

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский факультет

Кафедра терапевтической стоматологии

# Заболелвания слизистой оболочки полости рта

Часть II

Учебное пособие

Допущено Министерством образования и науки

Кыргызской Республики

в качестве учебного пособия для образовательных организаций

БИШКЕК 2015

УДК

Рецензенты:Т.Т. Сельпиев доктор - мед.наук, проф.

С.М. Эргешов - кандидат мед.наук, доцент

Рекомендовано к изданию

Ученым советом КPCУ

ББК

Составители:Т.У Супатаева, З.У,Токтосунова,

Н.У. Жылкыбаева,О. Г Зайцева, Н.Р. Нигматулина, А.А.Субанова

Ж.К. Абдрахманова, Хикматулаева С. К.

Учебноепособие /Т.У Супатаева,З.УТоктосунова,Н.Р. Нигматулина, и др.

Бишкек: КPCУ, 2015.-71с.

ISBN

В учебнике представлены современные взгляды на этиологию, патогенез, диагностику, лечение, и профилактику заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Подробно рассмотрена дифференциальная диагностика заболеваний. Уделяется особое внимание этиологии и патогенезу заболеваний.

В каждой теме сформирована цель занятия, имеются контрольные вопросы, которые нацеливают студента на ключевые аспекты обсуждаемой темы.

Предназначено для студентов-медиков, клинических ординаторов и практических врачей-стоматологов.

УДК

ББК

ISBN© КPCУ, 2015

© Т.У. Супатаева

У.И.Кучукова

З.У.Токтосунова

## СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1. Травматические поражения слизистой оболочки полости рта.....	3
Тема 2. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта.....	14
Тема 3.Хейлиты.....	27
Тема 4 Самостоятельные заболевания языка.....	36
Тема 5 Туберкулез слизистой оболочки полости рта.....	46
Тема 6 Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта.....	53
Тема 7 Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта.....	65
Литература.....	71

## Тема № 1. Травматические поражения слизистой оболочки полости рта

### I. Цель занятия:

1. Научить диагностировать травматические поражения СОПР.
2. Научить проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями СОПР.
3. Научить лечить травматические поражения СОПР.

### II. Вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия.

1. Каковы особенности строения слизистой оболочки полости рта?
2. Патологические процессы в слизистой оболочке полости рта?
3. Элементы поражения слизистой оболочки полости рта?

### III. План практического занятия

№	Этапы занятия.	Материальное оснащение		Место	Время
		Оборудование	Средства обучения		
	1	2	3	4	5
1.	Проверка исходных знаний	Диaproектор, таблицы	Слайды, контрольные вопросы, таблицы	Учебная комната	20 мин.
2.	Инструктаж преподавателя о содержании занятия		План и содержание занятия	Учебная комната	5 мин.
3.	Самостоятельная работа студентов: а) обследование с заболеваниями СОПР б) заполнение истории болезни	История болезни	ЛДС, схема ООД, тесты, ситуационные задачи	Лечебный кабинет	65 мин.
4.	Разбор результатов обследования. Ведение истории болезни совместно с преподавателем		Истории болезни	Лечебный кабинет	20 мин
5.	Контроль результатов усвоения	Таблицы	Контрольные вопросы	Учебная комната	20 мин
6.	Задание на следующее занятие		Перечень контрольных вопросов, основная и дополнительная литература	Лечебный кабинет	5 мин

#### IV. Содержание занятия.

На слизистую оболочку полости рта постоянно воздействуют различные повреждающие факторы. Под действием раздражителей на слизистой оболочке возникают те или иные изменения.

##### **Классификация травматических поражений:**

1. Механические
2. Химические
3. Физические
4. Комбинированные

##### **Механическая травма.**

*Острая механическая травма* возникает под воздействием кратковременного, но значительного по силе фактора.

**Этиология.** Острая механическая травма может произойти вследствие прикусывания слизистой оболочки полости рта или ранения ее инструментами.

**Патогенез.** Повреждение эпителия с ограниченным воспалением, инфильтрацией собственной пластинки слизистой оболочки полости рта. Мелкие и крупные кровоизлияния в слизистой оболочке полости рта.

**Клиника.** Она проявляется гематомой (внутриклеточное кровоизлияние без нарушения целостности эпителия), эрозией или язвой. При внутриклеточном кровоизлиянии на месте травмы отмечается болезненность, которая быстро (через 1-3 дня) исчезает. В случае нарушения целостности эпителия образуются болезненные эрозии или язва с инфильтрацией. Вторично инфицируясь рана может перейти в длительно не заживающие язвы. Диагностика не представляет затруднений - причина легко выясняется из анамнеза.

##### **Дифференциальная диагностика острой механической травмы**

<b>Заболевание</b>	<b>Общеклинические признаки</b>	<b>Отличительные признаки</b>
Аллергический стоматит (медикаментозный)	Незначительная болезненность, жжение, саднение; эритема (катаральное воспаление)	Разлитая, реже ограниченная гиперемия, вызванная приемом лекарственного препарата
Аллергический контактный стоматит	Жжение слизистой оболочки, нарушение целостности, гиперемия	Изменения возникают в месте контакта слизистой оболочки полости рта с амальгамой, сплавами металлов (протезы), лечебными повязками

Физическая травма (электрический ток)	Жжение, боль, саднение, ограниченное поражение слизистой оболочки полости рта	Изменения, связанные с воздействием электрического тока
Термическая травма (горячая вода, пар и др.)	Воспаление, боль, жжение, нарушение целостности слизистой оболочки, кровоизлияния	Воздействие термических раздражителей в анамнезе
Лучевая травма (дистанционная рентгено- и гамма-терапия)	Жжение, боль при приеме пищи	Гиперемия, отек, ороговение, очаговы, пленчатый, сливной радиомукозит). Гипосаливация
Болезнь Верльгофа	Кровоизлияния на слизистой оболочке	Тромбоцитопения. Кровотечение из носа, кровоизлияния в области десны и др. отделов сопр
Острый лейкоз		Обширные кровоизлияния, не связанные с травмой. Изменения картины крови (лейкоцитоз, тромбоцитопени)
Капиллярная гемангиома	Образование на слизистой оболочке полости рта гематомы	Гемангиома-длительно существует
Пузырно-сосудистый синдром	Пузырь с плотной крышкой и геморрагическим содержимым	Часто возникает на небе у лиц старше 40-50 лет с заболеваниями ссс. После вскрытия пузыря остается эрозия, которая быстро эпителизируется

## Лечение

1. Устранение травмирующего фактора
2. Обезболивание (2% лидокаин, 3% тримекаин и др)
3. Антисептическая обработка (1% р-р перекиси водорода, 0,06 % р-р хлоргексидина, 1:5000 р-р перманганата калия)
4. Эпителизирующие средства (Аевит, мазь солкосерил, каротоллин, масло шиповника)
5. При глубоких ранах накладывают швы.

*Хроническая механическая травма* возникает при длительном воздействии травмирующего фактора.

**Этиология.** Травмирующим фактором могут быть острые края зубов, зубные камни, некачественно изготовленные протезы, зубы, расположенные вне дуги, вредные привычки кусания слизистой оболочки полости рта, ортодонтические аппараты.

**Патогенез.** Хроническое (очагово-гнойное) воспаление с клеточной пролиферацией, размножение и трансформация клеток, отек, гиперемия слизистой оболочки, образование эрозии, язвы, гиперкератизация эпителия, новообразования соединительной ткани.

**Клиническая картина.** Изменения слизистой оболочки полости рта при хронической механической травме могут длительное время не беспокоить больного, но иногда возникают чувство неловкости, жжения, дискомфорта, незначительная болезненность, припухлость. При осмотре слизистой оболочки могут выявляться катаральное воспаление, отек, гиперемия, нарушение целостности слизистой оболочки полости рта (эрозия, язвы), пролиферативные изменения (гипертрофия десневых сосочков), гипертрофия сосочков языка (папилломатоз), повышенное ороговение (лейкоплакия). Эти изменения могут встречаться в комбинациях.

