваний СОПР с заболеваниями внутренних органов.
5. Методика применения лекарственных веществ для местного лечения заболеваний СОПР.

Вопросы для проверки исходных знаний

1. Теории этиологии и патогенеза пузырчатки.
2. Перечислить клинические формы пузырчатки.
3. Клиника акантолитической пузырчатки. Особенности диагностики, роль дополнительных методов исследования.
4. Дифференциальная диагностика. Общее и местное лечение. Профилактика осложнений.
5. Клиника и лечение пемфигуса.

Логико-дидактическая структура темы



**Схема ориентировочной основы действия по диагностике
акантолитической пузырчатки**

Порядок обследования	Выявленные диагностические симптомы			Патогенетическое обоснование выявленных симптомов
	1	2	3	
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ				
А. ОПРОС				
1. Жалобы	Боль в области СОЛР, усиливающиеся при приеме пищи, разговоре. Осиплость голоса. Наличие взрязей на слизистой оболочке, коже			Нарушение целостности эпителия вследствие разрыва покрытия пузыря. Воспалительный процесс, механический и химический факторы раздражают нервные окончания
2. Аналisis	От нескольких дней до нескольких ме- сяцев. Начинается с момента возникно- вения боли в полости рта. Стressовые ситуации, обострение фоновых заболе- ваний, травмы СОЛР. Заболевание про- текает волнообразно с периодами обост- рения. Трудно поддается лечению.	Заболевания: а) давность заболевания; б) с чем больной связывает появление взрязий; в) периодичность прогрессирования заболевания возмож- но только при применении кортикосте- роидов;	Эпителизация взрязей и предотвращение ви- льного подбора кортикостероидов с постепенным снижением дозировки препарата до поддерживющей	Протекает длительно, постепенно прогressирует. Этиология заболевания неизвестна. Существуют теории вирусного и аутоиммунного происхождения, генетической предрасположенности. Зависят от общего состояния организма, иммунной системы, от адекватного общего лечения, воздействия провоциру- ющих факторов. Лечение эффективно в случае гра- вильного подбора кортикостероидов с постепенным
3. Анаамнез	Заболевания на раной, сердечно- сосудистой эндокринной, пищеварительной системах			Снижают резистентность. Способствуют автоиммунизации организма

1	2	3
Б. ОСМОТР 1. Внешний осмотр: а) подчелюстные и подподбородочные лимфоузлы; б) кожные покровы и видимые слизистые оболочки	1) не изменены; 2) пузьри и эрозии на неизменном или гиперемированном основании в местах трения одеждой (живот, спина, подмышечные впадины, паховые складки); 3) эрозии на слизистой глаз и носа. На слизистой щек, неба, дна полости рта, губ, глотки множественные эрозии различных размеров без налета или с фиброзным налетом на неизмененной, или слегка воспаленной слизистой.	Нарушение целостности эпителия вследствие акантолиза. Пузыри располагаются внутриэпителиально
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ		
1. Симптом Никольского	Положительен	При нарушении связи между слоями эпителия при натягивании за покрышку пузыря эпителий отслаивается на протяжении неизмененных участков
2. Цитологическое исследование	В мазке-отпечатке с поверхности эрозий обнаруживаются акантолитические клетки Тцанка	При акантолизе обнаруживаются специфические клетки
3. Консультация общих специалистов	Для уточнения сопутствующей патологии	Возможно поражение внутренних органов, центральной и периферической нервной системы

**Схема ориентировочной основы действия
при дифференциальной диагностике акантолитической
пузырчатки со сходными заболеваниями**

