

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника ортопедической стоматологии

Реферат

**На тему: Поражения слизистой оболочки полости рта при
кожных и венерических заболеваниях.**

Выполнил ординатор
Кафедра-клиника ортопедической стоматологии
специальности «стоматология ортопедическая»
Славский Максим Валерьевич
Рецензент к.м.н., Кунгуров Сергей Викторович

Красноярск, 2019

План

1 Общая патология	3стр
2 Морфологические элементы слизистой оболочки	4стр
3Хейлит	6стр
4Глоссит	9стр
5Неинфекционные дерматозы	11стр
6Инфекционные заболевания	19стр
7Список литературы	32стр

Общая патология

Патологические изменения кожи и слизистых оболочек в определенной степени зависят от анатомо-физиологических особенностей строения соответствующих отделов.

Основные патологические процессы в эпителии: пролиферативные, экссудативные и связанные с нарушением ороговения.

Акаитоз - утолщение эпителия за счет увеличения клеток базального и шиповидного слоев (следствие интенсификации пролиферативного процесса).

Паракератоз - неполное ороговение поверхностных клеток шиповидного слоя, в результате чего в них сохраняется вытянутое ядро.

Дискератоз - патологическая кератинизация отдельных эпителиальных клеток, которые увеличиваются в размере и теряют межклеточные связи (тельца Дарье).

Гиперкератоз - утолщение рогового слоя эпителия в результате интенсивного ороговения или нарушения отшелушивания.

Папилломатоз - разрастание сосочкового слоя собственно слизистой оболочки.

Вакуольная дистрофия - образование в протоплазме клетки вакуоли, которая может занимать часть или всю клетку.

Спонгиоз - скопление экссудата в межклеточном пространстве (следствие растяжения протоплазматических мостиков клетки и их разрыва).

Баллонизирующая дистрофия - изменения дистрофического характера в шиповидном слое, приводящие к гибели клеток и образованию на этом месте полости с остатками клеток (в виде гомогенных шаровидных образований).

Акантолиз - расплавление межклеточных мостиков, нарушение связи между клетками и появление щелей.

Наиболее распространенным изменением собственно слизистой оболочки и подслизистой полости рта является воспаление с характерными для него признаками. Островоспалительные процессы отличаются преобладанием экссудативного компонента, при хроническом воспалении превалируют инфильтративные изменения.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

В результате патологических процессов в эпителии, собственно слизистой и подслизистой оболочках образуются разнообразные морфологические признаки заболевания: первичные (связанные с сущностью патологического процесса) и вторичные (остаются после первичных) морфологические элементы.

Первичные и вторичные высыпания на слизистой оболочке полости рта отличаются от подобных проявлений на коже, так как эпителий слизистой значительно тоньше, а среда во рту постоянно влажная.

При наличии одного первичного элемента сыпь считается мономорфной, при наличии двух и более - полиморфной.

Первичные морфологические элементы

1. Пятно - ограниченное изменение цвета слизистой оболочки, которое нельзя определить пальпаторно.

Сосудистое пятно:

- а) геморрагическое (петехии, пурпура, экхимозы);
- б) связанное с расширением кровеносного сосуда (воспалительное и не воспалительное телеангиэктазия).

Пигментное пятно:

- а) гиперпигментированное;
- б) депигментированное;
- в) гипопигментированное.

2. Узелок - бесполостной пролиферативный или инфильтративный (воспалительный) элемент, выступающий над окружающей слизистой оболочкой и отличающийся от нее цветом. Располагается в эпителии и сосочковом подотделе собственно слизистой оболочки. По форме различают узелок остроконечный, полукруглый, круглый, кеглеподобный и плоский. По размеру - милиарный, лентиккулярный, нуммулярный и бляшка. Разрешается папулезный элемент (узелок) бесследно.

3. Бугорок - инфильтративное бесполостное образование, расположенное преимущественно в собственно слизистом слое (сетчатый подотдел).

Подвергается распаду и заживает рубцом.

4. Узел - инфильтративный бесполостной элемент, локализующийся в подслизистом слое и оставляющий после разрешения рубец.

5. Волдырь (уртика)- острый ограниченный отек сосочков собственно слизистого слоя.

6. Пузырек - полостной элемент размером до горошины, возникающий в результате ограниченного скопления жидкости в шиповидном слое.

7. Пузырь - отличается от пузырька большими размерами. Располагается внутриэпителиально или субэпителиально.
8. Гнойничок (пустула) - полостное образование с гнойным экссудатом.
9. Киста - полостное образование с соединительнотканной капсулой, внутренняя поверхность которой выстлана эпителием.
10. Абсцесс - полостное образование, заполненное гноем. Возникает в результате распада патологически измененной ткани.

Вторичные морфологические элементы

1. Эрозия - поверхностный дефект эпителия, дно и края которого находятся почти на одном уровне.
2. Афта - поверхностный дефект эпителия округлой или овальной формы, покрытый фибринозным налетом, который придает белый цвет центральной части, по периферии имеется ярко-красный венчик.
3. Язва - нарушение целостности всех слоев слизистой оболочки. Дно расположено намного ниже краев язвы.
4. Трещина - линейный дефект в форме клина, вершина которого обращена внутрь ткани.
5. Рубец - образование из соединительной ткани на месте дефекта собственно слизистого и подслизистого слоев. Состоит главным образом из коллагеновых волокон. Эпителиальный слой истончен. Рубцы могут располагаться на одном уровне с окружающей слизистой (плоские), ниже ее уровня (атрофические) или возвышаться над ней (гипертрофические).
6. Атрофия - истончение слизистой оболочки без структурных разрушений. Слизистая оболочка становится гладкой, блестящей, сосуды хорошо видны.
7. Налет - фиброзная пленка или слои отторгающегося эпителия, имеющие белый, серый или коричневый цвет.
8. Чешуйка - скопление отторгающихся клеток эпителия (белого, сероватого или желтоватого цвета).
9. Корка - ссохшийся экссудат полостных элементов или отделяемого эрозий и язв. Различают серозные, гнойные и геморрагические корки.
10. Вегетации - разрастание сосочков собственно слизистой оболочки с одновременным утолщением шиповидного слоя. Образуются на поверхности папул, эрозий и язв. Могут напоминать цветную капусту.
11. Лихенификация - своеобразное изменение на кожной и переходной зонах губ, характеризующееся инфильтрацией тканей и усилением папиллярных линий. На поверхности - шелушение.

ХЕЙЛИТ

Хейлит - заболевание губ, может быть первичным (самостоятельным идиопатическим заболеванием) и вторичным (симптомом поражения внутренних органов, признаком нарушения обмена веществ, хронических и острых дерматозов). В зависимости от этиологических причин различают артифициальные, инфекционные и аллергические хейлиты. В табл.1 представлена характеристика клинических признаков хейлита, имеющих первичное происхождение. Заболевания губ как проявление системных дерматозов .

Таблица 1

Клинические разновидности хейлита

Клинические разновидности хейлита	Этиология	Клинические признаки
1	2	3
Глянцевый Пуэте-Асведео простой	Гиперплазия тельцов желез мелких слюнных желез	Процесс локализуется на внутренней стороне губ Поверхность слизистой оболочки - зернистая, устья выполняющих протоков расширены, из них выделяются капельки слюны («симптом росы»). Вокруг устьев выявляется ободок ороговения.
Поверхностный гнойный		Вокруг слюнных желез слизистая оболочка ин- фильтрирована, из выполняющих протоков выделяется гной, вокруг устьев определяется лейкоплакия, могут быть эрозии, иногда язвы. Возможна экзематизация.
Глубокий гнойный (апостематозный)		Характеризуется появлением узлов, язв и кровянистых комок, имеется обильное гнойное отделяемое на слизистой оболочке губ. Рот не закрывается, губы оттопырены. Процесс осложняется элифантiazом или спиноцеллюлярным раком.
Аллергический экссудативный	Повышенная чувствительность к солнечным лучам в сочетании с температурными колебаниями и обветриванием.	Красная кайма губ и прилегающие участки кожи гиперемизованы, отечные. На этом фоне - пузырьки, эрозии и корочечуики.
Ксерозный (сухой)		Губы утолщены, инфильтрированы (макрохейлия), неправномерно гиперемизованы. Покрываются мелкими чешуйками, поперечными трещинами, геморраги- ческими корочками. Субъективно: беспокоит боль