#### **Дифференциальная диагностика хронической механической травмы**

<b>Заболевание</b>	<b>Общие клинические признаки</b>	<b>Отличительные признаки</b>
Контактный аллергический стоматит	Жжение, боль, гиперемия слизистой оболочки полости рта	Изменения возникают в месте контакта слизистой оболочки полости рта с амальгамой, сплавами металлов (протезы), лечебными повязками
Гальваноз	Неприятные ощущения, жжение, гиперемия слизистой оболочки полости рта	Не имеет четкой локализации. Нет связи с травмой. Металлический привкус во рту. Протезы из разнородных металлов.
Плоский лишай	Жжение, боль, гиперемия слизистой оболочки полости рта	Папулезные высыпания на фоне гиперемии, часто симметричное поражение. Течение длительное
ХРАС	Болезненная эрозия, гиперемия слизистой оболочки полости рта	Эрозии овальной формы, резко болезненные, не снимающимся при поскабливании налетом, с

		ободком гиперемии
Вульгарная пузырчатка	Эрозия, боль при приеме пищи	Множественные эрозии образуются вследствие вскрытия пузырей. Эрозии не склонны к эпителизации. Положительный симптом Никольского
Раковая язва	Язва слизистой оболочки полости рта	Длительное существование, не заживает после устранения травмирующего фактора. Менее болезненна, края и дно язвы плотные.
Твердый шанкр	Язва слизистой оболочки полости рта	Длительное существование, безболезненно, края ровные, дно гладкое, лимфатические узлы увеличены, плотные. В соскобе язвы бледная трепонема. Реакция Вассермана положительная
Заболевания крови (лейкоз, агранулоцитоз)	Язва слизистой оболочки полости рта, боль при приеме пищи	Нарушение общего состояния. Язва редко одиночная
Лейкоплакия	Очаг гиперкератоза, безболезненный, при поскабливании не снимается	Частая локализация: передние отделы слизистой оболочки щек, язык. Часто обусловлена курением.

## Лечение

1. Устранение травмирующего фактора
2. Санация полости рта
3. Обезболивание (2% лидокаин, 3% тримекаин и др)
4. Очистка поверхности эрозии, язвы от некротического налета(трипсин, химопсин)
5. Антисептическая обработка (1% р-р перекиси водорода, 0,06 % р-р хлоргексидина, 1:5000 р-р перманганата калия)
6. Противовоспалительная терапия: Метронидазол
7. Эпителизирующие средства (Аевит, мазь солкосерил, каротоллин, масло шиповника)
8. Хирургическое вмешательство
9. Ортопедическое вмешательство

## **Химическая травма.**

*Острая химическая травма* клиническая картина зависит от вида и количества повреждающего вещества, времени воздействия. При ожогах кислотами возникает коагуляционный некроз, щелочами-колликвационный некроз.

*Хроническая механическая травма* наблюдается хроническое катаральное воспаление, язвенно-некротический гингивостоматит, кератоз, лейкоплакия.

**Этиология.** Ожоги слизистой оболочки рта возможны при контакте с кислотами, щелочами, мышьяковистой пастой, фенолом, формалиновой пастой, нитратом серебра, формалин-резорциновой смесью, при ношении протезов из недостаточно-заполимеризованной пластмассы. Иногда больные, стремясь самостоятельно избавиться от зубной боли, накладывают на зуб, а попутно на слизистую оболочку спирт, ацетилсалициловую кислоту и другие вещества, что приводит к ожогам.

**Патогенез.** Раздражение нервных окончаний, воздействие медиаторов воспаления. Денатурация, коагуляция белков, образование труднорастворимых белковых соединений, гибель клеток, формирование коагуляционного некроза - плотной пленки, препятствующей глубокому проникновению химического вещества. Взаимодействие химического вещества с тканями, гидролитическое расплавление клеточных структур, формирование колликвационного некроза-рыхлых масс, не препятствующих более глубокому проникновению химического вещества. Воспалительная реакция слизистой оболочки, нарушение микроциркуляции, обмена веществ, нервной трофики, фагоцитарной активности клеточных элементов соединительной ткани.

**Клиническая картина.** При остром поражении резкая боль возникает сразу и локализуется в местах попадания химического вещества. Клиническая картина зависит от характера и количества повреждающего вещества, времени действия.

*Ожоги кислотами* приводят к возникновению на слизистой оболочке коагуляционного некроза - плотной пленки от бурого (отсерной кислоты), желтого (азотной кислоты), или бело-серого (от других кислот) цвета. Пленки плотно спаяны с подлежащими тканями, располагаются на фоне резко выраженного воспаления слизистой оболочки с отеком и гиперемией.

*Ожог основаниями (щелочами)* вызывает колликвационный некроз слизистой оболочки, при этом плотной пленки не образуется, некротизированные ткани имеют студнеподобную консистенцию. Поражение более глубокое, чем при ожоге кислотами. Некроз при ожоге щелочами может захватить все слои мягких тканей, особенно на деснах и твердом небе. Ожоги, особенно обширные, приносят больному тяжкие страдания. Через несколько дней после отторжения некротизированных тканей обнажаются медленно-заживающие эрозивные или язвенные поверхности. В легких случаях ожоги щелочами могут вызвать легкий катаральный воспалительный процесс.

## Дифференциальная диагностика химической травмы

Заболевание	Общие клинические признаки	Отличительные признаки
Механическая травма	Жжение, боль различной интенсивности. Изменение внешнего вида слизистой оболочки: гиперемированное пятно, на отечном основании, при пальпации болезненно	Локализация воспалительной эритемы соответствует расположению травмирующего фактора. Устранение травмирующего фактора приводит к исчезновению изменений на сопр
Физическая травма	Жжение, боль. На причину появления гиперемированных пятен указывают данные анамнеза.	В анамнезе воздействие на слизистую оболочку полости рта горячей воды, пара, огня, электрического тока. Наличие воспаления, пузырей, эрозии.
Аллергический медикаментозный стоматит	Жжение, боль при приеме пищи. Разлитая или ограниченная гиперемия, отек сопр	Возникновению изменений предшествует прием лекарственных препаратов
Эндогенная витамино-дефицитная анемия (пернициозная анемия Аддисона-Бирмера)	Жжение, гиперемированные пятна на различных участках сопр	Парестезия, жжение языка, атрофия сосочков языка, бледность сопр, общее недомогание, в крови уменьшение количества эритроцитов, болеют женщины
Плоский лишай	Боль, гиперемия, отек	По периферии пятен имеются белесоватые папулы, слившиеся в сетчатый рисунок
ХРАС	Жжение, боль, эрозия	Хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание инфекционно-аллергической природы, элемент поражения – афта.
Язвенно–некротический стоматит Венсана	Боль, жжение, изменение общего состояния.	Заболевание возникает самостоятельно или осложняет язву другой этиологии. При бактериоскопическом исследовании соскоба с поверхности язвы преобладают фузобактерии и спирохеты.

## Лечение

1. Устранить причину
2. Промыть полость рта: слабым раствором нейтрализующего вещества, водой
3. При ожоге кислотами: используют мыльную воду, 1% известковую воду, жженую магнезию с водой, 0,1% р-р нашатырного спирта
4. При ожоге щелочами: используют 0,5% р-р лимонную или уксусную кислоту, 0,1% р-р хлористоводородную кислоту
5. Обезболивающие средства (2% лидокаин, 3% тримекаин и др)
6. Антисептическая обработка (1% р-р перекиси водорода, 0,06 % р-р хлоргексидина, 1:5000 р-р перманганата калия)
7. Эпителизирующие средства (Аевит, мазь солкосерил, каротолин, масло шиповника)
8. Хирургическое вмешательство при обширных рубцах
9. Витаминотерапия: Комплекс витаминов А, Е, С, группы В

## Физическая травма

### *Термическая травма*

**Этиология.** Острые физические повреждения слизистой оболочки возникают от ожогов горячей водой, горячим паром, огнем, электрическим током, ионизирующей радиации.

**Патогенез.** Раздражение нервных окончаний, воздействие медиаторов воспаления. Изменение функций клеток, нарушение обмена веществ, выход БАВ, нарушение микроциркуляции, увеличение проницаемости капилляров. Спонгиоз, вакуольная дистрофия, баллонизирующая дегенерация.

**Клиническая картина.** Ожоги горячим паром или водой вызывают вначале резкую боль, интенсивность которой быстро уменьшается, появляется ощущение шероховатости слизистой оболочки, развивается острый катаральный стоматит. Эпителий слизистой оболочки полости рта частично или полностью мацерируется; после сильного ожога слущивается пластами, или возникают пузыри, которые быстро лопаются, под ними обнаруживаются эрозии или поверхностные язвы.

### Лечение

1. Обезболивание (2% лидокаин, 3% тримекаин и др).
2. Антисептическая обработка (1% р-р перекиси водорода, 0,06 % р-р хлоргексидина, 1:5000 р-р перманганата калия)
3. Эпителизирующие средства (Аевит, мазь солкосерил, каротолин, масло шиповника)

Рекомендации: соблюдение гигиены полости рта, исключение раздражающей пищи.

