

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

И. М. СЁМЧЕНКО, И. А. ПИЩИНСКИЙ

«БЕЛЫЕ» ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Учебно-методическое пособие



Минск 2007

УДК 616.311–001–07–08 (075.8)

ББК 56.6 я 73

С 30

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 30.05.2007 г., протокол № 9

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. Л. А. Казеко; канд. мед. наук, доц. Ю. И. Коцюра

Сёмченко, И. М.

С 30 «Белые» поражения слизистой оболочки полости рта : диагностика, клинические проявления, принципы лечения : учеб.-метод. пособие / И. М. Сёмченко, И. А. Пищинский. – Минск : БГМУ, 2007. – 32 с.

ISBN 978–985–462–765–6.

Рассматриваются особенности анатомического строения слизистой оболочки полости рта, характеристика патологических процессов, включая этапы диагностики, этиологию, особенности клинических проявлений, принципы дифференциальной диагностики и лечения «белых» поражений слизистой оболочки полости рта.

Предназначается для студентов стоматологического факультета.

УДК 616.311–001–07–08 (075.8)

ББК 56.6 я 73

Учебное пособие

Сёмченко Ирина Михайловна
Пищинский Иван Андреевич

**«БЕЛЫЕ» ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА: ДИАГНОСТИКА, КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск И. М. Сёмченко
Редактор Н. В. Тишевич
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 31.05.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,76. Тираж 150 экз. Заказ _____.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.

ISBN 978–985–462–765–6

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2007

ВВЕДЕНИЕ

Стоматологические заболевания — наиболее распространенные поражения человеческого организма. Особое место среди них занимают болезни слизистой оболочки полости рта (СОПР). Несмотря на то, что причины возникновения, механизмы развития и клиническое течение их достаточно разнообразны, для многих данных заболеваний характерны общие клинические признаки, что дает возможность объединить их в отдельные родственные группы.

Развитие заболеваний СОПР и губ подчинено единым общебиологическим законам. При развитии таких процессов наблюдаются явления воспаления, дистрофии или возникновения опухолей. Поражения слизистой оболочки (СО) чаще всего сопровождаются экссудативными, альтеративными и пролиферативными формами воспаления. В некоторых случаях наблюдаются дистрофические изменения, особенно в покровном эпителии. К ним относят процессы, сопровождающиеся нарушением ороговения — паракератоз, гиперкератоз, дискератоз.

В данном издании представлена группа болезней, проявление которых на слизистой оболочке обусловлено преимущественно воспалительными и дистрофическими изменениями, и, как следствие, возникновением «белых» элементов поражения. Рассмотрены клинические проявления, подходы к дифференциальной диагностике и лечению «белых» поражений СОПР.

Общее время занятий: семинар 70–90 минут. Количество практических занятий 9-го и 10-го семестров — 37 (259 учебных часов).

Мотивационная характеристика темы

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

Диагностику заболеваний СОПР необходимо осуществлять не только на основании клинических данных, но и с учетом результатов дополнительных методов исследования. Для правильной диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта стоматологу необходимо разбираться в терапии, дерматологии и других областях смежных с медициной. Это важно также для скорейшей реабилитации пациентов.

Цель — интегрирование знаний об этиологии, патогенезе, особенностях клинических проявлений, принципах дифференциальной диагностики «белых» поражений слизистой оболочки полости рта, дополнительных методах исследования и схемах оказания стоматологической помощи таким пациентам.

Задачи занятия:

1. Знать схему клинического обследования пациента с заболеванием СОПР.
2. Знать последовательность описания и характерные признаки элементов поражения СОПР.
3. Знать дополнительные методы обследования и лабораторную диагностику при заболеваниях СОПР.
4. Знать принципы дифференциальной диагностики «белых» поражений СОПР.
5. Знать основные принципы и методы лечения пациентов с болезнями СОПР, а также группы лекарственных препаратов, применяемых для лечения данных заболеваний.

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.
4. Динамика элементов поражения при различных заболеваниях СОПР.

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

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. «БЕЛЫЕ» ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ

Слизистая оболочка полости рта имеет эктодермальное происхождение. Она устойчива к воздействию физических, термических и химических раздражителей, проникновению инфекции, обладает высокой регенераторной способностью. Эти свойства обусловлены ее топографо-анатомическим расположением и морфофункциональными особенностями.

СОПР имеет четкое строение. Она состоит из эпителия, собственной пластинки и подслизистой основы. Соотношение толщины этих слоев на различных участках полости рта неодинаково. В слизистой оболочке твердого нёба, языка, десны эпителиальный слой наиболее толстый. Собственная пластинка хорошо выражена в слизистой оболочке губ, щек. Подслизистая основа наиболее развита в области дна полости рта и переходных складок. Такое строение обусловлено особенностями функций различных участков СОПР.

Эпителий СОПР — многослойный плоский. Непосредственно обращен в ротовую полость и вследствие слущивания поверхностных слоев клеток подвергается постоянному обновлению. На некоторых участках эпителиальные клетки образуют ороговевающий слой. Наиболее выражено ороговение эпителия на твердом нёбе, спинке языка и деснах, то есть на тех участках слизистой, которые подвергаются наибольшему механическому, химическому и термическому воздействиям. На остальных участках СОПР в норме ороговения не наблюдается, и поверхностный слой эпителия представлен уплощенными клетками шиповатого слоя — слоем плоских клеток. Под ним находится слой шиповатых клеток и ряд ростковых клеток — базальный слой.

Эпителий соединяется с собственной пластинкой посредством *базальной мембраны*, состоящей из густого сплетения тонких ретикулярных волокон определенной ориентации, тесно связанных с отростками цитоплазмы клеток базального слоя эпителия.

Собственный слой СОПР — рыхлая соединительная ткань, состоящая из основного вещества, волокнистых структур и клеток, представленных фибробластами (продуценты проколлагена), фиброцитами, оседлыми макрофагоцитами, плазмócитами и тканевыми базофилами (тучными клетками). Наибольшее количество коллагеновых волокон располагается в слизистой оболочке десны и твердого нёба. В собственном слое слизистой оболочки залегают кровеносные, лимфатические сосуды и нервные сплетения.

Подслизистый слой СОПР представлен рыхлой соединительной тканью. В слизистой оболочке языка, десен и частично твердого нёба подслизистая основа отсутствует, а в области дна полости рта, переходных складок губ, щек — хорошо выражена. В этом слое располагаются большое количество мелких сосудов, малые слюнные железы и сальные железы Фордайса. От степени выра-

женности подслизистого слоя зависит подвижность СОПР (кроме языка, подвижность которого обусловлена мышцами).

Образование «белых» элементов на СОПР является результатом преимущественно воспалительных процессов.

Воспаление — защитная сосудисто-тканевая реакция организма на воздействие раздражителя. По морфологическим признакам различают три формы воспаления: альтеративную, экссудативную и пролиферативную.

Альтеративное воспаление характеризуется преобладанием дистрофических и некротических процессов в клетках, волокнистых структурах и в межклеточном веществе.

Экссудативное воспаление характеризуется преобладанием гиперемии, отека и инфильтрации.