Клиническая различительность хейлита	Этиология	Клинические признаки
1	2	3
Планктариальный Пунте-Асведо простой	Гиперплазия гетеротопических слюнных желез	Процесс локализуется на внутренней стороне губ. Поверхность слизистой оболочки - зернистая, устья выполненных протоков расширены, из них выделяются капельки слюны («симптом росы»). Вокруг устьев выявляется ободок ороговения.
Поверхностный гнойный		Вокруг слюнных желез слизистая оболочка ин- фильтрирована, из выполненных протоков выделяется гной, вокруг устьев определяется лейкоплакия, могут быть эрозии, иногда язвы. Возможна экзема- зация.
Глубокий гнойный (апостематозный)		Характеризуется появлением узлов, язв и кровавистых корочек, имеется обильное гнойное отделяемое на слизистой оболочке губ. Рот не закрывается, губы оттопырены. Процесс осложняется элифанттиазом или спиноцеллюлярным раком.
Актинический экссудативный	Повышенная чувстви- тельность к солнечным лучам в сочетании с темпера- турными колебаниями и обветриванием.	Красная кайма губ и прилегающие участки кожи гиперемизованы, отечные. На этом фоне - пузырьки, эрозии и корки-чешуйки.
Ксерозный (сухой)		Губы утолщены, инфильтрированы (макрохейлит), неправильно гиперемизованы. Покрываются мелкими чешуйками, поперечными трещинами, геморраги- ческими корочками. Субъективно: беспокоит боль.

Планктариальный Пунте-Асведо простой	Гиперплазия гетеротопических мелких слюнных желез	Процесс локализуется на внутренней стороне губ. Поверхность слизистой оболочки - зернистая, устья выполненных протоков расширены, из них выделяются капельки слюны («симптом росы»). Вокруг устьев выявляется ободок ороговения.
Поверхностный гнойный		Вокруг слюнных желез слизистая оболочка ин- фильтрирована, из выполненных протоков выделяется гной, вокруг устьев определяется лейкоплакия, могут быть эрозии, иногда язвы. Возможна экзема- зация.
Глубокий гнойный (апостематозный)		Характеризуется появлением узлов, язв и кровавистых корочек, имеется обильное гнойное отделяемое на слизистой оболочке губ. Рот не закрывается, губы оттопырены. Процесс осложняется элифанттиазом или спиноцеллюлярным раком.
Актинический экссудативный	Повышенная чувстви- тельность к солнечным лучам в сочетании с темпера- турными колебаниями и обветриванием.	Красная кайма губ и прилегающие участки кожи гиперемизованы, отечные. На этом фоне - пузырьки, эрозии и корки-чешуйки.
Ксерозный (сухой)		Губы утолщены, инфильтрированы (макрохейлит), неправильно гиперемизованы. Покрываются мелкими чешуйками, поперечными трещинами, геморраги- ческими корочками. Субъективно: беспокоит боль.

Лечение

Терапия первичных хейлитов зависит от клинических проявлений и отличается разнообразием.

Гландулярный хейлит. Проводится электрокоагуляция слюнных желез волосковым электродом. Лечение в данном случае обязательно, так как слюна, постоянно выделяясь из железы, вызывает развитие хронического воспаления, лейкоплакии и даже рака. При наличии большого количества гипертрофированных слюнных желез необходимо хирургическое иссечение.

Актинический хейлит. Показано назначение никотиновой кислоты, витаминов группы В (В₂, В₁₂ и В₆) в сочетании с синтетическими противомаларийными препаратами (делагил, хингамин, резохин) или с кортикостероидами (преднизолон, дексаметазон, триамцинолон и др.). Наружно применяются кортикостероидные мази (преднизолоновая, гидрокортизоновая или целестодерм). Для профилактики хейлита рекомендуются фотозащитные кремы и мази («Щит», «Луч», «Антилюкс», 10%-ная салициловая мазь).

Инфекционный хейлит. Лечение зависит от этиологического фактора. При кандидозном хейлите назначают внутрь леворин, нистатин или низорал, наружно - антифунгальные средства (нистатиновая или левориновая мазь, клотримазол в виде мази или 1%-ного раствора и др.).

Больным стрептостафилококковым хейлитом проводится антибактериальная терапия (внутрь и наружно антибиотики широкого спектра действия или сульфаниламиды).

Эксфолиативный хейлит. При экссудативной форме эффект наблюдается после терапии лучами Букки или после иглорефлексотерапии в сочетании с транквилизаторами (седуксен, меллерил) или адреноблокаторами (обзидан). Наружно рекомендуются примочки 2%-ным раствором борной кислоты.

При сухой разновидности хейлита целесообразно применение антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин), ультрафонофореза с кортикостероидной мазью.

Профилактически используется борно-салициловая мазь или гигиеническая губная помада.

Контактный и аллергический хейлит. Прежде всего исключается раздражитель, вызвавший воспалительную реакцию, затем назначается противовоспалительная терапия (препараты кальция или тиосульфат натрия). В случае аллергического процесса показаны антигистаминные препараты (кларотадин, перитол, супрастин, диазолин и др.). Наружная терапия: примочки (борночаевая, цинковая, с перманганатом калия, таниновая) и мази, содержащие кортикостероиды: акридерм, латикорт и др.

Гранулематозный хейлит. Требуется многокурсовое лечение. Внутримышечно вводится лидаза (до 5 курсов) показаны антибиотики широкого спектра действия (цепорин, рифампицин), антигистаминные препараты и витамины. Имеются сообщения о терапевтическом эффекте фонофореза с гидрокортизоном или химотрипсином. Целесообразны компрессы 50%-ного раствора диметоксида с добавлением 0,5%-ного раствора гидрокортизона и ронидазы или компрессы 10%-ного препарата АСД (3-я фракция).

Абразивный хейлит. Проводится симптоматическое лечение. Необходимо диспансерное наблюдение у онколога.

ГЛОССИТ

Глоссит (воспаление языка) может быть первичным, развивающимся самостоятельно, и вторичным, сопровождающим различные дерматозы и поражения внутренних органов. Первичный глоссит чаще обусловлен механическими, физическими и химическими факторами. Значительно реже встречаются аномалии развития языка. Клинические разновидности глоссита

Таблица 2

Клинические варианты глоссита

Клинические варианты глоссита	Этиология	Объективные признаки
1	2	3
Кандидозный, его формы: Псевдомембранозная	Грибы рода Candida	Слизистая оболочка языка покрыта пухлым серовато-белым налетом, который легко удаляется
Десквамативная		Эпителий спинки языка сплывается, после этого обнажаются участки гиперемизированного истонченного эпителия
Сухая или ксерозная		Эпителий истончен, сосочки языка сплавлены. Язык гиперемизован и незначительно увеличен.
Эрозивно-язвенная		При осложнении вторичной инфекцией на спинке и боковых поверхностях языка появляются эрозии и язвы.
Авитаминозный	Недостаток РР	Слизистая оболочка отечная, блестящая, ярко-красного цвета. Иногда появляются афтозные изъязвления с серовато-грязной поверхностью.
	Недостаток «С»	Слизистая оболочка языка пухлая, отечная, ярко-красного цвета. Имеются вегетации и фунгозные разрастания.
Гунтеровский	Пернициозная анемия	Вся поверхность слизистой оболочки языка или только спинка приобретает бледно-розовый цвет, блестящую и гладкую поверхность. Складки отсутствуют, а сосочки атрофированы.

1	2	3
Десквамативный (географический)	Расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или гепатобилиарной системы. Нарушение трофической иннервации слизистой оболочки языка.	На спинке и боковых поверхностях языка слизистая оболочка мацерированная, сосочки спяжены. Белесоватый бляшчатый образует фигуры причудливой формы. В начале заболевания цвет слизистой языка сероватый, а затем становится ярко-красным.
Интерстициальный (интративный или склерозирующий)	Неизвестна. Предполагается, что это проявление красного плоского лишая.	На язычной поверхности спинки языка образуются бляшки лентовидной формы красного цвета с опаловым оттенком. Сосочки спяжены. Впоследствии развивается рубцовая атрофия, окраска становится бело-голубой. Субъективно в разной степени выраженные болезненность и жжение.
Поверхностный эрозивный (Меллери)	Нарушение функций ЖКТ, пернициозная анемия.	На слизистой оболочке языка расположены четко очерченные ярко-красные пятна или эрозии. Субъективно: сильная болезненность и жжение.
Черный (волосатый)	Нарушение функций ЖКТ, злоупотребление курением и алкоголем.	Разрастание (до 2-3 мм) опухание и пигментация (цвет бурый, черный или темно-зеленый) нитевидных сосочков языка.