**Гальванизм.** Гальванический ток в полости рта увеличивается при наличии разных металлов (протезов и пломб). Условно допустимым считают микротоки в полости рта до 10 мкА.

**Этиология.** К увеличению микроотоков приводит значительное количество припоя, образующееся при нарушении технологии изготовления протезов. Чаще всего микроотоки образуются следующими биметаллическими парами: золото-амальгама, сталь-сталь-припой, амальгама-сталь-припой.

**Клиническая картина.** Чаще всего после протезирования с использованием разных металлов, пациенты предъявляют жалобы на жжение слизистой оболочки полости рта; привкус кислоты, соли, металла; горечь во рту; потерю вкусовых ощущений; нарушение слюноотделения (сухость, иногда гиперсаливация). При дотрагивании металлической гладилкой до искусственных коронок иногда возникают болевые ощущения. У большинства больных, страдающих гальванизмом, патологические изменения слизистой оболочки полости рта отсутствуют, но у некоторых из них отмечаются гиперемия, отечность слизистой оболочки полости рта, прилежащей к металлическим коронкам; иногда возникают эрозии и язвы.

### **Лечение**

Замена металлических протез безметалловыми конструкциями, замена пломб из амальгам пломбами из цементных, композиционных материалов.

*Лучевая болезнь* развивается в результате воздействия ионизирующей радиации на весь организм или крупные его отделы: грудная клетка, живот, область таза.

**Этиология.** Лучевое поражение может быть вызвано любым видом ионизирующего излучения:  $\alpha$ -лучами,  $\gamma$ -лучами, потоками нейтронов и др.

**Патогенез.** Наблюдается изменение морфологической структуры стенок сосудов, снижение барьерной функции соединительной ткани, подавляется регенерация.

**Клиническая картина.** В первый период - период первичных реакций, который наступает через 1-2ч после облучения и продолжается до 2-х суток, в полости рта появляется сухость, снижается вкус и чувствительность слизистой оболочки. Слизистая оболочка рта и губ отекает, появляется гиперемия, могут возникать точечные кровоизлияния. Во втором, латентном периоде, который длится от нескольких часов до двух недель, все эти явления проходят. Период выраженных клинических явлений (третий период) - разгар болезни. На фоне резкого ухудшения общего состояния изменения в полости рта достигают максимума. Появляется чувство жжения, слизистая оболочка становится анемичной, сухой. Возникает картина лучевого стоматита: геморрагического синдрома и язвенно-некротического процесса. Слизистая оболочка рта, губы и лицо отекают. Десневые сосочки разрыхляются и кровоточат, затем край десны некротизируется. Костная ткань альвеолярного отростка резорбируется, зубы расшатываются и выпадают. Язык отекает, покрывается обильным налетом, появляются трещины, кровоизлияния и некроз, пропадают вкус и чувствительность. Развиваются тяжелые некротические ангины.

## **Лечение**

1. Обезболивание (2% лидокаин, 3% тримекаин и др).
  2. Местная обработка (орошение, полоскание ) кипяченной водой
  3. Антисептическая обработка (1% р-р перекиси водорода, 0,06 % р-р хлоргексидина, 1:5000 р-р перманганата калия)
  4. Протеолитические ферменты(трипсин, химотрипсин)на изотоническом р-ре хлорида натрия
  5. Эпителизирующие средства (Аевит, мазь солкосерил, каротолин, масло шиповника)
  6. Хирургическое лечение: иссечение лучевой язвы
- Рекомендации: отказ от курения и приема алкоголя, исключение грубой раздражающей пищи, не следует пользоваться зубной щеткой.

## **V. Контрольные вопросы.**

1. Классификация травматических поражений
2. Этиология травматических поражений
3. Клиническая картина механической травмы
4. Клиническая картина химической травмы
5. Клиническая картина физической травмы
6. Лечение травматических поражений.

## **VI. Ситуационные задачи.**

### **Задача №1**

Больной 45 лет предъявляет жалобы на необычный вид слизистой оболочки полости рта. В анамнезе хронический гастрит, хронический колит. В подъязычной области ограниченное образование белого цвета, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки. Очаг поражения при пальпации плотный, безболезненный. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации.

Установите диагноз, составьте план обследования и лечения.

### **Задача №2**

Пациентка 68 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянную боль в заднем отделе альвеолярного гребня слева. Боль усиливается во время еды и при разговоре, беспокоит в течение месяца. Появление боли пациентка связывает с недавним изготовлением съемного протеза на нижнюю челюсть. В анамнезе гипертоническая болезнь II степени. Полная вторичная адентия. В ретромолярной области слева дефект в пределах слизистой оболочки, резко болезненный при пальпации, с неровными краями и дном, покрытым некротическим налетом. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены, болезненны, подвижны.

Установите диагноз, составьте план обследования и лечения.

## Тема № 2. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта.

### I. Цель занятия:

1. Научить диагностировать лейкоплакию СОПР.
2. Научить проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями СОПР.
3. Научить лечить лейкоплакию СОПР.

### II. Вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия.

1. Каковы особенности строения слизистой оболочки полости рта?
2. Патологические процессы в слизистой оболочке полости рта?
3. Элементы поражения слизистой оболочки полости рта?

### III. План практического занятия

№	Этапы занятия.	Материальное оснащение		Место	Время
		Оборудование	Средства обучения		
	1	2	3	4	5
1.	Проверка исходных знаний	Диапроектор, таблицы	Слайды, контрольные вопросы, таблицы	Учебная комната	20 мин.
2.	Инструктаж преподавателя о содержании занятия		План и содержание занятия	Учебная комната	5 мин.
3.	Самостоятельная работа студентов: а) обследование с заболеваниями СОПР б) заполнение истории болезни	История болезни	ЛДС, схема ООД, тесты, ситуационные задачи	Лечебный кабинет	65 мин.
4.	Разбор результатов обследования. Ведение истории болезни совместно с преподавателем		Истории болезни	Лечебный кабинет	20 мин
5.	Контроль результатов усвоения	Таблицы	Контрольные вопросы	Учебная комната	20 мин
6.	Задание на следующее занятие		Перечень контрольных вопросов, основная и дополнительная литература	Лечебный кабинет	5 мин

### IV. Содержание занятия.

Лейкоплакия (от греч. leucos — белый, plax — пластинка) — хроническое заболевание слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ с патологическим ороговением эпителия, которое возникает, как правило, в ответ на хроническое экзогенное раздражение. Чаще болеют мужчины старше 40 лет.

## Формы лейкоплакии

- плоская
- веррукозная,
- эрозивная,
- лейкоплакия курильщиков Таппейнера.

### Этиология.

Ведущее значение в развитии заболевания имеют травмирующие и другие (экзогенные) неблагоприятные факторы: острые края кариозных зубов, нависающие края пломб, патологический прикус, некачественные протезы, гальваноз, чрезмерное употребление пряностей, алкоголя, курение; профессиональные вредности (воздействие анилиновых красок, лаков, продуктов перегонки нефти и др.); неблагоприятные метеорологические факторы (холод, ветер, инсоляция и др.).

Эндогенные факторы (гастрит, колит, сахарный диабет и др.) создают фон для лейкоплакической реакции слизистой оболочки полости рта. Не исключена наследственная предрасположенность к развитию лейкоплакии.

При лейкоплакии возникает гиперкератотическое пятно с довольно четкими краями, оно не выступает над уровнем окружающих тканей, не удаляется при поскабливании. При прогрессировании кератоза отмечаются помутнение, потеря специфического перламутрового блеска очага поражения, усиление гиперкератоза. Лейкоплакия встречается на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, в области углов рта, на спинке языка, твердом небе, иногда на альвеолярном отростке.

*Гистологически* выявляют гиперкератоз, паракератоз, признаки хронического воспалительного процесса.

Потенциальной злокачественностью обладают веррукозная и эрозивная формы. Их рассматривают как факультативный предрак. Вероятность озлокачествления составляет 20—30%. Профилактика, своевременная диагностика и эффективное лечение больных лейкоплакией являются задачей врача-стоматолога в аспекте профилактики онкологических заболеваний.

**Клиническая картина.** Начальные проявления лейкоплакии обычно незаметны, поскольку субъективные ощущения отсутствуют. Начинается лейкоплакия с появления участков помутнения эпителия (сероватого цвета, с элементами ороговения на поверхности). Очаг поражения возникает на фоне неизменной слизистой оболочки. Типичная локализация очага лейкоплакии — слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов в переднем отделе, углы рта и красная кайма нижней губы без поражения кожи. Несколько реже поражаются спинка и боковые поверхности языка. Для курильщиков характерно поражение неба, описанное под названием «лейкоплакия курильщиков Таппейнера».

