

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

И.К. Луцкая И.В. Кравчук

**ПРОЯВЛЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ
НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2016

УДК 616.527-039.5:616.311(075.9)

ББК 56.6я73

Л 86

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 7 от 09.09. 2016 г.

Авторы:

д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии *И.К. Луцкая*
к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии *И.В.Кравчук*

Рецензенты:

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской стоматологии
УО «Белорусский государственный медицинский университет» *Т.Н.Терехова*
2-я кафедра терапевтической стоматологии УО «Белорусского
государственного медицинского университета»

Луцкая И.К.

Л 86

Проявления пузырчатки на слизистой оболочке полости рта:
учеб.-метод. пособие /И.К. Луцкая, И.В. Кравчук. - Минск:
БелМАПО, 2016 - 24 с.

ISBN 978-985-584-069-6

В учебно-методическом пособии рассмотрены клинические проявления в полости рта пузырчатки, а также представлены диагностика, дифференциальная диагностика и основные принципы лечения

Учебно-методическое пособие предназначено для врачей-стоматологов, зубных врачей, клинических ординаторов и интернов, студентов стоматологических факультетов высших учебных медицинских учреждений.

УДК 616.527-039.5:616.311(075.9)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985-584-069-6

© Луцкая И.К., Кравчук И.В., 2016

© Оформление БелМАПО, 2016

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания слизистой оболочки полости рта занимают важное место в практике стоматолога, требуя серьезных знаний в области стоматологии, патологии полости рта и внутренних органов, дерматологии, аллергологии, оториноларингологии. Основное внимание в учебно-методическом пособии уделено клиническим проявлениям, диагностике, дифференциальной диагностике, комплексному подходу к лечению проявлений в полости рта пузырчатки и других пузырьковых и пузырных заболеваний. При обследовании пациентов с патологией слизистой оболочки полости рта действует принцип целостного подхода к пациенту: не ограничиваться только осмотром поражений в полости рта. Второй принцип: взаимодействие с врачами других специальностей с четким обозначением стоящих перед ними задач. Третий принцип: научно обоснованный подход к составлению плана комплексного лечения патологии.

Стоматолог должен четко представлять признаки заболеваний, создающих угрозу жизни больного, чтобы выставить предположительный диагноз и своевременно направить пациента к специалисту: гематологу – при патологии крови, онкологу – при малигнизации опухоли или язвы, дерматологу – при пузырчатке, плоском лишае, многоформной эритеме).

Информация, изложенная в учебно-методическом пособии интересна как для врачей стоматологов, студентов медицинских вузов, так и для дерматологов, оториноларингологов, педиатров и терапевтов.

ПУЗЫРЧАТКА

Термин «пузырчатка» объединяет ряд заболеваний кожи и слизистых оболочек, характеризующихся высыпанием пузырей.

Классификация пузырчатки:

1. Истинная (вульгарная, акантолитическая) пузырчатка: вульгарная; вегетирующая; листовидная; себорейная.

2. Ложная (доброкачественная, неакантолитическая) пузырчатка: собственно неакантолитическая (буллезный пемфигоид Левера); пузырчатка глаз (рубцующийся пемфигоид); доброкачественная неакантолитическая пузырчатка слизистой оболочки только полости рта.

Истинная (вульгарная, акантолитическая) пузырчатка – злокачественное заболевание, проявляющееся образованием на невоспаленной коже и слизистых оболочках пузырей, развивающихся в результате акантолиза и без адекватного лечения распространяющихся на весь кожный покров, что приводит к смерти больного.

Акантолиз – патоморфологический процесс, в основе которого лежат аутоиммунные механизмы. Гистологически в шиповатом слое наблюдается расплавление межклеточных связей, клетки округляются, намного уменьшаются в размере и разъединяются. При этом появляются межклеточные пространства, заполненные экссудатом, т.е. образуются внутриэпителиальные пузыри. Так формируются акантолитические клетки Тцанка.

Причина заболевания окончательно не установлена. Существует множество теорий: токсическая, неврогенная, эндокринная, аутоиммунная, экземная, бактериальная, вирусная.