Лечение

Разнообразные формы поражения языка не требуют специфического лечения, в связи с тем, что они обусловлены соматической патологией и необходима целенаправленная терапия основного заболевания. Симптоматически при десквамативном глоссите назначаются полоскания 1%-ным раствором цитраля (по 25-30 капель на 1/2 стакана воды комнатной температуры) и аппликации 5-10%-ного анестезина в масляном растворе витамина Е. При скротальном (складчатом) языке для предупреждения кандидоза проводится лечение: микозорал, низорал, дифлюкан; наружно - 20%-ный раствор тетрабората натрия в глицерине. Ромбовидный глоссит, проявляющийся в папиллярной или бугорковой форме, требует хирургического вмешательства или криотерапии.

ИЗМЕНЕНИЯ ГУБ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ДЕРМАТОЗАХ

При ряде дерматозов поражается не только кожа, но и слизистые оболочки. Более того, область губ и слизистая оболочка полости рта нередко являются первоначальной локализацией кожных заболеваний.

Красная волчанка

Красная волчанка относится к группе заболеваний с диффузным поражением соединительной ткани (коллагенозы). Этиология и патогенез полностью не выяснены. Предпочтение отдается аутоиммунной теории, так как у многих больных красной волчанкой выявляется Т-клеточный иммунодефицит.

Предрасполагающие факторы: повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам, холоду, физические и психоэмоциональные травмы, лабильность сосудистой системы.

Преимущественная локализация поражения — на коже лица (в области щек и носа в виде бабочки). Слизистые оболочки поражаются реже, причем в патологический процесс вовлекаются главным образом красная кайма губ, слизистая оболочка твердого нёба и десен.

Течение красной волчанки обычно длительное, хроническое, но существует и острая форма заболевания. В зависимости от локализации дерматоза и клинических признаков различают несколько вариантов хронической красной волчанки.

Дискоидная форма проявляется на коже образованием очерченных очагов эритемы и инфильтрации, на поверхности которых имеются плотно сидящие белые чешуйки (результат фолликулярного гиперкератоза). Чешуйки снимаются с трудом, при этом отмечают болезненность (симптом Бенъе-Мещерского) и повышенная кровоточивость, на внутренней поверхности выявляется конусообразный выступ (симптом «дамского каблука»). В центре очага поражения постепенно формируется атрофия. Иногда помимо перечисленных кардинальных признаков дерматоза (эритема, инфильтрация, фолликулярный гиперкератоз, атрофия) наблюдаются телеангиэктазии и гиперпигментация.

На красной кайме губ процесс может быть диффузным, захватывающим всю поверхность переходной зоны или ограниченным, в виде единичных, четкими очертаниями, очагов. Отличается от поражения на коже наличием по периферии очага полос белого цвета (результат неравномерного помутнения эпителия) и менее выраженной атрофией. Аналогичные изменения возникают на слизистой оболочке полости рта.

Центробежная эритема Биетта. На коже лица образуются очаги стойкой эритемы и незначительного отека, имеющие тенденцию к периферическому росту. Шелушение отсутствует или незначительное (скудное).

Красная волчанка губ без атрофии и гиперкератоза сходна с эритемой Биетта, также характеризуется диффузной гиперемией и шелушением. Инфильтрация незначительная. Единичные телеангиэктазии придают губе своеобразный пестрый вид.

Эрозивно-язвенная форма красной волчанки губ отличается наличием на эритематозно отечном фоне эрозий и язв, покрытых геморрагическими корками. По периферии очага - атрофия и гиперкератоз.

Эта форма на слизистой оболочке полости рта проявляется более выраженным отеком. Поверхность эрозий и язв покрыта фибринозным

налетом. Вокруг дефекта слизистой оболочки за счет различной интенсивности гиперкератоза образуется своеобразный рисунок в виде точек, полос и колец.

Экссудативногиперемическая красная волчанка слизистой оболочки полости рта. Клинические признаки: выраженный отек, яркая гиперемия, неравномерный гиперкератоз (в виде полос, точек).

Острая красная волчанка

Острая красная волчанка протекает с нарушением общего состояния больного (повышенная температура, слабость, боль в суставах, нарушение аппетита) и патологией внутренних органов (гломерулонефрит, панкреатит, полисерозит и др.).

Поражение слизистой оболочки полости рта характеризуется полиморфизмом, появляются эритематозные пятна, пузыри с серозным или геморрагическим содержимым, эрозии.

Лечение

Учитывая, что в развитии красной волчанки определенную роль играют нарушения аутоиммунных процессов (напряженности гуморального и подавление клеточного иммунитета, дисбаланс Т- и В- систем лимфоцитов, изменение активности субпопуляций Т- лимфоцитов) целесообразно назначение иммуномодуляторов (левамизола, тактивина, тимозина, тималина, леакадина, имунофана, неовира). Тактивин назначается по 1 мл подкожно в подлопаточную область в 1-й, 3-й, 6-й, 13-й и 20-й дни однократно. Применение тимозина и тималина не только оказывает терапевтический эффект, но позволяет уменьшить дозу кортикостероидов, хинолиновых препаратов, а также способствует нормализации соотношения цАМФ и цГМФ. Подобное лечебное действие и у леакадина. Терапия цитомединами кроме того способствует нормализации интерферонового статуса, повышению активности цитотоксических лимфоцитов (ЦТЛ) и макрофагов.

Для восстановления соотношения цАМФ/цГМФ применяются также эуфиллин или теofilлин.

Широко используются синтетические антималярийные препараты -хингамин, делагил, хлорохин (внутри по 0,25 г 2-3 раза в сутки в течение 10 дней, циклами с перерывами в 2-5 дней). Аналогично назначается плаквинил в дозе 0,2 г на прием. Одновременно проводится витаминотерапия, чаще используются витамин В₂ и никотиновая кислота. При непереносимости никотиновой кислоты применяется ксантинол никотинат внутри по 0,15 г 3 раза в сутки.

Целесообразно использовать в терапии красной волчанки комбинированный лекарственный препарат пресоцил (хлорохина - 0,04 г, преднизолона 0,75 мг и ацетилсалициловой кислоты - 0,25 г).

Наружное лечение: кортикостероидные мази (акридерм, элоком и гидрокортизоновая), обкалывание очагов поражения суспензией гидрокортизона или 5-10%-ным раствором хингамина.

Красный плоский лишай

Этиология и патогенез красного плоского лишая полностью неизвестны. Наиболее распространены инфекционная, неврогенная и токсико-аллергическая теории возникновения заболевания.

Определенное значение в появлении клинических признаков дерматоза на слизистой оболочке полости рта имеют различные физические и химические факторы, травмы, наличие зубных протезов из разнородных металлов, вызывающих изменение состава слюны и возникновение гальванических токов.

Красный плоский лишай может поражать изолированно кожу или только слизистую оболочку полости рта, однако чаще встречается сочетание изменений на коже и слизистых оболочках.

Первичный морфологический элемент - эпидермодермальная папула, полигональной формы, сиреневато-розового цвета, с гладкой блестящей поверхностью, на которой имеется своеобразный «восковидный блеск». Нередко в центре папулы отчетливо определяются пупкообразное вдавление и исчерченность в виде штрихов и точек, образующих сетчатый рисунок за счет неравномерного гранулеза (сетка Уикхема). Узелки не склонны к периферическому росту (размер их обычно не превышает 0,5-0,7 см) и имеют тенденцию к сопоставлению между собой. В зависимости от места локализации папулезных элементов и динамики их клинического оформления образуются различные формы красного плоского лишая.