Возможно сочетание разных форм лейкоплакии на различных участках слизистой оболочки рта у одного и того же больного. Заболевание начинается с возникновения плоской формы.

*Плоская, или простая, лейкоплакия* (leucoplakia plana) встречается наиболее часто. Эта форма обычно не вызывает субъективных ощущений и обнаруживается случайно. Иногда у больных возникают жалобы на чувство стянутости, жжения, необычный вид слизистой оболочки. При наличии обширных очагов на языке

возможно снижение вкусовой чувствительности. Основным морфологическим элементом поражения при плоской лейкоплакии — гиперкератотическое пятно, представляющее собой участок помутнения эпителия с четкими контурами. При обследовании выявляют очаги гиперкератоза различной формы и величины, не возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки, но с четкими границами поражения. Элементы плоской лейкоплакии напоминают ожог слизистой оболочки ляписом, наклеенную тонкую папиросную бумагу или белый налет, который не снимается даже при интенсивном поскабливание. Ороговение бывает различной интенсивности, поэтому окраска участков поражения варьирует от бледно-серо-розовой до интенсивно белой.

Поверхность участка плоской лейкоплакии обычно слегка шероховатая и сухая. Уплотнения в основании очага поражения нет, так же как отсутствует видимая воспалительная реакция по его периферии.

Существует прямая связь между формой, окраской, размерами участков ороговения и их локализацией. Так, при гиперкератозе слизистой оболочки в области углов рта в 85 % случаев отмечается симметричность поражения. Форма очага имеет вид треугольника, основание которого обращено к углу рта, а вершина — в сторону ретромолярного пространства.

При локализации очага лейкоплакии на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов элементы поражения представляют собой вытянутую линию, непрерывность которой может нарушаться в отдельных участках. Лейкоплакия на красной кайме губ имеет вид как бы наклеенной папиросной бумаги неправильной формы серовато-белого цвета. На слизистой оболочке языка, твердого неба, дна полости рта образуются ограниченные участки поражения, напоминающие иногда широкие полосы или сплошные пятна. Отмечаются и более обширные очаги поражения.

Рельеф слизистой оболочки, ее тургор также отражаются на внешнем виде очага поражения. Так, если лейкоплакия развивается на фоне складчатости языка, выступающие участки ороговевают сильнее и поверхность языка напоминает булыжную мостовую. Сходную картину можно видеть при снижении тургора и складчатости на щеках. Если на языке нет выраженной складчатости, плоская лейкоплакия выглядит как серовато-белые, слегка западающие пятна, сосочки языка на них сглажены.

*Лейкоплакия* *курильщиков* *Тарпейнера*  
(*leucoplakianicotinica Tarpeiner*, никотиновый лейкокератоз неба) возникает у злобных курильщиков (особенно курильщиков трубки). Поражается в основном слизистая оболочка твердого неба и примыкающего к нему отдела мягкого неба. Иногда вовлекается край десны. Слизистая оболочка в области поражения серовато-белого цвета, часто складчатая. На этом фоне, преимущественно в задней половине твердого неба, выделяются красные точки — зияющие устья выводных протоков кистообразно расширенных слюнных желез, имеющих вид мелких узелков. Они образуются за счет закупорки выводных протоков гиперкератотическими массами. Поражение неба при лейкоплакии курильщика может сочетаться с расположением элементов на слизистой оболочке щек, углов рта, нижней губе и др. Эта форма лейкоплакии относится к легко обратимым процессам: прекращение курения (раздражающий фактор) приводит к исчезновению заболевания.

*Веррукозная лейкоплакия (leucoplakia verrucosa)* является следующим этапом развития плоской лейкоплакии. Этому способствуют местные раздражители: травма острыми краями зубов и протезов, прикусывание участков лейкоплакии, курение, употребление горячей и острой пищи, микротоки и др.

Основным признаком, отличающим эту форму лейкоплакии от плоской, является более выраженное ороговение, при котором обнаруживается значительное утолщение рогового слоя. Участок лейкоплакии значительно возвышается над уровнем слизистой оболочки и резко отличается по цвету. При пальпации может определяться поверхностное уплотнение. Больные обычно жалуются на чувство шероховатости и стянутости слизистой оболочки, жжение и болезненность во время приема пищи, особенно острой.

Различают бляшечную и бородавчатую формы веррукозной лейкоплакии. При бляшечной форме определяются ограниченные молочно-белые, иногда соломенно-желтоватые бляшки с четкими контурами, возвышающиеся над окружающей слизистой оболочкой. Бородавчатая разновидность веррукозной лейкоплакии характеризуется плотными сероватобелыми бугристыми или бородавчатыми образованиями, возвышающимися на 2—3 мм над уровнем слизистой оболочки. Бородавчатая форма лейкоплакии обладает большей потенцией к озлокачествлению по сравнению с бляшечной. При пальпации элементы поражения плотные, безболезненные, не спаяны с подлежащими участками слизистой оболочки. Толщина возвышающихся участков гиперкератоза неодинакова — от выраженной до едва улавливаемой при обычном осмотре. При небольшом возвышении элементов участок поражения пальпаторно почти не определяется. Значительный по толщине лейкоплакический очаг становится плотным на ощупь, взять его в складку не представляется возможным.

*Эрозивная лейкоплакия (leucoplakia erosiva)* фактически является осложнением простой или веррукозной лейкоплакии под действием травмы. При этой форме лейкоплакии больные предъявляют жалобы на болезненность, усиливающуюся под влиянием всех видов раздражителей (прием пищи, разговор и др.). Обычно на фоне очагов простой или веррукозной лейкоплакии возникают эрозии, трещины, реже язвы (рис. 11.8). Эрозии трудно эпителизируются и часто рецидивируют. Особенно беспокоят больных эрозии на ороговевшем участке красной каймы губ. Под воздействием инсоляции и других раздражающих факторов они увеличиваются в размере, не проявляя тенденции к заживлению. Болевые ощущения при этом усиливаются.

*Патогистологически* выявляется утолщение эпителия за счет разрастания рогового и зернистого слоев. Роговой слой достигает значительной толщины, особенно при веррукозной форме лейкоплакии. В нем очаги гиперкератоза часто чередуются с очагами паракератоза. Зернистый слой эпителия в участке поражения имеет различную степень выраженности. Веррукозная и эрозивная формы лейкоплакии характеризуются резко выраженным гиперкератозом и акантозом. Акантоз при лейкоплакии бывает значительным, если ороговение имеет характер паракератоза; и наоборот, при выраженном гиперкератозе акантоз минимален или совсем отсутствует. В соединительнотканной строме пораженных участков слизистой оболочки определяется диффузное хроническое воспаление плазматическими клетками, проявлением склероза. Последним объясняются плохое

заживление и частые рецидивы с появлением трещин и эрозий, что наиболее характерно для бляшечной формы лейкоплакии.

Лейкоплакия относится к предраковым состояниям, поскольку все ее формы способны озлокачиваться с разной степенью вероятности, трансформируясь в плоскоклеточный рак.

Плоская лейкоплакия малигнизируется у 3—5 % больных, причем у одних процесс озлокачивания идет быстро (1 — 1,5 года), у других заболевание может существовать десятилетиями, не трансформируясь в рак. Чаще всего происходит озлокачивание веррукозной и эрозивной форм лейкоплакии (в 20 % случаев).

Клиническими признаками озлокачивания являются усиление процессов ороговения; быстрое увеличение размеров и плотности очага; появление уплотнения в основании бляшки, эрозии; сосочковые разрастания на поверхности эрозий, кровоточивость при травме; появление незаживающих трещин.

Диагноз уточняют по результатам срочного цитологического или гистологического исследования.

**Дифференциальная диагностика.** Лейкоплакию следует дифференцировать от:

- красного плоского лишая;
- красной волчанки;
- вторичного сифилиса;
- хронического гиперпластического кандидоза;
- помутнения эпителия в процессе его регенерации;
- болезни Боуэна;
- мягкой лейкоплакии;
- ороговевающего плоскоклеточного рака.

От красного плоского лишая лейкоплакия отличается характером элементов поражения: при лейкоплакии это гиперкератотическое пятно или бляшка, при красном плоском лишае — множественные папулы на слизистой оболочке рта, сливающиеся, как правило, в узорный рисунок, а в ряде случаев еще и множественные папулы на коже. При лейкоплакии кожные покровы никогда не поражаются. К признакам различия относятся также отсутствие воспалительных явлений или их незначительная выраженность при лейкоплакии и наличие воспаления слизистой оболочки рта при красном плоском лишае (кроме типичной формы).