Название заболевания	Клинические симптомы, характерные для данного заболевания и не характерные для акантолитической пузырчатки
Буллезный пемфигоид	Доброкачественное течение. Возраст старше 60 лет. Субепителиальное расположение пузырей. Пузыри с плотной покрышкой, эрозии быстро эпителилизируются. Симптом Никольского может быть положительным, акантолитические клетки при цитологии не обнаруживаются
Многоформная экссудативная эритема	Течение заболевания с периодическими обострениями. Начало острое с явлениями интоксикации. Проявление элементов поражения на коже в виде «кокард». Эрозии с плотно сидящим желтым налетом на фоне резко выраженного воспаления СОПР. Симптом Никольского отрицательный. Акантолитические клетки отсутствуют
Лекарственная аллергия	Начало заболевания связано с приемом медикаментов. После отмены препарата аллергена наступает быстрое заживление. Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки отсутствуют
Буллезная форма КПЛ	Пузыри расположены субепителиально, эрозии быстро эпителизируются. Вокруг элементов поражения и на других участках СОПР видны типичные множественные папулы. Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки отсутствуют
Герпетiformный дерматит	Субзелитинальные пузыри преимущественно на коже. При цитологическом исследовании в отделяемом эрозий большое количество эозинофилов. В крови эозинофilia. Повышенная чувствительность к йоду. Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки отсутствуют.
Пузырный эпидермолиз	Наследственное заболевание. Первые симптомы проявляются в детстве. Отсутствует акантолиз
Доброкачественная неакантолитическая пузырчатка, только СОПР	Пузыри напряженные, с плотной покрышкой, расположаются субепителиально на неизмененной или слегка гиперемированной слизистой. Без явлений акантолиза. Через 1–2 недели эрозии эпителизируются. Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки отсутствуют

Схема ориентировочной основы действия по лечению акантолитической пузырчатки

Этапы лечения	Средства и способы применения	Цель использования препарата	Механизм действия
1	2	3	4
1. ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ (в условиях стационара)			
1. Кортикостероиды	Преднизолон (ударные дозы, 80–1200 мг), дексаметазон и др. (8–10 мг) после еды в течение 10–15 дней до 3–4 недель до выпадения, последовательно снизив дозу до минимально поддерживющей	Устранить воспаление, уменьшить экссудацию	Противовоспалительное, антиаллергическое и десенсибилизирующее действие. Подавляет гиперчувствительность немедленного и замедленного типа
2. Цитостатики (одновременно с кортикостеронидами)	Метотрексат 35–50 мг 1 раз в неделю до начала эпилептизации	Усиление действия и уменьшение дозы кортикостероидов	Иммуносупрессивный эффект
3. Витаминотерапия	Витамин А, С и гр. В, Д, Витамины В ₁ , В ₆ через день 20–25 инъекций. Витамин С 0,05 г 4–6 раз в день 1–2 месяца	Улучшить обменные процессы, повысить резистентность организма	Участвуют в регулировании окислительно-востановительных процессов, углеводного обмена, регенерации тканей, образование стероидных гормонов, синтез коллагена, нормализации прокапасти калиллоров
4. Препараты калия	Калий оротат 0,25–0,5 г 2–3 раза в день, панангин 1–2 драже 8 раза в день	Восполнение дефицита калия, стимуляция анабolicких процессов	Стимулирует биосинтез нуклеиновых кислот

	1.	2	3	4
5. Препараты кальция	Кальция глюконат 0,5 г, кальция глицерофосфат 0,5 г по 1 таб. 2-3 раза в день, 1 мес.	Устранить дефицит кальция из-за его усиленного выведения на фоне кортикоステроидов	Стимулирует биосинтез нуклеиновых кислот	
6. Гипотензивные, мочегонные	Назначает врач-терапевт			
7. Диета	Белковая, витаминизированная с ограничением углеводов и жиров	Уменьшение побочного действия кортикостероидов		
2. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ				
1. Обезболивание	Расторопы: листочки 1-2%, новокаин 0,25-0,5%, триимекалин 1-2%, тантум верде 0,15%.	Устранить болевые ощущения при приеме пищи	Снижают чувствительность нервных окончаний, нарушают генерацию прореакции импульсов возбуждения, связываются с мембранный аксона, препятствуя ее деполяризации и проникновению через нее ионов натрия	Обладает слабым антисептическим действием, используется для обезболивания молекуларного и атомарного кислорода. Антибактериальные средства, вредействующие на грамположительные и грамотрицательные микробиогруппы; называют денатурацией белка микробной клетки.
2. Антисептическая обработка	Расторопы: перемысь водорода (1%-ный Р-р) перманганат марии (1:5000), фурацилин, атакридина лактат (1:1000), хлорамина 0,25%, хлоргексидин 0,06%, настойка календулы (1 ч. л. на стакан воды)	Устранить или ослабить влияние виручной микрофлоры на поврежденную слизистую оболочку рта		