Клинические формы красного плоского лишая

На слизистых:

- 1) типичная,
- 2) остроконечная,
- 3) гиперкератотическая,
- 4) пигментная,
- 5) буллезная,
- 6) атрофическая.
- 7) экссудативно-гиперемическая,
- 8) эрозивно-язвенная,
- 9) буллезная,

10) гиперкератотическая.

В области губ и на слизистой оболочке полости рта чаще встречается типичная форма дерматоза, исключительно редко наблюдаются буллезная и гиперкератотическая разновидности.

Типичная форма проявляется серовато-белыми точечными папулезными высыпаниями, которые, сопоставляясь, образуют причудливый рисунок, напоминающий листья папоротника. На языке поверхность папул покрывается сероватым неснимающимся налетом. На красной кайме губ поражение, как правило, приобретает диффузный характер и имеет вид сплошной белой полосы.

При других формах красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта наряду с высыпаниями типичных папул, возникают клинические проявления: гиперемия, пузыри, эрозии, язвы, гиперкератоз.

Экссудативно-гиперемическая форма отличается от предыдущей тем, что узелки располагаются на отечноэритематозном основании.

Эрозивно-язвенная форма характеризуется одновременным существованием на слизистой оболочке полости рта беловато-серого цвета папул и болезненных эрозий. Течение длительное, тенденция к эпителизации незначительная.

При буллезной форме наряду с узелками выявляются единичные пузыри, склонные к быстрому эрозированию и заживлению.

Гиперкератотическая форма проявляется мелкими округлыми или полосовидными очагами гиперкератоза с отчетливыми границами.

Лечение

При локализации красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта необходимо провести тщательную санацию очагов фокальной инфекции, заменить амальгамовые пломбы и удалить разнородные металлы.

Если высыпания красного плоского лишая на слизистых оболочках сочетаются с распространенной сыпью на коже, диагностируется эрозивно-язвенная или буллезная разновидность дерматоза. Назначают кортикостероидные препараты внутрь (преднизолон, полкортолон, дексаметазон и др.). Кортикостероидные препараты можно применять одновременно с антималярийными (пресоцил по 2 таб. три раза в день, в течение 5-6 недель).

При всех формах красного плоского лишая рекомендуется седативная и психотропная терапия (транквилизаторы, электросон, гипноз).

Типичная и экссудативно-гиперемическая формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта требуют назначения следующих лекарственных средств: концентрата витамина А (по 10 капель три раза в день в течение 2 месяцев), витаминов группы В, левамизола, этимизола.

Больным ограниченной эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая проводят обкалывания очагов суспензией гидрокортизона или раствором преднизолона. Можно использовать 5-10%-ный раствор хингамина, который вводят по 1-1,5 мл под эрозию один раз в три дня (курс 8-12 инъекций).

С целью воздействия на иммунометаболические процессы рекомендуется назначать интал (в виде интраназального электрофореза), тактивин, вилозен.

Наружно применяют кортикостероидные мази: акридерм, локоид, элоком.

Простые контактные, контактно-аллергические и токсико-аллергические поражения слизистой оболочки полости рта и губ.

Простые контактные поражения включают травматические повреждения слизистой оболочки механическими, химическими и физическими факторами, ответная реакция на которые развивается на месте контакта с раздражителем, адекватна силе и продолжительности его действия.

Механические травмы выявляются в виде дефектов слизистой оболочки (различного размера и глубины) или гематом, которые образуются в результате ранения различными предметами или прикусывания зубами. Некачественные пломбы коронки и зубные протезы могут длительное время травмировать слизистую оболочку рта, вызывая отек и гиперемию, эрозивно-язвенные изменения или гиперкератотические процессы (папилломы, гранулемы, повышенное ороговение).

Химические травмы возникают при действии кислот, щелочей или медикаментозных препаратов, обладающих раздражающим, прижигающим и разрушающим действием (настойка йода, нитрат серебра, этиловый спирт). Клиническая картина находится в прямой зависимости от свойства, концентрации и длительности присутствия вещества на слизистой оболочке. При низкой его концентрации наблюдается ответная реакция в виде гиперемии и отека, при высокой - некроз, глубокие изъязвления и рубцовые деформации.

Физические травмы обусловлены термическими факторами (высокой и низкой температурой), электрическим током или лучевой энергией. Развиваются разной степени выраженности следующие клинические признаки: гиперемия, отеки, изъязвления. Лучевая энергия, используемая для лечения новообразований челюстно-лицевой области (рентгено- и гамма-терапия), вызывает сопутствующее повреждение слизистой оболочки

полости рта. Поражение характеризуется гиперемией, отеком, на фоне которых образуются участки ороговения и эрозии, покрытые клейким некротическим налетом (пленчатый радиомукозит очаговый или сливной). При попадании в зону облучения слюнных желез развивается гипосаливация с последующей стойкой ксеростомией.

Длительное воздействие механических, химических и физических факторов слабой интенсивности приводит к однотипному патологическому процессу, который характеризуется разной степенью нарушения ороговения эпителиального слоя и даже собственно слизистой оболочки (лейкоплакия). Клиническая картина различных вариантов лейкоплакии описана в разделе «Предраковые заболевания».

Контактно-аллергические и токсико-аллергические поражения развиваются в ответ на действие аллергена в сенсibilизированном организме по замедленному или немедленному типам. Аллергенами могут быть разнообразные химические вещества, в том числе лекарственные препараты, микробы и их токсины, а также продукты питания (особенно содержащие белок).

При контактно-аллергическом поражении происходит непосредственное (экзогенное) воздействие на слизистую оболочку, при токсико-аллергическом - аллерген поступает в организм алиментарным или парентеральным путем. Контактно-аллергические изменения локализуются преимущественно на месте действия раздражителя, то есть почти не выходят за пределы контакта с ним, при токсико-аллергических процессах поражение носит распространенный характер, захватывая обширные участки слизистой оболочки и кожи.

Ангионевротический отек Квинке локализуется на губах (чаще верхней) и языке, где быстро развивается отек, сохраняющийся несколько часов и даже дней. На коже могут быть уртикарные элементы различного размера.

Аллергические стоматиты. Заболевания слизистой оболочки полости рта лекарственного или бактериального генеза. Они отличаются клиническим разнообразием и проявляются катаральными или язвенно-некротическими изменениями. Последние в ряде случаев приобретают весьма характерные черты, обусловленные особенностями фармакологического действия определенного медикаментозного средства. Так, при лечении пенициллином описано возникновение «пенициллинового языка» (спинка языка становится гладкой, блестящей и отечной). При аллергической реакции на сульфаниламиды, стрептомицин и олететрин иногда появляются афтоподобные высыпания. Повышенная чувствительность

к синтомицину и левомецитину сопровождается гипосаливацией. Препараты тетрациклинового ряда вызывают атрофические и гипертрофические глосситы.

Фокальная инфекция миндалин, зубов и придаточных пазух носа может служить причиной бактериальной аллергии, которая проявляется в виде рецидивирующего афтозного стоматита или многоформной экссудативной эритемы.

При лекарственной и бактериальной аллергии в патологический процесс часто вовлекается красная кайма губ, развивается контактный аллергический хейлит,

Лечение

Лечение простых контактных поражений начинается с устранения раздражающего фактора. В дальнейшем, в зависимости от клинических проявлений заболевания, назначаются противовоспалительные препараты (внутрь 10%-ный раствор хлористого кальция или тиосульфата натрия, наружно - примочки, мази «Акридерм», «Элоком», «Солкосерил», «Каратолин», «Аекол» и др.).

При контактно-аллергических поражениях, кроме перечисленных выше медикаментозных средств, используются кларотадин, супрастин, диазолин, перитол, фенкарол, задитен, кларитин, зиртек, кестин, эриус, трексил, а также препараты валерианы, 2%-ный раствор бромистого натрия и транквилизаторы. Наружно в острый период рекомендуются примочки, затем при отсутствии экссудации - стероидные мази. При токсико-аллергических реакциях стероидные гормоны нередко назначаются внутрь.

Многоформная экссудативная эритема

Многоформная экссудативная эритема - полиэтиологическое заболевание, являющееся аллергической реакцией сенсибилизированного организма. Развитие дерматоза связано с подавлением факторов естественной резистентности и циклическим (весеннеосенним), Т-клеточным иммунодефицитом. Этому способствуют прием медикаментозных препаратов, фокальная инфекция, эндокринные расстройства и алиментарная интоксикация.