При вульгарной пузырчатке у 75% больных поражается слизистая оболочка полости рта, что часто является основным проявлением заболевания. Высыпания могут локализоваться изолированно в полости рта, либо на коже, или как сочетанное поражение кожи и слизистой оболочки полости рта. Течение заболевания чаще всего хроническое или подострое, редко острое. Страдают люди в возрасте 40-60 лет, чаще женщины. Пациенты предъявляют

жалобы на наличие пузырей, эрозий, неприятного запаха изо рта. Боль появляется при вторичном инфицировании элементов поражения банальной микрофлорой.

Характерный клинический признак - пузырь с серозным, редко геморрагическим, содержимым. Тончайшая покрывка в полости рта быстро вскрывается, и образуется эрозия ярко-красного цвета на фоне неизменной слизистой оболочки. По периферии эрозии можно видеть обрывки покрывки пузыря, при потягивании за которые легко отслаивается интактный эпителий (симптом Никольского).

Симптом Никольского может быть представлен в трех вариантах:

- Если потянуть за обрывок покрывки пузыря, то происходит отслойка эпителия в виде постепенно суживающейся ленты на видимо здоровом участке.
- Трение на вид здоровой ткани или ее поскабливание тупым инструментом между эрозиями или пузырями легко приводит к отторжению эпителия.
- Трение на вид здоровых участков ткани, расположенных **далеко** от очагов вызывает отслойку эпителия.

Симптом Асбо-Хансена: надавливание на пузырь пальцами вызывает увеличение пузыря. Характерен для доброкачественной пузырчатки.

Симптом перифокальной субэпидермальной отслойки (Н.Д.Шеплаков) вызывается только по периферии очагов.

Симптом «груши» (Н.Д.Шеплаков) наблюдается только в фазе обострения. Крупные пузыри под тяжестью экссудата могут принимать грушевидную форму.

Покрывка пузыря может прикрывать эрозию, и создается впечатление «налета», который легко снимается, обнажая эрозивную поверхность. Эрозии имеют тенденцию к периферическому росту, сливаются и образуют обширные поверхности, которые не склонны к эпителизации, при дотрагивании легко кровоточат (рис. 1). Отмечается специфический зловонный запах изо рта. Высыпания локализуются в основном в местах наибольшей травматизации, в

области зева, нёбной занавески, мягкого нёба, языка, на губах, деснах, слизистой оболочке щек, особенно в ретромолярной области. Могут поражаться слизистая носа, глаз, половых органов, гортани, зева, пищевода.



Рисунок 1 – Проявления пузырчатки на слизистой оболочке нижней губы и боковой поверхности языка

Начальная фаза заболевания характеризуется появлением единичных или множественных небольших пузырей, быстро развивающихся в эрозии. Симптом Никольского не всегда положителен, акантолитических клеток менее 30% от числа нормальных эпителиальных клеток, много «переходных» (небольшое ядро и много цитоплазмы), редки «чудовищные» клетки (2-3 ядра и мало цитоплазмы).

Фаза обострения представлена множественными болезненными эрозиями, которые располагаются на отёчной, нередко красновато-синюшного цвета слизистой оболочке полости рта. На красной кайме губ эрозии быстро покрываются желтовато-бурыми или геморрагическими корками. Усиливается саливация. Появляется гнилостный запах изо рта. Язык обложен густым серовато-белым налетом с глубокими складками, внутри их – резко болезненные трещины. Страдает общее состояние больного. Симптом Никольского положительный. В мазках-отпечатках акантолитические клетки

преобладают среди других эпителиальных клеток. «Чудовищных» клеток более 30%, значительно выражен полиморфизм клеток и ядер.

Фаза преимущественной эпителизации (на фоне лечения) характеризуется стиханием острых явлений. Пузыри образуются реже. Уменьшается болезненность эрозий, они не сливаются, заживают без рубцов. Саливация нормализуется, но синюшность, матовость, отечность СОПР сохраняется в течение длительного времени. Симптом Никольского в очагах поражения определяется с трудом. Количество акантолитических клеток менее 30%. Много «переходных» клеток и клеток нормального эпителия. Редки «чудовищные» клетки.

Вегетирующая пузырчатка встречается значительно реже. Поражается слизистая щёк, языка, нёба, углы рта, а также места перехода слизистой оболочки в кожу. Появляются более мелкие, чем при вульгарной пузырчатке, дряблые, быстро разрывающиеся пузыри с образованием болезненных эрозий, на которых появляются ярко-красные сосочковые гипертрофические грануляции до 6-8 мм высотой, мягкие с серозным, дурно пахнущим отделяемым (рис. 2).



