

Учебное издание

Борисенко Людмила Григорьевна
Макарова Ольга Владимировна
Пронорович Ольга Николаевна

**ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ,
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ «БЕЛЫХ» ПОРАЖЕНИЙ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. Г. Третьякович
Редактор А. В. Михалёнок
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 11.11.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,24. Тираж 150 экз. Заказ 812.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Оглавление

| | |
|--|----|
| Мотивационная характеристика темы | 3 |
| Классификация «белых» поражений слизистой оболочки полости рта | 4 |
| «Белые» поражения слизистой оболочки полости рта, имеющие острое течение | 6 |
| Вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек | 6 |
| «Белые» поражения слизистой оболочки полости рта, имеющие хроническое течение | 8 |
| Кандидозный стоматит | 8 |
| Лишай плоский | 14 |
| Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек | 28 |
| «Белые» поражения слизистой оболочки полости рта, имеющие бессимптомное течение | 30 |
| Прикусывание щеки и губ | 30 |
| Лейкоплакия и другие изменения полости рта, включая язык | 30 |
| Волосатая лейкоплакия | 39 |
| Общие принципы лечения лейкоплакии | 40 |
| Литература | 42 |

Литература

1. *Терапевтическая стоматология* : учеб. / Е. В. Боровский [и др.]. М. : Медицина, 2001. 736 с.
2. *Заболевания слизистой оболочки полости рта* / Н. Ф. Данилевский [и др.]. М. : Стоматология, 2001. 276 с.
3. *Заболевания слизистой оболочки полости рта* / под ред. Л. М. Лукиных. Н. Новгород : Нижегородская гос. мед. академия, 2000. 367 с.
4. *Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ* / под ред. Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллейсона. М. : МЕДпресс, 2001. 320 с.
5. *Ласкарис, Дж.* Атлас по пародонтологии : проявление местных и системных поражений / Дж. Ласкарис, К. Сколи ; под ред. А. И. Грудянова. М., 2005.
6. *Ласкарис, Дж.* Лечение заболеваний слизистой оболочки рта : рук. для врачей / Дж. Ласкарис ; под ред. И. М. Рабиновича. М. : МИА, 2006. 300 с.
7. *Лангле, Р. П.* Атлас заболеваний полости рта / Р. П. Лангле, К. С. Миллер ; под ред. Л. А. Дмитриевой. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 131–136, 142–154.
8. *Луцкая, И. К.* Лекарственные средства в стоматологии / И. К. Луцкая, В. Ю. Мартов. М. : Мед. лит., 2006. 384 с.
9. *Машкиллейсон, А. Л.* Лечение больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта и красной каймы губ / А. Л. Машкиллейсон, Е. И. Абрамова, Л. В. Петрова // Вестник дерматологии и венерологии. 1995. № 2. С. 55–58.
10. *Механизмы развития стоматологических заболеваний* : учеб. пособие / под ред. Л. П. Чурилова. СПб., 2006. 534 с.
11. *Терапевтическая стоматология* : учеб. для студ. мед. вузов / под ред. Е. В. Боровского. М. : Медицинское информационное агентство, 2003. 840 с.

При эрозивно-язвенной и веррукозной формах лейкоплакии, если консервативного лечения недостаточно (в течение 10–14 дней не наблюдается тенденция к заживлению очагов), применяют хирургические методы лечения: криообдубливание или криодеструкцию, традиционное хирургическое удаление очага. При подтверждении подозрений на малигнизацию сразу же проводят обследование и делают радикальную операцию в условиях онкодиспансера.

В последние годы среди физических методов лечения лейкоплакии накоплены наблюдения по достаточно широкому использованию криотерапии: криообдубливание парожидкостной струей азота при начальных стадиях лейкоплакии, криодеструкция. Криовоздействие длительностью 10 секунд вызывает некроз эпителиального слоя, а при экспозиции 60 секунд некроз распространяется на подслизистую основу. После оттаивания сначала возникает отек слизистой оболочки, затем элементы поражения превращаются в некротическую ткань, после отторжения которой (6–8 суток) наступает эпителизация слизистой оболочки.

Общее лечение предусматривает назначение значительных доз витаминов группы А, В, С (5–10 капель ретинола ацетата 3 раза в день, 0,05 г никотиновой кислоты 3 раза в день или 20–30 мг бромистого тиамин в сутки на протяжении 1–2 месяцев).

Прогноз наиболее благоприятный при начальной и плоской формах лейкоплакии. Все больные с лейкоплакией должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением и делать профилактику 2 раза (при плоской форме лейкоплакии), 4–6 раз в год (при веррукозной и эрозивно-язвенной формах).

Профилактика — санация полости рта; отказ от вредных привычек; своевременное лечение соматической патологии; применение средств индивидуальной защиты СОПР от воздействия вредных производственных факторов.

Идеопатическая веррукозная лейкоплакия отличается характером и размером разрастаний слизистой оболочки и цветом очагов поражения.

При гиперпластическом кандидозе волосатую лейкоплакию симулирует плотный налет, который возможно удалить при поскабливании.

В отличие от гипертрофии сосочков языка при волосатой лейкоплакии (локализация на спинке языка) непосредственно увеличивается слизистая оболочка, тогда как нитевидные сосочки сохраняют нормальное строение даже в области очага лейкоплакии.

Волосатая лейкоплакия — доброкачественное бессимптомное поражение. Лечение обычно не требуется. Иногда его проводят из эстетических соображений, а также у больных, у которых поражение вызывает тревогу. Методом выбора является назначение ацикловира в дозе 400–800 мг 4 раза в сутки в течение 1 месяца или более. С успехом применяют также валацикловир в дозе 500–1000 мг 2 раза в сутки в течение 1–2 месяцев или фамцикловир в дозе 250 мг 3 раза в сутки в течение 1 месяца. Волосатая лейкоплакия при лечении высокоактивными антиретровирусными препаратами обычно подвергается обратному развитию.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ

Прежде всего, необходима тщательная санация ротовой полости. Следует выявить и устранить все раздражающие факторы, провести лечение кариеса и его осложнений, систематически удалять зубной налет и камень, провести рациональное протезирование (цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.) Очень важно своевременно устранить гальваноз ротовой полости, обусловленный пломбами из амальгамы и разноименными металлами зубных протезов. Необходимо устранить курение, увлечение горячей и острой пищей (диета). Общее обследование должно быть направлено на выявление и устранение патологии ЖКТ, эндокринной патологии, метаболических расстройств.

Объем местного лечения зависит от формы лейкоплакии. Патогенетическое лечение предусматривает устранение гиперкератоза, а также нормализацию процесса кератинизации эпителия. Возможно применение медикаментозных, физиотерапевтических и хирургических методов лечения. При эрозивно-язвенной форме лейкоплакии первоочередной задачей является восстановление целостности эпителия. При необходимости проводят обработку язвенных поверхностей с целью их очищения протеолитическими ферментами. Используют противовоспалительные (кортикостероидные мази «Синалар», «Лоринден», «Фторокорт», преднизолоновая мазь и др.) и кератопластические средства (витамины А, Е; препараты растительного происхождения: масло облепихи, мазь календулы, прополис, солкосерил и др.).

чечными отверстиями выводных протоков слюнных желез. В зависимости от степени кератинизации эпителия на слизистой оболочке часто выявляются трещины, бороздки, бляшки. Бляшка не поддается соскабливанию и не причиняет каких-либо неприятных ощущений.

Дополнительные методы исследования. При гистологическом исследовании выявляются изменения в выводных протоках малых слюнных желез и диффузное хроническое воспаление слизистой оболочки с ороговением поверхностных клеток эпителия и явлениями акантоза, паракератоза.

Дифференциальная диагностика. Диагностика никотинового стоматита трудностей не представляет.

Основные принципы лечения. После прекращения курения признаки никотинового стоматита обычно проходят в течение 2–6 недель. Любое поражение белого цвета на слизистой оболочке неба, которое не исчезает в течение 1 месяца после прекращения курения, подлежат биопсии для исключения лейкоплакии.

ВОЛОСАТАЯ ЛЕЙКОПЛАКИЯ

Предполагается вирусная природа заболевания (вирус Эпштейна–Барр). Болезнь возникает при иммунодефицитных состояниях.

Жалобы и анамнез. Заболевание имеет хроническое бессимптомное течение. Возможны жалобы на дискомфорт.

Внешний осмотр. Без особенностей. Могут выявляться признаки сопутствующих болезней (иммунодефицит).

Проявления в полости рта. Элементы поражения могут локализоваться на боковых поверхностях языка, спинке и корне языка (реже — дно полости рта, слизистая оболочка щек, ретромолярная область). Выявляется ограниченный участок утолщенной слизистой оболочки опалово-белого цвета с нечеткими границами размером от нескольких миллиметров до 3 см и более (вся боковая поверхность языка). В очаге поражения видны белые тонкие полосы, располагающиеся параллельно друг другу, образованные мелкими волосистыми папилломами. Не удаляются при поскабливании.

Дополнительные методы исследования. Используют различные дополнительные методы для уточнения диагноза:

- электронная микроскопия или метод гибридизации (обнаружение вирусных частиц);
- диагностика иммунодефицитных состояний (ВИЧ);
- микробиологический (для исключения кандидозного стоматита);
- гистологический.

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать волосатую лейкоплакию необходимо с лейкоплакией идиопатической, кандидозным стоматитом (хроническим гиперпластическим), гипертрофией сосочков языка.

ные участки шелушения с мягким гиперплазированным эпителием, напоминающим мочалку. Иногда в процесс вовлекаются обширные участки слизистой оболочки щек и губ, поверхность которых становится мозаичной, разрыхленной, пористой. Самые поверхностные слои кератинизированного участка слизистой оболочки удается частично снять шпателем.

Дополнительные методы исследования. Для верификации заболевания проводят гистологическое исследование: выявляется утолщение эпителия, выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

Дифференциальная диагностика. Дифференцируют лейкодему с лейкоплакией идеопатической, плоским лишаем. Ее следует отличать от привычки жевания слизистой оболочки щек и губ. Прикусывание щеки чаще встречается у психически неуравновешенных лиц. Хроническая травматизация слизистой оболочки приводит к гиперпластической реакции с образованием белых бляшек неправильной формы, иногда линий или полос. При продолжающейся травматизации отмечается увеличение бляшки, появление эритемы и изъязвления. Данное состояние наблюдается в любом возрасте, независимо от пола и расовой принадлежности пациентов. Лица с этой вредной привычкой жуют обычно слизистую оболочку переднего отдела щеки, реже — губы. Диагноз основывается на клинической картине и данных анамнеза. Дифференциальная диагностика проводится с эритролейкоплакией и кандидозом. Гистологически: участки нормального и слущенного эпителия, признаки паракератоза и нерезко выраженного субэпителиального воспаления.

Небо курильщика (никотиновый стоматит), никотиновый лейкокератоз неба

Это особая форма лейкоплакии. Причиной никотинового стоматита считают термическое поражение слизистой оболочки горячим дымом, который затягивают при курении.

Жалобы и анамнез. Болеют чаще мужчины 40–50 лет, заядлые курильщики (особенно курящие трубки). Болезнь имеет хроническое бессимптомное течение. Иногда больные предъявляют жалобы на сухость во рту, ощущение шероховатости слизистой оболочки неба. В анамнезе — курение (чаще трубки). В отличие от других форм лейкоплакии довольно быстро проходит при прекращении курения. Риск малигнизации очень низкий.

Внешний осмотр. Без особенностей.