Прролиферативное воспаление выражено процессами размножения и трансформации клеток, завершение которых обуславливает образование зрелой соединительной ткани.

Акантиоз — утолщение эпителиального слоя слизистой оболочки за счет пролиферации базальных и шиповатых клеток. Результатом является появление узелка, узла, лихенизации.

Паракератоз — неполное ороговение поверхностных клеток шиповидного слоя, связанное с потерей способности клеток эпителия вырабатывать кератогиалин. Зернистый слой отсутствует, роговой утолщается, а клетки последнего содержат палочковидные ядра. Клинически это проявляется помутнением эпителия СО. Результатом паракератоза является появление пятна, лихенизации, вегетации, узла, узелка.

Гиперкератоз — чрезмерное утолщение рогового слоя эпителия. Данный процесс возникает вследствие избыточного образования кератина, повышения функциональной активности клеток эпителия, а также может быть результатом задержки слущивания эпителия.

Развитие каждого заболевания характеризуется возникновением своеобразных элементов поражения на СОПР. Элементы поражения делят на первичные (возникают на неизменной слизистой оболочке) и вторичные (развивающиеся в результате трансформации или повреждения уже существующих элементов). К первичным относятся пятно, узелок, узел, бугорок, пузырек, пузырь, гнойничок, киста, волдырь, абсцесс. Вторичными элементами являются эрозия, афта, язва, трещина, рубец, налет, чешуйка, корка.

«Белыми» могут быть следующие элементы поражения:

Пятно — изменение цвета слизистой оболочки на ограниченном участке. Никогда не выступает над уровнем СО. Различают воспалительные и невоспалительные пятна. Воспалительные пятна имеют разные оттенки, чаще красного, реже синеватого цвета. К невоспалительным пятнам относят геморрагические пятна: петехии и экхимозы.

Узелок (папула) — бесполостное образование воспалительного происхождения размером до 5 мм, выступающее над уровнем слизистой оболочки и захватывающее эпителий и поверхностный слой собственно СО.

Волдырь — бесполое образование, возникающее вследствие остро ограниченного отека сосочкового слоя. Представляет собой плоское возвышение над уровнем слизистой оболочки размером от 0,2 до 2,0 см.

Бляшка — слившиеся папулы.

Чешуйка — пластинка, состоящая из десквамированных ороговевших клеток эпителия. Чешуйки возникают в результате гипер- и паракератозов.

Налет — образование, состоящее из микроорганизмов, фибринозной пленки или слоев отторгнутого эпителия.

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, что способствует правильной диагностике, выбору обоснованной терапии и проведению профилактических мероприятий. Ниже представлен фрагмент Международной классификации заболеваний (ICD-DA 1994 WHO) непосредственно слизистой оболочки полости рта и общих заболеваний, проявляющихся на СОПР «белыми» поражениями:

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).

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 Нёбо курильщика (никотиновый стоматит) (никотиновый лейкокератоз нёба);

К 13.3 Волосатая лейкоплакия;

К 14.1 «Географический» язык:

Доброкачественный мигрирующий глоссит

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.

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Подходы к диагностике болезней, проявляющихся на СОПР, не имеют принципиальных особенностей. Тщательное клиническое обследование пациента обеспечивает постановку предварительного диагноза и мотивированное проведение дополнительных методов исследования для верификации нозологической формы.

Обследование больных с заболеваниями СОПР — это комплекс целенаправленных исследований, которые включают субъективное и объективное обследование, дополненное данными необходимых вспомогательных методов с целью постановки окончательного диагноза, прогнозирования исхода болезни, оценки течения заболевания и выбора рационального метода лечения.

Обследование пациентов с заболеванием СОПР проводят по определенной схеме:

1. Опрос.

1.1. Жалобы.

1.2. Анамнез жизни.

1.3. Анамнез заболевания.

1.4. Аллергологический анамнез.

2. Осмотр.

2.1. Внешний осмотр.

2.2. Осмотр полости рта.

2.2.1. Общее обследование полости рта:

– запах изо рта;

– слюна;

– гигиена полости рта;

2.2.2. Детальное обследование полости рта:

- красная кайма губ, углы рта, слизистая оболочка губ;
- преддверье полости рта и слизистая оболочка щек;
- язык, подъязычная область, дно полости рта;
- мягкое и твердое нёбо, глотка;
- десна;
- зубы.

Опрос больного (сбор жалоб и анамнеза) — начальный этап обследования. Проводится в активной форме. Во время опроса выясняются паспортные данные больного — возраст, профессия, социальные условия жизни. Выясняя историю развития заболевания, необходимо определить: давно ли оно началось, какие были первые симптомы, какие признаки добавились со временем; были ли подобные проявления раньше; проводилось ли лечение и какие были результаты; как организм переносит лекарственные препараты, некоторые продукты питания.

При жалобах на боль врач должен уточнить характер ее возникновения, то есть определить — самостоятельная она или причинная. Необходимо выяснить локализацию и распространение, продолжительность и время возникновения болевых ощущений. Кроме того, выясняется характер течения заболевания, который может быть острым, хроническим, рецидивирующим.

Осмотр, который позволяет выявить макроскопически видимые изменения челюстно-лицевой области, а также элементы поражения СОПР, является первым этапом объективного обследования больного. Состоит из внешнего осмотра и обследования полости рта. Врач обращает внимание на общий вид пациента, его конституцию, двигательную активность, выражение лица, особенности артикуляции, цвет склер и видимой поверхности кожи.

Осмотр СОПР начинают с красной каймы губ. Необходимо обратить особое внимание на состояние углов губ. Вслед за осмотром губ обследуют последовательно и тщательно СО всей полости рта, а не только области, на которую предъявляет жалобы пациент.

Необходимо учитывать, что при наличии на СОПР изъязвлений или иных элементов поражения, сопровождающихся болезненностью, осмотр следует проводить очень осторожно. Не нужно также вынуждать больного открывать чрезмерно рот. Последовательно осматривая СОПР, врачу необходимо определить признаки нарушения состояния слизистой оболочки. Осмотр дает возможность определить изменения окраски или рельефа, увлажненности слизистой оболочки, наличие напластований или ограниченных скоплений экссудата, разрастания или дефекты СОПР.

Выявленные изменения цвета, блеска, характера поверхности слизистой оболочки следует дополнить данными о месте расположения элементов поражения и их протяженности. Правильное определение элемента поражения помогает в постановке диагноза.

Описание элемента поражения проводят в определенной последовательности: локализация — вид (папула, эрозия) — размер — форма — окраска — рельеф (гладкий, шероховатый, зернистый) — границы (четкие, нерезко выраженные, ровные, фестончатые, зубчатые) — отношение к окружающим тканям

(плюс-минус ткань) — налет, его вид (если можно снять налет, описать характер открывшейся поверхности) — при описании эрозии, язвы характеризуют дно и края (покатые, подрытые) — фоновые изменения (гиперемия, гиперкератоз) — консистенция краев и основания (инфильтрат в основании) — болезненность.

Кроме этого, для дифференциальной диагностики заболевания необходимо учитывать распространенность элементов поражения, их количество, симметричность, моно- или полиморфизм, расположение элементов, склонность к слиянию.