1	2	3	4
3) Противовоспалительная терапия	Кортикостероидные мази (преднизолоновая 0,5%, гидрокортизоновая 0,5-1%, флуцинар, лоринден-С и др.)	Устраниить воспаление, уменьшить экссудацию	Противовоспалительное, антиэллергическое десенсибилизирующее действие. Снижает проницаемость сосудов
4) Энзиматизирующая терапия (проводится после устранения инфекционного фактора)	Масляный раствор витамина А, 3,44% масло шиповника, каротолин, линимент тезана 0,2%, спикосерил (жель, мазь) оболочка рта	Ускорить эпителизацию эрозий, регенерацию ткани, улучшить обменные процессы в слизистой оболочке рта	Стимулируют клеточную регенерацию, оказывают влияние на клеточные мембранны, ускоряют восстановление тканей, воздействия на механизм физиологического транспорта кислородом, питательных веществ
5) Санация полости рта	Лечебные кариеса и его осложнений, заболеваний пародонта, сопливование острых краев коронок зубов	Устраниить очаги хронической инфекции	Устраниить патогенное влияние историчной микрофлоры, местных раздражающих факторов

Задачи для контроля результатов усвоения изучаемой темы

1. Больная А., 50 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на множественные болезненные эрозии в полости рта, резкую боль при приеме пищи и глотании. Заболевание началось 1,5 недели назад с появления одиночных эрозий, количество которых в последнее время значительно увеличилось. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, хронический гастрит. Обнаружено: общее состояние удовлетворительное, температура 36,6°C, кожные покровы и видимые слизистые без патологии. Подчелюстные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой щек, губ, переходных складок, небе, небных дужек множественные эрозии без налета, болезненные при пальпации. Окружающие ткани слабо гиперемированы. Симптом Никольского положительный.

Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза. Составьте план лечения с учетом сопутствующей патологии.

2. Больная В., 65 лет, предъявляет жалобы на боль при приеме пищи и разговоре, осиплость голоса, на пузьри и мокнущие в области спины. 3 месяца назад появились болезненные эрозии в полости рта. Обратилась к стоматологу, лечилась в условиях стационара с диагнозом «Многоформная экссудативная эритема». Были назначены антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства, витамины. Местно: антисептики, обезболивание, кератопластики. Лечение неэффективно. Последнюю неделю появились пузьри и эрозии на коже спины. Обнаружено: состояние больной средней степени тяжести, подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены, болезнены при пальпации. На коже спины в области воротниковой зоны и поясницы множественные эрозии, пузьри, мокнущие. На слизистой оболочке полости рта множественные болезненные эрозии.

Возможный диагноз? Правильно ли было назначено лечение? Ваш план обследования и лечения.

- 1) акантоз
- 2) акантолиз
- 3) паракератоз

2. При какой из форм акантолитической пузырчатки нет поражения СОПР:

- 1) вульгарная
- 2) листовидная
- 3) вегетирующая
- 4) себорейная

3. При цитологическом исследовании с поверхности эрозий при вульгарной пузырчатке определяются:

- 1) клетки Пирогова-Лангханса
- 2) люпус-клетки
- 3) клетки Тцанка

4. Характерный вид эрозий на СОПР при вульгарной пузырчатке:

- 1) эрозии покрыты некротическим налетом, окружающие ткани гиперемированы, отечны
- 2) эрозии без налета, воспаление окружающих тканей слабо выражено
- 3) эрозии покрыты фибринозным налетом, окружающие ткани с признаками гиперкератоза

5. Симптом Никольского положителен при:

- 1) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите
- 2) многоформной экссудативной эритеме
- 3) пемфигусе
- 4) пемфигоиде

6. Вульгарную пузырчатку дифференцируют с:

- 1) острым герпетическим стоматитом
- 2) красной волчанкой
- 3) аллергическим стоматитом
- 4) лейкоплакией
- 5) многоформной экссудативной эритемой
- 6) буллезным эпидермолизом

7. Общее лечение акантолитической пузырчатки:

- 1) антибиотики

3. Больной М., 63 лет, с диагнозом «Вульгарная пузырчатка» стоматологом назначено лечение кортикоステроидами (преднизолон 70 мг/сут.). Через 2 недели после начала терапии появились жалобы на боль в подложечной области, повышение артериального давления.

С чем связано появление осложнений? Какое лечение следует назначить дополнительно для ликвидации осложнений?

4. К стоматологу обратился больной В., 74 лет, с жалобами на боль в полости рта при приеме пищи. Анамнез: болен в течение нескольких лет, периодически появляются пузыри, эрозии на СОПР, которые быстро заживают. При осмотре на слизистой оболочке полости рта обнаружены множественные болезненные эрозии, пузыри с серозным содержимым. Симптом Никольского отрицателен.