Многоформная экссудативная эритема, как правило, возникает на коже, слизистых оболочках. Изолированное поражение слизистых встречается исключительно редко. Заболевание начинается остро, с недомогания, повышения температуры тела до 38-39°, болей в суставах, мышцах, болезненности в горле, головной боли. Однако лихорадочная реакция может

и отсутствовать. Морфологические элементы, появляющиеся на коже, отличаются многообразием: пятна, папулы, уртикарии, пузырьки и пузыри. Высыпания располагаются симметрично на разгибательных поверхностях конечностей (преимущественно на тыле кистей и стоп), ладонях и подошвах, на слизистых оболочках полости рта и гениталий.

На коже возникают четко обозначенные отечные пятна, уртикарии или плоские папулы ярко-красного цвета с синюшным оттенком в центре. Постепенно элементы увеличиваются по периферии, приобретают кольцевидную форму за счет западания и изменения окраски в центральной части, где она становится более насыщенной. Внутри колец могут появляться новые высыпания, которые в процессе динамического развития образуют концентрические окружности разного диаметра и цвета, так называемая «эритема ирис». Нередко на поверхности пятен и папул формируются везикулы и пузыри величиной от мелкой горошины до грецкого ореха с серозным и геморрагическим содержимым. После вскрытия полостных элементов обнажаются эрозии, окруженные обрывками эпидермиса. Субъективно отмечаются жжение и боль. Выздоровление наступает через две-три недели.

Поражение на слизистой оболочке рта и на губах отличается от такового на коже более выраженным экссудативным компонентом (отек, множественные, быстро образующиеся пузыри). Пузыри, вследствие отсутствия плотного рогового слоя, существуют непродолжительное время и образуют обширные кровоточащие эрозии, которые при локализации на губах постепенно покрываются геморрагическими корками. Процесс отягощается наличием кариозных зубов, пародонтоза, присоединением вторичной инфекции. Эпителизация слизистой оболочки происходит через 1,5 месяца.

Тяжелая форма экссудативной эритемы выделяется как синдром Стивенса-Джонсона (злокачественная экссудативная эритема). Клиническая картина заболевания отличается генерализацией процесса, одновременным поражением кожи, слизистых оболочек полости рта, глаз и гениталий. Появляются крупные множественные пузыри, наполненные серозно-геморрагическим и геморрагическим содержимым, склонные к периферическому росту и образованию сплошных кровоточащих эрозивно-язвенных поверхностей. Вследствие резкой болезненности нарушается прием пищи, затрудняется речь. Нередко вокруг носовых ходов и на губах появляются герпетические высыпания.

Лечение

Проводится санация очагов фокальной инфекции полости рта. Внутрь назначаются салициловый натрий, этакридин лактат, в сочетании с

левамизолом. В тяжелых случаях рекомендуются преднизолон с антибиотиками широкого спектра действия, гипосенсибилизирующая и детоксикационная терапия (гемодез, полиглюкин или тиосульфат натрия).

Применяется полоскание дезинфицирующими препаратами (перманганат калия 1:8000, 2%-ный раствор борной кислоты, отвар ромашки, а при болях 0,25%-ный раствор новокаина). Используются разнообразные бактерицидные мази (эритромициновая, дерматоловая, а также содержащие стероидные гормоны - «Гиоксизон», «Акридерм ГК», «Дермозолон»),

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В группу инфекционных заболеваний входят поражения кожи и слизистых оболочек, вызываемые различными микроорганизмами: бактериями, вирусами, грибами, спирохетами.

Гнойничковые заболевания

Гнойничковые заболевания могут вызывать различные микроорганизмы, чаще всего -стрепто- и стафилококки. Обычно поражение локализуется преимущественно на коже, но иногда на слизистых оболочках. Возбудитель проникает экзогенным путем (особенно при микротравмах) или эндогенно (из больных зубов, миндалин, гайморовой пазухи и других очагов фокального микробного воспаления). Важную патогенетическую роль играют переохлаждение, расстройство регулирующей функции нервно-эндокринной системы, нарушения иммунного статуса, заболевания ЖКТ и печени.

Общепринятой является классификация гнойничковых заболеваний по этиологическому принципу.

Кандидоз

Кандидозная инфекция обусловлена дрожжеподобными грибами, которые, являясь сапрофитами, под влиянием ряда экзо- и эндогенных факторов приобретают патогенность. Клинические проявления зависят от вида возбудителя, возраста больного и реактивности организма. Развитию заболевания способствуют прием антибиотиков, кортикостероидов или цитостатиков, а также дисбактериоз и заболевания крови. Определенное значение имеют недостаток витаминов (особенно группы В,С), длительная травматизация слизистой оболочки полости рта (протезами, раздражающей пищей). Различают острый и хронический гиперпластические кандидозы.

Острая форма кандидоза (острый псевдомембранозный кандидоз, молочница) проявляется образованием беловато-серых пятен на слизистой

оболочке полости рта за счет «творожистого налета», который легко снимается, обнажая поверхностные эрозии. Если острый псевдомембранозный кандидоз не лечить, то он переходит в атрофическую форму. При этом пораженный участок слизистой оболочки приобретает ярко-красный цвет, возникают боль и жжение, развивается атрофия сосочков языка.

Хронический гиперпластический кандидоз характеризуется появлением бляшек ярко-красного цвета с неровной поверхностью, покрытой белым налетом. Диагноз подтверждается лабораторно обнаружением гриба.

Дрожжевое поражение может, так же как и стрептококковое, локализоваться в углах рта (заеда) и на губах (дрожжевой хейлит). При этом на эритематозном фоне образуются чешуйки, корки, ли-нейные трещины, а иногда и эрозивные поверхности.

Лечение

Для лечения кандидоза используются средства общей и наружной терапии. Внутрь назначаются:

1. Ламизил (таб. по 250 мг).
2. Орунгал (капе, по 250 мг).
3. Дифлюкан (капе, по 150 мг).
4. Полиеновые антибиотики (нистатин, леворин).
5. Микозорал (таб. по 200 мг).
6. Низорал (группа имидазольных препаратов).
7. Витамины группы В (чаще всего В2 - рибофлавин).

Наружная терапия проводится следующими антифунгальными средствами:

1. Микозорал (мазь)
2. Клотримазол (1%-ный раствор и мазь).
3. Певарил (1 %-ный крем).
4. Микоспор (1 %-ный крем).
5. Водный раствор анилиновых красителей.
6. Бура в глицерине (10-20%-ный раствор).
7. Нистатиновая и левориновая мази.
8. Сульфат меди и сульфат цинка.
9. Раствор Люголя.

Вирусные заболевания

Проникновение вируса в организм человека происходит через поврежденную кожу и слизистые оболочки при прямом контакте с больным или вирусоносителем, а также воздушно-капельным путем и через

инфицированные предметы общего пользования. Вирусные поражения кожи и слизистых оболочек можно разделить

на две группы в зависимости от преобладания пролиферативных или экссудативных процессов в пораженной ткани.

Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек

Пролиферативные:

- бородавки,
- остроконечные кондиломы,

Экссудативные:

- простой пузырьковый лишай,
- опоясывающий лишай.
- узелки доильниц,
- контагиозный моллюск.

Для врача-стоматолога практическое значение имеют экссудативные вирусные заболевания, так как слизистая оболочка полости рта наиболее часто поражается вирусом простого герпеса, реже - вирусом опоясывающего герпеса.

При простом герпесе на фоне гиперемии возникают группирующиеся мелкие пузырьки. После вскрытия покрывок полостных элементов образуются эрозии с полициклическими краями. В зависимости от локализации различают герпес губной, щечный, носовой. Заболевание характеризуется рецидивирующим течением, так как инфекционный агент может существовать в течение всей жизни, и под влиянием провоцирующих факторов (переутомление, охлаждение и др.) происходят активация вируса и манифестация заболевания. Рецидивы объясняются недостаточностью клеточного иммунитета, низкой интерферонсинтезирующей способностью клеток организма, а также характером распространения вируса (по межклеточным мостикам от клетки к клетке), при котором герпетическая инфекция не подвергается факторам гуморального иммунитета.