Лейкоплакия отличается от красной волчанки отсутствием яркой эритемы с типичными очертаниями, атрофии и характерных кожных поражений.

При дифференциальной диагностике лейкоплакии и сифилитических папул учитывают следующие различия: роговые массы при лейкоплакии не удаляются при поскабливании, в то время как серовато-белый налет, покрывающий сифилитические папулы, легко снимается, обнажая эрозию, на поверхности которой обнаруживается много бледных трепонем. В основании лейкоплакии нет характерного для сифилитической папулы инфильтрата. Реакция Вассермана и другие серологические реакции при вторичном сифилисе, как правило, положительные.

В отличие от лейкоплакии белесоватый налет при хроническом гиперпластическом кандидозе снимается при поскабливании, и в нем обнаруживают

большое количество грибов рода *Candida* в виде спор или псевдомицелия.

В некоторых случаях залейкоплакию ошибочно принимают помутнение эпителия в процессе эпителизации эрозий или язв различной этиологии, которое спонтанно исчезает после завершения эпителизации.

При болезни Боуэна в отличие отлейкоплакии, помимо серовато-белого налета, при снятии которого обнажается бархатистая застойно-красного цвета поверхность, имеется воспалительная реакция вокруг очага поражения. Локализация поражения чаще всего на мягком небе, дужках, языке, т.е. там, где очаги лейкоплакии возникают крайне редко.

Лейкоплакию дифференцируют от мягкой лейкоплакии, имеющей вид беловато-серой, как бы шелушащейся поверхности. При мягкой лейкоплакии этот беловато-серый налет снимается при поскабливании, поскольку он является следствием паракератоза.

Ороговевающий плоскоклеточный рак в отличие отлейкоплакии имеет уплотнение в основании и характерный цитологический и гистологический признак — наличие атипичных клеток.

При локализации лейкоплакии на красной кайме губы проводят дифференциальную диагностику с ограниченным предраковым гиперкератозом. Отлейкоплакии его отличает наличие гиперкератических чешуек на поверхности, западение очага поражения и его малые размеры.

#### **Лечение плоской лейкоплакии.**

<b>Этапы лечения</b>	<b>Средства лечения</b>	<b>Цель использования</b>	<b>Механизм действия</b>
<b>Исключение курения</b>	Беседа, целенаправленное лечение	Устранить раздражающий фактор	Прекращение действия химических и физических факторов на эпителий слизистой оболочки полости рта (никотин, смолы, эфирные масла, образующиеся при сгорании табака)

<p><b>Санация полости рта. Коррекция гигиены полости рта, лечение кариеса, заболеваний пародонта, устранение гальваноза, механически х травмирующих факторов, протезирование</b></p>	<p>Набор стоматологических инструментов и материалов</p>	<p>Устранить раздражающий фактор</p>	<p>Прекращение механической, химической, физической травмы слизистой оболочки полости рта</p>
<p><b>Местная терапия</b></p>	<p>3,44% раствора ретинолаацетат, аппликации на очаг поражения</p> <p>30% раствор токоферола, аппликации на очаг поражения</p>	<p>Уменьшить, истончить очаг гиперкератоза. Удовлетворить потребность организма в витамине А.</p> <p>Уменьшить, истончить очаг гиперкератоза</p>	<p>Ретинол нормализует обменные процессы эпителия, функцию клеточных мембран</p> <p>Витамин Е участвует в тканевом дыхании и других процессах клеточного метаболизма</p>
<p><b>Общее лечение</b></p>	<p>3,44% раствор ретинола ацетата внутрь по 6-8 капель на кусок сахара 2 раза в день. Курс лечения 1 мес.</p> <p>30% раствор токоферола по 3—5 капель 3 раза в день</p> <p>Пиридоксальфосфат 0,02 3 раза в день после еды</p>	<p>Удовлетворить потребность организма в витамине А</p> <p>Удовлетворить потребность организма в витамине Е</p> <p>Удовлетворить потребность организма в витамине В<sub>6</sub></p>	<p>Недостаток витамина А приводит к нарушению процессов ороговения</p> <p>При патологии желудочно-кишечного тракта возникает дефицит витаминов группы В. Пиридоксальфосфатноферментная форма пиридоксина активно участвует в</p>

			декарбоксилировании аминокислот, являясь стимулятором метаболизма в слизистой оболочке.
<b>Диета</b>	Исключение острой и раздражающей пищи	Исключить раздражающее действие на слизистую оболочку полости рта	Способствует процессу регенерации эпителия
<b>Консультация и лечение у других специалистов (гастроэнтеролог, эндокринолог)</b>		Выявление и лечение патологии внутренних органов	Общие заболевания снижают устойчивость слизистой оболочки полости рта к воздействию внешних факторов. Нарушается усвоение витаминов, в частности витамина А, обеспечивающего нормальную регенерацию эпителия

### **Лечение веррукозной лейкоплакии.**

<b>Исключение курения</b>	Беседа, лечение целенаправленное	Устранить раздражающий фактор	Прекращение действия химических и физических факторов на эпителий слизистой оболочки полости рта (никотин, смолы, эфирные масла, образующиеся при сгорании табака)
---------------------------	----------------------------------	-------------------------------	--

<p><b>Санация полости рта. Коррекция гигиены полости рта, лечение кариеса, заболеваний тканей пародонта, устранение гальваноза, механических травмирующих факторов, протезирование</b></p>	<p>Набор стоматологических инструментов и материалов</p>	<p>Устранить раздражающий фактор</p>	<p>Прекращение механического, химического, физического травмирования слизистой оболочки полости рта</p>
<p><b>Хирургическое лечение (криодеструкция, воздействие лазерным скальпелем, хирургическое иссечение)</b></p>	<p>Жидкий азот, лазерный скальпель, хирургический скальпель</p>	<p>Удаление очага поражения. Предотвращение озлокачествления</p>	<p>Некроз, отторжение патологического очага с последующим замещением соединительной тканью и эпителизация</p>

#### Лечение эрозивной лейкоплакии

<p><b>Исключение курения</b></p>	<p>Беседа, целенаправленное лечение</p>	<p>Устранить раздражающий фактор</p>	<p>Прекращение действия химических и физических факторов на эпителий слизистой оболочки полости рта (никотин, смолы, эфирные масла, образующиеся при сгорании табака)</p>
----------------------------------	---	--------------------------------------	---

<p><b>Местное лечение</b> <i>обезболивание</i></p>	<p>3% раствор тримекаина, 2% раствор пиромекаина, 5% взвесь анестезина в масле (оливковое, персиковое), мундизал-гель, холисал-гель</p>	<p>Устранение болевых ощущений</p>	<p>Понижают или полностью подавляют возбудимость чувствительных нервных окончаний и тормозят проведение возбуждения по нервным волокнам</p>
<p><i>Антисептическая обработка</i></p>	<p>0,5—1% раствор перекиси водорода, 0,06% раствор хлоргексидина, 0,25% раствор хлорамина, 0,05-0,25% лизоцим</p>	<p>Ослабить или устранить действие вторичной микрофлоры</p>	<p>Бактерицидное действие на микрофлору, денатурация белка бактериальной клетки, дезодорирующее действие</p>
<p><i>стимуляция эпителизации</i></p>	<p>Ретинола ацетат, каротолин, масло шиповника, облепиховое масло, солкосерил (желе, мазь)</p>	<p>Ускорить эпителизацию эрозий, язв</p>	<p>Стимулируют процессы регенерации, ускоряют заживление вследствие улучшения обменных процессов в слизистой оболочке</p>

<p><b>Санация полости рта. Коррекция гигиены полости рта, лечение кариеса, заболеваний тканей пародонта, устранение гальваноза, механических травмирующих факторов, протезирование</b></p>	<p>Набор стоматологических инструментов и материалов</p>	<p>Устранить раздражающий фактор</p>	<p>Прекращение механического, химического, физического травмирования слизистой оболочки полости рта</p>
<p><b>Общее лечение</b></p>	<p>Исключение острой и раздражающей пищи</p>	<p>Исключить раздражающее действие на слизистую оболочку полости рта</p>	

## Лечение лейкоплакии Таппейнера

<b>Исключение курения</b>	Беседа, целенаправленное лечение	Устранить раздражающий фактор	Прекращение действия химических и физических факторов на эпителий слизистой оболочки полости рта (никотин, смолы, эфирные масла, образующиеся при сгорании табака)
<b>Санация полости рта. Коррекция гигиены полости рта, лечение кариеса, лечение заболеваний тканей пародонта, устранение гальваноза, механических, травмирующих факторов, протезирование</b>	Набор стоматологических инструментов и материалов	Устранить раздражающий фактор	Прекращение механического, химического, физического травмирования слизистой оболочки полости рта

**Профилактика:** устранение раздражающих факторов (санация полости рта, исключение курения, приема алкоголя и т.д.); устранение профессиональных вредностей (химические, физические факторы); лечение сопутствующих факторов); лечение сопутствующих заболеваний.