Вероятный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы. План лечения.

5. Больная, 52 года, жалуется на наличие болезненных при приеме пищи эрозий на слизистой оболочке десен, задних отделов полости рта и области глотки. Заболевание возникло более месяца назад. Больная использовала для полосканий антисептические растворы, фитоэкстракты, смазывала слизистую обезболивающими ампульсиями, однако тенденции к заживлению эрозий не наблюдается. На видимо ненаменной слизистой десен, мягкого неба и небных дужек определяются обширные эрозии ярко-красного цвета. Видимо, здоровая слизистая легко повреждается и отслаивается при незначительном трении с образованием эрозий, кровоточит. Однако болевые ощущения при этом незначительные. Появилась окраинность голоса.

Поставьте предварительный диагноз. Дополнительные методы исследования для окончательной диагностики. Дифференциальная диагностика. План лечения.

Контрольные тесты

1. Патогистологические процессы, характерные для истинной пузырчатки:

- 2) антидепрессанты
- 3) кортикостероиды
- 4) ганлиоблокаторы

8. Местное лечение акантолитической пузырчатки:

- 1) гидрокортизоновая мазь
- 2) нистатиновая мазь
- 3) солкосерил-желе
- 4) хелепиновая мазь

9. Какие осложнения возможны при длительном лечении кортикоидами:

- 1) язвенные поражения желудка
- 2) ревматоидный артрит
- 3) остеопороз
- 4) стероидный диабет

10. При пемфигоиде симптом Никольского:

- 1) положительный
- 2) отрицательный

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

Методы обследования стоматологического больного с патологией СОПР

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	2	1	2	1	1	2	2	3

Патологические процессы СОПР

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1, 3	3	2	3	2	1	1	1	2	1

Механическая травма СОПР

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	1	1	2	2	1, 2	2	2	1	1, 2

Химическая травма СОПР

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	1, 2	3	1	2	1, 2	2	1, 2	1

Вирусные заболевания СОПР

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1, 3	4	3, 4	3	1	2, 4, 5	1, 2, 4, 5, 6	1, 3, 4	1, 2, 3, 5, 6	1, 2, 4

Язвенно-некротический стоматит Венсана

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1, 2, 3, 4	3, 4	1, 3, 4	1	1	1, 2, 3, 5, 6	3, 2, 4, 1, 5	1, 2, 4, 5	1, 3, 4, 5	1, 3, 4, 5

Кандидоз СОИР

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	2	1	2	3	1	3	2	1

Многоформная экссудативная эритема.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	2	2	2	1	4	2	1	2

Глоссалгия

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	3	3	3	4	2	1	1,2	1	2

Глосситы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	4	2	1	1	2	1	1	1	3

Хейлиты

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1,2,3	3	3	4	1	3	1	2,3,4	2	2

Красный плоский лишай

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2,3	3	1,3	1,2, 3,4	1	1,2,4	2	1,3,4	2	1,2,4

Пузырчатка

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	3	2	3	1,3, 5,6	3	1,3	1,3,4	2

ЛИТЕРАТУРА

1. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. — М.: Медицина, 1979.
2. Банченко Г.В. Проблемы заболеваний слизистой оболочки полости рта. — М.: «Зубоврачебный вестник», 1993. — № 2. — С. 13-19.
3. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой оболочки полости рта и кожи. — М.: «Партнер», 1994.
4. Барышева Ю.Д., Попова Ю.Н., Цветаева Л.А. Цитологическая диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта: Метод. пос. — М.: ММСИ, 1986.
5. Боровский Е.В., Дамилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. — М.: Медицина, 1981.
6. Боровский Е.В., Машкилайсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. — М.: Медицина, 1984.
7. Заболевание слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, лечение: Учеб. пособие / Под общей ред. проф. Г.М. Барера. — М.: Медицина, 1996.
8. Лемецкая Т.Н., Аксенова А.А., Брусилина Н.Д., Белоусов А.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Метод. рекомендации. — Чита, 1992.
9. Максимовский Ю.М., Зорян Е.В. и др. Лекарственная аллергия в практике врача-стоматолога. — М.: ОАО «Стоматология», 1999.
10. Максимовский Ю.М., Банченко Г.В. Язык — зеркало организма. — М.: Медицина. — 2002.
11. Чарлз Е. Барр. СПИД. Рекомендации для стоматологов. — М.: Квинтессенция, 1994. — С. 32-37.
12. Шуйский Л.В., Гребнев Е.Н., Юрченко Е.В. Герпетическая инфекция полости рта и губ. — Самара, 1996.