Выбор дополнительных методов обследования, их направленность и объем определяются предполагаемым видом патологии, стадией заболевания и общим состоянием здоровья больного. К дополнительным методам обследования пациентов с «белыми» поражениями СОПР относят цитологическое, гистологическое, микробиологическое и биохимическое (кровь, слюна) исследования, аллергологические пробы.

Под цитологическим исследованием подразумевается оценка изменения клеток. Основой исследования является сравнение с интактными клетками, находящимися рядом. Забор материала проводят различными путями, используя смывы, мазки, мазки-отпечатки, соскоб и пункцию. Полученный материал, который исследуют нативно или в окрашенном препарате, помещают на предметное стекло. Преимуществами цитологического исследования является атравматическое взятие материала, получение результатов в довольно короткие сроки.

При гистологическом исследовании под микроскопом исследуются удаленные части ткани. Забор ткани осуществляется путем биопсии. Материал для исследования берут с пограничного участка между здоровой и патологической тканью. В этом случае лучше виден переход. Изучение препаратов методами микроскопии является достоверным источником морфологических изменений слизистой оболочки.

При аллергических заболеваниях проводятся исследования *in vivo* и *in vitro*: кожные пробы, подсчет клеток крови, тесты со стандартным набором аллергенов.

По определенным показаниям пациентам назначаются анализы крови, слюны, мочи.

Характеристика различных нозологических форм изложена последовательно, согласно схеме проведения диагностики, чтобы лучше акцентировать дифференциально-диагностические признаки. При описании дифференциальной диагностики нозологических форм кратко указаны признаки, на которые необходимо обратить внимание для верификации заболевания. Болезни условно разделены на три группы: с острым, хроническим и бессимптомным течением. Разделение достаточно условно, так как различные формы одного и того же заболевания могут иметь разное течение.

«Белые» поражения, имеющие острое течение

В 05.8 Корь с другими осложнениями. Корь — острая инфекционная болезнь. Вызывается фильтрующимся вирусом кори, который относится к семей-

ству парамиксовирусов. Протекает заболевание 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 корью наблюдается круглый год, пик заражения приходится на осенне-зимний и весенний периоды. Инфицирование 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 на 3–4-е сутки после начала заболевания — коревой экзантемы, локализующейся вначале преимущественно на коже лица и за ушами.

В 05.8X Проявления в полости рта. Характерным для кори изменением СОПР является появление в продромальном (катаральном) периоде на гиперемизированной СО щек, в области моляров (реже на СО десен или губ) беловато-желтых круглых точек диаметром 1–2 мм. Они напоминают капли извести, разбрызганные на поверхности гиперемизированного 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 сутки) пятна Филатова–Коплика исчезают.

Одновременно с высыпаниями на коже (в первую очередь, на лице и за ушами), а иногда непосредственно перед этим на СО мягкого нёба возникает коревая экзантема — высыпания в виде небольших бледно-красных или ярко-красных пятен, имеющих неправильную круглую или вытянутую форму, которые сливаются 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.

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).

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

В 06.8 Краснуха с другими осложнениями. Краснуха — острое инфекционное вирусное заболевание. Вызывается вирусом краснухи, характеризуется

умеренной интоксикацией, мелкопятнистой энантемой и лимфаденопатией. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Болеют чаще дети от 1 года до 7 лет.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика проявлений в полости рта кори и краснухи

Характеристика	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	Изменяется 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 нёбо, миндалины, слизистая оболочка щек	Мягкое и твердое нёбо, нёбные дужки (реже язычок), миндалины, задняя стенка глотки
Проявления в полости рта	Наличие пятен Бельско-го–Филатова–Коплика на гиперемированной СО щек. Энантема на слизистой оболочке твердого и мягкого нёба	Энантема на СО полости рта в виде мелких пятнышек в области мягкого нёба и щек	Динамика элементов поражения: папулы, пузырьки, эрозии, склонные к слиянию

Жалобы и анамнез. Острое начало, с явлениями интоксикации. Общее состояние изменяется 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, которая появляется на лице, шее и в течение ближайших часов после начала болезни распространяется по всему телу.

В 06.8X Проявления в полости рта. На слизистой оболочке мягкого нёба, миндалин, щек на фоне гиперемии и отека возникают мелкие до 1–2 мм бледно-розовые безболезненные пятнышки, несклонные к слиянию. 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 (табл. 1), герпетическим гингивостоматитом.

«Белые» поражения, имеющие хроническое течение

В 37.0 Кандидозный стоматит — грибковое заболевание слизистой оболочки полости рта. Вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida* (чаще *Candida albicans* и *Candida tropicalis*), присутствующими в качестве «резистентной флоры» в полости рта у 50 % здоровых людей. При понижении иммунитета, дисбактериозе грибы приобретают патогенность, размножаются и рассеиваются по слизистой оболочке.

Жалобы и анамнез. Заболевание может иметь острое или хроническое течение. В анамнезе выявляются болезни ЖКТ, сахарный диабет, длительный прием антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, иммунодефицитные состояния. 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.

В 37.00 Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит.

Проявления в полости рта. Острым псевдомембранозным кандидозом болеют грудные дети и с ослабленным иммунитетом взрослые. При данном 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 наблюдается плотный налет, который соскабливается с трудом, обнажая эрозивную кровоточащую поверхность. Поражаться могут все участки СО, чаще нёбо, язык, губы, щеки. Слизистая оболочка слегка гиперемирована. При отсутствии лечения процесс переходит в острую атрофическую форму.

В 37.01 Острый эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит. Пациенты предъявляют жалобы на сухость и жжение в полости рта, болезненность при приеме пищи и разговоре, на извращение вкуса. Слизистая оболочка резко гиперемирована, болезненна, огненно-красного цвета, сухая. СО 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 появляться трещины и эрозии.

В 37.02 Хронический гиперпластический кандидозный стоматит. 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 («булыжную мостовую»). Бляшки серо-белого цвета, плотно спаяны с подлежащими тканями, при поскабливании не снимаются. При насильственном удалении обнажаются кровоточащие эрозии. Налет чаще располагается на спинке языка. Излюбленное место — ромбовидная ямка. Наличие бляшек, их спаянность с подлежащими тканями на слизистой оболочке полости рта и языке свидетельствуют о фиксации гриба и вращении мицелия.

В 37.03 Хронический эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит (протезный стоматит в результате кандидозной инфекции). Пациенты предъявляют жалобы на сухость в полости рта, боль и жжение при приеме пищи. Поражение чаще возникает на СО протезного ложа. Слизистая оболочка ярко-красного цвета, гиперемирована, отечна. На СО протезного ложа имеется незначительное количество легко снимающегося налета, под которым обнаруживается гиперемированный участок. В полости рта наблюдается ярко выраженная сухость, в углах — эрозии, покрытые белым, легко снимающимся налетом, тонкими и мягкими чешуйками перламутрового цвета. Эрозия сухая, слабомокнущая, корочки нежные. Язык гладкий, сосочки атрофированы, видны отпечатки зубов.