Проявления в полости рта. На фоне слабо гиперемированной слизистой оболочки мягкого и твердого неба имеются незначительные выступающие очаги гиперкератоза белесоватого цвета (могут темнеть под влиянием табака), в центре которых — мягкие красноватые бугорки с то-

Дополнительные методы исследования. Для уточнения диагноза необходимо провести гистологическое исследование (биопсия), при котором выявляется очаг резко ограниченной пролиферации эпителия с явлениями дискератоза, выраженным полиморфизмом и атипичными митозами. Гистологически заболевание соответствует картине внутриэпителиального предрака (cancer in situ).

Дифференциальная диагностика проводится с эритематозным кандидозом, саркомой Капоши, экхимозом, контактным стоматитом, гемангиомой, плоскоклеточной карциномой, десквамативным глосситом (на основании данных биопсии). Эритроплакию необходимо дифференцировать с лейкоплакией идеопатической, плоским лишаем.

Лечение. Хирургическое иссечение.

Лейкодема

Предполагается наследственный характер заболевания. Наблюдается преимущественно в молодом и среднем возрасте, возникает, как правило, в 16–20 лет, чаще у женщин.

Жалобы и анамнез. Обычно протекает без выраженных субъективных ощущений. Иногда пациенты предъявляют жалобы на шероховатость слизистой оболочки, ее шелушение, чувство утолщенной мешающей ткани, понижение температурной и вкусовой чувствительности.

Внешний осмотр. Без особенностей.

Проявления в полости рта. Как правило, проявляется на слизистой оболочке щек в виде опалесцирующего участка молочно-белого или серого цвета. Выявляются шелушащиеся, слегка отечные мягкие участки. При поскабливании часть чешуек легко снимается без образования эрозий. Воспалительная реакция отсутствует. При диффузной форме слизистая оболочка разрыхленная, пористая, губчатая, складчатая, покрыта множеством чешуек. Имеет расовые различия по частоте, чаще наблюдается у афроамериканцев. Реже встречается на слизистой оболочке губы, мягкого неба, языка. Обычно имеет двустороннюю локализацию. Границы измененного участка слизистой оболочки неровные и размытые. Характерный признак лейкодемы — выраженное уменьшение или исчезновение белизны пораженного участка при растягивании слизистой оболочки. Причина лейкодемы окончательно не выяснена. Чаще всего она наблюдается у курильщиков, а отказ от курения приводит к тенденции обратного развития заболевания. Лейкодема не представляет опасности для здоровья, лечения не требует. В случаях, когда наблюдается скусывание возвышающихся участков, что превращается в привычку, в местах хронической травмы (частое прикусывание, жевание) щек, языка, губ выявляется своеобразное слущивание СОПР бархатно-белого цвета, напоминающее ожог или мацерированную поверхность. При осмотре выявляются отечные симметрич-

Наибольшую трудность представляет эрозивно-язвенная форма лейкоплакии при локализации на красной кайме губ. Ее нужно дифференцировать с эрозивно-язвенной формой красной волчанки, где на фоне обычно ярко выраженного воспаления возникают трещины, эрозии, язвы, покрытые серозно-кровянистыми корками. Эрозии как и при лейкоплакии окружены гиперкератозом, но по периферии очага отмечается выраженная атрофия. Характерная триада симптомов для красной волчанки — кератоз, эритема и атрофия.

Также эрозивно-язвенную форму лейкоплакии следует отличать от преканцерозного хейлита Манганотти, при котором эрозия располагается только в пределах красной каймы губ, а именно на нижней губе. Воспалительная реакция и гиперкератоз отсутствуют. Эрозия окружена плотно прилегающими к ней корками темно-красного цвета, при удалении которых образуется кровоточащая поверхность.

Важно дифференцировать лейкоплакию с хроническим прикусыванием слизистой оболочки щек, так как хроническая травма может являться причиной лейкоплакии. Для разделения этих заболеваний необходимо учитывать форму элементов поражения, их возвышение над уровнем слизистой оболочки, сохранность блеска очага поражения, отделение фрагментов слизистой при поскабливании, фоновые изменения.

Идеопатическая веррукозная лейкоплакия отличается от волосатой лейкоплакии характером и размером разрастаний слизистой оболочки и цветом очагов поражения.

Эритроплакия

Она является разновидностью лейкоплакии и относится к облигатным предракам. Болеют чаще мужчины в возрасте 40–70 лет.

Жалобы и анамнез. Заболевание имеет хроническое бессимптомное течение и характеризуется высоким риском малигнизации. Жалоб нет. В анамнезе — обычно курение и алкогольная зависимость.

Внешний осмотр. Без особенностей.

Проявления в полости рта. Чаще выявляется в ретромолярной области, на слизистой оболочке языка и дна полости рта. Элемент поражения — ограниченное пятно, медленно увеличивающееся в размерах, чаще застойно-красного цвета, с бархатистой, велюровой поверхностью. Иногда над уровнем слизистой оболочки выступают ярко-красного цвета узелки с бархатистой поверхностью, мягкие при пальпации, безболезненные. Размеры очага от 1 см в диаметре и более.

Если одновременно на слизистой оболочке полости рта выявляются элементы эритроплакии и лейкоплакии, необходимо ставить диагноз эритролейкоплакия (заболевание, имеющее самый высокий риск малигнизации среди болезней этой группы).

Дифференциальная диагностика гиперкератотических изменений СОПР

| Диагноз | Лейкоплакия | Красный плоский лишай | Красная волчанка | Вторичный сифилис |
|---------------------------|---|--|--|--|
| Элементы поражения | Неправильной формы бляшки, белесые, с шероховатой поверхностью, возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки | Полигональные небольшие папулы беловато-перламутрового цвета; сливаются между собой | Ярко красные эритематозные пятна с участками ороговения и атрофическим центром | Большие папулы округлой или овальной формы, эрозирующиеся при соскабливании |
| Локализация | Слизистая оболочка щек ближе к углам рта по линии смыкания, спинка языка, красная кайма чаще нижней губы | Слизистая оболочка щек в задних отделах, боковые поверхности и спинка языка, красная кайма губ | Красная кайма и слизистая оболочка губ, щек по линии смыкания, реже — небо, язык | Миндалины, небные дужки, мягкое небо, язык, слизистая оболочка губ, щек, десен |
| Границы очага поражения | Неровные четкие | Четкие | Четкие | Резко очерчены |
| Пальпация | При плоской и веррукозной формах — безболезненная, при эрозивно-язвенной — болезненная; очаги плотные | При типичной форме — безболезненная, при остальных — болезненная; очаги средней плотности | Болезненная, очаг поражения уплотнен | Мало болезненная, очаги плотные |
| Реакция окружающих тканей | Отсутствует, при эрозивно-язвенной форме — слабое воспаление | При экссудативно-гиперемической, эрозивно-язвенной и буллезной формах выражена гиперемия и отечность | По периферии очага гиперкератоза имеется яркий ободок гиперемии | Папулы окружены узким гиперемированным, резко ограниченным венчиком, основание инфильтрировано |
| Патогистология | Гиперкератоз, паракератоз, акантоз, гранулез; в строме — инфильтрат, отек, расширение кровеносных и лимфатических сосудов | Гиперкератоз, паракератоз, гранулез, неравномерный акантоз, в строме — диффузный инфильтрат | Очаговый гипер- и паракератоз, чередующийся с атрофией эпителия; в строме — диффузный и лимфоцитарный инфильтрат | В сосудах стромы — выраженный эндо-, мезо-, периваскулит, диффузный инфильтрат стромы |

Дифференциальная диагностика. Плоскую форму лейкоплакии необходимо отличать от типичной формы красного плоского лишая (КПЛ) (табл. 6). При КПЛ различают характерный морфологический элемент, полигональные папулы, которые объединяются и создают так называемый кружевной рисунок, располагаются симметрично. Также при КПЛ присутствуют поражения на коже (сгибательные поверхности предплечий, передняя поверхность голени, поясница) в виде зудящих синюшно-розовых папул с вдавлением в центре. Важное диагностическое значение также имеет наличие изоморфной реакции и положительного симптома Кебнера при КПЛ. Характерная локализация КПЛ — ретромоллярная область, красная кайма губ.

Типичным для красной волчанки является поражение кожи лица и ушных раковин, наличие значительной эритемы и очагов атрофии. В лучах Вуда типичная форма красной волчанки опалесцирует снежно-белым или снежно-голубым свечением.

Типичную форму лейкоплакии при локализации на нижней губе следует дифференцировать с ограниченным гиперкератозом красной каймы губ, который встречается у людей молодого и среднего возраста. При лейкоплакии ороговение распространяется на зону Клейна и слизистую оболочку красной каймы губы. При ограниченном гиперкератозе красной каймы губы выявляется невозвышающийся участок уплотненного эпителия, поверхность которого покрыта плотными чешуйками. Этот участок окружен тонким белым валиком.

Веррукозную форму лейкоплакии следует отличать от гиперпластической формы кандидоза, который представляет собой беловато-серые пленки, плотно спаянные с подлежащей слизистой оболочкой. Однако такие пленки возможно снять механически, после чего обнажается яркая, эрозивная, кровоточащая поверхность. Также в диагностике помогает цитологическое исследование, при котором выявляются большое количество псевдомицелия грибов и почкующиеся клетки.

Эрозивно-язвенную форму следует дифференцировать с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, при котором вокруг эрозии или язвы имеются узелковые высыпания, также присутствующие и на кожных покровах.

Эрозивно-язвенную форму необходимо отличать от папулезных высыпаний при вторичном сифилисе. Тщательно собранный анамнез и возраст пациентов имеют диагностическое значение. От эрозированных папул соответствующая форма лейкоплакии отличается отсутствием воспалительного венчика по периферии, а также тем, что при поскабливании сифилитических папул покрывающий их серо-белый налет удаляется и образуется мясо-красная эрозия, в отделяемом из которой обнаруживаются бледные трепонемы.

ное возвышение типа бородавки с широким основанием в количестве от 1–2 до 5–6. Они располагаются одиночно на небольшом расстоянии друг от друга или компактно-гнездно. При пальпации элементы поражения плотные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями.

Эрозивно-язвенная форма является осложнением простой или веррукозной лейкоплакии. Характерно, кроме кератоза, наличие эрозий, язв, трещин, которые под действием раздражителей увеличиваются в размерах, трудно эпителизируются и часто рецидивируют, всегда сопровождаются возникновением болевых реакций. Эрозивно-язвенная форма представляет наибольший риск малигнизации среди других форм лейкоплакии (по статистике — 21,4 %). Признаками злокачественности являются уплотнение основания эрозии или язвы, разрастание ткани по периферии очага, быстрое увеличение в размерах элемента поражения, усиление ороговения веррукозных элементов, отсутствие тенденции к заживлению эрозий, изменение в цвете (побурение).

Все формы лейкоплакии потенциально способны озлокачествляться, при этом наибольший риск малигнизации представляют собой поражения, локализующиеся на языке. Длительность течения лейкоплакии до ее возможной малигнизации весьма индивидуальна и зависит от формы лейкоплакии. Наиболее потенциально опасны веррукозная и эрозивно-язвенная форма лейкоплакии. Таким образом, у одних больных лейкоплакия может существовать десятилетиями и не малигнизироваться, у других — быстро трансформируется в рак. По данным Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллесона, лейкоплакия наиболее часто озлокачествляется в сроки 1–5 лет от начала заболевания.