Перечень некоторых препаратов, применяемых при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта

Местноанестезиирующие средства

Rp.: **Anaesthesini 2,0**
Ol. Persicomtn 20,0
M.D.S. Для смазывания слизистой оболочки полости рта.

Rp.: **Anaesthesini 1,0**
Vaselini ad 10,0
M. f. und
D.S. Мазь. Рекомендуется при заедах.

Rp.: **Sol. Novocaini 2 % 5 ml**
D. t. d. № 10 in amp.
S. Для анестезии.

Rp.: **Sol. Trimecaini 2% 200 ml**
D.S. Для анестезии.

Rp.: **Sol. Lidocaini 2% 10 ml**
D. t. d. № 10 in amp.
S. Для анестезии.

Витамины и витаминсодержащие препараты

Rp.: **Sol. Thiamini bromidi 6% 1 ml**
D. t. d. № 20 in amp.
S. Для внутримышечного введения по 1 мл.

Rp.: **Tab. Acidi nicotinici 0,05 № 50**
D.S. По 2 таблетке 2 раза в день.

Rp.: **Sol. Cyanocobalamini 0,01% 1 ml**
D. t. d. № 30 in amp.
S. По 1 мл внутримышечно ежедневно в течение 1 месяца.

- Rp.: Sol. Retinoli acetatis oleosae 3,44% 10 ml
D. t. d. № 3 in flac.
S. По 10–15 капель на хлеб в период приема пищи 1 раз в день в течение 1 месяца.
- Rp.: Sol. Ac. ascorbinici 5% 1 ml
D. t. d. № 10 in amp.
S. По 1–2 мл внутримышечно.
- Rp.: Tab. Acidi ascorbinici 0,05
D. t. D. № 50 in tab.
S. По 2 таблетки 3 раза в день (после еды).
- Rp.: Sol. Tocopheroli acetates oleosae 30% 20 ml
D.S. По 30–40 капель 3 раза в день.
- Rp.: Dragee «Revitum» № 50
D.S. По 1 драже 2 раза в день за 10–15 минут до еды.
- Rp.: Tab. «Pentovitum» obductae № 100
D.S. По 2–4 таблетки 3 раза в день после еды.
- Rp.: Tab. «Undevitum» obductae № 50.
D. S. По 2 таблетки 3 раза в день.
- Rp.: Carotolinil 100 ml.
D. S. Для аппликаций на слизистую оболочку десен.
- Rp.: Ol. Hippopheae 100 ml
D.S. Для аппликаций
- Вяжущие и обволакивающие средства**
- Rp.: Sol. Salvini spirituosa 1% 10 ml
D.S. Разбавить в 90 мл дистиллированной воды.
Для полоскания.

- Rp.: **Flor. Chamomillae 100,0**
D.S. Столовую ложку цветов заварить; охладить, процедить. Для полоскания полости рта.
- Rp.: **Decoti corticis Quercus 20,0: 200,0**
D. S. Для полоскания полости рта.
- Ферментные препараты**
- Rp.: **Trypsini crystallisati 0,005**
D. t. d. № 6 in amp.
S. Растворить в 10 мл стерильного 0,9% раствора натрия хлорида.
- Rp.: **Chymotrypsini crystallisati 0,01.**
D. t. D. № 10
S. Содержимое флакона растворить в 10 (50) мл 0,9% раствора натрия хлорида или 0,25% раствора новокaina.
- Rp.: **Chymopsini 0,05**
D. t. D. № 10
S. Содержимое флакона растворить в 3–5 мл изотонического раствора натрия хлорида или 0,25% растворе новокaina.
- Rp.: **Lysozymi 0,1**
D. S. Развести в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 0,25% раствора новокaina. Для аппликаций, аэрозольных ингаляций.
- Антигистаминные препараты**
- Rp.: **Dimedroli 0,05**
D. t. d. № 10 in tab.
S. По 1 таблетке 2 раза в день.
- Rp.: **Suprastini 0,025**
D. t. d. № 20 in tab.
S. По 1 таблетке 2–3 раза в день:

Rp.: Histaglobulim 3 ml
D. t.d. № 5 in amp.
S. Подкожно в область плеча по схеме.