### V. Контрольные вопросы.

1. Первичный морфологический элемент при лейкоплакии
2. Формы лейкоплакии
3. Причины лейкоплакии
4. Дифференциальная диагностика лейкоплакии
5. Клинические признаки озлокачествления очага лейкоплак
6. Лечение лейкоплакии.

## **VI. Ситуационные задачи.**

### **Задача №1**

Пациент 36 лет обратился к стоматологу для профилактического осмотра. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни. Курит с 16 лет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Вторичная частичная адентия, подвижность передних зубов нижней челюсти II степени. На слизистой оболочке правой щеки в области угла рта участок помутнения эпителия размером 2х 1,5 см с четкими контурами. Очаг не возвышается над окружающей слизистой оболочкой.

1. Установите предварительный диагноз
2. Составьте план обследования и лечения.

### **Задача №2**

Больной 45 лет предъявляет жалобы на необычный вид слизистой оболочки полости рта. В анамнезе хронический гастрит, хронический колит. В подъязычной области ограниченное образование белого цвета, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки. Очаг поражения при пальпации плотный, безболезненный. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации.

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Наметьте план обследования и лечения.

### Тема № 3.Хейлиты.

#### I. Цель занятия:

1. Научить диагностировать хейлиты.
2. Научить проводить дифференциальную диагностику хейлитов.
3. Научить лечить хейлиты.

#### II. Вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия.

1. Классификация хейлитов.
2. Анатомо-топографическое слизистой оболочки полости рта.
3. Дифференциальная диагностика простого герпеса и сифилиса.

#### III. План практического занятия:

№	Этапы занятия.	Материальное оснащение		Место.	Время.
		Оборудование	Средства обучения.		
	1	2	3	4	5
1.	Проверка исходных знаний.	Диaproектор, таблицы.	Слайды, контрольные вопросы, таблицы.	Учебная комната.	20 мин.
2.	Инструктаж преподавателя о содержании занятия.		Плани содержание занятия.	Учебная комната.	5 мин.
3.	Самостоятельная работа студентов: а) обследование больных с заболеваниями СОПР б) заполнение истории болезни.	История болезни.	ЛДС, схема ООД, тесты, ситуационные задачи.	Лечебный кабинет.	65 мин.
4.	Разбор результатов обследования. Ведение истории болезни совместно с преподавателем		Истории болезни.	Лечебный кабинет.	20 мин.
5.	Контроль результатов усвоения	Таблицы.	Контрольные вопросы.	Учебная комната.	20 мин.
6.	Задание на следующее занятие		Перечень контрольных вопросов, основная и дополнительная литература	Лечебный кабинет.	5 мин.

#### **IV. Содержание занятия.**

**Хейлиты** - заболевания губ воспалительного, трофического характера и вызванные грибковыми поражениями. Могут возникать под воздействием внешних причин (травматические, метеорологические, химические), инфекционных факторов, при ряде аллергических реакций (хейлит Манганотти различной этиологии), при воспалении слизистых желез, системных заболеваниях.

Хейлиты могут быть поверхностными и глубокими. Кроме того, подразделяются на катаральные, glandулярные, эксфолиативные, экзематозные, грибковые.

#### **Классификация:**

Г.Д.Савкина еще в 1965 году предложила все заболевания губ разделить на 7 групп:

##### **1. Эксфолиативный хейлит:**

сухая форма;  
экссудативная форма.

##### **2. Gландулярный хейлит:**

первичный простой glandулярный хейлит;  
вторичный простой glandулярный хейлит;  
гнойный glandулярный хейлит.

##### **3. Хронические рецидивирующие трещины губ:**

стрептококковые трещины средней части губ;  
заеды;  
микотические;  
аллергические;  
заеды вследствие нарушения архитектоники рта;  
арибофлавинозные.

##### **4. Экзематозный хейлит:**

поражение губ при общей экземе;  
контактный экзематозный хейлит;  
микробный экзематозный хейлит.

##### **5. Актинический хейлит:**

экссудативная форма;  
ксерозная форма.

##### **6. Абразивный преанцерозный хейлит Манганотти.**

**7. Макрохейлит.** Синдром Мелькерсона-Розенталя (гранулематозный хейлит Мишера, трофэдема Мейжа).

#### **Клиническая картина**

**Эксфолиативный хейлит (ЭХ)** чаще встречается у женщин. Он характеризуется деструктивными изменениями исключительно эпителия красной каймы губ, т.е. нарушения физиологического процесса ороговения, выражающегося патологической кератинизацией отдельных эпидермальных клеток. Такие клетки

лишены межклеточных контактов, в результате чего они выпадают из общей связи). Высказываются также соображения о нейрогенных механизмах заболевания.

**Сухая форма эксфолиативного хейлита (ЭХ)** характеризуется появлением на границе красной каймы и слизистой оболочки губ тонких светло-желтых чешуек с приподнятыми краями, фиксированных своим центром к красной кайме. Поражения охватывают зону от угла до угла рта и от линии (зоны) Клейна (т.е. внутренней зоны красной каймы, переходящей в слизистую оболочку губы) до середины красной каймы. Участок красной каймы, прилежащий к коже, не повреждается. Через 5-7 дней чешуйки легко отделяются, не оставляя эрозий и обнаруживая лишь ярко-красную или застойно-красную поверхность губы. Такое состояние держится долго, нередко годами, не изменяя клинической картины, чем резко отличается от экземы с ее частыми ремиссиями и обострениями. Отсутствие эрозий, локализация патологических изменений лишь на красной кайме (не затрагивая кожи) отличает ЭХ от красной волчанки, красного плоского лишая и от других заболеваний. Болеют сухой формой ЭХ обычно люди с резко возбудимой нервной системой.

**Экссудативная форма ЭХ** развивается остро, отмечается отек губ и появление на красной кайме (в зоне Клейна) корок серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета. Вследствие постоянной экссудации корки напластовываются друг на друга. Они неплотно соединены с эпителием. Поверхность под ними гладкая, гиперемированная. Несмотря на постоянное отторжение корок, отмечается утолщение шиповидного слоя эпителия. Комиссуры рта остаются непораженными. Дифференцировать указанную форму следует с МЭЭ, листовидной пузырчаткой, актиническим хейлитом, эрозивной формой КПЛ и КВ, экзематозным хейлитом.

**Лечение ЭХ** является трудной задачей. Терапия должна быть комплексной и быть различной при сухой и экссудативной формах эксфолиативного хейлита. Важное значение в лечении придают средствам воздействия на психоэмоциональную сферу. С этой целью больным назначают транквилизаторы: феназепам по 0,0005 г 3 раза в день, сибазон (седуксен, реланиум) по 0,005 г 3 раза в день или нейролептики: тиоридазин (меллерил, сонапакс) по 0,01 г 3 раза в день. Учитывая преобладание депрессивных реакций у больных с сухой формой эксфолиативного хейлита, им следует назначить антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин по 0,025 г 2 раза в день) и транквилизаторы: триоксазин по 0,3 г 3 раза в день, хлосепид (элениум) по 0,01 г 3 раза в день. Местно больным с сухой формой для смазывания губ рекомендуются индифферентные кремы, гигиеническая губная помада.

При выявлении тиреотоксикоза необходимо провести лечение у эндокринолога.

Для лечения больных с экссудативной формой эксфолиативного хейлита эффективно применение комплексной терапии, включающей Вадренблокаторы - анаприлин (обзидан) по 0,01 г 3 раза в день, а также препараты, блокирующие преимущественно периферические холинореактивные системы (белласпон по 1 таблетке 3 раза в день).

Хорошее действие оказывают пограничные лучи Букки - по 2 Гр 2 раза в неделю, суммарная доза от 16 до 30 Гр. Перед каждым сеансом необходимо удалять корки с красной каймы, предпочтительнее их отмачивать 2 % раствором борной кислоты. Указанное лечение хорошо сочетать с приемом препаратов, повышающих реактивность организма, например пирогенала, который вводят внутримышечно (начиная с 50 МПД и, прибавляя по 100 МПД через день, доводят однократную дозу до 1000-1500 МПД). Больным с экссудативной формой нужно проводить 3-4 курса комплексного лечения с перерывом в 6-8 мес.