Дополнительные методы исследования. Из дополнительных методов обследования применяют стоматоскопию. Выявляется утолщение слоя эпителия с хроническим воспалительным процессом подлежащей ткани, при веррукозной форме — возвышающееся наложение эпителия с сосочковыми разрастаниями, которые чередуются с обычным кератозом. Люминесцентное исследование позволяет выявить беловато-голубое свечение при плоской форме. Малоинтенсивное свечение с желтоватым оттенком с переходом в фиолетовый характерно для возвышающейся формы лейкоплакии, фиолетовое — для веррукозной и коричневое — для эрозивно-язвенной формы. В цитограмме при лейкоплакии отмечается обильное количество эпителиальных клеток по сравнению со здоровым участком. Повышена десквамация ороговевших эпителиальных безъядерных и ядродержащих клеток. Для подтверждения диагноза необходимо провести гистологическое исследование. Выявляется утолщение эпителиального покрова без выраженного акантоза. Слой поверхностных клеток состоит из 6–8 рядов. Поверхностные клетки тесно прилегают друг к другу, ядра в них гиперхромны, вытянуты, протопlasма плотная, однородная, эозинофильная.

бов и на красной кайме нижней губы, реже — на языке, дне полости рта и небе. При локализации на слизистой оболочке в углах рта в 85 % наблюдается симметричность поражения. Форма всего очага напоминает треугольник, основание которого обращено к углу рта, а вершина — в ретромолярное пространство. В ретромолярном пространстве участки ороговения имеют неровные контуры, как правило, располагаясь ближе к переходным складкам преддверия рта. На слизистой оболочке боковой поверхности языка бляшки имеют вытянутую форму, на твердом небе — подковообразную (по протяжению альвеолярного отростка, на слизистой оболочке дна полости рта преимущественно образуются ограниченные участки поражения, напоминающие иногда широкие полосы или сплошные пятна). На слизистой оболочке губ участки гиперкератоза представлены напоминающими папиросную бумагу ограниченными бляшками или отдельными полосками.

Веррукозная форма обычно является дальнейшей стадией развития плоской лейкоплакии. К этому приводят местные раздражители: травма острыми краями зубов и протезов, прикусывание участков лейкоплакии, курение, употребление горячей и острой пищи, микротоки. Различают бляшечную и бородавчатую формы веррукозной лейкоплакии. Характерно более выраженное ороговение, при котором наблюдается более значительное возвышение этих участков над уровнем неизмененного эпителия, окружающего очаг поражения. Пациенты обычно жалуются на чувство шероховатости и стянутости слизистой оболочки, неловкость при жевании и разговоре.

Бляшечная форма лейкоплакии представлена молочно-белыми, иногда соломенно-желтоватыми бляшками, равномерно возвышающимися над окружающей слизистой оболочкой и имеющими четкие края. Усиление помутнения пораженного участка и потеря специфического перламутрового блеска свидетельствует о прогрессирующем кератозе. Последующее изменение цвета элементов поражения и приобретение ими коричневого оттенка указывает на возможную злокачественность. Толщина возвышающихся участков кератоза неодинакова и колеблется от значительного напластования до едва улавливаемого при обычном осмотре. При выраженной толщине лейкоплакического очага он становится плотным на ощупь, и взять его в складку невозможно.

Бородавчатая форма веррукозной лейкоплакии имеет вид плотных бугристых образований, резко возвышающихся над окружающей слизистой оболочкой и выступающих в полость рта выпячиваний. Окружающая пораженный участок оболочка шероховата. Чаще бородавчатая лейкоплакия локализуется в передних отделах щеки, губы, иногда языка, редко — твердого неба. Клинически: участок кератоза в одном или нескольких местах выступает над уровнем слизистой оболочки, образуя на ней плот-

веррукозной форме), болезненность (при наличии эрозий или язв). Собирая анамнез, необходимо выяснить наличие следующих этиологических факторов:

1. Хроническая механическая травма: грубая пища, плохо припасованные съемные протезы, недоброкачественные пломбы, края разрушенных зубов, аномалии положения отдельных зубов, вредные привычки.

2. Химические раздражители: бытовые (спиртные напитки, курение, жевание табака, бетеля, употребление наса, острая и пряная пища); производственные (смола, бром, йод у лиц, занимающихся нефтепереработкой, работой с дегтем, в производстве кислот, щелочей, минеральных удобрений).

3. Гальванизм (наличие металлических пломб, коронок).

4. Термические факторы: горячая пища, курение.

5. Метеорологические факторы: инсоляция, холодный ветер, низкая влажность атмосферы.

6. Инфекции: сифилис, кандидоз.

7. Эндогенные причины являются фоном и способствуют развитию лейкоплакии: патология ЖКТ (хронические энтериты, гастриты, колиты, холециститы), недостаток или нарушение обмена витаминов А, В, гормональные дисбалансы.

Лейкоплакия идеопатическая. Лейкоплакия, связанная с употреблением табака

Диагноз «лейкоплакия, связанная с употреблением табака», основывается на наличии привычки курения в анамнезе, в отличие от идеопатической лейкоплакии данная форма заболевания имеет более высокий риск малигнизации.

Выделяют следующие формы лейкоплакии по клиническим проявлениям:

- плоская (простая);
- веррукозная;
- эрозивно-язвенная.

Внешний осмотр. Без особенностей.

Проявления в полости рта. *Плоская* форма: главным клиническим признаком лейкоплакии является бляшка — перламутрово-белый или мелоподобный элемент, который имеет четкие, зубчатые или размытые границы и шероховатую поверхность. Плоская форма встречается наиболее часто. Эта форма не вызывает субъективных ощущений и обнаруживается случайно. Выявляется ограниченное белесоватое пятно с четкими границами. Иногда имеется несколько бляшек различной формы, которые не возвышаются над уровнем слизистой оболочки и не снимаются даже при интенсивном поскабливании. Чаще всего плоская лейкоплакия локализуется на слизистой оболочке щек в углах рта и по линии смыкания зу-

«Белые» поражения слизистой оболочки полости рта, имеющие бессимптомное течение

ПРИКУСЫВАНИЕ ЩЕКИ И ГУБ

В анамнезе может выявляться вредная привычка — прикусывание щек и губ. Но чаще заболевание является результатом особенностей прикуса и выявляется случайно при осмотре.

Жалобы и анамнез. Жалоб обычно нет.

Внешний осмотр. Без особенностей.

Проявления в полости рта. По линии смыкания зубов или доступном для прикусывания месте губы слегка отечная, гиперемированная, с неровной мацерированной поверхностью слизистая оболочка. Эпителий сохраняет блеск, при поскабливании легко снимается, могут быть поверхностные эрозии.

Дополнительные методы исследования. Возможно проведение гистологического исследования.

Дифференциальная диагностика. Важно различать хроническое прикусывание слизистой оболочки щек и лейкоплакию идеопатическую. Для разделения этих заболеваний необходимо учитывать форму элементов поражения, их возвышение над уровнем слизистой оболочки, сохранность блеска очага поражения, отделение фрагментов слизистой оболочки при поскабливании, фоновые изменения.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ И ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА, ВКЛЮЧАЯ ЯЗЫК

Лейкоплакия — хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта или красной каймы губ, сопровождающееся повышенным ороговением эпителия и воспалением собственно слизистой оболочки. Возникает, как правило, в ответ на хроническое экзогенное раздражение. Заболевание наблюдается преимущественно у людей среднего и старшего возраста, чаще у мужчин после 40 лет. Последние данные свидетельствуют о постепенном сглаживании разницы в частоте заболевания между мужчинами и женщинами. Лейкоплакия является факультативным предраком. Размеры пораженного участка, его локализация и другие клинические особенности переменчивы. Наиболее часто она локализуется на нижней поверхности языка и его краях, дне полости рта, альвеолярной слизистой оболочке, губах, мягком небе, ретромолярном треугольнике и неподвижной части десны нижней челюсти. Поверхность пораженного участка может быть гладкой и гомогенной, тонкой, складчатой, бородавчатой, зернистой или пятнистой, цвет — белесоватым, серым или бурым.

Жалобы и анамнез. Жалобы отсутствуют при плоской форме, могут быть жалобы на чувство стянутости СОПР или мешающей ткани (при

со-красного цвета; выражен плотный инфильтрат; папула возвышается над уровнем слизистой оболочки.

– папула в сроки от 10 до 14 дней — эрозия на фоне ограниченного плотного инфильтрата образуется после отторжения некротизированного покровного эпителия.

Необходимо помнить, что при раннем вторичном сифилисе можно обнаружить эпителизирующийся твердый шанкр. Элементы поражения при вторичном сифилисе контагиозны.

Дополнительные методы исследования. После 3 недель течения первичного сифилиса серологическая реакция становится положительна. Также возможно выделение бледных трепонем с поверхности элементов поражения при микроскопическом исследовании.

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать проявления вторичного сифилиса в полости рта необходимо с лейкоплакией идеопатической, плоским лишаем, десквамативным глосситом, хроническим гиперпластическим кандидозным стоматитом (табл. 5).

Таблица 5

Дифференциальная диагностика «белых» поражений СОПР

| Признак | Плоский лишай | Лейкоплакия идиопатическая | Кандидозный стоматит | Сифилис вторичный |
|----------------------------------|--|--|--|-------------------------------|
| Пол | Чаще женщины | Чаще мужчины | Одинаково часто у обоих полов | Одинаково часто у обоих полов |
| Поражения кожи | Есть | Нет | Может быть (углы рта, ногти) | Есть |
| Локализация в полости рта | Слизистая оболочка щек, ретромолярная область, дистальные отделы полости рта | Слизистая оболочка щек (линия смыкания зубов), нижняя губа, язык | Язык, небо, слизистая оболочка губ и щек | Любой участок СОПР |
| Элементы поражения в полости рта | Мелкие полигональные папулы | Пятно, бляшки | Бляшки, эрозии, налет | Крупные папулы, розеола |
| Границы очага поражения | Четкие, зазубренные | Ровные | Неровные, «булыжная мостовая» | Ровные, четкие |

Отличить от лейкоплакии помогают поражения кожи, форма, размер, цвет и характер элементов поражения на СОПР, наличие регионарного специфического лимфаденита, серологическое исследование.

Плоский лишай отличают по характеру поражения кожи, размерам папул, их плотности при пальпации, регионарному лимфадениту, серологической диагностике.

Профилактика. В первую очередь необходимы диета и отказ от вредных привычек. Для предупреждения рецидивов и повышения защитных сил организма рекомендуются повторные курсы витаминотерапии, введение гистоглобулина. Хороший результат дает антигемотоксическая терапия: препараты мукоза-композитум и коинзим-композитум в инъекциях. Препарат мукоза-композитум можно использовать для поддерживающей терапии, он стимулирует иммунитет, улучшает эпителизацию слизистой оболочки. Особое внимание следует уделять дентальной патологии. Решающее значение в лечении имеет успешное лечение соматической патологии и функциональных нарушений деятельности нервной системы.

ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

Сифилис — инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой.

Жалобы и анамнез. Течение возможно бессимптомное или с жалобами на чувство дискомфорта. Болеют преимущественно люди молодого возраста, ведущие беспорядочную половую жизнь. Вторичный сифилис имеет волнообразное течение.

Внешний осмотр. При внешнем осмотре выявляется розеолезно-папулезная сыпь на коже. Возможно увеличение регионарных лимфатических узлов.