Вирус опоясывающего герпеса поражает слизистую оболочку полости рта при вовлечении в патологический процесс второй и третьей ветвей тройничного нерва. Заболевание сопровождается интенсивной болезненностью, характеризуется асимметричным высыпанием полостных элементов (пузырьков, реже - пузырей) на фоне эритемы и отека. Содержимое везикул может быть серозное или серозно-геморрагическое. Покрывки пузырьков вскрываются с образованием эрозий с фестончатыми очертаниями, после эпителизации которых длительное время сохраняются признаки неврита.

Лечение

Для лечения простого и опоясывающего герпеса используются противовирусные препараты. На ранних стадиях заболевания применяются медикаментозные средства внеклеточного действия (бонафтон, хелепин, теброфен, оксолин, флореналь). Позже более эффективны препараты, ингибирующие самопроизводство возбудителя в клетке. К ним относят фамвир, валтрекс, метисазон, ацикловир и его производные, ДНК-азу, интерферон и индукторы интерферона. Кроме того, при опоясывающем лишае нередко назначаются антибиотики широкого спектра действия (тетрациклин, эритромицин).

Эпителизации эрозивной поверхности слизистых оболочек способствует лизоцим. Наружно широко применяются водные растворы анилиновых красителей, крем «Зовиракс», аэрозоль «Эпиген».

Для снятия болевого синдрома рекомендуются ненаркотические анальгетики, производные пирозолона (антипирин, амидопирин, анальгин, бутадиион) и парааминофенола (фенацетин, парацетамол). В случае тяжелого течения заболевания допустимо парентеральное введение раствора промедола.

Снижению болевого синдрома способствуют также диадинамозлектрофорез с анальгезирующей смесью (новокаин, анальгин), диатермия с ганглиоблокаторами на симпатические узлы, ультразвук паравертебрально, игло- или магнитотерапия.

С целью профилактики невралгий с первых дней болезни назначают витамины группы В. В очень тяжелых случаях - препараты стероидных гормонов на 1-2 дня.

Туберкулез

Туберкулез кожи и слизистых оболочек в зависимости от распространенности процесса подразделяется на локализованный и диссеминированный.

Для врача-стоматолога практическое значение имеют две формы: туберкулезная волчанка и язвенный туберкулез.

Туберкулез слизистой оболочки полости рта возникает чаще всего как вторичное проявление поражения висцеральных органов. При активном туберкулезном процессе в легких за счет эндогенной аутоинокуляции формируется относительно редкая очаговая разновидность заболевания - язвенная форма туберкулеза слизистой оболочки губ и полости рта. На месте проникновения микобактерий Коха, в изобилии содержащихся в мокроте, образуются мелкие, плотноватые шаровидной формы, светло-красные бугорки, быстро подвергающиеся распаду, с образованием вначале поверхностных язв с неровными, мягкими, подрывными краями. Язвы

постепенно увеличиваются по периферии и углубляются за счет появления новых бугорков («зерна Трела»), болезненны и склонны к слиянию. У больных нарушается общее состояние, появляются фебрильная температура, слабость и потливость, отмечается повышение СОЭ. Туберкулиновые пробы отрицательные (отрицательная анергия).

На кожной, переходной и слизистой зонах губ, а также на слизистой оболочке десен, проникая гематогенным или лимфогенным путем, микобактерии Коха могут вызвать другую очаговую разновидность туберкулеза - туберкулезную волчанку, отличающуюся длительным течением. Для туберкулезной волчанки характерным клиническим признаком является образование бугорка (люпомы) желтого или желто-коричневого цвета. При диаскопии определяется характерный признак-полупрозрачность (симптом «яблочное желе»). Бугорок отличается мягкой консистенцией (положительный симптом зонда - симптом Поспелова) и повышенной кровоточивостью. Люпомы могут серпигинировать, сливаться в диффузные очаги и за счет гипертрофии эпителия образовывать бугристые опухолевидные гипертрофические формы заболевания. В тяжелых случаях (при изъязвлениях бугорков) возможна мутиляция тканей на месте поражения. После разрешения люпом остаются атрофические нежные рубчики, на которых часто вновь возникают специфические элементы.

Лечение

Для достижения оптимального терапевтического эффекта назначается комплексное противотуберкулезное лечение, которое должно быть комбинированным и длительным. Применяются одновременно два и более специфических препарата: первого ряда (изо-ниазид, стрептомицин, ПАСК, рифампицин) и второго ряда (этионамид, протионамид, циклосерин, канамицин и др.). Препараты нового поколения: пипразинамид, микобутин, капреомицин. Для нормализации иммунного статуса, повышения фагоцитарной функции организма и ускорения репаративных процессов назначаются экстракт алоэ, левамизол, витамины группы А, В, С. Важное значение имеет режим питания, труда и отдыха.

Лечение больных туберкулезом продолжительное, состоит из нескольких повторных курсов, проводимых под контролем фтизиатра, осуществляющего диспансерное наблюдение за больным.

Сифилис

Возбудитель сифилиса- бледная трепонема- имеет небольшие размеры (8-12 микрон в длину) и штопорообразную форму с 10-12 равномерными упругими

завитками. Она обладает сложным набором движения (поступательное, маятникообразное, винтоо-бразное и судорожное).

Различают прямой и непрямой пути передачи инфекции. Прямая передача происходит при половых сношениях, через поцелуи, укусы, трансфузии крови, а также при непосредственных контактах медицинского персонала с больным при осмотре, лечении и уходе (профессиональный сифилис). Непрямая передача сифилитической инфекции осуществляется через предметы общего пользования, в том числе и стоматологические инструменты, на которых имеется биологический материал, содержащий бледную трепонему.

Заражение происходит при проникновении трепонемы через слизистые оболочки (возможно и неповрежденные) и кожу (при наличии дефекта - «входных ворот»).

При заболевании матери возможна передача возбудителя через плаценту плоду.

Под влиянием медикаментозных препаратов и изменений иммунного статуса бледная трепонема приобретает аспирохетную форму или трансформируется в цисты.

Течение сифилиса принято делить на периоды (инкубационный, первичный, вторичный и третичный).

Инкубационный период - 30-35 дней, он может удлиняться, если больной после заражения принимал антибактериальные препараты. Первичный период сифилиса продолжается 6-8 недель и делится на две равные половины (серонегативный и серопозитивный). Вторичный период длится в среднем от 2,5 до 5 лет и протекает волнообразно (различают свежий, латентный и рецидивный вторичный сифилис). Третичный период сифилиса может продолжаться десятки лет, при этом активный процесс чередуется с латентным.

Поражение слизистой оболочки полости рта наблюдается во всех периодах сифилитической инфекции.

7.5.1. Первичный период сифилиса

На месте внедрения возбудителя появляется пятно, затем - узелок. Постепенно верхние слои отторгаются и образуется дефект тканей в пределах эпидермиса или дермы (первичная сифилома или твердый шанкр). Именно в этот период больной обращается к врачу. В типичных случаях сформировавшаяся первичная сифилома представляет собой эрозию или язву, для которой характерны следующие клинические признаки:

количество эрозии или язв соответствует числу входных ворот (чаще единичные);

форма дефекта тканей - правильная (округлая или овальная); цвет мяско-красный или сероватый (цвет «испорченного сала»); края ровные и неподрытые («блюдеобразные»); дно гладкое, блестящее; отделяемое скудное, серозно-слизистое; кожа в окружности не изменена; в основании пальпируется уплотнение (не выходящее за пределы эрозии или язвы); субъективные ощущения отсутствуют.

К атипичным проявлениям первичного периода сифилиса на слизистой оболочке ротовой полости относят шанкрамигдалит, на коже - шанкранариций и индуративный (склеротический) отек.

Для врача-стоматолога наибольшее практическое значение имеет шанкрамигдалит. Он всегда односторонний. Пораженная миндалина гипертрофирована, плотной консистенции, синюшно-красного цвета, глотание безболезненно. Однако, если на ее поверхности появляется эрозия или язва, возникает боль.