Rp.: Diazolini 0,05 (0,1)
D. t. d. № 15 in drag.
S. По 1 драже 2 раза в день (после еды).

Препараты кальция

Rp.: Tab. Calcii glycerophosphatis 0,5 № 10
D. S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Антидоты

Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30% 10 ml
D. t. d. № 6 in amp.
S. По 5 мл внутривенно.

Ненаркотические анальгетики

Rp.: Ung. Butadioni 5% 10,0
D. S. Наружное.

Rp.: Ung. Acidi acetylsalicylici 3% 10,0
D. S. Для смазывания слизистой оболочки полости рта.

Гормоны и их аналоги

Rp.: Ung. Prednisoloni 0,5% 10,0
D.S. Наружное.

Rp.: Ung. Hydrocortisoni acetates 1% 10,0
D. S. Для смазывания пораженных участков слизистой оболочки.

Rp.: Ung. «Neoxysonum» 10,0
D. S. Для смазывания пораженных участков слизистой оболочки.

Rp.: Tab. Prednisoloni 0,005 № 20
D. S. По схеме: 80–120 мг в день, при стабилизации процесса дозу снижают до минимально-поддерживающей (5–10 мг).

Антикоагулянты

Rp.: Ung. Herakiri 10,0
D. S. Для смазывания слизистой оболочки полости рта.

Антисептические средства

Rp.: Sol. Hydrogenini peroxydi dilute 50,0
D. S. 1 столовую ложку на 1 стакан воды (для полоскания).

Rp.: Acidi borici 2% 100,0
D. S. По 1 чайной ложке на стакан воды (для полоскания рта и зева).

Rp.: Sol. Chloramini В 0,25% 200 ml
D. S. Для орошения полости рта.

Rp.: Inhalyptum 30 ml
D. S. Для орошения полости рта.

Rp.: Sol. Jodinoli 1% 10 ml
D. S. Для аппликаций на слизистую оболочку полости рта.

Rp.: Sol. Chlorhexidini bigluconatis 0,05% 100 ml
D. S. Для полоскания полости рта.

Rp.: T-граe Calendulae 50,0
D. S. По чайной ложке на стакан воды. Для полоскания полости рта.

Rp.: Lin. Sanguiritrini 2% 20,0

D. S. Для нанесения на слизистую оболочку полости рта.

Антибиотики

Rp.: Tab. Ampicillini trihydratis 0,25 № 24
D. S. По 2 таблетки 4 раза в день.

Rp.: Tetracyclini 0,1
D. t. d. № 30 in tab.
S. По 2 таблетки 3-4 раза в сутки.

Rp.: Tab. Erythromycini 0,25 № 30
D. S. По 1 таблетке 4 раза в день за 1 час до еды.

Rp.: Cyprofloxacini 0,5
D. t. d. № 20 in tab.
S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Rp.: Rulidi 0,15
D. t. d. № 20 in tab.
S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Rp.: Ung. «Irxolum» 30,0
D. S. Для смазывания слизистой оболочки полости рта.

Антпратозойные препараты

Rp.: Tab. Metronidazoli 0,25
D. t. d. № 10
S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Препараты, содержащие йод

Rp.: Sol. Kalii iodidi 3% (2%) 200,0
D.S. По 1 столовой ложке 2-3 раза в день после еды, запивая молоком.

Противогрибковые антибиотики

- Rp.: Nystatini 250 000 ЕД
D. t. d. № 40 in tab.
S. По 2 таблетки 3-4 раза в день.
- Rp.: Tab. Nizorali (Ketoconazoli) 0,02
D. t. d. № 90 S. По 1 таблетке 1 раз в день.
- Rp.: Fluconazoli 0,1
D. t. d. № 7 in caps.
S. По 1 капсуле 1 раз в день. Курс лечения 7 дней.
- Rp.: Pimafucini 0,1
D. t. d. № 20 in tab.
S. По 1 таблетке 4 раза в день.
- Rp.: Ung. Mycoheptini 30,0
D. S. Для смазывания слизистой оболочки полости рта, губ.
- Rp.: Ung. Amphotericini В 30 000 OD 15,0
D. S. Для смазывания пораженных участков слизистой оболочки.