Проявления в полости рта. Элементы поражения локализуются на дужках неба, мягком небе, миндалинах, слизистой оболочке губ, щек. В полости рта выявляется розеола-папулезная сыпь (розеола — резко ограниченное от здоровой ткани пятно ярко-красного цвета на слегка отечной слизистой оболочке). Розеолы могут сливаться. Острых воспалительных явлений и субъективных ощущений нет. Папула — резко ограниченный, плотноватый при пальпации, округлый, диаметром до 1 см, безболезненный элемент серовато-белого цвета. Папула окружена узким гиперемизированным инфильтрированным венчиком. При поскабливании серо-белый налет удаляется с образованием эрозии; со временем папулы эрозируются сами. Папулы не обладают склонностью к периферическому росту и слиянию. На миндалинах и мягком небе они могут сливаться (папулезная ангина). При злокачественном течении сифилиса возможно появление пустулезных элементов. Внешний вид папулезного элемента зависит от срока существования папулы и от ее локализации:

– свежий папулезный элемент (1-е сутки появления) — округлые очертания, синюшно-красный цвет, около 1 см в диаметре, мягкий инфильтрат в основании не выступает над здоровой слизистой оболочкой;

– папула в развитии (от 5 до 7 дней) — белого цвета за счет некроза поверхностного эпителия («опаловая» бляшка); при поскабливании поверхности папулы верхний слой эпителия снимается, обнажая эрозию мя-

| Этапы | Средства лечения | Способ применения | Цель использования | Механизм действия |
|--|------------------|--------------------------------------|--|---|
| консультации специалистов (невролог, гастроэнтеролог, кардиолог, эндокринолог) физиолечение | Хепель | По 1 таблетке 3 раза в день под язык | Гепатопротективное, противовоспалительное действие | прессии антигенов HLA-1 на мембранах гепатоцитов и HLA-2 на холангиоцитах. Активизирует дезинтоксикационные функции печени |
| | – | – | Уменьшение тяжести заболевания, предупреждение рецидивов | Воздействие на патогенез заболевания |
| | – | – | Ускорение эпителизации, ослабление влияния вторичной микрофлоры на поврежденную слизистую оболочку. Стимулирование заживления эрозии. Воздействие на элементы гелиево-неоновым лазером | |
| | криодеструкция | Жидкий азот | – | Удаление очага поражения, воздействие на длительно незаживающую эрозию |
| Гиперкератотическая форма* | | | | |
| Криодеструкция | Жидкий азот | – | Удаление очагов гиперкератоза с целью профилактики малигнизации | Под воздействием жидкого азота происходят криодеструкция и последующее отторжение бляшки |

* Проводится общее лечение тех форм, с которыми сочетается гиперкератотическая форма. Хирургическое лечение проводится при сочетании с другими формами плоского лишая. Показано хирургическое иссечение — удаление с использованием лазерного скальпеля.

| Этапы | Средства лечения | Способ применения | Цель использования | Механизм действия |
|-----------------------------|---------------------------------------|--|---|---|
| стимуляция тканевого обмена | 2 мл солкосерила | По 2 мл внутримышечно ежедневно, курс — 10–15 инъекций | Улучшение тканевого обмена, ускорение эпителизации эрозий и язв СОПР | Экстракт крови крупного рогатого скота стимулирует физиологический транспорт кислорода и питательных веществ, повышает активность основных ферментов внутриклеточных дыхательных процессов, стимулирует внутриклеточный энергетический метаболизм и клеточную регенерацию, ускоряет восстановление тканей |
| антигемотоксическая терапия | 2,2 мл мукоза-композиума в ампулах. | Под элементы поражения, курс — 10–15 инъекций. | Стимуляция иммунитета, улучшение эпителизации СОПР. | — |
| | 2,2 мл коэнзима-композиума. | Под элементы поражения, курс — 5 инъекций. | Детоксикационное, метаболическое, антиоксидантное действие. | Участвует в обмене веществ в качестве коэнзима |
| | 2,2 мл убихинона-композиума в ампулах | Под элементы поражения, курс — 5–10 инъекций | Иммуностимулирующее, детоксикационное, биостимулирующее, антиоксидантное действие | — |
| иммуномоделирующая терапия | 1 мг ликопида. Имудон | По 10 мг 2 раза в день в течение 14 дней. 6–8 таблеток в день сублингвально в течение 20 дней | Повышение резистентности полости рта | Обладает иммуномодулирующими свойствами, увеличивая активность фагоцитов, Т- и В-лимфоцитов, при этом возрастает бактерицидная и цитотоксическая активность фагоцитов, стимулируется синтез специфических антител и цитокинов |
| гепатопротективное действие | 250 мг урсосана. | По 1 капсуле 2 раза в день во время еды, курс — от 14 дней до 2 лет. | Гепатопротективное действие. | Образует двойные молекулы, способные включаться в состав клеточных мембран (гепатоцитов, холангиоцитов, эпителиоцитов ЖКТ), стабилизирует их. Иммуномодулирующее действие основано на угнетении экс- |

| Этапы | Средства лечения | Способ применения | Цель использования | Механизм действия |
|-------------------------------|--|---|--|--|
| противовоспалительная терапия | <p>Глюкокортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон, триамцинолон и др.).</p> <p>Делагил (хингамин).</p> <p>625 мг амоксиклава</p> | <p>Внутрь по схеме; курс лечения — 1–2 месяца.</p> <p>По 1 таблетке 2 раза в день; курс — 10 дней, затем переходят на инъекции делагила под элементы поражения.</p> <p>По 1 таблетке 2 раза в день; курс лечения — 5 дней</p> | <p>Противовоспалительное и противоаллергическое действие.</p> <p>Противовоспалительное действие.</p> <p>Антибактериальное действие</p> | <p>Действуют на все фазы воспаления: снижают проницаемость капилляров и клеток, уменьшают отек, всасывание токсичных веществ из очага воспаления, оказывают выраженное антигистаминное действие, угнетают активность гиалуронидазы, тормозят синтез простагландинов, стабилизируют мембрану лизосом, уменьшают фазу альтерации, подавляют лимфопоз. В малых дозах стимулируют эритропоз, увеличивают образование нейтрофилов и тромбоцитов.</p> <p>Кроме противомаларийного действия, делагил тормозит синтез нуклеиновых кислот, активность некоторых ферментов, иммунные процессы.</p> <p>Блокирует синтез пептидогликана оболочки микробных клеток и бета-лактамазы</p> |
| антигистаминная терапия | <p>0,1 г диазолина; 0,5 г фенкарола; 0,001 г тавегила.</p> <p>10 мг кларитина.</p> <p>180 мг телфаста.</p> <p>10 мг зиртека (во флаконе 10 мл)</p> | <p>По 1 таблетке 2 раза в день, курс лечения — 10–14 дней.</p> <p>По 1 таблетке 1 раз в день.</p> <p>По 1 таблетке 1 раз в день.</p> <p>По 1 таблетке 1 раз в день (20 капель 1 раз в день)</p> | <p>Неспецифическое десенсибилизирующее и противовоспалительное действие</p> | <p>Блокируют H1-гистаминовые рецепторы. Снижается проницаемость капилляров, сужаются расширенные гистамином капилляры и вены, уменьшается отечность тканей</p> |
| гипосенсибилизирующая терапия | <p>Гистаглобулин (содержит гистамин и глобулин человеческий)</p> | <p>Подкожно по 2–3 мл через 3 дня. Курс — 8–10 инъекций</p> | <p>Неспецифическое десенсибилизирующее действие. Назначается при повышенном содержании гистамина в крови</p> | <p>При введении препарата вырабатываются антигистаминные антитела и повышается способность сыворотки инактивировать свободный гистамин</p> |

| Этапы | Средства лечения | Способ применения | Цель использования | Механизм действия |
|-----------------------------------|---|--|---|--|
| | Каротолин. | Аппликации по 15–20 мин. | – | Каротолин — масляный раствор мякоти плодов шиповника — содержит токоферолы, ненасыщенные жирные кислоты, каротин, флавоноиды, пектин и др., способствует заживлению язв и эрозий. |
| | Солкосерил (желе, мазь), дентальный солкосерил. | Аппликации по 15–20 мин. | Ускорение эпителизации эрозий и язв. | Улучшает обменные процессы, ускоряет регенерацию тканей при эрозиях, язвах, ранах. |
| | Аэрозольные препараты (олазол, пропосол, левовинизоль) | Аппликации по 15–20 мин | Ускорение эпителизации эрозий и язв | Обезболивание |
| Общее лечение: седативная терапия | 0,0005 г фензепам, 2 мг сибазона, 2 мг реланиума, 5 мг рудотеля и др. Новопассит | Внутрь с min дозы по 1/2 таблетки на ночь. 5 мл 3 раза в день | Устранение чувства напряжения, волнения, страха при невротических расстройствах, стрессовых ситуациях | Угнетает возбудимость подкорковых областей (лимбическая система, таламус, гипоталамус), которые ответственны за эмоциональные реакции. Взаимодействуя с бензодиазепиновыми рецепторами, которые структурно связаны с рецепторами ГАМК, транквилизаторы усиливают процессы торможения в тех системах мозга, где нейромедиатором является ГАМК |
| витаминотерапия | Аскорбиновая кислота | 1 г/сут | Уменьшение экссудации, повышение сопротивляемости организма | Регулирует проницаемость стенок сосудов, участвует в синтезе гормонов коры надпочечников, окислительно-восстановительных процессах, стимулирует содержание катехоламинов, оказывает противосклеротическое действие, повышает общую сопротивляемость организма |

| Этапы | Средства лечения | Способ применения | Цель использования | Механизм действия |
|---------------------------|---|--|---|---|
| антисептическая обработка | 0,5–1%-ный р-р перекиси водорода, 0,2%-ный р-р гексорала (топангина), 0,06%-ный р-р хлоргексидина | Ротовые ванночки | Устранение или ослабление влияния вторичной микрофлоры на поврежденную СОПР | При соприкосновении с тканями пероксидаза разлагается с образованием атомарного кислорода, который является сильным окислителем и оказывает антисептическое, противовоспалительное действие |
| ферменты | 0,05 г лизоцима | Аппликации по 5 мин, трехкратное применение. | Устранение или ослабление влияния вторичной микрофлоры на поврежденную СОПР. | Оказывает бактериолитическое и противовоспалительное действие, стимулирует фагоцитоз. |
| | Ируксол (мазь) | Аппликации по 15–20 мин | Ускорение эпителизации, очищение раны от налета. Нормализация обменных процессов в СОПР | Содержит протеолитический фермент клостридилпептидазу, очищает раны, способствует эпителизации. Участвует в окислительно-восстановительных процессах, влияет на углеводный, белковый, жировой обмен и водно-солевой баланс, активирует гликогенобразующую и дезинтоксикационную функции печени, усиливает кровоток в капиллярах |
| кортикостероидная терапия | 0,5%-ная преднизолоновая мазь, локоид | Аппликации по 15–20 мин | Уменьшение воспаления и отечности СОПР | Снижает проницаемость капилляров, уменьшает отек. Тормозит синтез простагландинов, облегчает и укорачивает фазу альтерации |
| эпителизирующая терапия | 3,4%-ный масляный раствор вит. А (ретинола ацетат). | Аппликации по 15–20 мин. | Ускорение эпителизации. | Принимает активное участие в окислительно-восстановительных процессах из-за большого количества ненасыщенных связей в его молекуле, стимулирует регенерацию эпителия, предотвращает устойчивость слизистых оболочек к инфекциям. |