Рисунок 2 – Вегетирующая пузырчатка на слизистой оболочке языка и красной кайме губ

На коже пузыри имеют тенденцию локализоваться вокруг естественных отверстий и в кожных складках (подмышечных, пахово-бедренных, под

молочными железами). Пузыри располагаются на нормальной или слегка гиперемизированной коже, в дальнейшем они вскрываются, и образуются эрозии. На их поверхности развиваются папилломатозные разрастания, покрытые сероватым налетом.

Листовидная пузырчатка встречается очень редко, характеризуется внезапным началом при общем хорошем самочувствии больного. Первые высыпания чаще возникают на волосистой части головы, груди, лице. Пузыри располагаются в поверхностных слоях эпителия, поэтому они быстро вскрываются, экссудат ссыхается в тонкие корочки, напоминая листы слоеного теста. Пузыри имеют тенденцию к периферическому росту, и при вскрытии их образуются обширные эрозивные поверхности, аналогичные ожоговым. Постепенно захватывается вся кожа, эпидермис может отслаиваться без образования пузырей и висеть в виде свободных лоскутков. Кожа красная, тонкая, легко ранимая. На СОПР элементы поражения очень редки, в особо тяжелых случаях встречаются поверхностные эрозии, эритемы.

Себорейная (эритематозная) пузырчатка довольно редкое заболевание. Начинается обычно на коже лица, чаще всего носа, щек, реже волосистой части головы. Слизистая оболочка полости рта поражается у 1/3 пациентов. Появляются пузыри с прозрачным содержимым размером от булавочной головки до 2 см. Они быстро вскрываются, образуются болезненные эрозии, которые эпителизируются без рубца.

На коже лица высыпания располагаются симметрично в виде бабочки. Отмечается разлитая гиперемия. После вскрытия пузырей появляются эрозии, по периферии которых имеется бахрома отслаивающегося эпидермиса. Поверхность эрозии покрывается тонкими плотно сидящими сухими чешуйками. После удаления чешуек обнаруживается влажная эрозия. Заживают повреждения медленно, оставляют пигментацию. На этом месте могут снова появляться пузыри.

Пемфигоид или доброкачественная неакантолитическая пузырчатка.

Основные признаки – доброкачественное течение, отсутствие симптома Никольского и акантолиза, субэпидермальное расположение пузырей.

Буллезный пемфигоид (собственно неакантолитическая пузырчатка) – хроническое буллезное (пузырное) аутоиммунное заболевание, которое поражает в первую очередь кожу и реже слизистые оболочки. Наблюдается у людей среднего и пожилого возраста. Слизистая оболочка полости рта поражается в 30-40% случаев, обычно вслед за поражением кожи. Иногда поражение СОПР бывает первым проявлением заболевания.

На слизистой оболочке полости рта характерно локализованное или диффузное образование пузырей, которые вскрываются, оставляя болезненные эрозии. Крупные плоские напряженные пузыри величиной 0,5-2см в диаметре с серозным, реже геморрагическим содержимым чаще выявляются на небе, щеках, языке, губах и деснах (рис. 3). Красная кайма губ не поражается.



Рисунок 3 – Локализованное или диффузное образование пузырей на слизистой оболочке языка и щек

Пузыри могут сохраняться довольно долго (от нескольких часов до нескольких дней). При попытке раздавить пузырь он увеличивается в размере (симптом Асбо-Хансена). При вскрытии пузырей образуются эрозии. Гингивит обычно диффузный и протекает тяжело. Напряженные пузырьки локализуются

в области прикрепленной десны. При попытке потянуть за эпителий края эрозии проявляется симптом перифокальной субэпидермальной отслойки (СИПСО). Акантолитических клеток в мазках-отпечатках с поверхности эрозий не обнаруживается. Симптом Никольского отрицательный.

На коже выявляется неспецифическая генерализованная сыпь, одиночные или групповые тугие пузыри, которые вскрываются, оставляя эрозии. Тенденции к отслойке эпидермиса на периферии эрозий нет. Симптом Никольского отсутствует.