Через 7 дней после формирования первичной сифиломы возникает регионарный лимфаденит (сопутствующий бубон), который может быть соименным (на той же стороне, где сифилома), перекрестным (на противоположной стороне) и параллельным. Пораженные лимфатические узлы приобретают овальную форму, плотноэластическую консистенцию. Они подвижные, не спаянные друг с другом и с окружающими тканями, покрыты неизменной по цвету кожей и никогда не изъязвляются. Диагноз сифилиса подтверждается лабораторно: обнаружением бледной трепонемы в отделяемом первичной сифиломы или пунктате регионарных лимфатических узлов, выявлением положительных серологических реакций (позитивация серореакций начинается с четвертой недели первичного сифилиса). В конце первичного периода сифилитической инфекции отмечается продрома, предшествующая вторичному периоду сифилиса и проявляющаяся в виде изменения общего состояния больного (субфебрильная или фебрильная температура тела, боль в суставах, мышцах, слабость, головная боль) и полиаденита (увеличение всех периферических лимфатических узлов).

Вторичный период сифилиса

Вторичный период характеризуется полиморфизмом высыпаний (розеола, папула, пустула), локализующихся на коже и слизистых оболочках. Сифилитические розеолы, расположенные на коже, не имеют тенденции к периферическому росту, не шелушатся, не вызывают субъективных ощущений. Цвет их меняется в зависимости от длительности существования. Вначале розеолы розовато-синюшного цвета, затем приобретают бурую окраску (за счет образования гемосидерина). Папулезные сифилиды

располагаются в сосочковом слое дермы, желтовато-красного цвета (цвет «старой меди») или серовато-розовые («ветчинные»), различного размера (милиарные, лентикулярные, нуммулярные, бляшки), с шелушением по периферии («воротничок Биетта»). При локализации папул на участках кожи, подвергающихся раздражению (крупные складки кожи, наружные половые органы), образуются мокнущие эрозивные, вегетирующие элементы (широкие кондиломы).

Пустулезные сифилиды на коже встречаются в пяти вариантах: импетигиозный, угревидный, оспенновидный (поверхностные пустулезные сифилиды), эктима и рупия (глубокие пустулезные сифилиды).

Сифилитические поражения слизистых оболочек требуют от стоматолога особого внимания, так как они очень контагиозны для окружающих и могут служить источником внеполового заражения сифилисом. Следует отметить, что подобная локализация представляет опасность для врача-стоматолога (профессиональный сифилис).

Розеола на слизистой оболочке полости рта чаще всего сливаются, образуя клиническую картину катаральной сифилитической ангины. В этом случае слизистая оболочка мягкого нёба и дужек приобретает синюшно-красный цвет, границы неровные, фестончатые. Болезненность при глотании отсутствует.

Папулезные сифилиды. На слизистой оболочке полости рта на языке. В области щек, миндалин и губ) папулы имеют округлую форму, розовато-белый цвет, с венчиком гиперемии по периферии. Обычно они склонны к быстрой мацерации и образованию безболезненных эрозий ярко-красного цвета, нередко с вегетациями. Сливаясь, папулы образуют очаги с фестончатыми очертаниями (папулезная ангина). На боковых поверхностях языка папулы располагаются в виде лентовидных полос, а на спинке имеют вид изолированных узелков с гладкой, блестящей поверхностью за счет атрофии нитевидных и грибовидных сосочков языка («лоснящиеся папулы»), В результате присоединения вторичной инфекции узелки изъязвляются, возникает боль.

Пустулезные сифилиды. На слизистых оболочках пустулезные сифилиды бывают редко и только при тяжелом течении сифилиса. Глубокие пустулы (эктима, рупия) вызывают разрушение нижележащих тканей и образование глубоких язв, заживающих деформирующим рубцом.

Проявления вторичного периода сифилиса, расположенные на красной кайме губ и слизистой оболочке полости рта следует дифференцировать с лейкоплакией, кандидозом, красным плоским лишаем, многоформной экссудативной эритемой и афтозным стоматитом.

Третичный сифилис

Для третичного периода сифилиса характерно появление инфекционных гранул в виде бугорков и узлов (гумм). Высыпания размером от горошины (бугорок) до грецкого ореха и больше (узел) имеют плотно-эластичную консистенцию, синюшно-красный цвет и четко очерченные края. В результате распада гранул образуется некротический стержень желтовато-серого цвета, после отторжения которого остается язва с отвесными плотноэластическими валикообразными краями. Через 3-4 месяца язва заживает, оставляя рубец. При этом на рубце никогда не появляются свежие высыпания. Основная опасность бугорков и гумм заключается в их способности к иррадиации в нижерасположенные и окружающие ткани, что приводит к значительным разрушениям в последних.

В зависимости от места локализации патологического процесса клиническая картина имеет ряд особенностей. На языке изменения гуммозного характера проявляются в двух формах: узлового и диффузносклерозирующего. При узловом гуммозе выявляются солитарные (одиночные) гуммы. При диффузносклерозирующем - происходит диффузная инфильтрация (в основном плазматическими клетками) подслизистого и мышечного слоев языка. Язык увеличивается в объеме, часто не помещается в полости рта. Постепенно происходит образование рубцовой ткани, стягивающей и деформирующей язык. Язык уменьшается в размере, уплотняется, сосочки сглаживаются, нередко на его поверхности образуются трофические язвы.

На твердом нёбе гуммы располагаются по средней линии. Здесь процесс быстро распространяется на кость, так как слизистая оболочка плотно прилежит к надкостнице. После разрушения костной ткани образуется дефект, который обычно соединяет полости рта и носа.

Гуммозные поражения мягкого нёба (в узловой или диффузно склерозирующей форме), сопровождаются отчетливым перифокальным воспалением (в виде эритемы и отека) и заканчиваются деформацией нёбных парусов, их сращением со стенками глотки. Возможно укорочение мягкого нёба.

Врожденный сифилис

Принято выделять: сифилис плода, сифилис детей грудного возраста (до 1 года), сифилис раннего детского возраста (в возрасте от 1 года до 5 лет) и поздний врожденный сифилис (после 5 лет). Каждому периоду свойственны определенные признаки. Врачу-стоматологу необходимо знать проявления врожденного сифилиса, касающиеся прежде всего изменения зубов.

Дистрофия зубов (зубы Гетчинсона) является достоверным признаком позднего врожденного сифилиса, входящего в триаду Гетчинсона (зубы Гетчинсона, паренхиматозный кератит и лабиринтная глухота). Верхние центральные резцы приобретают бочкообразную форму, могут напоминать отвертку. Они суживаются к нижнему краю, который имеет полулунную выемку, занимающую всю режущую поверхность. Зубы располагаются наклонно друг к другу и уменьшены в размерах. Как правило, изменяются оба зуба, реже - один резец. Описаны случаи уменьшения жевательной поверхности зуба, при этом шейка его на несколько миллиметров шире. Зубы Гетчинсона можно выявить на рентгеновских снимках уже в 1,5-2-летнем возрасте.

К вероятным признакам позднего врожденного сифилиса относят необычные изменения первого моляра: жевательная поверхность его сужена, недоразвита, имеет куполообразную форму (зуб Муна-Пфлюгера, почкообразный или кистеобразный зуб). Иногда наблюдается своеобразная дистрофия клыка - «щучий зуб». На фоне гипоплазированной жевательной поверхности первого верхнего моляра может появляться добавочный пятый бугорок (бугорок Карабелли).

О перенесенном в детстве врожденном сифилисе свидетельствуют радиарно расходящиеся рубцы вокруг рта (рубцы Фурнье- Робинсона), возникающие в грудном возрасте как исход диффузной папулезной инфильтрации Гохзингера.

К стигмам позднего врожденного сифилиса относятся: высокое готическое («стрельчатое») нёбо, чрезмерно широкий промежуток между центральными резцами верхней челюсти - диастема Гаше, хронические трещины в области губ, заживающие только после противосифилитического лечения.

Лечение

Для лечения сифилиса используются специфические медикаментозные препараты: антибиотики (пенициллин, эритромицин, бициллин, ретарпен, экстенциллин), химические соединения висмута (бийохинол, пентабисмол, бисмоверол) и йода (йодистый калий). Применяются неспецифические терапевтические средства: витамины, иммуномодуляторы (пирогенал, левамизол) и стимуляторы метаболических процессов (метилурацил, пентоксил, калия оротат).