| Этапы | Средства лечения | Способ применения | Цель использования | Механизм действия |
|--|---|---|--|---|
| противомикробная терапия иммуномодулирующая терапия лечение общих заболеваний у специалистов | Метронидазол | 0,25 г 2 раза в день в течение 2 недель | – | – |
| | Ликопид | По 1 мг 3 раза в день в течение 14 дней. | Повышение резистентности полости рта. | Обладают иммуномодулирующими свойствами, увеличивая активность фагоцитов, Т- и В-лейкоцитов, при этом возрастает бактерицидная и цитотоксическая активность фагоцитов, стимулируется синтез специфических антител и цитокинов |
| | Имудон | 6–8 таблеток в день сублингвально, курс — 20 дней. | Действует на сосуды и симпатические нервы, деблокирует нарушенные ферментативные функции и активирует защитные механизмы дезинтоксикации | |
| | Энгистол | По 1 таблетке сублингвально 3 раза за 30 мин до еды | | |
| – | – | Предупреждение рецидивов заболевания | Воздействие на патогенез заболеваний | |
| Эрозивно-язвенная и буллезная формы | | | | |
| Местное лечение: санация полости рта | Коррекция гигиены полости рта, лечение кариеса, заболеваний периодонта, устранение гальваноза, механических травмирующих факторов. Протезирование | | Предупреждение осложнений и прогрессирования заболеваний | Санация очагов одонтогенной инфекции снижает микробную сенсибилизацию, нормализует микрофлору полости рта. Устранение гальванизма нормализует ферментативную активность слюны. Протезирование восстанавливает жевательную функцию |
| обезболивание | 3–5%-ный р-р тримекаина, лидокаина, 2%-ный р-р пиромекаина, 5%-ная взвесь анестезина в глицерине, масле (оливковое, персиковое) | Ротовые ванночки, аппликации по 3–5 мин | Устранение болевых ощущений | Понижают или полностью подавляют возбудимость чувствительных нервных окончаний и тормозят возбуждение по нервным волокнам |

| Этапы | Средства лечения | Способ применения | Цель использования | Механизм действия |
|---------------------------|---|--|---|---|
| коррекция микроциркуляции | 500 мг компламина (ксантинола никотината) | По 2 таблетки 3 раза в день после еды, по мере улучшения дозу снижают до 1 таблетки 3 раза в день. Курс лечения — 2 месяца. | – | Участвует в окислительно-восстановительных процессах, влияет на углеводный, белковый, жировой обмен и водно-солевой баланс, активизирует гликоген-образующую и дезинтоксикационную функцию печени, эритропоэз, фибринолиз, расширяет сосуды |
| | 1%-ный р-р никотиновой кислоты | Инъекции под элементы поражения (0,5–1 мл, на курс 10 инъекций). | Усиление кровотока в капиллярах, улучшение клеточного метаболизма в тканях, коллатерального кровообращения. | |
| | 0,5 г никотинамида | По 1 таблетке 3 раза в день. Курс — 1,5 месяца. | То же | – |
| | 400 мг трентала | По 1 таблетке 3 раза в день. Курс — 1 месяц. | Спазмолитическая активность, расширение сосудов, улучшение микроциркуляции. | Угнетает фосфодиэстеразы, способствует накоплению цАМФ в форменных элементах крови, клетках гладкой мускулатуры сосудов. |
| | Андекамин | В/м по 20–40 ЕД через день, на курс — 15–20 инъекций. | Улучшение кровоснабжения и нормализация проницаемости сосудов. | Способствует рассасыванию папулезных элементов. |
| | Аскорутин | По 2 таблетки 3 раза в день. Курс — 1 месяц, всего 2–3 курса | Уменьшение экссудации, повышение сопротивляемости организма | Регулирует проницаемость стенок сосудов, участвует в синтезе гормонов коры надпочечников, повышает общую сопротивляемость организма, стабилизирует содержание катехоламинов, оказывает противосклеротическое действие |
| антигистаминная терапия | 0,1 г диазолина; 0,5 г фенкарола; 0,001 г тавегила. 10 мг кларитина. 180 мг телфаста. 10 мг зиртека (во флаконе 10 мл) | По 1 таблетке 3 раза в день, курс — 14 дней. По 1 таблетке 1 раз в день. По 1 таблетке 1 раз в день. По 1 таблетке 1 раз в день (по 20 капель 1 раз в день) | Гипосенсибилизирующее и противовоспалительное действие | Блокирует H-рецепторы тканей, чем препятствует взаимодействию с ними гистамина. Снижается проницаемость капилляров, сужаются расширенные гистамином капилляры и вены, уменьшается отечность тканей |

| Этапы | Средства лечения | Способ применения | Цель использования | Механизм действия |
|-----------------------------------|---|---|--|--|
| Экссудативно-гиперемическая форма | | | | |
| Местное лечение: обезболивание | 3–5%-ный р-р тримекаина, 2%-ный р-р лидокаина, 2%-ный р-р пиромексина, 5–20%-ная взвесь анестезина в масле (оливковое, персиковое, глицерин) | Ротовые ванночки Аппликации 3–5 мин | Устранение болезненных ощущений | Понижают или полностью подавляют возбудимость нервных окончаний и тормозят возбуждение по нервным волокнам |
| антисептики | 0,2%-ный р-р гексорала (топангин), 0,5%-ный р-р хлоргексидина, 0,05%-ный р-р перекиси водорода | Ротовые ванночки | Устранение или ослабление влияния вторичной микрофлоры на поврежденную слизистую оболочку рта | Оказывают бактериостатическое, противовоспалительное действие, стимулируют фагоцитоз |
| кортикостероиды | 0,5%-ная преднизолоновая мазь, 1%-ная гидрокортизоновая мазь | Аппликации по 15–20 мин | Уменьшение воспаления и отечности слизистой оболочки рта | Снижают проницаемость капилляров, уменьшают отек |
| эпителизирующая терапия | Масляный р-р вит. А, каротолин | Аппликации по 15–20 мин | Ускорение эпителизации слизистой оболочки рта | – |
| Общее лечение: витаминотерапия | Мильгамма | По 1 драже 3 раза в день в течение 1 месяца. 1 месяц перерыв. Курс лечения — 6 месяцев. | Аналгезирующее, антиаллергическое действие, усиление кровоснабжения, ускорение регенерации нервной ткани | Обезболивающий и антиаллергический эффекты обусловлены витаминами В1 и В12. Тиамин препятствует гликозириванию белка, обладает антиоксидантной активностью, регулирует проведение нервного импульса, влияя на передачу возбуждения. Витамин В12 способствует кровоснабжению органов, регулирует белковый, углеводный и жировой обмены. |

Лечение плоского лишая

| Этапы | Средства лечения | Способ применения | Цель использования | Механизм действия |
|--|---|--|---|---|
| Типичная форма | | | | |
| Местное лечение | Коррекция гигиены полости рта, санация полости рта, устранение гальваноза, механических травматических факторов, протезирование | | Предупреждение осложнений, прогрессирования заболевания | |
| | Масляный 3,4%-ный раствор ретинола ацетата | Аппликации 2–3 раза в день по 15–20 мин на участки поражения | Нормализация функции эпителиальных клеток, предотвращение прогрессии явления гиперкератоза | Стимулирование регенерации эпителиальных клеток |
| | Настои шалфея, ромашки | Ротовые теплые ванночки | Устранение или ослабление влияния вторичной микрофлоры | Противовоспалительное и антисептическое действие |
| Общее лечение: транквилизаторы | 0,0005 г фенозепам, 2 мг сибазона, 2 мг реланиума, 2 мг седуксена и др. | Внутрь с min дозы по 1/2 таблетки на ночь | Устранение чувства напряжения, волнения, страха при невротических расстройствах, стрессовых ситуациях | – |
| седативные средства | Бромиды, новопассит, настойка пустырника, валерианы, корень пиона | 5–10 мл 3 раза в день; курс лечения — 1 месяц, всего 2–3 курса | Лечение невротических состояний | – |
| витаминотерапия | Витрум, ундевит и др. | По 1 драже 2 раза в день в течение 2–3 месяцев | Улучшение обменных процессов, повышение сопротивляемости организма | – |
| иммуномоделирующая терапия | 1 мг ликопида 1 раз в день; 6–8 таблеток иммудона в день | За 30 мин до еды в течение 14 дней сублингвально; курс — 20 дней | – | – |
| консультация специалистов (невропатолог, гастроэнтеролог, кардиолог) | – | – | Выявление сопутствующих заболеваний | Профилактика и лечение заболеваний ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, невротозов |

Медикаментозная терапия зависит от формы заболевания и делится на местную и общую (табл. 4). Общая терапия проводится совместно с врачами общего профиля.

Репозиторий БГМУ

Описанные формы плоского лишая могут трансформироваться одна в другую, а также в сторону прогресса или регресса по мере нарастания или уменьшения тяжести фоновых заболеваний и раздражающих местных факторов.

Дополнительные методы исследования. Диагноз обычно основывается на клинической картине. В сомнительных случаях для подтверждения диагноза выполняют биопсию и гистологическое исследование. Патогистологическая картина эпителия слизистой оболочки полости рта при плоском лишае разнообразна: гипер- и паракератоз, часто очаговый гранулез, акантоз, вакуольная дистрофия клеток базального слоя. При эрозивно-язвенной форме определяется некроз эпителия, при буллезной — субэпителиальные полости.

Также исследование можно проводить методом прямой иммунофлюоресценции и люминесценции (беловато-желтое свечение в лучах Вуда при типичной форме плоского лишая).

Дифференциальная диагностика. Дифференциальный диагноз проводится с лихеноидной реакцией (после устранения причины исчезает), лейкоплакией, сифилитическими папулами, пузырчаткой, красной волчанкой, многоформной эритемой, буллезным пемфигоидом, кандидозом.

Для дифференциальной диагностики с лейкоплакией имеет значение поражение кожи, размер, форма и цвет элементов поражения, их возвышение над уровнем слизистой оболочки, наличие воспаления.

Для дифференциальной диагностики с вторичным сифилисом имеет значение характер поражения кожи, размер папул, их плотность при пальпации, регионарный лимфаденит, серологическая диагностика.

Лечение. Полиэтиологичность плоского лишая СОПР, многообразие патогенеза, разнообразие клинических форм создают определенные трудности в лечении этого, порой весьма тяжелого заболевания. Основным направлением лечения остаются патогенетическая терапия и коррекция общей патологии организма. Лечение является комплексным. Установив диагноз, необходимо обследовать больного для выявления заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринной патологии, в первую очередь сахарного диабета, сосудистой патологии и др. Адекватная терапия сопутствующих заболеваний значительно повышает эффективность комплексного лечения, особенно эрозивно-язвенной формы.

У всех больных необходимо провести тщательную санацию полости рта. Сошлифовываются острые края зубов и протезов, проводится рациональное протезирование для обеспечения полноценного акта жевания. Недопустимо во рту наличие разнородных металлов. Нельзя забывать, что и золото может быть причиной, вызывающей плоский лишай СОПР («золотой» лишай). Больным рекомендуется щадящая диета с исключением горячей, грубой, острой и пряной пищи, отказ от курения и алкоголя.

При **гиперкератотической форме** плоского лишая (бляшечный тип) на фоне типичных для плоского лишая высыпаний образуются сплошные сильно выраженные очаги ороговения с резкими границами. Локализуются на спинке языка, щеках. Данная форма чаще встречается у курящих женщин и напоминает лейкоплакию.

При **экссудативно-гиперемической форме** (ретикулярная, ретикулярные проявления в полости рта) папулы располагаются на отечной и гиперемированной слизистой оболочке. Папулы теряют четкость своих очертаний в зависимости от степени воспаления. В процессе обратного развития рисунок вновь появляется. При этой форме выражены болевые ощущения, особенно при приеме пищи.