Дополнительные методы исследования. Для уточнения диагноза обязательно проводят дополнительные исследования: микроскопическое (в соскобе, смыве обнаруживают почкующиеся формы псевдомицелия) и микробиологическое, культуральное (при котором выделение грибов составляет > 500–1000 КОЕ, в норме — до 100 КОЕ).

Дифференциальная диагностика. Кандидоз полости рта необходимо дифференцировать с различными формами лейкоплакии, плоским лишаем, лейкодемией, протезным стоматитом, десквамативным глосситом.

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).

Необходимо различать протезный стоматит и аллергический контактный стоматит с хроническим атрофическим кандидозом полости рта. Определяющее значение в диагностике имеет давность протезирования.

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

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

Плоский лишай представляет собой узелковое хроническое заболевание, возникающее на коже и видимых слизистых оболочках, причины появления которого окончательно не выяснены. Известны нервная, вирусная и токсико-аллергическая теории возникновения заболевания.

Жалобы и анамнез. Обычно жалуются на дискомфорт в полости рта, при эрозивных поражениях — на возможную болезненность. Течение заболевания хроническое, торпидное с периодами обострений. Болеют чаще женщины 30–60 лет.

Внешний осмотр. При осмотре можно выявить поражение кожи предплечья, голени, поясницы, на которой плоский лишай проявляется в виде папул, диаметром от 0,2 до 1 см, фиолетовой окраски, плотной консистенции, с восковидно блестящей поверхностью, полигональными контурами и пупкообразным вдавлением в центре. Для плоского лишая характерен положительный симптом Кебнера, проявляющийся возникновением свежих первичных элементов, свойственных данному заболеванию, на месте раздражения кожи или слизистой оболочки любым экзогенным фактором.

На красной кайме губ у большинства пациентов видны отдельные папулы небольших размеров с полигональным основанием. Отдельные папулы соединяются между собой кератотическими мостиками. Так как папулы подвержены ороговению, они слегка возвышаются над окружающей красной каймой. Ороговение придает папулам беловато-синеватый оттенок.

Необходимо помнить, что плоский лишай может проявляться изолированно в полости рта без элементов поражения на коже.

Проявления в полости рта. В полости рта элементы поражения локализуются на слизистой оболочке щек в заднем отделе, ретромолярной области, на языке (латеральная и дорсальная поверхности), слизистой оболочке губ (как правило, симметрично), деснах. Возможно поражение СО альвеолярного отростка и нёба.

При осмотре на видимо здоровой слизистой оболочке полости рта определяется белый кружевной рисунок, складывающийся из отдельных мелких папул до 2 мм в диаметре. Узелки серовато-белого, перламутрового цвета с полигональными контурами. Они могут располагаться изолированно (папулезные проявления) либо сливаться, образуя сетчатый рисунок (ретикулярные проявления).

При присоединении эрозий, язв, вокруг которых на отечном и гиперемизированном фоне располагаются типичные папулы, можно говорить об эрозивных проявлениях плоского лишая в полости рта. Эрозии неправильной формы с полигональными очертаниями покрыты фибринозным налетом, после удаления которого легко возникает кровотечение. В редких случаях на месте длительно существующих эрозивных высыпаний образуются участки атрофии слизистой оболочки.

На языке плоский лишай проявляется в виде бляшек белого цвета, диаметром до 1 см, возвышающихся над слизистой оболочкой (одновременно с типичными элементами другой локализации), на фоне нормальной СОПР. Буллезные проявления в полости рта встречаются очень редко.

Дополнительные методы исследования. Для верификации диагноза возможно проведение гистологического исследования, в результате которого обнаруживается гипер- и паракератоз, акантоз, гидротическая дегенерация в шиповидном слое эпителия, а также люминесцентного исследования (беловато-желтое свечение в лучах Вуда).

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать плоский лишай необходимо с лейкоплакией идиопатической, сифилисом вторичным, кандидозным стоматитом.

Для дифференциальной диагностики с лейкоплакией имеют значение поражение кожи, размер, форма и цвет элементов поражения, их выстояние над уровнем слизистой оболочки.

Для дифференцирования с вторичным сифилисом необходимо учитывать характер поражения кожи, размер папул, плотность их при пальпации, регионарный лимфаденит, серологическую диагностику.

А 51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек — 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 розеола-папулезная сыпь на коже. Возможно увеличение регионарных лимфатических узлов.

А 51.3X Проявления в полости рта. Элементы поражения локализуются на дужках нёба, мягком нёбе, миндалинах, слизистой оболочке губ, щек. В полости рта выявляется розеола-папулезная сыпь. Розеола — резко ограниченное от здоровой ткани пятно ярко-красного цвета на слегка отекающей слизистой оболочке. Розеола 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 и обнаруживается эрозия; со временем папулы эрозируются сами. Папулы не обладают склонностью к периферическому росту и слиянию. Но на миндалинах и мягком нёбе могут сливаться (папулезная ангина). При злокачественном течении сифилиса возможно появление пустулезных элементов, внешний вид которых зависит от срока существования папулы и ее локализации:

– свежий папулезный элемент (1-е сутки появления) — округлые очертания, синюшно-красный цвет, около 1 см в диаметре, нежный 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 ее поверхно-

сти верхний слой эпителия снимается, обнажая эрозию бордово-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 данном заболевании контагиозны.

Дополнительные методы исследования. После трех недель течения первичного сифилиса становится положительной серологическая реакция. 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. 2).

Таблица 2

Дифференциальная диагностика «белых» поражений СОПР

Признак	Заболевание			
	плоский лишай	лейкоплакия идиопатическая	кандидозный стоматит	сифилис вторичный
Пол	Чаще женщины	Чаще мужчины	Одинаково часто у мужчин и женщин	Одинаково часто у мужчин и женщин
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, нёбо, 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, зубчатые	Ровные	Неровные («булыжная мостовая»)	Ровные, четкие

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

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

«Белые» поражения, имеющие бессимптомное течение

К 13.3 Волосатая лейкоплакия. Предполагается вирусная природа заболевания (вирус Эпштейн–Барра). Болезнь возникает при иммунодефицитных состояниях.

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

Внешний осмотр. Отсутствие каких-либо проявлений. Могут обнаруживаться признаки сопутствующих болезней (иммунодефицит).

Проявления в полости рта. Элементы поражения могут локализоваться на боковых поверхностях, спинке и корне языка (редко — дно полости рта, слизистая оболочка щек, ретромоллярная 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 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.

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

При гиперпластическом кандидозе, как при волосатой лейкоплакии, обнаруживается плотный налет, но который возможно удалить при поскабливании.

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

К 13.2 Лейкоплакия и другие изменения полости рта, включая язык.

Лейкоплакия представляет собой ороговение слизистой оболочки полости рта или красной каймы губ, возникающее, как правило, в ответ на хроническое экзогенное раздражение. В пожилом возрасте лейкоплакия встречается в 7–10 раз чаще. Относится к разряду факультативных предраков.