Противовирусные препараты

- Rp.: Ung. Oxolini 0,25% 30,0
D. S. Для аппликаций на пораженные участки слизистой оболочки.
- Rp.: Tab. Acicloviri 0,02
D. t. d. № 20
S. По 1 таблетке 4 раза в день.
- Rp.: Interferoni leucocytii 2 ml
D. t. d. № 10 in amp. S. Для ингаляций (разводят 3 ампулы в 10 мл дистиллированной воды).

Иммуномодуляторы

Rp.: Tab. Imudoni 0,05

D.t. d. № 10

S. По 6–8 таблеток в день (рассасывать в полости рта). Курс лечения 10–20 дней

Препараты, стимулирующие метаболические процессы

Rp.: Methyluracili 0,05

D. t. d. № 30 in tab.

S. По 1 таблетке 3–4 раза в день до еды.

Биогенные стимуляторы

Rp.: Ung. Solcoserili 20,0

D. S. Для аппликаций на слизистую оболочку полости рта.

Седативные средства и транквилизаторы

Rp.: Sol. Natriibromidi 6,0:200,0

D. S. По 1–2 столовые ложки на ночь.

Rp.: Tab. Extr. Valerianae 0,02

D. t. d. № 30

S. По 1–2 таблетке 2–3 раза в день.

Rp.: Tab. Phenazepam 0,0005

D.t.d. № 10

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Rp.: Tab. Nozepam 0,01

D.t. d. № 10

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Тема 1. Методы обследования больного с заболеванием слизистой оболочки рта	4
Тема 2. Патологические процессы, возникающие в слизистой оболочке. Морфологические элементы поражения	16
Тема 3. Механическая травма слизистой оболочки полости рта	27
Тема 4. Химическая травма слизистой оболочки рта	45
Тема 4. Вирусные заболевания слизистой оболочки рта	57
Тема 5. Язвенно-некротический гингиво-стоматит Венсана ...	78
Тема 6. Кандидоз слизистой оболочки полости рта	96
Тема 7. Аллергические заболевания (анафилактический шок, отек Квинке, поражения СОПР с аллергическим генезом — многоформная экссудативная эритема (МЭЭ), синдром Стивенса-Джонсона, болезнь Лайелла, хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)	115
Тема 8. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)	129
Тема 9. Глоссалгия (стомалгия)	143
Тема 10. Глоссит	154
Тема 11. Хейлиты	166
Тема 12. Красный плоский лишай (КПЛ). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение	205
Тема 13. Дерматозы, сопровождающиеся пузырными элементами (пузырчатка)	229
Ответы на вопросы для самоконтроля	241
Литература	243
Перечень некоторых препаратов, применяемых при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта	244

О. Е. Ткачук

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Практическое пособие

Детская стоматология в России в большинстве своем до сих пор остается на «советском» уровне. Дети все так же боятся врачей, все так же мало внимания уделяется стоматологическому воспитанию подрастающего поколения, а врачи все так же используют устаревшие методики и материалы. В результате стоматологическое здоровье нации не только не улучшается, а даже ухудшается по причине социального расслоения общества и отсутствия эффективной диспансеризации детей.

В настоящем издании по возможности кратко и доступно представлены все разделы детской стоматологии. Описаны основные этапы и сроки формирования и развития органов челюстно-лицевой области. Приведены этиология, патогенез, клиника и лечение основных стоматологических заболеваний с точки зрения современной мировой науки и технологий. Материал рассматривается применительно к российской действительности. Немаловажное место занимают разделы гигиены и профилактики, рассмотрены основы современного ортодонтического лечения и показания к нему.

В книге принципиально не описываются устаревшие методики, материалы, а также предметы и средства индивидуальной гигиены, которые часто даже не существуют на данный момент, но упорно приводятся из года в год в медицинской литературе.

Книга предназначена для практикующих детских стоматологов, врачей-стоматологов, ведущих смешанный прием, и студентов стоматологических факультетов.



344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80.
Тел.: (863) 261-89-50; www.phoenixrostov.ru

Приглашаем к сотрудничеству авторов для издания:

- учебников для ПТУ, ССУЗов и ВУЗов;
- научной и научно-популярной литературы по МЕДИЦИНЕ и ВЕТЕРИНАРИИ, ЮРИСПУДЕНЦИИ и ЭКОНОМИКЕ, СОЦИАЛЬНЫМ и ЕСТЕСТВЕННЫМ НАУКАМ;
- литературы по ПРОГРАММИРОВАНИЮ и ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКЕ;
- ПРИКЛАДНОЙ и ТЕХНИЧЕСКОЙ литературе;
- литературы по СПОРТУ и БОЕВЫМ ИСКУССТВАМ;
- ДЕТСКОЙ и ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ литературе;
- литературы по КУЛИНАРИИ и РУКОДЕЛИЮ.