Клинический диагноз должен быть подтвержден биопсией и гистологическим исследованием, а также исследованием методом прямой и непрямой иммунофлюоресценции. У 70-80% больных в сыворотке крови обнаруживают аутоантитела к базальной мембране эпидермиса.

Рубцующий пемфигоид (пузырчатка глаз или слизисто-синехиальный атрофирующий буллезный дерматит Лорта-Жакоба) характеризуется образованием спаек и рубцов на местах высыпания пузырей. Болеют чаще женщины, обычно старше 50 лет. Прогноз для жизни благоприятный, но слепота и рубцовые поражения слизистых оболочек могут снизить трудоспособность больных.

Поражение глаз начинается незаметно медленно прогрессирующим отеком конъюнктивы, затем появляется гиперемия слизистой, сопровождающаяся жжением, болезненностью и светобоязнью, мелкие пузыри с прозрачным содержимым. Пузыри лопаются, на их месте образуются спайки между конъюнктивой и склерой, что постепенно приводит к сращению конъюнктивального мешка, а затем сужению глазной щели, неподвижности глазного яблока и слепоте.

На СОПР пузыри небольших размеров располагаются на слегка гиперемизированном основании: напряженные, имеют серозное содержимое, сохраняются до нескольких дней, а затем вскрываются. На их месте образуются красного цвета эрозии, не склонные к периферическому росту, не кровоточащие, малобезболезненные и эпителизирующиеся с образованием рубца.

Рубцы, более рельефны при локализации в области мягкого нёба, языка, миндалин, дна полости рта, угла рта. Нередко могут появляться новые пузыри на местах бывших высыпаний.

При поражении гортани, трахеи вызывается охриплость голоса. Если поражается пищевод, то наблюдается затрудненное прохождение пищи.

Доброкачественная неакантолитическая пузырчатка слизистой оболочки только полости рта характеризуется хроническим, рецидивирующим образованием субэпителиальных пузырей без нарушения общего состояния организма и отсутствием осложнений. Болеют в основном женщины в возрасте 50 лет. Этиология и патогенез заболевания неизвестны. На СОПР - мелкие пузыри, локализующиеся на гиперемированной, слегка отечной слизистой с прозрачным либо геморрагическим содержимым и плотной крышкой. Пузыри существуют от нескольких часов до нескольких дней. После их вскрытия образуются малоблезненные эрозии, не имеющие тенденции к увеличению. Они быстро эпителизируются, не оставляя никаких следов. Симптом Никольского отрицательный, симптом перифокальной субэпителиальной отслойки (СиПСО) положительный в 50% случаев. Акантолитические клетки никогда не обнаруживаются.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРЧАТКИ

Заболевание следует дифференцировать с опоясывающим и простым герпесом, хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, многоформной эритемой, плоским лишаем (ПЛ), системной волчанкой.

Большое значение в диагностике пузырчатки имеет цитологическое исследование: в пунктате, полученном из пузыря, обнаруживаются большие кругло-ядерные перинуклеарные клетки со светлой каймой (клетки Тцанка). В мазках-отпечатках акантолитические клетки преобладают среди других эпителиальных элементов. «Чудовищных» клеток обнаруживается более 30%, значительно выражен полиморфизм клеток и их ядер. Иммунофлюоресцентный

метод позволяет обнаружить в сыворотке крови больных пузырьчаткой антитела типа IgG к межклеточному веществу шиповидного слоя. Прямая РИФ выявляет IgG в оболочках шиповидных клеток.

Плоский лишай (ПЛ)

Относится к заболеваниям кожи с частыми проявлениями в полости рта и является сочетанием воспалительного и дистрофического процессов. Начинается незаметно, длится годами и может выявиться случайно при осмотре кожных покровов или слизистой оболочки специалистом. Развивается на фоне отягощенного анамнеза (сахарный диабет, сердечнососудистая патология, заболевания желудочно-кишечного тракта, нарушение иммунитета, сенсibilизация организма). Основным элементом поражения является папула (узелок).

Выделяют несколько клинических форм: типичную, экссудативно-гиперемическую, гиперкератотическую, эрозивно-язвенную и буллезную. Любая из них может протекать сочетано: на коже и слизистой оболочке полости рта (до 50% случаев) или ограничиваться полостью рта (до 15% случаев).