Жалобы и анамнез. Жалоб нет. В анамнезе важно выявлять факторы, способствующие возникновению лейкоплакии:

- хронические механические раздражители (грубая пища, плохо припасованные съемные протезы, недоброкачественные пломбы, разрушенные коронки зубов, аномалии положения отдельных зубов, вредные привычки, гальванизм ротовой полости);
- химические раздражители (бытовые и производственные);

- температурные раздражители (горячая пища, прижигание губ сигаретой, горячий воздух и т. д.);
- метеорологические факторы, оказывающие раздражающее влияние на губы.

Способствовать развитию лейкоплакии могут эндогенные факторы:

- патология желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты, энтериты, колиты, холециститы), влекущая за собой снижение устойчивости слизистой оболочки к внешним факторам;
- недостаток или нарушение обмена витамина А;
- наследственные дискератозы.

Плоская форма идиопатической лейкоплакии протекает без субъективных ощущений и диагностируется врачом случайно при лечении зубов или проведении осмотра. Лишь единичные больные отмечают косметический недостаток, иногда шероховатость отдельных участков. Некоторые пациенты жалуются на чувство жжения во рту. Нередко участки кератоза достигают значительных размеров, покрывая большую часть СО. Окружающая слизистая оболочка не изменена. Плоская лейкоплакия может протекать без изменений годами или может переходить в веррукозную форму.

Внешний осмотр. Отсутствие каких-либо проявлений.

К 13.20 Лейкоплакия идеопатическая.

Проявления в полости рта. Различают плоскую (простую), веррукозную (бородавчатую) и эрозивно-язвенную формы идеопатической лейкоплакии.

Локализуется в полости рта лейкоплакия чаще всего в области слизистой углов рта, щек по линии смыкания зубов (в форме треугольника, вершиной обращенного вглубь рта), а также на спинке и боковых поверхностях языка, десне, красной кайме нижней губы и т. д.

Характерными клиническими признаками при плоской форме являются потеря блеска слизистой оболочки и появление на ней белесоватого пятна с четкими контурами, не возвышающегося над поверхностью и не снимающегося при поскабливании. Напоминает участок ожога серо-белого цвета.

Веррукозная лейкоплакия встречается в двух клинических формах: бляшечной и бородавчатой (обнаруживается чаще). При объективном исследовании веррукозной формы всегда определяется возвышающийся над уровнем слизистой оболочки участок кератоза, обычно располагающийся в непосредственной близости с травмирующим фактором. При бородавчатой форме определяются плотные на ощупь, не берущиеся в складку, бугристые образования, возвышающиеся над окружающей СОПР. Веррукозная форма лейкоплакии обладает большей потенциальной злокачественностью по сравнению с плоской формой. Помутнение, потеря специфического перламутрового блеска, появление большого уплотнения свидетельствуют о прогрессировании кератоза. Последующее изменение цвета в сторону коричневой окраски свидетельствует о возможном озлокачествлении. Окружающая очаг слизистая оболочка несколько ярче обычной (хроническое воспаление).

Эрозивно-язвенная форма чаще встречается у мужчин в возрасте от 45 до 70 лет. Жалобы обычно сводятся к чувству саднения, жжения, иногда боли,

усиливающейся во время еды от термических, химических и тактильных раздражителей. Иногда беспокоит небольшая кровоточивость. Для этой формы характерно, кроме кератоза, наличие эрозий, язв, трещин, которые под действием раздражителей увеличиваются в размерах, не выявляют склонности к заживлению и всегда сопровождаются возникновением болевых ощущений.

Если указанные клинические изменения диагностируются у курящих людей, можно ставить диагноз **К 13.21 Лейкоплакия, связанная с употреблением табака**, учитывая более высокий риск малигнизации.

Дополнительные методы исследования. Для подтверждения диагноза необходимо проведение гистологического метода исследования.

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать лейкоплакию необходимо с хроническим прикусыванием слизистой оболочки щек, плоским лишаем, кандидозным стоматитом, сифилисом вторичным, волосатой лейкоплакией (табл. 3).

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

Для дифференциальной диагностики с плоским лишаем имеют значение размер, форма и цвет элементов поражения, их выстояние над уровнем слизистой оболочки.

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

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

К 13.22 Эритроплакия является разновидностью лейкоплакии и относится к облигатным предракам. Болеют чаще мужчины в возрасте от 40 до 70 лет.

Жалобы и анамнез. Заболевание имеет хроническое течение, но высок риск малигнизации. Течение бессимптомное.

Внешний осмотр. Отсутствие каких-либо проявлений.

Проявления в полости рта. Чаще выявляются в ретромолярной области, на слизистой оболочке языка и дна полости рта. Элемент поражения — в виде ограниченного пятна, медленно увеличивающегося в размерах, чаще застойно-красного цвета с бархатистой, велюровой поверхностью. Иногда выступающие над уровнем слизистой оболочки ярко-красные с бархатистой поверхностью, мягкие при пальпации узелки, безболезненны. 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 — заболевания, имеющего самый высокий риск малигнизации среди болезней этой группы.

Дополнительные методы исследования. Для уточнения диагноза необходимо проведение гистологического метода исследования (биопсии), при котором выявляется очаг резко ограниченной пролиферации эпителия с явлениями дискератоза, выраженным полиморфизмом и атипичными митозами. Гистологически эритроплакия соответствует картине внутриэпителиального предрака (cancer in situ).

Дифференциальная диагностика. Эритроплакию необходимо дифференцировать с лейкоплакией идеопатической, плоским лишаем.

К 13.23 Лейкодема. Предполагается наследственный характер заболевания. Выявляется у лиц молодого и среднего возраста (до 30 лет).

Жалобы и анамнез. Жалоб нет.

Внешний осмотр. Отсутствие каких-либо проявлений.

Проявления в полости рта. Чаще обнаруживаются на слизистой оболочке щек, возможно диффузное поражение. Выявляются шелушащиеся, слегка отечные мягкие участки серовато-белого цвета. При поскабливании часть чешуек легко снимается, не наблюдаются эрозии. Воспалительная реакция отсутствует. При диффузной форме слизистая оболочка разрыхленная, пористая, губчатая, складчатая, покрытая множеством чешуек.

Дополнительные методы исследования. Для верификации заболевания проводят гистологическое исследование.

Дифференциальная диагностика. Дифференцируют лейкодему с лейкоплакией идеопатической, плоским лишаем.

К 13.24 Нёбо курильщика (никотиновый стоматит) (никотиновый лейкокератоз нёба) — особая форма идеопатической лейкоплакии.

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 нёба. В анамнезе — курение (чаще трубки). В отличие от других форм лейкоплакии довольно быстро проходит при прекращении курения. Риск малигнизации очень низкий.

Внешний осмотр. Отсутствие каких-либо проявлений.

Проявления в полости рта. На фоне слабо гиперемированной слизистой оболочки мягкого и твердого нёба имеются незначительные выступающие очаги гиперкератоза белесоватого цвета (могут темнеть под влиянием табака), в центре которых мягкие красноватые бугорки с точечными отверстиями выводных протоков слюнных желез.

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

Дифференциальная диагностика. Диагностика никотинового стоматита трудностей не представляет.

К 13.1 Прикусывание щеки и губ — вредная привычка, которая может выявляться в анамнезе. Но чаще заболевание является результатом особенностей прикуса и выявляется случайно при осмотре.

