

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ РТА ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

С.В. Латышева, Т.В. Будевская

Белорусский государственный медицинский университет

Значительные затруднения для практических врачей-стоматологов представляет диагностика патологии состояний слизистой оболочки полости рта (СОПР) при кожных заболеваниях. Обусловлено это, с одной стороны, многофакторностью причин развития поражений слизистой рта, а с другой — сходством клинической симптоматики различных по этиологии и патогенезу заболеваний. Особенно следует подчеркнуть, что заболевания СОПР следует рассматривать с позиций целостности организма. На врача-стоматолога возлагается задача правильной диагностики поражений СОПР, как изолированных, так и проявлений кожных заболеваний для выбора врачебной тактики.

Цель работы — выявление частоты встречаемости поражений СОПР при некоторых кожных заболеваниях (по материалам клинических исследований).

Задача: охарактеризовать клинические аспекты плоского лишая, многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ), пузырчатки. Рассмотреть возможные причины развития поражения СОПР и их взаимосвязь с заболеваниями кожи; провести дифференциальную диагностику патологических состояний СОПР и кожи.

Материал и методы. Методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ 3700 клинических историй болезней на кафедре кожных и венерологических заболеваний. Определяли частоту встречаемости плоского лишая, многоформной экссудативной эритемы, пузырчатки. Проанализировали причинно-следственные связи поражений слизистой оболочки рта при изучаемых дерматозах, включая факторы риска в развитии патологических состояний СОПР.

Результаты и их обсуждение. На основании изученных историй болезней пациентов, страдающих дерматозами с поражениями слизистой оболочки рта, проведена идентификация частоты встречаемости плоского лишая, многоформной экссудативной эритемы, пузырчатки (таблица). Представленные результаты исследований указывают, что чаще патология слизистой рта при изучаемых нозоформах заболеваний встречается у пациентов 50–65 лет (в 35–60% случаев) (таблица). Именно в этот период жизни стоматологическое состояние у пациентов характеризуется выраженными отклонениями показателей индексов (ОИ-S, КПИ, КПУ) и, как результат, накоплением факторов риска. У таких пациентов часто отмечают ряд сопутствующих соматических заболеваний, в т. ч. и кожных.

Таблица

Частота встречаемости поражений слизистой оболочки рта при некоторых кожных заболеваниях

Анализ данных при дерматозах и СОПР	Красный плоский лишай кожи. Плоский лишай на СОПР	Многоформная экссудативная эритема	Пузырчатка
Выявлено из общего числа обследованных	1,8%	1%	0,8%
Возраст пациентов:			
до 40 лет	21%	50%	17%
40–50 лет	9%	9%	21%
50–65 лет	35%	26%	35%
66 и старше	35%	15%	27%
Изолированные поражения СОПР	54%	40%	53%
Сочетанные поражения СОПР и кожи	46%	60%	47%

Для понимания клинической картины заболеваний и построения диагностического алгоритма необходимо иметь представления об основных концепциях этиологии и патогенеза. Среди ведущих этиопатогенетических концепций в развитии патологических состояний слизистой и кожи выделяют бактериальную, вирусную, нейрогенную, мембранодеструктивную, аутоиммунную, травматическую [2, 3]. В патогенезе заболевания немаловажную роль играют нарушения в эндокринной системе и других органах. Следует отметить, что значительная часть кожных болезней связана с нарушениями иммуногенеза, имеет аллергическую этиологию, причем аллергенами являются микроорганизмы, скрывающиеся в локальных очагах (под коронками, в нелеченых зубах, в периодонтальных карманах, на дорзальной поверхности языка). Бесспорно, велика роль гигиены полости рта, при ее ухудшении источники постоянного инфицирования ротовой полости ведут к снижению специфических и неспецифических факторов иммунитета. Под воздействием различных причин и факторов риска на фоне снижения иммунологической резистентности СОПР нарушается процесс ороговения, определяющий кератотический тип воспаления (первичный симптом плоского лишая), в развитии которого играют такие факторы риска, как гальваноз, курение, амальгамные пломбы, лекарственная аллергия и др. [1, 3, 4]. Для клинической диагностики плоского лишая первостепенное внимание при осмотре уделяется обнаружению белесоватых поражений слизистой в виде мелких папул, бляшек, не соскабливающихся инструментом, а на коже очагов поражения — красного цвета. Как доказано многими зарубежными исследователями, белые поражения СОПР обусловлены процессами нарушения ороговения и поэтому заболевание называется плоский лишай [3, 4], а на коже — красный плоский лишай. По результатам наших исследований, при плоском лишае СОПР белые поражения встречаются изолированно в 54% случаев, при сочетании с патологией кожи — в 46% (таблица). Локализуются они на слизистой щек, губ, десны, дна полости рта, языка, реже на мягком и твердом небе. Они могут располагаться изолированно или сливаться в виде бляшек, образовывать фигуры в виде полуколец, иметь сетчатый рисунок (сеточка Уикхема). Диагностически важно констатировать конкретную клиническую симптоматику плоского лишая, т. к. наряду с белесоватыми поражениями могут появляться гиперемия, эрозии, язвы. Выделяют следующие нозоформы плоского лишая СОПР: типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная (предраковое состояние), буллезная, атрофическая. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с лейкоплакией, кандидозом, красной волчанкой, папулезным сифилисом, аллергическим стоматитом, хронической травмой, десквамативным гингивитом [4].