При **эрозивно-язвенной форме** (атрофические и эрозивные проявления в полости рта) выявляются различных размеров эрозии, реже язвы на гиперемированной и отечной слизистой оболочке, вокруг которых располагаются типичные для плоского лишая папулы. Эрозии неправильной формы, покрытые фибринозным налетом, легко кровоточат, чрезвычайно болезненны, также могут быть единичными, небольшими, малоболезненными. Эта самая тяжелая из всех форм, трудно поддающаяся лечению, может быть злокачественной (1 %). Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы плоского лишая отнесены в группу факультативных предраков. Признаками злокачественного плоского лишая являются уплотнение в основании поражения и внезапное бурное усиление ороговения. Должны настораживать врача длительно незаживающие и неподдающиеся лечению эрозии с выраженным гиперкератозом вокруг. Особой разновидностью эрозивно-язвенной формы плоского лишая на слизистой оболочке рта является синдром Гриншпана (1963), представляющий собой сочетание эрозивно-язвенной формы с сахарным диабетом и гипертензией. При этом течение плоского лишая зависит от выраженности гипертензии и уровня сахара в крови.

Буллезная форма (буллезный плоский лишай) наряду с типичными узелковыми высыпаниями сопровождается появлением пузырей с плотной покрывкой размером от булавочной головки до фасоли. Пузыри сохраняются на слизистой оболочке от нескольких часов до нескольких суток. Эрозии на их месте довольно быстро эпителизируются.

Атипичная форма (атрофические и эрозивные проявления в полости рта) возникает на слизистой оболочке верхней губы и соприкасающейся с ней слизистой оболочке верхней десны, где обычно возникают симметрично расположенные очаги ограниченной гиперемии, на поверхности которых определяется слабо выраженное помутнение эпителия. Верхняя губа слегка отекает. Данная форма характеризуется атрофией нитевидных сосочков языка.

Поражения чаще наблюдаются на СОПР, чем на коже. Необходимо помнить, что плоский лишай может проявляться изолированно в полости рта без элементов поражения на коже. Выделяют следующие клинические формы плоского лишая: типичную (сетчатую), экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, гиперкератотическую, атрофическую (атипичную) (Т. Г. Мак-Кольмоит, 1997; Е. В. Боровский, 1984; А. Л. Машкилейсон, 1995). Остается открытым вопрос о существовании инфильтративной (инфильтративно-перегландулярной) формы (А. Л. Машкилейсон, Е. И. Абрамова, 1995). Крайне редко встречается пигментная форма (Mc Carthy, Shklar, 1964; Laskaris et al., 1981). В зарубежной литературе описаны 7 клинических форм поражения полости рта при плоском лишае: папулезная, ретикулярная, эрозивная, буллезная, гипертрофическая, атрофическая, пигментированная.

Локализация в полости рта. Поражения обычно симметричны и располагаются чаще в дистальных отделах щек, ретромолярной области, на дорсальной и латеральной поверхности языка, на красной кайме нижней губы. Реже поражается небо, дно полости рта и слизистая оболочка альвеолярного отростка. Поражение десен проявляется в виде десквамативного гингивита.

Проявления плоского лишая СОПР имеет специфические особенности. Чаще всего наблюдается типичная (45 %), в 2 раза реже экссудативно-гиперемическая (25 %) и эрозивно-язвенная (23 %) и крайне редко буллезная (3 %), атипичные (4 %), гиперкератотическая формы поражений. Экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная формы не только имеют торпидное течение, частые длительные рецидивы, которые чередуются с короткими ремиссиями, сопровождаются выраженными субъективными ощущениями, но и крайне трудно поддаются лечению.

Типичная (папулезная) форма характеризуется образованием мелких (1–2 мм в диаметре) голубовато-перламутровых папул, расположенных на неизменной слизистой оболочке. Папулы склоны к слиянию, при этом образуют различные узоры в виде кружев, сетки, дуг. Папулы чаще располагаются в дистальных отделах щек и по линии смыкания зубов, но могут быть в любом отделе полости рта. Очаги поражения могут находиться симметрично. Слизистая оболочка вокруг высыпаний не изменена. На дорсальной поверхности языка элементы поражения имеют вид крупных одиночных папул белого цвета диаметром до 1 см. На красной кайме губ слившиеся папулы звездчатой формы или в виде сплошной шелушащейся полосы. Поражается нижняя губа. Эта форма протекает бессимптомно либо может беспокоить чувство стянутости, сухости, шероховатости, незначительная болезненность при приеме горячей пищи. Исследование в лучах Вуда: папулезные высыпания на губах имеют голубовато-белое или голубое свечение, на слизистой — белое.

Плоский лишай представляет собой узелковое хроническое заболевание, возникающее на коже и видимых слизистых оболочках, для которого характерно высыпание мелких ороговевших папул. Кожа, красная кайма губ, слизистая оболочка полости рта и гениталий поражаются в различном сочетании. Изолированное поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ среди всех больных плоским лишаем варьирует в пределах 17–78 %. Плоский лишай — распространенное заболевание, поражающее приблизительно 0,5–2,5 % всего населения. Чаще болеют женщины в возрасте 40–60 лет, хотя плоский лишай может встречаться в молодом возрасте и среди мужчин (по данным мировой литературы, это лица творческих профессий). Являясь хроническим заболеванием, плоский лишай имеет различную активность течения. Различают острую и хроническую стадии заболевания. Для острой характерно появление свежих элементов поражения, вовлечение в процесс новых участков, появление изоморфной реакции — феномена Кебнера. В хронической стадии симптом Кебнера отрицательный.

Этиология точно не известна. Существуют нервная, вирусная, токсико-аллергическая теории. Провоцирующими факторами в возникновении заболевания являются соматические заболевания, стрессовые ситуации, прием тетрациклинов, салицилатов и др., факторы окружающей среды. Усугубляют течение плоского лишая в полости рта курение, алкоголь, острые края зубов, неполноценные протезы, явление гальванизма, контактные аллергические реакции на протезные (пластмасса, металл) или пломбирочные (амальгама, пластмасса, композиты) материалы. Значительное место в этиологии заболевания принадлежит клеточному иммунитету. Возникновение плоского лишая на слизистой оболочке рта, длительность его течения, устойчивость к терапевтическим воздействиям в определенной степени зависят от хронических заболеваний, ослабляющих защитные свойства организма и резистентность слизистой оболочки рта к травме. Основная роль среди фоновых заболеваний принадлежит патологии желудочно-кишечного тракта, печени, сосудистой и эндокринной системы.

Жалобы и анамнез. Обычно жалобы предъявляют на дискомфорт в полости рта, иногда отмечают ощущение шероховатости и стянутости СОПР, при эрозивных поражениях возможна болезненность. Течение заболевания хроническое, торпидное с периодами обострений.

Внешний осмотр. На коже плоский лишай проявляется в виде папул красно-бурого или розово-фиолетового цвета, плотной консистенции, с восковидно блестящей поверхностью, полигональными контурами и пупкообразным вдавлением в центре. Элементы поражения располагаются на сгибательных поверхностях предплечий и запястий, спине, пояснице, чаще симметрично, сопровождаются зудом.

Внутри назначают противогрибковые препараты нистатин или леворин по 100 000 Ед 4–6 раз в день после еды в течение 10 дней. Суточная доза должна быть не менее 400 000 Ед. Таблетки рекомендуется размельчить и, положив под язык, сосать, так как они плохо всасываются в желудочно-кишечном тракте. Леворин лучше назначать в виде трансбуккальных (защечных) таблеток.

Таблица 3

Показания к системной терапии кандидоза слизистой полости рта

| Критерий | Показания |
|-----------------------------|---|
| Клиническая форма | Хронический гиперпластический |
| Предрасполагающие состояния | Сахарный диабет, иммунодефицит (ВИЧ-инфекция, опухоли) |
| Особенности течения | Хроническое многолетнее течение любой локализации, сочетание с кандидозом кожи и ногтей |
| Предшествующая терапия | Неэффективность местной терапии, частые рецидивы после местной терапии, предшествующее рациональное назначение системных препаратов |

Амфоглюкамин назначают внутрь по 200 000 Ед 2 раза в день после еды. При тяжелых и упорно протекающих формах кандидоза слизистой оболочки рта используют амфотерицин В из расчета 250 Ед на 1 кг массы тела (на курс до 2 000 000 Ед).

Из всех системных антимикотиков при кандидозе предпочтение отдается флюконазолу ввиду его большей эффективности и безопасности.

Механизм действия флюконазола основан на специфическом угнетении системы цитохрома Р450 грибов, в результате чего нарушается синтез эргостерола, повышается проницаемость клеточной мембраны, и клетка гриба гибнет. Флюконазол обладает активностью против большинства видов грибов рода *Candida*, за исключением *C. krusei* и *C. glabrata*. После приема внутрь он хорошо абсорбируется в желудочно-кишечном тракте. Прием пищи не влияет на всасываемость. Флюконазол хорошо проникает во все биологические среды и ткани организма. Может применяться в качестве монотерапии или в сочетании с амфотерицином. Взрослым назначают 100 мг/сут 10 дней или 150 мг 1 раз в 3 дня в течение 7–10 дней. При частых рецидивах возможна пульс-терапия флюконазолом по 150 мг в неделю.

Профилактика. Существенная роль принадлежит соблюдению хорошей гигиены полости рта и протезов, своевременному выявлению дефектов протезирования съемными и несъемными протезами, лечению кариозных поражений.

ЛИШАЙ ПЛОСКИЙ

полости рта, если назначать не орошения, а компрессы с пропитанной ими ватой. Рекомендуется использовать любые противогрибковые мази с предпочтением 2%-ного содержания активного вещества, нанесенные между двумя слоями ваты и помещенные за щеку (сэндвич-аппликация по Ю. В. Сергееву).

Таблица 2

Лекарственные препараты для местного применения

| Препарат | Схема назначения |
|---|--|
| Антисептики | |
| Триацид (0,5%-ный р-р) Хлоргексидин (0,12%-ный р-р) Гексидин (0,1%-ный р-р) Бриллиантовая зелень или метиленовая синька (1–2%-ный водный р-р) Люголь (р-р) или бура в глицерине (10–15%-ный р-р) Сангвиритрин (1%-ный водный р-р) Настойка йода (5–10 капель на 1 стакан воды) Борная кислота (2%-ный р-р) | Ирригации или аппликации в течение 30–60 с 2 раза в день после приема пищи, чередовать каждую неделю |
| Антимикотики | |
| Нистатин (водная суспензия 100 000 Ед/мл (готовится экстемпорально), 4%-ная мазь) | Ирригация 5–10 мл в течение 1 мин или аппликации 4 раза в день |
| Леворин (водная суспензия 20 000 Ед/мл) | Ирригация 10–20 мл в течение 1 мин 2–4 раза в день |
| Низорал (мазь или гель) | Аппликации 4–6 мл 2 раза в день |
| Амфотерицин или амфоглюкамин (суспензия 100 000 Ед/мл (готовится экстемпорально), мазь) | Ирригация 1 мл суспензии 4 раза в сутки в течение 3–4 дней или аппликации |
| Клотримазол или канестен (1%-ный р-р или мазь) | Аппликации 4 раза в день в течение 4–5 дней |

При ангулярных хейлитах средством выбора являются препараты, содержащие противогрибковое, антибактериальное средство и одновременно кортикостероидные гормоны: тридерм, лоринден С, пимафуорт, микозолон, кандид Б.

Продолжительность лечения острых форм местными антимикотиками составляет обычно 2–3 недели, антисептиками — несколько дольше. Общей рекомендацией является лечение до исчезновения жалоб и клинических проявлений, а затем еще в течение 1 недели.

К недостаткам местной терапии относится неравномерное распределение препарата по поверхности слизистой, что создает условия для сохранения резервуара инфекции.

Общее лечение кандидоза (табл. 3) полости рта проводится совместно с врачами общего профиля.