Жалобы и анамнез. Жалоб обычно нет.

Внешний осмотр. Отсутствие каких-либо проявлений.

Репозиторий БГМУ

Дифференциальная диагностика гиперкератотических изменений слизистой оболочки полости рта

Критерии оценки	Заболевание			
	лейкоплакия	красный плоский лишай	красная волчанка	вторичный сифилис
Элементы поражения	Неправильной формы белесые бляшки с шероховатой поверхностью, возвышающиеся над уровнем слизистой	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, со щек по линии смыкания, реже — нёбо, язык	Миндалины, нёбные дужки, мягкое нёбо, 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

Проявления в полости рта. По линии смыкания зубов, или доступном для прикусывания месте губы, слизистая оболочка слегка отечная, гиперемированная, с неровной мацерированной поверхностью. 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, возвышение их над уровнем слизистой оболочки, сохранность блеска очага поражения, отделение фрагментов слизистой при поскабливании, фоновые изменения.

ЛЕЧЕНИЕ «БЕЛЫХ» ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Общая схема лечения пациента с поражением слизистой оболочки может быть представлена следующим образом:

1. Профилактика:

– мотивация, обучение гигиене полости рта с последующим контролем и коррекцией;

- устранение вредных привычек;
- устранение профессиональных вредностей;
- удаление зубных отложений, полировка;
- использование фторидов;
- рациональное питание.

2. Терапевтическое лечение:

- лечение кариеса, его осложнений, некариозных поражений;
- устранение ятрогенных факторов.

3. Хирургическое лечение:

- устранение очагов фокальной инфекции;
- корректирующие операции (пластика преддверья, уздечек и др.);
- восстановление нарушенных функций СОПР;
- непосредственное удаление элементов поражения (при онкологии и др.).

4. Ортопедическое лечение:

- рациональное протезирование;
- устранение ятрогенных факторов.

5. Поддерживающая терапия (диспансерное наблюдение).

В лечении выделяют три направления: этиологическое, патогенетическое и симптоматическое, каждое из которых может осуществляться общим и местным путями. Стоматологу отводится ведущая роль в проведении местного лечения.

Местное лечение включает:

1. Обезболивание.
2. Антисептическую обработку.
3. Очистку элементов поражения от налета (механическая, ферментная).

4. Воздействие на этиологические факторы (применение антибиотиков, противовирусных средств).

5. Восстановление нарушенной функции СОПР (противовоспалительное лечение).

6. Восстановление целостности поврежденной СОПР (применение эпителизирующих препаратов).

При лечении слизистой оболочки полости рта необходимо учитывать этиологию и патогенез заболевания, целесообразность назначения лекарственных препаратов. Часто наблюдается связь в одновременном развитии патологических процессов на слизистой оболочке рта и коже, что также необходимо учитывать при лечении.

Местноанестезирующие средства. Из препаратов этой группы средства аппликационной анестезии имеют наибольшее применение при лечении заболеваний СОПР. К средствам терминальной анестезии прибегают для исключения чувствительности СОПР перед лечебными вмешательствами и для обезболивания при поражениях СОПР различной этиологии, которые сопровождаются катаральными, эрозивными или язвенно-некротическими изменениями. Проводят обезболивание в виде аппликаций или орошения и применяют для этой цели масляные растворы анестезина, 1%-ную пиромикаиновую мазь; аэрозоль лидокаина (10 %), «Peryl-sprey», таблетки «Strepsils plus» и др.

Достаточно широко распространены в лечении заболеваний СОПР *антисептики* разных групп. Обработка СОПР данными средствами всегда предшествует и сопровождает целенаправленные вмешательства лечебного или диагностического характера (хирургическая обработка язв, эрозий, биопсия и др.). Для орошения или полоскания полости рта используют различные антисептические растворы: Chlorhexidini bigluconatis (0,05 %), Aethonii (0,05 %), Vagotili (36 %), перманганат калия (0,01–0,1 %), Wokadini (1 %), Aeros. hexorali (0,2 %) и др. Применяют также препараты растительного происхождения (сальвин, ромашка, шалфей).

Ферментные препараты. Очень важный этап в местном лечении заболеваний СОПР — очистка элементов поражения от налета. Необходимость обусловлена подготовкой поверхности к использованию медикаментозных средств (антибиотиков, противовирусных, противовоспалительных препаратов) для воздействия на этиологические факторы. Удаление некротического налета производится при помощи шпателя или ватных тампонов, пропитанных антисептиком. Эффективно использование для этой цели ферментных препаратов. Механизм терапевтического действия протеолитических ферментов многогранен. Главными являются некролитическое действие, способность сокращать экссудативную фазу воспаления, снижать антибиотикорезистентность гнойной микрофлоры, прямое антитоксическое действие препаратов. Ферментные препараты: Ung. iuxoli, Chymotrypsini crystallisati, Lisocymi, Desoxyribonucleasy и др.

Противомикробные препараты используются в виде полосканий, аппликаций либо парентерально. Выбор противомикробных средств обуславливается этиологией заболевания, особенностями клиники и характером течения поражения СОПР с учетом чувствительности к данным препаратам макро- и микро-

организмов. Антибиотики являются основными препаратами для лечения бактериальных инфекционных заболеваний. Применяют антибиотики по строгим показаниям с учетом чувствительности организма и аллергических состояний.

Для лечения и профилактики заболеваний вирусной природы используют *противовирусные препараты* по схеме лечения конкретного заболевания. При применении данных средств необходимо учитывать, что рабочее время их ограничено — они эффективны только в первые 2–3 суток заболевания, поэтому применять их нужно как можно раньше, чтобы предупредить проникновение вируса в другие клетки и ограничить распространение поражения. Независимо от количества элементов поражения противовирусными средствами обрабатывают всю поверхность СОПР. Противовирусные препараты: Aciclovir (5 %), Zovirax, Virolex, 0,25%-ная оксолиновая, бонофтоновая мази и другие, действие которых направлено на блокирование репродукции вирусов в клетках и на элиминацию их из организма.

Эпителизирующие препараты предохраняют слизистую оболочку от раздражений, оказывают неспецифическое противовоспалительное действие, обладают способностью стимулировать регенерацию соединительной ткани. К ним относятся солкосериловая, метилурациловая мази, каротолин, винилин, масляные растворы витаминов А, Е, масло шиповника.

В заключении следует подчеркнуть важность регулярных профилактических осмотров, целью которых является поддержание гигиенических навыков, устранение вредных привычек, лечение зубов и тканей периодонта у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, что способствует снижению частоты рецидивов и тяжести течения заболевания.