Для ликвидации отека, болезненности, жжения при экссудативной форме эксфолиативного хейлита эффективны рефлексотерапия, ультрафонофорез кортикостероидных мазей.

Следует помнить и о роли психотерапевтических методов, дающих хороший результат в лечении эксфолиативного хейлита.

**2. Гландулярный хейлит** представляет собой воспаление мелких слюнных желез. Выделяют первичный и вторичный glandularный хейлит.

**Первичный** простой glandularный хейлит (ППГХ) является врожденным заболеванием, возникающим вследствие нарушения развития губ в эмбриональном периоде и, как указывают Е.В.Боровский и Г.М.Барер, характеризуется 4 признаками (сочетание 4-х «Г»): аденоматозной гиперплазией, гиперфункцией, гетеротопией мелких слюнных желез, т.е. появлением их в зоне Клейна, где в норме они отсутствуют. Поражается преимущественно нижняя губа у мужчин в возрасте 40-50 лет. Заболевание может встречаться и у детей старшего возраста. Гландулярный хейлит имеет довольно типичную клиническую картину. При выворачивании нижней губы обнаруживаются зияющие протоки губных слюнных желез, из которых выделяются капельки прозрачной слюны (симптом «капель росы»). При пальпации в толще губы определяются мелкие, плотные, округлые образования.

**Вторичный** простой glandularный хейлит (ВПГХ) может развиваться в результате хронического воспалительного процесса красной каймы у людей, не имеющих врожденной гиперплазии слюнных желез. Чаще всего ВПГХ возникает при локализации на губе эрозивно-язвенных форм лейкоплакии, КПЛ, КВ и абразивного преинвазивного хейлита.

Клинические проявления при ВПГХ в принципе не отличаются от таковых при ППГХ, но зияющие отверстия выводных протоков слюнных желез располагаются на гиперемизированном фоне слизистой оболочки, и патологический процесс захватывает также дольки слюнных желез, вызывая вокруг них воспалительный инфильтрат и гиперплазию. Характерной особенностью ВПГХ является его исчезновение при излечении или ремиссии основного хронического заболевания губ.

**Гнойный glandularный хейлит (ГГХ)** развивается вследствие инфицирования губных желез. Губа при этом утолщена, из протоков выделяется слюна с примесью гноя, в котором при микроскопировании в избытке обнаруживают пиококков. В настоящее время это заболевание является большой редкостью и рассматривается как предраковое состояние. А.И.Рыбаков и Г.В.Банченко (1978) выделяют еще и

фиброзную форму гландулярного хейлита, при которой выводные протоки слюнных желез обтурируются, что может явиться причиной образования подэпителиальных ретенционных кист, а также увеличения и фиброза всей губы.

**Лечение ПГХ** требует хирургических вмешательств в случае осложнения экземой, лейкоплакией, различными предраковыми заболеваниями красной каймы, а также по косметическим соображениям. Как правило сводится оно к иссечению слизистой оболочки с пакетами желез или электрокоагуляции их путем введения тонкого электрокоагулятора в просвет выводного протока каждой железы, так как поверхностное разрушение только протока ее приводит к образованию кист. Необходима санация полости рта. ВПГХ требует применения противовоспалительной и антибактериальной терапии (5% синтомициновая эмульсия, преднизолоновая мазь, оксикорт, синалар, геокортон, локакортен-Н, флуцинар), а затем - иссечения желез или электрокоагуляции их. При фиброзной форме - тепловые процедуры, электрофорез лидазы, ронидазы, гепарина; внутрь - йодид калия.

**3. Хронические рецидивирующие трещины губ (ХРТГ)** возникают на месте хронического воспаления губ или являются следствием повышенной сухости последних. Предрасполагающими факторами служат частые герпетические высыпания, хронические воспалительные процессы, травмы, нарушения прикуса, метеорологические влияния, трофические нарушения при системных заболеваниях, сопровождающиеся гиповитаминозами. ХРТГ возникают чаще на нижней губе, локализируются в средней части ее. Реже в процесс вовлекаются углы рта и другие участки губ.

**Стрептококковые трещины** средней части губ и стрептококковые заеды чаще встречаются у лиц молодого возраста. Появлению их может предшествовать травма губ. Существующие многие годы трещины отличаются вялым течением, почти полным отсутствием реактивных явлений и образованием значительного инфильтрата в основании, что создает неблагоприятные условия для заживления трещин. Больные стараются избегать каких-либо движений губами, так как при этом появляются боль и кровоточивость.

**Микотические** (грибковые) трещины наблюдаются обычно у лиц пожилого возраста и локализируются в основном в углах рта (заеды). Они имеют вялое течение. Появлению их часто предшествует длительное употребление антибиотиков, фруктов, плохое гигиеническое содержание рта и протезов. Поверхность трещин мацерирована, покрыта белесоватым налетом или корочками. Трещины как результат **аллергической реакции** на вещества, входящие в материалы зубных протезов, обнаруживаются у протез носителей и имеют все признаки аллергического воспаления. Заеды возникающие в результате нарушения архитектоники рта, имеют место у пожилых людей и детей при занижении прикуса из-за отсутствия зубов и образовании складок в углах рта. Заеды гипо- и арибофлавинозные (при дефиците витамина В2) характеризуются мокнутием слизистой в углах рта. Эпителий при этом мацерируется и слущивается. Трещины покрываются желтой, легко снимающейся корочкой. После заживления трещины остается рубец.

**Диагноз ХРТГ** ставят на основании анамнеза, клинической картины заболевания. Форма его подтверждается лабораторными анализами (обнаружение возбудителя: грибов, стрептококков и т.д.). Заеды следует дифференцировать с проявлениями сифилиса и туберкулеза (при подозрении — бактериологическое и серологическое исследования), а также раковой опухолью.

**Лечение** определяется видом и характером ХРТГ. Микробные трещины небольшой давности обычно хорошо поддаются лечению. Применяют мази, содержащие антибактериальные вещества (антибиотики и сульфаниламиды). Стимулирующее воздействие на регенерацию клеток и восстановление поврежденных участков тканей обладает полимерная самоклеющаяся стоматологическая двуслойная пленка с солкосерилом «Диплен-Дента С». Применение лекарственных пленок позволяет расширить возможности использования химио-терапевтических средств, упростить методику лечения и повысить терапевтическую эффективность в сравнении с традиционными лекарственными формами. При стрептококковой заеде и наличии корок применяется эритромициновая, гелиомициновая или 5% белая ртутная мазь, оксикорт. При грибковой заеде — нистатин или леворин, а также другие противогрибковые препараты внутрь или наружно в виде мазей. При а- и гипорибофлавинозе — длительный прием внутрь витамина В2 и никотиновой кислоты, УФО. Труднее поддаются лечению длительно существующие трещины. Эффективны местные блокады (по типу инфильтрационной анестезии под основание трещины с двух сторон — со стороны слизистой оболочки и кожи губы) растворами убистезин, лидокаина. Такие ХРТГ рассматриваются как факультативный предрак, в связи, с чем при упорном течении рекомендуется иссечение их с пластикой губы местными тканями путем перемещения фигур встречных треугольных лоскутов. Такое вмешательство дает хороший лечебный и косметический эффект. При аллергической реакции на материалы зубных протезов — замена последних; при нарушении архитектоники рта — повышение прикуса.

**4. Экзематозные хейлиты** могут быть объединены в одну группу по сходству клинической картины.

Одним из ведущих симптомов при них является гиперемия, шелушение и временное мокнутие. Заболевание носит хронический характер вследствие гиперчувствительности к химическим соединениям, содержащимся в зубных пастах, лекарственных препаратах, губной помаде, акриловых соединениях. Определенное значение может иметь атопическая форма аллергии, когда наблюдается и атопический дерматит, диффузный нейродермит. Экзематозный хейлит, так же как и любая экзема, может протекать остро, подостро и хронически.

**Лечение** сводится к назначению гипосенсибилизирующей терапии (супрастина, диазолина, тавегила, фенкарола и др.), поливитаминов, мазей, содержащих кортикостероиды. Контактный аллергический хейлит является следствием воздействия на губы некоторых химических веществ при наличии дурных привычек у школьников и студентов грызть окрашенные карандаши, ручки. Лечение сводится к устранению воздействия химического агента, применению кортикостероидных мазей.