Проводят дифференциальную диагностику кандидоза и мягкой лейкоплакии, или белого губчатого невуза, при котором поражение локализуется преимущественно по линии смыкания зубов и на слизистой оболочке губ. Цвет слизистой оболочки при мягкой лейкоплакии в области поражения беловато-серый, ее поверхность шероховатая, неровная, имеются множественные мелкие поверхностные эрозии (ссадины). Окончательный диагноз ставят на основании данных бактериоскопического исследования.

Острый атрофический кандидоз следует отличать от аллергической реакции на пластмассу съемных протезов. Важную роль в этом случае играет клиническое наблюдение за динамикой изменения слизистой оболочки рта после элиминации протеза и проведения бактериоскопического исследования.

При дифференциальной диагностике с лейкоплакией и плоским лишаем необходимо учитывать жалобы, анамнез, наличие и характер поражения кожи, характер элементов поражения в полости рта (при кандидозе белые элементы представляют собой налет, который можно удалить при поскабливании).

Следует обратить внимание, что кандидоз полости рта часто сопутствует другим заболеваниям (плоский лишай, складчатый язык, красная волчанка). При атипичном течении установленного поражения СОПР необходимы дополнительные методы исследования с целью выявления или исключения сопутствующего кандидоза.

Лечение. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий планируется после бактериологических тестов, подтверждающих наличие грибов рода *Candida* в количестве колоний более 500. Для нормализации состояния полости рта у пациента необходимо провести следующие мероприятия:

- профессиональная гигиена полости рта;
- исключение антибиотикотерапии;
- устранение всех выявленных местных факторов риска в полости рта: реставрации зубов, коррекции съемных и несъемных протезов;
- соблюдение режима питания (ограничение количества углеводов);
- ведение здорового образа жизни (устранение вредных привычек);
- медикаментозная терапия.

Медикаментозная терапия кандидоза полости рта может быть местная (табл. 2) и общая. В большинстве случаев назначают местную терапию. Препараты для данной терапии делят на антисептики и антимикотики.

Необходимо объяснить больному, что любой препарат для местного лечения должен как можно дольше оставаться в полости рта. Таблетки следует разжевывать и долго держать кашицу во рту, но лучше приготовить из них суспензию. Растворы и суспензии дольше задерживаются в

жевательной резинке. Другими причинами ангулярного хейлита могут быть бактерии, авитаминоз.

Клиническая картина представлена эритемой и трещинами в обоих углах рта, можно заметить легко снимаемый налет. Поражения могут быть болезненными при раскрытии рта и движении губ.

Заболевание склонно к хроническому рецидивирующему или персистирующему течению. Со временем вокруг трещин развивается инфильтрация, сама трещина углубляется, ее края утолщаются. Желтоватые корки появляются при вторичном инфицировании бактериями.

Диагностика. Диагноз кандидоза СОПР устанавливают по данным анамнеза, клиническому течению болезни и результатам лабораторных исследований (микроскопическое исследование соскоба с поверхности слизистой рта), микробиологического, культурального исследований (выделение грибов > (500–1000) КОЕ; норма до 100 КОЕ), результатов клинического анализа крови, исследования содержания глюкозы в сыворотке крови. Забор материала для исследования необходимо проводить натошак до чистки зубов и полоскания рта либо через 4–5 ч после приема пищи или полоскания рта. В полости рта условнопатогенные грибы рода *Candida* присутствуют в незначительных количествах в виде округлых (молодых) или удлинённых (зрелых) клеток. В норме грибы рода *Candida* в препарате-соскобе обнаруживаются в виде единичных дрожжеподобных клеток. При кандидозе выявляют скопление почкующихся и непочкующихся клеток и тонкие ветвящиеся нити псевдомицелия. Нити образуются за счет удлинения клеток и их расположения в длинные цепочки, которые называют псевдомицелием. Острое течение заболевания сопровождается преобладанием клеточных форм, округлых, частично почкующихся. При хроническом течении выявляются преимущественно нити псевдомицелия и цепочки из округлых удлинённых почкующихся клеток.

С целью экспресс-диагностики кандидоза проводят инкубацию грибов *Candida* с эпителиальными клетками в соотношении 1 : 100 в течение 1,5–2 часов в термостате. При адгезии 16 и больше клеток гриба на одной эпителиальной клетке диагностируют кандидоз. При кандидозе внутрикожная алергологическая проба с полисахаридным антигеном разных грибов положительная.

Дифференциальная диагностика. Острый псевдомембранозный кандидоз следует дифференцировать с десквамативным глосситом, при котором на спинке языка появляются участки десквамации эпителия, постоянно мигрирующие по спинке языка и окруженные венчиком слущивающегося эпителия, а также с лейкоплакией и красным плоским лишаем. При последних белесоватые пленки и узелки на поверхности слизистой оболочки образуются вследствие гиперкератоза, и поэтому снять их при поскабливании невозможно.

оболочка слегка гиперемирована. При отсутствии лечения процесс переходит в острую атрофическую форму.

Острый атрофический кандидоз (*candidosis acuta atrophica*). Пациенты предъявляют жалобы на сухость в полости рта, болезненность при приеме пищи и разговоре, жжение и извращение вкуса. Слизистая оболочка резко гиперемирована, огненно-красного цвета, сухая, резко болезненна. Слизистая оболочка языка атрофична, сосочки сглажены. Язык ярко-красного цвета, гладкий, на боковых поверхностях — отпечатки зубов. Налет на языке и слизистой оболочке полости рта отсутствует, но может сохраняться в глубине складок языка. Красная кайма губ гиперемирована, отечна, покрыта тонкими серыми чешуйками, местами слизистая мацерирована, могут появиться трещины и эрозии.

Хронический гиперпластический кандидоз (*candidosis chronica hyperplastica*). Пациенты предъявляют жалобы на боль при приеме кислой, острой пищи на сухость в полости рта, извращение вкуса. На гиперемированной СОПР появляются плотно спаянные бляшки, образующие неровную поверхность («булыжная мостовая»). Бляшки серо-белого цвета, плотно спаяны с подлежащими тканями, при поскабливании не снимаются. При насильственном удалении обнажают кровоточащие эрозии. Налет чаще располагается на спинке языка. Излюбленное место — ромбовидная ямка. Наличие бляшек на слизистой оболочке полости рта и языке, их спаянность с подлежащими тканями свидетельствуют о фиксации гриба и врастании мицелия.

Хронический атрофический кандидоз (*candidosis chronica atrophica*). При данной патологии пациенты предъявляют жалобы на боль и жжение в полости рта при приеме пищи, сухость в полости рта. Поражение чаще возникает на слизистой оболочке протезного ложа. Слизистая оболочка ярко-красного цвета, гиперемирована, отечна. Имеется незначительное количество легко снимающегося налета на слизистой оболочке протезного ложа; под ним — гиперемированный участок. В полости рта ярко выраженная сухость. В углах рта — эрозии, покрытые белым, легко снимающимся налетом, тонкими и мягкими чешуйками перламутрового цвета. Эрозия сухая, слабомокнущая, корочки нежные. Язык гладкий, сосочки атрофированы, видны отпечатки зубов. Эта триада (воспаление неба, языка и углов рта) характерна для атрофического кандидозного стоматита.

Ангулярный хейлит. Может сопутствовать любой из перечисленных выше форм кандидоза полости рта или развиваться самостоятельно. Заболевание встречается у лиц, имеющих глубокие складки в углах рта у пожилых людей, теряющих зубы, при использовании съемных протезов. У детей с ангулярным хейлитом нередко отмечают привычку сосать большой палец, частое облизывание и покусывание губ, пристрастие к

Для возникновения кандидоза важную роль играют местные факторы ротовой полости: увлажненность, нарушение рН среды в кислую сторону, плохая гигиена полости рта и протезов, преимущественно углеводистый характер пищи, сосание сахаристых продуктов, наличие кариозных полостей, заболевания периодонта, различных стоматитов. К кандидозу приводит хроническая травма слизистой оболочки рта острыми краями зубов, некачественными протезами, разрушенными коронками зубов. Снижение резистентности слизистой оболочки рта вследствие хронической травмы также приводит к более легкому проникновению в нее грибов рода *Candida*. Установлено алергизирующее действие протезов из акриловых пластмасс при длительном их контакте со слизистой оболочкой рта. Кроме того, грибы рода *Candida* хорошо растут на поверхности съемных протезов из акриловых пластмасс, поддерживая хроническое воспаление слизистой оболочки под протезом.

Жалобы и анамнез. Проявления кандидоза слизистой оболочки рта разнообразны и зависят от возраста больного, состояния иммунной системы, наличия сопутствующих заболеваний, приема лекарственных препаратов и др. В анамнезе выявляются заболевания ЖКТ, сахарный диабет, длительный прием антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, иммунодефицитные состояния. Заболевание может иметь острое или хроническое течение. Пациенты обычно предъявляют жалобы на боль (при острых процессах), жжение слизистой оболочки, сухость в полости рта, извращение вкуса, неприятный «сладкий» запах изо рта.

Внешний осмотр. Часто кроме СОПР поражаются углы рта и кожа около ротовой области. Отмечается гиперемия красной каймы и кожи, трещины с серо-белым налетом.

Проявления в полости рта.

Острый псевдомембранозный кандидоз (*candidosis acuta*). Одна из наиболее часто встречающихся форм стоматита. Болеют грудные дети и ослабленные взрослые (сопутствует общесоматическим заболеваниям — сахарному диабету, заболеваниям крови, гиповитаминозам, злокачественным новообразованиям и др.). Возбудитель молочницы — *Candida albicans*. Кроме аутоинфекции, заражение может происходить через сосок матери, загрязненную соску и посуду. При остром псевдомембранозном кандидозе на фоне слегка гиперемированной слизистой оболочки появляется белый налет, напоминающий «творожистые массы», скопление которого на разных участках неодинаково. Налет легко снимается, обнажая гладкую, слегка отечную, гиперемированную поверхность. В тяжелых случаях обнаруживается плотный налет, который соскабливается с трудом, обнажая эрозивную кровоточащую поверхность. Поражаться могут все участки слизистой оболочки, чаще небо, язык, губы, щеки. Слизистая

учитывать элементы поражения на коже, наличие лимфаденита, форму элементов поражения на слизистой оболочке, их склонность к слиянию.

Краснуха с другими осложнениями

Краснуха — острое инфекционное вирусное заболевание. Вызывается вирусом краснухи. Характеризуется умеренной интоксикацией, мелкопятнистой энантемой и лимфаденопатией. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Чаще болеют дети от 1 до 7 лет.

Жалобы и анамнез. Острое начало с явлениями интоксикации. Общее состояние ухудшается незначительно, температура субфебрильная, недомогание, слабость, головная боль. Отмечаются катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей (насморк, кашель), конъюнктивит. Типичным ранним признаком является увеличение лимфоузлов затылочной, околоушной и задней шейной области.

Внешний осмотр. Характерна кожная сыпь. Она появляется на лице, шее и в течении ближайших часов после начала болезни распространяется по всему телу.

Проявления в полости рта. На слизистой оболочке мягкого неба, миндалин, щек на фоне гиперемии и отека появляются мелкие до 1–2 мм бледно-розовые пятнышки, не склонные к слиянию, безболезненны. Отмечается гиперемия и рыхлость миндалин.

Дополнительные методы исследования. При подозрении на краснуху больные должны направляться к врачу-инфекционисту.

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать краснуху необходимо с герпангиной, корью (см. табл. 1), герпетическим гингивостоматитом.