Лечение активных форм сифилиса проводится согласно инструкции в специализированном стационаре.

7.6. Гонорея

Гонорея слизистой оболочки полости рта может быть изолированным поражением или сочетаться с урогенитальной инфекцией. Гонококковая

инфекция миндалин, а также стоматиты, гингивиты, развиваются чаще всего как следствие оральногенитальных сно-шений.

На миндалинах наблюдаются четко ограниченные неправильной формы серовато-розового цвета болезненные эрозии. При бактериоскопическом и бактериологическом обследовании в отделяемом обнаруживаются гонококки. Типичная локализация гонорейного стоматита - слизистая губ, мягкое нёбо, боковые поверхности нёбного свода и дно полости рта. Слизистая оболочка рта гиперемирована, отечна, эрозирована. На эрозиях сероватый налет и экссудат с неприятным запахом. Гонорейный стоматит может развиваться у новорожденных при инфицировании от больной матери во время родов. На отечном эпителии слизистой оболочки в этом случае отмечаются кровоточащие эскориации с гнойным отделяемым.

Лечение

Для лечения гонореи используются специфические медикаментозные препараты: антибиотики (пенициллин, ретарпен, экстенциллин, бициллин, эритромицин, левомицетин, тетрациклин, метациклин, доксициклин, канамицин, цефалексин), фторирован-ные хинолоны (ципробай, таривид, абактал, максаквин), сульфани-ламиды (бисептол, сульфатен, сульфадиметоксин), биопрепараты (гонококковая вакцина, пирогенал, алоэ, фибс, стекловидное тело).

СПИД

Возбудитель СПИДА - вирус иммунного дефицита человека (ВИЧ) - относится к ретровирусам, геном которых может встраиваться геном клеток крови и мозга. Источник инфекции - больной человек или вирусоноситель.

Вирус передается половым путем, при переливании крови, через донорские органы и ткани, через медицинские инструменты, а также «вертикально» (ребенку от матери).

Инкубационный период болезни имеет большой диапазон колебаний - от нескольких недель (2-7) до нескольких месяцев (7-8) и даже лет.

Клиницисты выделяют четыре фазы заболевания: продромальную, персистирующую генерализованную лимфаденопатию, пре- СПИД и СПИД. Они отличаются друг от друга клинической симптоматикой, длительностью и тяжестью течения.

Продромальный период характеризуется повышением температуры тела до 37-38°, головной болью, ангиной, увеличением печени, селезенки, лимфатических узлов. В крови уменьшается количество лимфоцитов. Серологические реакции на СПИД - отрицательные. Серонегативный период продолжается от 3 до 6 месяцев. Затем наступает фаза персистирующей

генерализованной лимфаденопатии. Увеличиваются лимфоузлы, расположенные в передней и задней шейных цепочках, в подмышечной и подчелюстной областях, а также в заушной и паховой. Лимфатические узлы безболезненны, не связаны с клетчаткой, подвижны, не менее 1 см в диаметре, не исчезают в течение многих месяцев. Серологические реакции на СПИД становятся положительными.

В результате существенных нарушений в иммунной системе наступают последние фазы болезни, различающиеся степенью выраженности иммунного дефицита, количеством пораженных органов и тяжестью патологического процесса.

Поражение кожи и слизистых оболочек наблюдается при ВИЧ-инфекции в течение всего инфекционного процесса и весьма важно для диагностики заболевания.

У 40-50% больных СПИДом развивается саркома Капоши. Необычно то, что она возникает у лиц молодого возраста, а не у пожилых людей, как в классическом варианте. Нетипична и асимметричная локализация: на туловище, лице, в окружности ануса, в пределах слизистой полости рта, глаз и гениталий).

Только у инфицированных ВИЧ наблюдается своеобразная «волосатая» лейкоплакия слизистой оболочки полости рта. На краевой зоне языка и слизистой оболочке щек возникают участки опаловобелого цвета с неровной, сморщенной поверхностью и нитевидными разрастаниями эпителия.

Проявлением СПИДа может быть плоскоклеточный рак слизистой оболочки рта.

У больных СПИДом часто диагностируются вирусные дерматозы: простой и опоясывающий герпес, остроконечные кондиломы и контагиозный моллюск. Остро-конечные кондиломы возникают вокруг рта и в большом количестве.

Уже на ранних стадиях заболевания выявляются стойкие очаги кандидоза на слизистой рта, носа, глаз. Отмечаются кандидозные хейлиты, эрозивно-язвенные глосситы, сопровождающиеся сильной болезненностью.

Иногда больных беспокоят рецидивы крапивницы, стрептостафилококковый хейлит, вегетирующие и серпигинирующие язвенные формы пиодермии, склонные к абсцедированию.

При болезни Рейтера (уретроокуло-синовиальном симптомо-комплексе) одновременно с баланитом обнаруживаются изъязвления слизистой оболочки полости рта.

В связи с тем что СПИД не имеет определенной клинической картины, его диагностика невозможна без оценки иммунного статуса и серологических тестов.

Для лечения СПИДа используются комбинации различных противовирусных препаратов и иммуномодулирующая терапия.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Растения, используемые при воспалительных процессах в полости рта.

1. Аир болотный. 1 столовая ложка измельченного сухого корневища на 200 мл кипятка. Настаивать 1-2 часа.
2. Ежевика. 4 чайные ложки измельченных сухих листьев на 400 мл кипятка. Настаивать 30 минут.
3. Зверобой. 1 столовая ложка измельченной сухой травы на 200 мл кипятка. Настаивать 20-30 минут.
4. Календула (ноготки). 20 г сухих цветков на 200 мл кипятка. Настаивать 20 минут.
5. Кипрей (иван-чай). 15 г измельченной сухой травы на 200 мл кипятка. Кипятить 15 минут, затем настаивать 1 час.
6. Кровохлебка. 20 г измельченных сухих корней на 200 мл воды. Кипятить 15-20 минут, затем настаивать 1 час.
7. Липа. 20 г сухих цветков на 200 мл воды. Кипятить 15-20 минут, затем настаивать 1 час.
8. Лопух. 1 столовая ложка сухих измельченных корней на 200 мл воды. Кипятить 10-15 минут, затем настаивать 1 час.
9. Подорожник. 3-4 столовые ложки измельченной сухой травы на 200 мл кипятка. Настаивать 20-30 минут.
10. Ромашка аптечная. 20 г сухих цветков на 200 мл кипятка. Настаивать 30-40 минут.
11. Тысячелистник. 15-20 г измельченной сухой травы на 200 мл теплой воды. Кипятить 15 минут, затем настаивать 1 час.
12. Чабрец (богородская трава, тимьян ползучий). 15-20 г измельченной сухой травы на 200 мл кипятка. Заваривать 20 минут.
13. Череда. 20 г измельченной сухой травы на 200 мл воды. Довести до кипения, затем настаивать 30 минут.
14. Черемуха. 1 столовая ложка сухих плодов на 200 мл кипятка. Кипятить 15-20 минут; затем настаивать 2 часа.
15. Шалфей. 20 г измельченной сухой травы на 200 мл кипятка. Кипятить 10-15 минут.

Список литературы

Азбука СПИДа / Под ред. М. Адлера. - М.: Мир, 2010г. 76с

Боровский Е.Б., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизи-стой оболочки полости рта. - М.: «Медицина», 2008г. 154с

Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В 4 т. / Под ред. Ю.К. Скрипкина. - М.: Медицина, 2011г. 210с

Кожные и венерические болезни. / Под ред. А.Л. Машкиллейсон. - М.: Медицина,, 2005г. 168с

Машков Б.М., Стоянов Б.Г., Машкиллейсон А.Л. Поражения слизистой оболочки полости рта и губ при некоторых дерматозах и сифилисе. - М.: Медицина, 2007г. 86с

Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта. - М.: Медицина, 2009г. 138с

Суворов А.П., Никифорова Н.Е., Шерстнева В.Н. Поражения слизистой оболочки полости рта при кожных и венерических за-болеваниях. - Саратов, 2008г. 120с

Суворов А.П., Герасимова М.В. Дисхромии кожи. - Саратов, 2004г. 207с.