Эрозивно-язвенная форма отличается выраженной болезненностью. На фоне отечной гиперемированной слизистой оболочки при сохранении сетчатого рисунка (сеть Уитхема), в петлях мелких папул появляются эрозии, покрытые фибринозным налетом. Эрозии могут длительное время сохраняться на слизистой оболочке, проявляя резистентность к лечению и склонность к рецидивированию. Развитие эрозий вглубь приводит к образованию язвенных поражений. Отсутствие эпителизации и заживления язвы является неблагоприятным симптомом. В таких случаях требуется хирургическое лечение.

Буллезная (немфигоидная) форма КПЛ развивается на фоне отягощенного общего анамнеза (заболевания сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нарушение иммунитета, сенсibilизация организма). Характеризуется образованием пузырьков и пузырей с плотной

покрышкой, которые быстро лопаются. Обрывки пузырей располагаются на отечной гиперемированной слизистой. Эрозированная поверхность покрывается налетом (рис. 4). От пузырчатки отличается болезненностью, гиперемией слизистой, наличием «перламутровых» папул, отсутствием акантолитических клеток Тцанка.



Рисунок 4 – Буллезная (пемфигоидная) форма плоского лишая на слизистой оболочке языка и щек

Многоформная эритема (МЭ)

Остро развивающееся заболевание, для которого характерны полиморфные высыпания на коже и слизистых оболочках, циклическое течение и склонность к рецидивам преимущественно весной и осенью. Отличается острым началом, выраженной воспалительной реакцией, эрозиями с обрывками пузырей вокруг них (вместо папул как при КПЛ). Поверхность эрозий покрыта фибринозным налетом, характерны геморрагия, кровянистые корки на губах, зловонный запах, отсутствие гингивита (рис. 5).

В развитии **инфекционно-аллергической формы** имеет значение фокальная инфекция (хронический тонзиллит, гайморит, периодонтит, аппендицит и др.), которая выявляется у 70% больных.

Во время рецидивов в крови наблюдается подавление факторов естественной резистентности организма, Т-клеточный иммунодефицит,

уменьшение числа нейтрофилов и увеличение циркулирующих в периферической крови В-лимфоцитов.



Рисунок 5 – Эрозии с обрывками пузырей и кровянистые корки на губах

Причиной возникновения **токсико-аллергической формы** чаще являются лекарственные средства: сульфаниламиды, амидопирин, барбитураты, тетрациклин и др. Не исключено значение алиментарного фактора и аутоиммунных процессов. У ряда больных роль триггерного агента играет герпетическая инфекция.

При многоформной эритеме очень часто наблюдается конъюнктивит! Длительность течения МЭЭ на слизистой 4-6 недель.

Диагностика не представляет затруднений при наличии на коже типичных элементов в виде кокард. При изолированном поражении СОПР следует проводить дифференцированный диагноз с вульгарной и доброкачественной неакантолитической пузырчаткой, герпетическим стоматитом, эрозивными папулами вторичного сифилиса.

В отличие от пузырчатки при экссудативной эритеме отмечается острое начало с быстрой динамикой высыпаний, некоторое время сохраняются пузыри, располагающиеся на воспаленном фоне, симптом Никольского отрицательный, в мазках-отпечатках нет акантолитических клеток.

Острое начало, выраженность воспалительных явлений, цикличность течения отличает МЭЭ от доброкачественной неакантолитической пузырчатки.

Синдром Стивенса-Джонсона представляет вариант МЭ, протекающий со значительным нарушением общего состояния. Процесс начинается с тяжелой лихорадки, которая продолжается длительное время и после появления сыпи. Наряду с типичными высыпаниями на коже и во рту на твердом нёбе, зеве дужках, гортани, губах появляются пузыри. Образующиеся после вскрытия пузырей эрозии сливаются в обширные кровоточащие участки с серо-грязным налетом. Губы кровоточат и покрыты темно-коричневой коркой. Больные не могут разговаривать, принимать пищу. Процесс отягчается поражением глаз в виде конъюнктивита, кератита. У мужчин может развиваться уретит, у женщин – вульвовагинит.

Синдром Лайелла наиболее тяжелый вариант лекарственной болезни. Обширные отслоения эпидермиса, высыпания напоминают обожженную поверхность, как при ожоге II степени. Чаще возникают на лице, груди, спине, вовлекая до 80-90% кожи. Первично возникает эритематозная сыпь, на фоне которой образуются крупные, вялые пузыри, легко вскрываются. Симптом Никольского резко положительный. Синдром Лайелла возникает обычно вслед за приемом лекарственных средств.