Высокие гонорары!!!

Все финансовые затраты берем на себя!!!

При принятии рукописи в производство выплачиваем гонорар на 10% выше любого российского издательства!!!

Рукописи не рецензируются и не возвращаются!

РЕДАКЦИОННО-ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ОТДЕЛ:

Михайленко Александр Васильевич

Тел.: (863) 261-89-60; e-mail: torg147@phoenixrostov.ru



Торговый Дом

Феникс

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80.

Тел.: (863) 261-89-50; www.phoenixrostov.ru

• Около 100 новых книг каждый месяц.

• Более 3000 наименований книжной продукции собственного производства.

• Более 1500 наименований обменной книжной продукции от лучших издательств России.

ОСУЩЕСТВЛЯЕМ:

• Оптную и различную торговлю книжной продукцией.

ГАРАНТИРУЕМ:

• Современную доставку книг в любую точку страны, за счет издательства, авто-транспортом и ж/д контейнерами.

• МНОГОУРОВНЕВУЮ систему скидок.

• РЕАЛЬНЫЕ ЦЕНЫ.

• Надежный ДОХОД от реализации книг нашего издательства.

ОТДЕЛ ОПТОВЫХ ПРОДАЖ:

Тел.: (863) 261-89-51, 261-89-54, 261-89-55, 261-89-56, 261-89-57, факс. 261-89-58

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА:

Костенко Людмила Константиновна

Тел.: (863) 261-89-52; e-mail: torg@phoenixrostov.ru



**Торговый Дом
Феникс**

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80
Тел. (863) 261-89-53, 261-89-54, 261-89-55,
261-89-56, 261-89-57, факс 261-89-58
e-mail: torg@phoenixrostov.ru

Для крупнооптовых покупателей

Представительства в г. Москва

ул. Космонавта Волкова, д25/2, 1-этаж, М. «Войковская»
т.тел.:(095) 156-05-68, (095) 450-08-35, 8-916-523-4376
e-mail: fenix-m@yandex.ru

Контактное лицо: **Моисеенко Сергей Николаевич**

Шоссе Фрезер, 17, район метро «Авиамоторная»
т.тел.: (095) 517-32-95, 107-44-98, 711-79-81
тел/факс: 8-501-413-75-78
e-mail: mosten@pochta.ru mosfen@bk.ru
Директор: **Мячин Виталий Васильевич**

Торговый Дом «КниРус»

ул. Б. Переяславская, 46, М «Рижская», «Проспект мира»
т.тел.: (095) 680-02-07, 680-72-54, 680-91-06, 680-92-13
e-mail: phoenix@knorus.ru
Лебедев Андрей

Представительство в г. Санкт-Петербург

Региональное представительство
198096, г.Санкт-Петербург, ул.Кронштадтская, 11, офис 17
т.тел.: (812) 335-34-84
e-mail: fnx.spb@mail.ru

Директор: **Стрельникова Оксана Борисовна**

Представительство в г. Новосибирск

ООО «ТОП-Книга»
г. Новосибирск, ул.Арбузова, 1/1
т.тел.: (3832) 36-10-28 доб. 165
e-mail: phoenix@top-kniga.ru

Представительство в Украине

ООО ИКЦ «Кредо»
г. Донецк, ул. Университетская, 96
т.тел.: +38 (062) 345-63-08, 339-60-85
e-mail: moiseenko@skif.net

По вопросам издания книг:

тел.. 8-863-2618950; e-mail: office@phoenixrostov.ru

Серия «Медицина для вас»

Коллектив авторов

**ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Ответственный редактор: *А. Михайленко*

Корректор: *З. Бунковская*

Макет обложки: *И. Лойкова*

Компьютерная верстка: *А. Алейникова*

Сдано в набор 01.12.06.

Подписано в печать 10.01.07.

Формат 84×108 1/22. Бумага типографская № 2.

Печать офсетная. Гарнитура Newton.

Тираж 3000 экз. Заказ 535.

Издательство «Феникс»

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга».

344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57.

Качество печати соответствует предоставленным диапозитивам.