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

1	А	Укажите элементы поражения, типичные для простой формы идиопатической лейкоплакии: [А] пятно; [В] папула; [С] эрозия; [D] все перечисленные.
2	А	Назовите наиболее частую локализацию элементов поражения при идиопатической лейкоплакии: [А] слизистая оболочка углов рта и щек по линии смыкания зубов; [В] твердое нёбо; [С] боковая поверхность языка; [D] нижняя губа.
3	В	Назовите основной этиологический фактор идиопатической лейкоплакии: [А] острая механическая травма; [В] хроническая травма; [С] аллергический фактор; [D] наследственный фактор.
4	Е	Какие признаки могут указывать на начинающуюся малигнизацию при лейкоплакии? [А] уплотнение в основании элемента поражения; [В] увеличение размера очага поражения; [С] папилломатозные разрастания и вегетации на поверхности элемента поражения; [D] неэффективность проводимого лечения; [E] все перечисленные.
5	D	Перечислите клинические симптомы, характерные для никотинового стоматита: [А] локализация на твердом и мягком нёбе; [В] мелкие белесоватые папулы с красной точкой в центре; [С] изменения в выводных протоках малых слюнных желез; [D] все перечисленные.
6	D	Назовите характерную локализацию элементов поражения при плоском лишае: [А] слизистая оболочка углов рта и щек; [В] дно полости рта, уздечки губ и языка; [С] язык; [D] дистальные отделы полости рта.
7	А	Укажите элементы поражения при плоском лишае на коже: [А] папулы фиолетовой окраски с гиперкератозом и вдавлением в центре; [В] элементы поражения в виде «кокард»; [С] сильно зудящие волдыри на фоне гиперемированной, отечной кожи; [D] кожных проявлений заболевание не имеет.
8	С	Назовите заболевание, для которого характерно появление на слизистой оболочке полости рта мелких (до 2 мм) папул, образующих кружевной рисунок: [А] лейкоплакия идиопатическая; [В] сифилис вторичный; [С] плоский лишай; [D] красная волчанка.
9	D	Какие данные являются основными для постановки диагноза кандидозный стоматит? [А] клиническое обследование; [В] микроскопическое исследование; [С] микробиологическое исследование;

		[D] только совокупность всех вышеперечисленных методов исследования.
10	E	Укажите местные факторы, способствующие развитию кандидозного стоматита: [A] травма слизистой оболочки полости рта; [B] нерациональное протезирование; [C] складчатый язык; [D] прием антибиотиков; [E] все перечисленные.
11	C	Какое из перечисленных заболеваний имеет наиболее высокий риск малигнизации? [A] эрозивно-язвенная форма идиопатической лейкоплакии; [B] эритроплакия; [C] эритролейкоплакия; [D] никотиновый стоматит.
12	B	Индикатором каких нарушений является волосатая лейкоплакия: [A] эндокринных нарушений; [B] иммунодефицитных состояний; [C] заболеваний системы крови; [D] заболеваний ЖКТ.
13	B	Назовите наиболее принципиальное отличие эритроплакии от лейкоплакии: [A] этиологические факторы; [B] склонность к малигнизации; [C] гематологические изменения; [D] локализация в полости рта.
14	C	Укажите признаки, характерные для лейкоплакии, связанной с употреблением табака: [A] локализация элементов поражения на нёбе; [B] поражение малых слюнных желез; [C] в анамнезе выявлено употребление табака; [D] все перечисленные.
15	D	Назовите наиболее характерный признак волосатой лейкоплакии: [A] локализация на боковой поверхности языка; [B] вирусная этиология заболевания; [C] иммунодефицитное состояние; [D] все перечисленные.
16	E	Назовите ваши действия при выявлении в полости рта пятен Филатова–Бельского–Коплика: [A] назначение антибиотиков; [B] назначение глюкокортикоидов; [C] направление на бактериологическое исследование; [D] назначение противовирусных препаратов; [E] ни одно из перечисленных.
17	B	Назовите патогномоничный признак краснухи: [A] острое начало; [B] увеличение затылочных лимфоузлов и задней шейной области; [C] кожная сыпь; [D] локализация элементов поражения в полости рта на миндалинах.
18	B	Какая из перечисленных форм заболевания не является разновидностью лейкоплакии?

		[A] простая; [B] бугристая; [C] веррукозная; [D] эрозивно-язвенная.
19	A	Назовите наиболее вероятные жалобы пациентов с простой формой лейкоплакии: [A] жалоб не предъявляет; [B] дискомфорт в полости рта; [C] болезненность; [D] все перечисленные.
20	C	Укажите признаки, характеризующие элемент поражения при плоской форме лейкоплакии: [A] пятно белесоватое, сально-блестящее; [B] пятно на фоне гиперемии, отечной слизистой оболочки; [C] белый налет не снимается даже при интенсивном поскабливании; [D] все перечисленные.
21	A	Назовите дифференциально-диагностические признаки лейкоплакии, связанной с употреблением табака от идиопатической лейкоплакии: [A] в анамнезе — курение; [B] локализация элементов поражения на нёбе; [C] тяжелое клиническое течение; [D] все перечисленные.
22	D	Укажите изменения СОПР, выявляемые при эрозивно-язвенной форме лейкоплакии: [A] гиперемия и отечность слизистой оболочки; [B] очаги повышенного ороговения белого цвета; [C] эрозии; [D] все перечисленные.
23	B	Назовите элемент поражения, являющийся клиническим признаком эритролейкоплакии, но не проявляющийся при лейкоплакии: [A] пятно; [B] узелок; [C] эрозии; [D] вегетации.
24	D	Укажите заболевание, имеющее самый высокий риск малигнизации: [A] простая форма лейкоплакии; [B] эрозивно-язвенная форма лейкоплакии; [C] эритроплакия; [D] эритролейкоплакия.
25	B	Укажите характерные признаки элемента поражения при эритроплакии: [A] узелки белого цвета; [B] бархатистая поверхность узелков; [C] узелки плотные при пальпации; [D] все перечисленные.
26	A	Назовите главный дополнительный метод исследования для верификации идиопатической лейкоплакии: [A] гистологический; [B] микробиологический; [C] цитологический; [D] серологический.
27	A	Укажите типичную локализацию элемента поражения при никотиновом стоматите: [A] твердое и мягкое нёбо; [B] слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов; [C] десна и переходная складка; [D] все перечисленные.
28	B	Назовите наиболее значимое отличие лейкоплакии, связанной с употреблением табака, от никотинового стоматита: [A] различная этиология; [B] различные клинические проявления в полости рта; [C] различий нет, это названия одного заболевания.
29	B	Указывает ли обнаружение волосатой лейкоплакии на ВИЧ-инфекцию? [A] да; [B] нет; [C] неизвестно.