Синдром Бехчета – тяжелое рецидивирующее заболевание, которое поражает чаще молодых мужчин, проживающих на Северном Кавказе и в Средней Азии. Синдром начинается остро с подъема температуры до 39-40° и появления морфологических элементов. Характерно наличие трех признаков: афтозно-язвенное поражение слизистой оболочки полости рта, половых органов, глаз. Поражение глаз проявляется в виде конъюнктивита, иридоциклита, хориоретинита, изъязвление роговицы, атрофии зрительного нерва. Элементы поражения на СОПР резко болезненны в виде множественных сливных эрозий. В анамнезе сведения о приеме лекарственного препарата. Среди фоновых заболеваний узловатая эритема, пиодермия, тромбофлебит, ревматоидный полиартрит, неврологические синдромы. Болезнь Бехчета отличается длительным течением, в анамнезе отмечаются рецидивирующие афты.

Экзематозный хейлит (экзема губ)

Сопровождает общую экзему, характеризуется воспалением поверхностных слоев кожи нервно-аллергической природы. Клинически проявляется эритемой и пузырьками, сопровождающимися зудом. Аллергены: очаг одонтогенной инфекции, микробы, пищевые вещества, медикаменты, металлы типа никеля и хрома, амальгама, зубная паста.

Чаще экзема развивается на неизменных губах, реже возникновению экзематозного процесса предшествуют заеда или трещины губ. В этих случаях экзему рассматривают как микробную, развивающуюся в результате сенсибилизации организма бактериальными токсинами. При этом красная кайма и окружающая кожа отекают, краснеют, образуются чешуйки, и начинается шелушение. Возможно развитие мелких узелков. Затем образуются мелкие везикулезные элементы, появляется мокнутие, быстро подсыхающее в желтоватые или желтовато-серые корочки.

Экзематозная реакция особенно сильно выражена вблизи микробного очага. Высыпания везикулезных элементов довольно быстро прекращаются, и возникает шелушение. Экзема протекает остро, подостро или хронически.

Пациентов с экземой губ необходимо консультировать у аллерголога. Микробиологический анализ соскоба со дна трещин дополняется специфическими тестами (на стрептококковый аллерген).

Системная красная волчанка (СКВ)

Это приступообразно протекающее аутоиммунное заболевание, при котором обнаруживают различные антитела к элементам клеточных ядер, а также к другим структурам организма. Играет роль наследственность, иммунологические нарушения, инфекции, лекарственные средства и другие факторы. Выделяют 2 основные формы заболевания: дискоидную (кожную) и системную (с поражением различных органов и систем). Поражение слизистой оболочки полости рта возможно при обеих формах: при дискоидной – у 15-20% больных, системной – у 30-45%, иногда оно бывает первым проявлением заболевания.

Кожные проявления СКВ разнообразны: умеренный гиперкератоз, неправильные по форме, гиперемированные, шелушащиеся папулы и бляшки, главным образом на участках, подверженных действию света, волдыри, кровоизлияния, ретикулярный кожный рисунок, подкожные узелковые инфильтраты, а иногда и пузырьковая сыпь. Отмечается повышение температуры, артриты, эндокардит, плеврит, нефрит. Болезнь может протекать без кожных симптомов.

Локализация на СОПР: нёбо, губы, десна. Атрофические красные бляшки, окруженные радиальной белой исчерченностью, болезненные эрозии или язвы (рис. 6). Петехии, крупные и мелкие кровоизлияния, отек, ксеростомия. Белые бляшки, участки атрофии слизистой оболочки.