«Белые» поражения слизистой оболочки полости рта, имеющие хроническое течение

Кандидозный стоматит

Это грибковое заболевание СОПР. Вызывается дрожжеподобными грибами — сапрофитами полости рта (*C. albicans*, *C. pseudotropicalis*, *C. tropicalis*, *C. crusei*, *C. quilliermondi*), которые при снижении защитных сил организма и барьерной функции слизистой оболочки ротовой полости становятся патогенными. Состояние сниженной иммунологической реактивности может быть обусловлено действием антибиотиков, кортикостероидов и цитостатических средств, развитием злокачественных новообразований, заболеваниями крови, патологией органов пищеварения, эндокринными заболеваниями и другой патологией.

Дополнительные методы исследования. При подозрении на корь больные должны направляться к врачу-инфекционисту.

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать корь необходимо с герпангиной, герпетическим гингивостоматитом, плоским лишаем, краснухой (табл. 1).

Таблица 1

Дифференциальная диагностика проявлений в полости рта кори и краснухи

| Признак | Заболевание | | |
|---------------------------|---|--|--|
| | корь | краснуха | герпетическая ангина |
| Возбудитель | Вирус кори | Вирус краснухи | Энтеровирус Коксаки группы А |
| Общее состояние | Начало острое с явлениями общей интоксикации, катар верхних дыхательных путей, конъюнктивит | Нарушается незначительно, отсутствует катаральный период | Начало острое, повышение температуры, головная боль, головокружение, слабость |
| Лимфаденит | Нет | Увеличение лимфоузлов в затылочной, околоушной и шейной областях | Возможно увеличение регионарных лимфоузлов |
| Проявления на коже | Характерна этапность высыпаний: первые элементы появляются за ушами и на переносице, затем на туловище и нижних конечностях | Высыпания появляются в ближайшие часы, располагаются преимущественно на разгибательных поверхностях тела | Характерна гиперемия лица и кожных покровов верхней половины туловища |
| Характер высыпаний | Сыпь обильная, местами сливающаяся | Сыпь более розовая, мелкая и однородная, не сливается | Нет |
| Локализация в полости рта | Слизистая оболочка щек у корневых зубов, иногда губы и десна | Мягкое небо, миндалины, слизистая оболочка щек | Мягкое и твердое небо, небные дужки (реже язычок), миндалины, задняя стенка глотки |
| Проявления в полости рта | Наличие пятен Бельского–Филатова–Коплика на гиперемизированной слизистой оболочке щек. Энантема на слизистой оболочке твердого и мягкого неба | Энантема на слизистой оболочке полости рта в виде мелких пятнышек в области мягкого неба и щек | Динамика элементов поражения: папулы, пузырьки, эрозии, склонные к слиянию |

Дифференциальная диагностика в разгар болезни не представляет трудностей. На стоматологическом приеме важно выявлять корь на ранних стадиях заболевания, когда пятна Филатова–Коплика могут имитировать плоский лишай. При дифференциальной диагностике необходимо

«Белые» поражения слизистой оболочки полости рта, имеющие острое течение

ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

Корь с другими осложнениями

Корь — острая инфекционная болезнь. Вызывается фильтрующимся вирусом кори, относящимся к семейству парамиксовирусов. Протекает с характерной лихорадкой, генерализованным поражением слизистых оболочек дыхательных путей, полости рта, зева и глаз, своеобразной сыпью и частыми осложнениями преимущественно со стороны органов дыхания. Заболеваемость наблюдается круглый год, но подъемы фиксируются в осенне-зимний и весенний периоды. Заражение происходит воздушно-капельным путем: больные заразны в последние два дня инкубационного периода и в первые трое суток болезни.

Жалобы и анамнез. Начало заболевания острое с явлениями общей интоксикации (головная боль, общее недомогание, вялость, потеря аппетита). Повышается температура тела. Характерны катар верхних дыхательных путей, поражения слизистой оболочки глаз и пятнисто-папулезная кожная сыпь. Конъюнктивит выражается гиперемией конъюнктивы, слезотечением, светобоязнью.

Внешний осмотр. Характерно появление сыпи на коже — коревой экзантемы (на 3–4-е сутки после начала заболевания), локализующейся вначале преимущественно на коже лица и за ушами.

Проявления в полости рта. Характерным изменением СОПР является появление в продромальном (катаральном) периоде на гиперемированной слизистой оболочке щек, в области моляров (реже — на слизистой оболочке десен или губ) беловато-желтых круглых точек диаметром 1–2 мм. Они напоминают капли извести, разбрызганные на поверхности гиперемированного пятна, которые слегка выступают над уровнем СОПР и никогда между собой не сливаются (симптом Филатова–Коплика). С появлением коревой экзантемы на коже (на 3–4-е сутки) эти пятна исчезают.

Одновременно с высыпаниями на коже (в первую очередь на лице и за ушами), а иногда непосредственно перед этим на слизистой оболочке мягкого неба возникает коревая экзантема: высыпания в виде небольших бледно-красных или ярко-красных пятен, имеющих неправильную круглую или вытянутую форму, сливающихся между собой.

Наличие пятен Филатова–Коплика является абсолютным признаком кори. Это позволяет на ранних стадиях обнаружить заболевание и своевременно начать лечение, а также провести профилактические мероприятия среди людей, контактирующих с больным.

Раздел I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (А 50–58):

А 51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек

А 51.3X Проявления в полости рта

Вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек (В 00–08):

В 05.8 Корь с другими осложнениями

В 05.8X Проявления в полости рта

В 06.8 Краснуха с другими осложнениями

В 06.8X Проявления в полости рта

Микозы (В 35–48):

В 37.0 Кандидозный стоматит

В 37.00 Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит

В 37.01 Острый эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит

В 37.02 Хронический гиперпластический кандидозный стоматит

В 37.03 Хронический эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит (протезный стоматит в результате кандидозной инфекции)

В 37.06 Ангулярный хейлит

Раздел XI. Болезни органов пищеварения.

Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (К 00–14):

К 13.1 Прикусывание щеки и губ

К 13.2 Лейкоплакия и другие изменения полости рта, включая язык

К 13.20 Лейкоплакия идеопатическая

К 13.21 Лейкоплакия, связанная с употреблением табака

К 13.22 Эритроплакия

К 13.23 Лейкодема

К 13.24 Небо курильщика (никотиновый стоматит)

К 13.3 Волосатая лейкоплакия

К 14.1 «Географический» язык

К 14.1.1 Доброкачественный мигрирующий глоссит

К 14.1.2 Эксфолиативный глоссит

Раздел XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.

Папулосквамозные нарушения (L 40–48):

L 43 Лишай плоский

L 43.8 Другой плоский лишай

L 43.80 Папулезные проявления в полости рта

L 43.81 Ретикулярные проявления в полости рта

L 43.82 Атрофические и эрозивные проявления в полости рта

L 43.83 Типичные бляшки

L 43.88 Проявления в полости рта уточненные

L 43.89 Проявления в полости рта неуточненные

4. Динамика элементов поражения при различных заболеваниях данной группы.

5. Современные принципы лечения пациентов с заболеваниями, имеющими клинические проявления на СОПР.

Классификация «белых» поражений слизистой оболочки полости рта

Классификация заболеваний СОПР имеет большое значение в практической работе врача-стоматолога, так как позволяет правильно ориентироваться в многообразии нозологических форм болезней. Это способствует правильной диагностике, выбору обоснованной терапии и проведению профилактических мероприятий. Трудности в создании классификаций заболеваний СОПР и губ объясняются тем, что многие заболевания этой группы не могут быть систематизированы по одному общему для всех признаку (этиология, патогенез, клинико-морфологические и патоморфологические признаки, характер течения).

В основе классификации заболеваний СОПР и красной каймы губ, предложенной Е. В. Боровским, А. М. Машкилейсоном в 1984 г., лежит этиопатогенетический принцип. Принцип систематизации с учетом этиологии и патогенеза позволяет разработать тактику лечения и профилактики различных заболеваний СОПР и губ. Несовершенство такой систематизации заключается в том, что этиология и патогенез большинства заболеваний до конца не выяснены. По мере накопления знаний о этиологии и патогенезе заболеваний СОПР будут меняться взгляды на причины и механизм развития этих заболеваний, совершенствоваться и классификация.

Основная цель создания международной номенклатуры стоматологических заболеваний и синдромов в полости рта заключается в стандартизации подходов к выявлению стоматологической патологии с последующей регистрацией и определением уровня стоматологических заболеваний. Полученные данные позволяют определить корреляции общего состояния организма с уровнем стоматологического здоровья. К каждому разделу международной номенклатуры заболеваний есть перечень стоматологических заболеваний и синдромов, проявляющихся в полости рта, характерных для данной системной патологии или состояния. Систематизация стоматологических заболеваний внутри группы проводится по клинико-морфологическим, патоморфологическим признакам, характеру микроорганизмов. Ниже представлен фрагмент Международной классификации заболеваний (ICD-DA 1994 WHO) непосредственно СОПР и общих заболеваний, проявляющихся на СОПР белыми поражениями.

Мотивационная характеристика темы

Общее время занятий: 70–90 мин семинара. Практические занятия 9-го и 10-го семестров — 36 занятий, 240 учебных часов.

Дифференциальная диагностика заболеваний, имеющих клинические проявления на слизистой оболочке полости рта (СОПР), — одна из актуальных проблем современной стоматологии. Актуальность проблемы подтверждается большим количеством заболеваний, имеющих схожие клинические проявления в полости рта.

Диагностику заболеваний СОПР необходимо осуществлять на основании не только клинических данных, но и результатов дополнительных методов исследования. Для правильной диагностики, последующего эффективного лечения и скорейшей реабилитации пациентов стоматологу необходимо разбираться в терапии, дерматологии и других смежных областях медицины.

Цель семинара: интегрировать знания об этиологии, патогенезе, особенностях клинических проявлений, принципах дифференциальной диагностики и лечения «белых» поражений СОПР.

Задачи занятия. Студенту необходимо знать:

1. Схему клинического обследования пациента с заболеванием СОПР.
2. Последовательность описания и характерные признаки элементов поражения СОПР.
3. Дополнительные методы обследования и лабораторную диагностику при заболеваниях СОПР.
4. Принципы дифференциальной диагностики «белых» поражений СОПР.
5. Основные принципы и методы лечения пациентов с болезнями СОПР. Группы лекарственных препаратов.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Строение СОПР.
2. Классификация и характеристика элементов поражения слизистой оболочки.
3. Цитологические, гистологические, микробиологические, аллергологические, биохимические методы исследования.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация болезней СОПР (ВОЗ).
2. Методы обследования при заболеваниях СОПР.
3. Клиника и дифференциальная диагностика «белых» поражений СОПР.

УДК 616.311-001-002.189 (075.8)

ББК 56.6 я73

Б82

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 09.11.2011 г., протокол № 2

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. Н. М. Полонейчик; канд. мед. наук, доц. Л. А. Казеко

Борисенко, Л. Г.

Б82 Диагностика, клинические проявления, принципы лечения «белых» поражений слизистой оболочки полости рта : учеб.-метод. пособие / Л. Г. Борисенко, О. В. Макарова, О. Н. Пронорович. – Минск : БГМУ, 2011. – 44 с.

ISBN 978-985-528-507-7.

Рассмотрены клинические проявления, подходы к дифференциальной диагностике и лечению «белых» поражений слизистой оболочки полости рта.

Предназначено для студентов 4–5-го курсов стоматологического факультета, врачей-интернов.

УДК 616.311-001-002.189 (075.8)

ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-528-507-7

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2011

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
2-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. Г. БОРИСЕНКО, О. В. МАКАРОВА, О. Н. ПРОНОРОВИЧ

**ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
«БЕЛЫХ» ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011