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) может встречаться в 60% случаев (таблица) и проявляться полиморфными высыпаниями на слизистой оболочке рта и коже. Изолированные поражения МЭЭ выявля-

ны в 40% случаев (таблица), начинаются с внезапного появления разлитой или ограниченной отечной эритемы, особенно на губах. Спустя 1–2 дня на этом фоне образуются пузыри, которые существуют 2–3 дня, затем вскрываются, на их месте образуются очень болезненные эрозии, которые могут сливаться в сплошные эрозивные очаги, иногда захватывающие значительную часть слизистой оболочки. В первые дни после вскрытия пузырей можно видеть серовато-белые обрывки эпителия, окружающие эрозии. Дифференциальная диагностика проводится чаще с пузырчаткой, эрозивной формой плоского лишая, токсикодермией на лекарственные и пищевые вещества, для чего и требуются специальные лабораторные тесты [1]. Диагностический признак пузырчатки слизистой оболочки рта — это образование пузырей с серозным или геморрагическим содержанием, имеющих очень тонкую крышечку. На месте пузырей образуются круглые или овальные эрозии, длительно незаживающие. Эрозии ярко-красного цвета располагаются на фоне неизменной или слегка воспаленной слизистой оболочки, а их поверхность, как правило, покрыта тонким слоем легко снимающегося фибринозного налета. Такие изолированные поражения при пузырчатке, по нашим данным, могут иметь место в 53% случаях. Выделяют вульгарную, вегетирующую, листовидную, себорейную (эритематозную) формы патологии. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с многоформной экссудативной эритемой, буллезной формой плоского лишая, герпетическим дерматитом Дюринга, эрозивным папулезным сифилидом. Для окончательного подтверждения диагноза направляют пациента на консультацию (к дерматологу, инфекционисту и др.) и на специальные лабораторные методы исследования.

В практике нередко врачи-стоматологи нарушают алгоритм обследования стоматологического пациента, не выясняют факторы риска, не оценивают состояние слизистой оболочки рта и могут не заметить начальные признаки развития заболевания СОПР. В этом одна из возможных причин запоздалой диагностики поражений СОПР. С другой стороны, поздняя диагностика заболеваний слизистой рта определяется тем, что пациенты уже обращаются с определенными жалобами, свидетельствующими о выраженных патоморфологических изменениях слизистой оболочки. Данные опроса и оценка клинической симптоматики позволяют только предположить диагноз, который верифицируется по результатам гистологических, вирусологических, иммунологических и других исследований.

Особого внимания врачей-стоматологов и дерматологов требуют заболевания, могущие вызывать озлокачествление, их ранняя диагностика играет основную роль в их профилактике и прогнозировании. С этих позиций врачам-стоматологам следует помнить, что всегда при первичном обследовании пациента необходимо наряду с опросом оценить состояние СОПР по методике, рекомендуемой ВОЗ для исключения ранних поражений слизистой оболочки рта и факторов риска.

Выявленная частота встречаемости плоского лишая, многоформной экссудативной эритемы, пузырчатки СОПР диктует необходимость акцентировать внимание на оценку состояния СОПР по методике ВОЗ для ранней их диагностики и выбора соответствующего алгоритма лечебной тактики.

Окончательный диагноз патологии СОПР подтверждается только на основании консультативного заключения дерматолога и результатов лабораторных методов исследования. Знание и умение определять клиническую симптоматику вышеописанных поражений СОПР при кожных заболеваниях позволит грамотно проводить диагностические мероприятия и своевременно проявить онкологическую настороженность.

Заключение. Представленный материал поможет практическим врачам избежать трудности в диагностике плоского лишая, многоформной экссудативной эритемы, пузырчатки слизистой рта, определить индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом этиологии и патогенеза заболеваний при консультативном участии дерматолога, инфекциониста для выбора врачебной тактики и планирования лечебно-профилактических мероприятий.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF ORAL LESIONS IN THE TIME OF DERMATOLOGICAL DISEASES

S.V. Latysheva, T.V. Budzeuskaya

The aim of the work is to define pregnancy of occurrence of oral lichen planus, erythema exudative multiporme and pemphigus in connection with diseases of skin.

On the basis of data of the history card of the patients with dermatological of diseases are described clinical manifestation and differential diagnosis of oral lesions.

Литература

1. Латышева, С.В. Поражения слизистой оболочки полости рта при кожных заболеваниях: учеб.-метод. пособие / С.В. Латышева. — Минск: МГМИ, 1999. — 48 с.
2. Латышева, С.В. Клинические проявления плоского лишая слизистой оболочки рта / С.В. Латышева, Т.В. Будевская, М.В. Качук // Современная стоматология. — 2014. — № 1. — С. 26–29.
3. Differential diagnosis of oral lesions and Maxillofacial lesions / K. Norman [et al.]. — 5th ed. — London, 1997. — 150 p.
4. Martin, M.D. Oral lichen planus and dental materials: a case-control study / M.D. Martin, S. Broughton, M. Drangsholt // Contact Dermatit. — 2003. — Vol. 48, № 6. — P. 331–336.