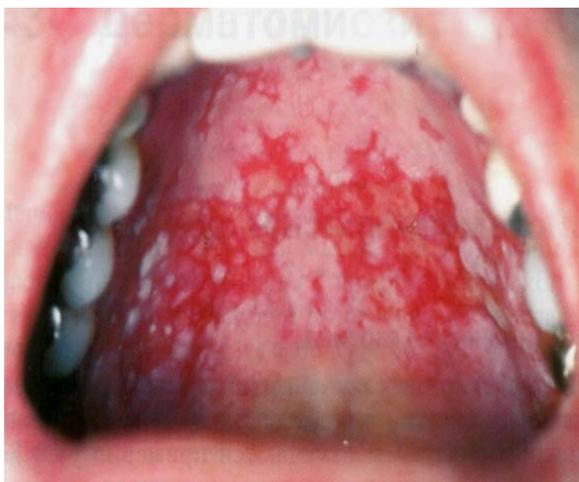


Рисунок 6 – Атрофические красные бляшки, эрозии и язвы

Дискоидная красная волчанка

Чаще проявляется на коже и красной кайме нижней губы. Красная кайма губ насыщенно-красного цвета, инфильтрирована, покрыта беловато-серыми чешуйками, отделение которых болезненно и вызывает кровоточивость. Характерны эритема, гиперкератоз и очаговая атрофия, вторичный glandулярный хейлит. В ряде случаев образуются болезненные трещины. Элементы поражения сохраняются несколько месяцев и даже лет, исчезают с образованием рубца.

На слизистой оболочке щек (чаще с двух сторон), на твердом нёбе, реже на языке и под языком могут возникать дисковидные очаги. Поверхность выступающих ярко-красных бляшек вскоре эрозируется или изъязвляется. У краев язв встречаются лучеобразно расположенные телеангиэктазии с белым кератозом или белым линейным рисунком, напоминающим плоский лишай. На языке волчаночная бляшка синюшно-красного цвета, покрыта трещинами. Нитевидные сосочки атрофируются. Волчаночные узлы в полости рта заживают, оставляя рубцовые, атрофические участки сероватого цвета.

При наличии типичных кожных симптомов (эритемы, гиперкератоза и атрофии) постановка диагноза не затруднена, особенно в присутствии дополнительных признаков – телеангиэктазии, пигментация, инфильтрация. Очаги красной волчанки отличаются снежно-белым свечением в лучах Вуда.

Клинический диагноз должен быть подтвержден биопсией и гистологическим исследованием, анализом крови, серологическим исследованием и исследованием методом прямой иммунофлюоресценции.

Хронический рецидивирующий герпетический стоматит (ХРГС)

Один из характерных признаков ХРГС – постоянство анатомических мест высыпания: у одних людей это губы или СОПР, у других – глаза, кожа или гениталии. Клинически проявляется высыпаниями, состоящими из 3-5 сгруппированных полусферических пузырьков размером 1,5-2 мм на фоне эритемы и отечности (рис. 7). Обычно за 1-2 суток герпетическим поражениям предшествуют продромальные явления: жжение, покалывание, зуд и другие субъективные расстройства.

Для герпетического стоматита характерны следующие признаки:

- элементы поражения сгруппированы, но могут быть и разбросанными, редко единичные, чаще 2-3 и более;
- наличие герпетических высыпаний на коже приротовой области у некоторых больных;
- нередко очередное обострение стоматита наступает во время и после перенесенного острого лихорадочного заболевания;

- связь с предшествующей травмой слизистой оболочки полости рта;
- выражены симптомы общего характера (головная боль, недомогание, чувство разбитости и др.);
- имеется связь с врожденным или приобретенным иммунодефицитным состоянием.



Рисунок 7 – Герпетические поражения в полости рта и на губах

Опоясывающий лишай (герпес зостер)

Опоясывающий лишай (герпес зостер) – в полости рта и на лице характеризуется несимметричностью поражения соответственно области иннервации одной (двух или трех) ветвей тройничного нерва. На слизистой оболочке по ходу ветвей тройничного нерва появляются мелкие пузырьки, следующие цепочкой, которые группируются, однако не сливаются в пузыри. Они вскрываются, образуя эрозии, которые могут сливаться и изъязвляться (рис.8).



Рисунок 8 – Элементы в виде мелких пузырьков, афт, которые сливаются и изъязвляются

Высыпания односторонние. Возникает лимфаденит. Высыпаниям предшествуют жгучие боли, симулирующие пульпит интактных зубов, иррадиирующие по ходу нервов. Эти боли могут сохраняться даже после инволюции очагов поражения (до 1-2 месяцев).

ОБЩАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ

Общая схема лечения пациента с поражением СОПР может быть представлена следующим образом.

I. Общее лечение	Этиотропное
II. Местное лечение	Патогенетическое
	Симптоматическое

Общая терапия включает:

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

2. Коррекция нарушенных механизмов гомеостаза является патогенетическим лечением.