30	C	Маркером какого состояния является волосатая лейкоплакия? [A] только ВИЧ-инфекции; [B] эндокринных нарушений; [C] иммунодефицитных состояний.
31	A	Возможна ли локализация элементов поражения при волосатой лейкоплакии в полости рта, не на языке? [A] да; [B] нет; [C] неизвестно.
32	C	Укажите цель проведения микробиологического исследования при волосатой лейкоплакии: [A] выявление возбудителя; [B] составление антибиотикограммы; [C] дифференциальная диагностика с кандидозным стоматитом; [D] все перечисленные.
33	D	Назовите состояния, которые обычно можно выявить в анамнезе при кандидозном стоматите: [A] заболевания ЖКТ; [B] сахарный диабет; [C] длительный прием антибиотиков; [D] все перечисленные.
34	D	Что из перечисленного не является формой хронического кандидозного стоматита? [A] гиперпластическая; [B] атрофическая; [C] ангулярный хейлит; [D] псевдомембранозная.
35	A	Назовите форму кандидозного стоматита, при которой на СОПР выявляют большое количество налета, напоминающего «творожистые массы»: [A] острая псевдомембранозная; [B] острая эритематозная; [C] хроническая гиперпластическая; [D] хроническая эритематозная.
36	B	Укажите форму кандидозного стоматита, для которой характерны резкая гиперемия СОПР до огненно-яркого цвета, сильная боль и почти полное отсутствие налета: [A] острая псевдомембранозная; [B] острая эритематозная; [C] хроническая гиперпластическая; [D] хроническая эритематозная.
37	C	Укажите форму кандидозного стоматита, при которой на гиперемированной СОПР выявляются безболезненные плотно спаянные бляшки серо-белого цвета: [A] острая псевдомембранозная; [B] острая эритематозная; [C] хроническая гиперпластическая; [D] хроническая эритематозная.
38	A	Возможно ли поражение кожи и красной каймы губ при кандидозе? [A] да; [B] нет; [C] не установлено
39	B	Назовите состояние, при котором чаще всего развивается атрофическая форма хронического кандидозного стоматита: [A] складчатый язык; [B] протезирование съемными пластиночными конструкциями; [C] эндокринные нарушения; [D] географический язык.
40	B	Назовите препараты, применяемые для этиологического лечения кандидозного стоматита: [A] Unq. Oxolini 0,25%-ный; [B] Unq. Clotrimazoli-acri 1%-ный; [C] Sol. Vagothyli 36%-ный; [D] Unq. Iruxoli; [E] все перечисленные.

41	C	При лечении каких заболеваний вы будете применять Unq. Canesteni 1%-ный? [A] герпетический гингивостоматит; [B] хронический афтозный стоматит; [C] кандидозный стоматит; [D] пузырчатка.
42	A	Какие сосочки языка гипертрофируются при черном (волосатом) языке? [A] нитевидные; [B] грибовидные; [C] листовидные; [D] желобоватые.
43	E	Назовите предрасполагающие факторы в развитии ангулярного хейлита: [A] вредные привычки (облизывание губ); [B] глубокий прикус или полная адентия; [C] климатический или метеорологический фактор; [D] дефицит витаминов группы B; [E] все вышеперечисленное.
44	A	Укажите основной патогистологический симптом при плоском лишае: [A] нарушение ороговения; [B] атрофия; [C] воспаление, отек собственного слоя слизистой оболочки.
45	A	Является ли эрозивно-язвенная форма плоского лишая предраковым состоянием? [A] да; [B] нет; [C] не установлено.
46	D	Укажите характерные клинические признаки острого кандидоза СОПР: [A] наличие на СОПР белого легко снимающегося налета; [B] красная истонченная поверхность СОПР; [C] ощущение боли, чувства жжения, сухости; [D] все вышеперечисленное.
47	C	Укажите нозологические формы дерматозов, относящиеся к «белым» поражениям, обусловленным нарушением процесса ороговения: [A] вульгарная пузырчатка; [B] многоформная эритема; [C] плоский лишай.
48	E	Назовите типы нарушения процесса ороговения слизистой полости рта: [A] кератоз; [B] пара- и гиперкератоз; [C] дискератоз (дисплазия); [D] акантоз (утолщение и уплотнение слизистой); [E] все перечисленное.
49	E	Назовите клинические признаки кератотического типа ороговения СОПР: [A] изменение цвета (белые несоскабливающиеся поражения); [B] изменение рельефа (возвышающиеся очаги поражения различных размеров и контуров); [C] изменение консистенции (уплотнение, размягчение); [D] потеря блеска; [E] все вышеперечисленное.
50	E	С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику лейкоплакии? [A] плоским лишаем; [B] лейкодемой; [C] гиперпластическим кандидозом; [D] волосатой лейкоплакией; [E] всеми вышеперечисленными; [F] ни с одним из вышеперечисленных.
51	E	С какими заболеваниями следует дифференцировать десквамативный глоссит? [A] с ромбовидным глосситом; [B] плоским лишаем; [C] лейкоплакией; [D] вторичным сифилисом;

		[E] со всем вышеперечисленным.
52	E	Какие клинические симптомы характерны для ангулярного хейлита? [A] жемчужный блеск, белые пятна в области комиссур губ; [B] утолщение эпителия, шелушение, коричневато-мокнущие корки; [C] трещины или поверхностные эрозии в области комиссур губ; [D] обильная гиперсаливация или ксеростомия; [E] все вышеперечисленное.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Боровский, Е. В.* Заболевания слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский, А. А. Машкиллейсон. М. : Медицина, 1984. 430 с.
2. *Боровский, Е. В.* Атлас заболеваний слизистой оболочки рта / Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский. М. : Медицина, 1991. 360 с.
3. *Заболевания слизистой оболочки полости рта* / Н. Ф. Данилевский [и др.]. М. : Медицина, 2001. 271 с.
4. *Казарина, Л. Н.* Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ у детей / Л. Н. Казарина. Нижний Новгород : изд-во НГМА, 2004. 264 с.
5. *Ласкарис, Дж.* Лечение заболеваний слизистой оболочки рта : рук. для врачей / Дж. Ласкарис. М. : МИА, 2006. 300 с.
6. *Лукиных, Л. М.* Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л. М. Лукиных. Нижний Новгород : изд-во НГМА, 2000. 267 с.
7. *Луцкая, И. К.* Заболевания слизистой оболочки полости рта / И. К. Луцкая. М. : Мед. лит., 2006. 288 с.
8. *Русак, М. К.* Оказание первой помощи при острых стоматитах / М. К. Русак, А. И. Каспина. СПб., 1994. 32 с.
9. *Поражение слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических заболеваниях* / А. П. Суворов [и др.]. М., 2005. 116 с.
10. *Цветкова, Л. А.* Заболевания слизистой оболочки рта и губ / Л. А. Цветкова. М. : МЕДпресс-информ, 2006. 208 с.
11. *Терапевтическая стоматология* : учеб.-метод. пособ. в 2-х ч. Ч. 2 / А. Г. Третьякович [и др.]. Минск : БГМУ, 2005. 216 с.
12. *Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ 10.* Женева, 1997.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Мотивационная характеристика темы	4
Особенности строения слизистой оболочки полости рта. «Белые» элементы поражения (<i>И. А. Пищинский</i>).....	5
Классификация «белых» поражений слизистой оболочки полости рта (<i>И. М. Семченко</i>).....	7
Диагностика болезней слизистой оболочки полости рта (<i>И. М. Семченко</i>)	8
«Белые» поражения, имеющие острое течение (<i>И. А. Пищинский</i>)	10
«Белые» поражения, имеющие хроническое течение (<i>И. А. Пищинский</i>).....	13
«Белые» поражения, имеющие бессимптомное течение (<i>И. М. Семченко</i>).....	17
Лечение «белых» поражений слизистой оболочки полости рта (<i>И. А. Пищинский</i>)	23
Тестовые вопросы (<i>И. М. Семченко, И. А. Пищинский</i>).....	26
Литература	31