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

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

Местная терапия поражений слизистой оболочки включает использование средств, аналогичных применяемым для общих воздействий, однако лекарственные формы, дозировки, способы использования препаратов адаптированы к локальному применению.

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

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

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

Сульфаниламиды (стрептоцид – в виде присыпки; ингалипт – аэрозоль).

Препараты нирофуранового ряда (0,02% водный раствор или 0,2% мазь фурациллина).

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

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

Устранение раздражающих факторов, рациональная гигиена и санация полости рта в ряде случаев могут быть отнесены к этиотропной терапии.

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

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

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

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

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

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

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

Пациенты с пузырьчаткой должны находиться на диспансерном учете и лечиться в стационаре!

Лечение пациентов с пузырьчаткой проводят в стационаре (кортикостероидная терапия, цитостатики). Применяются преднизолон, триамцинолон (полькортолон) и дексаметазон (дексазон).

1. Преднизолон назначают в ударных дозах в зависимости от состояния больного по 50-82 мг/сут (триамцинолон – по 40-80 мг, дексаметазон – по 8-10 мг). Препарат в высокой суточной дозе принимают до прекращения высыпаний и почти полной эпителизации эрозий, после чего следует начать медленное уменьшение суточной дозы гормона: в первое время на 5 мг через каждые 5 дней, в дальнейшем эти сроки увеличивают.

2. При назначении больших доз преднизолона для профилактики осложнений следует рекомендовать одновременно хлорид калия по 2-3 г в день или другие препараты калия (ацетат калия, панангин, оротат калия), аскорбиновую кислоту в больших дозах.

Местное лечение. Полоскания антисептическими и дезодорирующими средствами, аппликации кортикостероидных мазей, препаратов, способствующих эпителизации. В спокойном периоде – проводят санацию полости рта. При поражении красной каймы губ назначают мази, содержащие кортикостероиды и антибиотики (мази на основе гидрокортизона с окситетрациклином (Оксикорт), преднизолона с клиохинолом (Дермазолон), флуметазон с клиохинолом (Лоринден С), фторцинолон аацетонид с неомицином (Флуцинар Н).

Список литературы

1. Борк, Конрад. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство [Текст] : пер. с нем. / Конрад Борк, Вальтер Бургдорф, Николаус Хеде. - 3-е изд. - М. : Медицинская литература, 2011. - 438 с.
2. Латышева, С. В. Клинические проявления плоского лишая слизистой оболочки рта [Текст] / С. В. Латышева, Т. В. Будевская, М. В. Качук // Современная стоматология. - 2014. - №: 1. - С. 26-29.
3. Луцкая И.К. Аллергическая и атопическая реакция кожи и слизистой оболочки полости рта// Дерматология (приложение Consilium medicum). - 2014. - №1.
4. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта (второе издание) - Москва: Мед. литература, 2014. - 224 с.
5. Луцкая И.К., Зиновенко О.Г. Особенности проявления кератозов в полости рта : Учебно-методическое пособие.- Минск: БелМАПО, 2015.- 33 с.
6. Луцкая И.К., Зиновенко О.Г., Андреева В.А. Кератозы слизистой оболочки полости рта // Здравоохранение. - 2014. - №8. - С.18-25.
7. Морозова, Светлана Ивановна. Заболевания слизистой оболочки рта [Текст] : атлас / С. И. Морозова, Н. А. Савельева. - М. : МИА, 2012. - 268 с. : цв.ил.
8. Цепов, Леонид Макарович. 555 заболеваний слизистой оболочки рта, языка и губ [Текст] / Л. М. Цепов, Е. Л. Цепова, А. Л. Цепов. - 2-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2012. - 224 с.
9. Шкаредная, Ольга Васильевна. Комплексный подход к диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с хроническими гастритами [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.01.14 / Шкаредная Ольга Васильевна ; Нижегород. гос. мед. акад. - Н. Новгород, 2013. - 24 с.

Учебное издание

Луцкая Ирина Константиновна
Кравчук Ирина Владимировна

**ПРОЯВЛЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ
НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск И.К. Луцкая

Подписано в печать 09. 09. 2016. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,63. Уч.- изд. л. 1,40. Тираж 100 экз. Заказ 191

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.