Микробный экзематозный хейлит отмечается при экзематозном хейлите и наличии хронических трещин с пиококковой инфекцией (стафилококк, стрептококк), что обуславливает развитие аллергической экзематозной реакции на этот дополнительный аллерген. Указанная форма хейлита наблюдается с периода полового созревания и до глубокой старости. Кожа вокруг трещин в углах рта гиперемирована, инфильтрирована, покрыта корками. Отмечается шелушение.

*Лечение* мази, содержащие кортикостероиды, сок каланхое, антибиотики. Применяют растворы анилиновых красителей. При необходимости - нормализация прикуса. Иногда – новокаиновые блокады.

**5.Актинический (АХ)** и метеорологический хейлиты встречаются чаще у мужчин и являются одной из форм фотодерматозов, возникающих у людей, имеющих повышенную чувствительность к солнечным лучам (АХ) и другим метеорологическим факторам. Изолированное поражение только красной каймы губы бывает нечасто. Основным признаком АХ является обострение его весной и летом под влиянием солнечных лучей и исчезновение или резкое уменьшение его интенсивности в осенне-зимнее время. При экссудативной форме актинического хейлита возникают явления острого воспаления с отеком, яркой гиперемией, образованием пузырьков, эрозий и кровянистых корок, что напоминает экзематозный хейлит. Диагноз обычно трудностей не представляет (связь с инсоляцией).

*Сухая (ксерозная)* форма носит хронический характер с возникновением на красной кайме губ застойной гиперемии, диффузной инфильтрации, чешуек и корочек, эрозий. Эту форму следует отличать от КВ без явлений атрофии, при которой также имеется диффузная воспалительная инфильтрация, отсутствуют рубцы и нет большого количества чешуек. При КВ чешуйки в лучах лампы Вуда приобретают белоснежно-голубой цвет.

*Лечение* при этих формах заболевания однотипное: исключение действия неблагоприятных факторов, применение витаминов группы В, витамина А, противомаларийных препаратов (резохина, делагила). Местно — мази, содержащие кортикостероиды, фотозащитные крема. Можно применять фенкортозол (пенный аэрозольный препарат, после нанесения которого на губу его втирают в ткани).

**6.Макрохейлит** — рецидивирующий отек верхней, нижней или обеих губ. Наблюдается при болезни Мейжа, гранулематозном хейлите Мишера и синдроме Мелькерсона-Розенталя. Основным признаком заболевания является периодическое появление отека губ с увеличением их размеров. Отек обычно возникает внезапно, сохраняется несколько часов и дней, но никогда (в отличие от отека Квинке) не исчезает полностью, сопровождаясь выраженной общей реакцией. Дифференцировать макрохейлит приходится с отеком Квинке, лимфангиомами и гемангиомами губ, нейрофиброматозом (болезнью Реклингаузена).

**7.Абразивный преанцерозный хейлит Манганотти (АПХМ)** — облигатный предрак. Встречается у лиц старше 50 лет и только на нижней губе, где определяется округлая эрозия ярко-красного цвета без тенденции к кровоточивости, с гладкой неровной поверхностью, которая покрыта истонченным эпителием. Нередко имеются плотно прилегающие к эрозии корки темно-красного цвета, при снятии которых обнажается кровоточащая поверхность. Эрозия чаще одиночная.

**Патогистологически:** дефект эпителия с диффузной инфильтрацией в основании. В эпителии — выраженный паракаротоз. Иногда определяется атипизм клеток. Дифференцировать АПХМ следует с эрозиями при истинной пузырчатке, эрозивной формой КПЛ, КВ, лейкоплакии, экземе губ, актиническим хейлитом, раком губы. Лечение — хирургическое (иссечение с последующей пластикой). Однако хирургическое лечение не предотвращает рецидивов заболевания. Применение преднизолона и противомаларийных препаратов при макрохейлите мало эффективно.

**Лечение** как правило, хирургическое с устранением всех раздражающих факторов. Из местных лечебных процедур следует отдавать предпочтение аппликациям на очаг поражения концентрата витамина А.

Она включает различные клинические аспекты функционального и морфологического характера: стадию развития, глубину, протяженность, плоскость поражения и функциональные нарушения.

#### **V. Контрольные вопросы.**

1. Классификация хейлитов (Г.Д.Савкина 1965 год)
2. Эксфолиативный хейлит.
3. Гландулярный хейлит.
4. Хронические рецидивирующие трещины губ.
5. Экзематозный хейлит.
6. Актинический хейлит.
7. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.
8. Макрохейлит.

#### **VI. Ситуационные задачи**

##### **Задача №1**

Пациент 17 лет обратился с жалобами на эстетический недостаток, зуд в губах и окружающей коже, сухость. Широкое открывание рта затруднено из-за болезненности. Со слов матери, заеды появились в 7-летнем возрасте. Пользовались различными мазями, добиваясь временного улучшения. В 14 лет состояние углов рта и губ значительно ухудшилось. Лечился у дерматолога, выраженного эффекта не было.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, обширная эритема кожи вокруг красной каймы губ, красная кайма сухая, мелкие чешуйки. Кожа в радиусе 3 см вокруг комиссур подвержена лихенизации и пигментирована. Трещины в углах рта. Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются наддесневые зубные отложения.

В анамнезе аллергия на цитрусовые и отдельные виды белковой пищи.

Установите диагноз, наметьте план лечения.

## Задача №2

Пациент 36 лет обратился с жалобами на боль в верхней губе, затрудняющую прием пищи, широкое открывание рта. Заболевание возникло 10 лет назад. Лечился самостоятельно, применяя различные мази. Летом губа заживала, но с наступлением холодного периода ежегодно возникали рецидивы.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются, красная кайма губ сухая, шероховатая. На красной кайме верхней губы справа от средней линии поперечный линейный дефект ткани длиной 15 мм, покрытый кровянистой корочкой. Вокруг дефекта помутнение красной каймы и ороговение. В основании дефекта определяется воспалительный инфильтрат.

При пальпации образование мягкоэластической консистенции, умеренно болезненное.

Гигиена полости рта неудовлетворительная, имеются зубные отложения и налет курильщика. Кариозные полости в зубах 12 и 24.

Вредные привычки: курит, облизывает и кусает губы.

Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику, наметьте план лечения.

## Тема № 4. Самостоятельные заболевания языка

### I. Цель занятия:

1. Изучить и освоить сведения о заболеваниях слизистой оболочки языка.
2. Знать классификацию самостоятельных глосситов.
3. Изучить и уметь применять принципы и методы диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки языка.

### II. Вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия:

1. Строение слизистой оболочки языка?
2. Методы обследования слизистой оболочки полости рта?
3. Морфологические элементы и патологические процессы, возникающие в полости рта?

### III. План практического занятия

№	Этапы занятия.	Материальное оснащение		Место	Время
		Оборудование	Средства обучения		
	1	2	3	4	5
1.	Проверка исходных знаний	Диапроектор, таблицы	Слайды, контрольные вопросы, таблицы	Учебная комната	20 мин.
2.	Инструктаж преподавателя о содержании занятия		План и содержание занятия	Учебная комната	5 мин.
3.	Самостоятельная работа студентов: а) обследование с заболеваниями СОПР б) заполнение истории болезни	История болезни	ЛДС, схема ООД, тесты, ситуационные задачи	Лечебный кабинет	65 мин.
4.	Разбор результатов обследования. Ведение истории болезни совместно с преподавателем		Истории болезни	Лечебный кабинет	20 мин
5.	Контроль результатов усвоения	Таблицы	Контрольные вопросы	Учебная комната	20 мин
6.	Задание на следующее занятие		Перечень контрольных вопросов, основная и дополнительная литература	Лечебный кабинет	5 мин

#### IV. Содержание занятия

Большая группа заболеваний СОПР составляют поражения, которые развиваются только на языке. К ним относят: десквамативный глоссит; черный (волосатый) язык; ромбовидный глоссит; складчатый язык; аномалии развития языка; нейрогенные заболевания языка; острые и хронические воспаления языка.

По течению: (острые, хронические, смена ремиссий и обострений). **Этиология и патогенез** самостоятельных глосситов: (наличие соматических заболеваний, несанированная полость рта, курение и прием алкоголя, наличие стрессовых ситуаций, некачественные пломбы и протезы, наличие очагов хронической инфекции в полости рта и дизбактериоза, воздействие различной температуры и химических веществ. Острые воспалительные языка изложены в хирургической стоматологии.

**Десквамативный глоссит** (географический, эксфолиативный или мигрирующий глоссит). Этиология (заболевания ЖКТ, вегето-эндокринные нарушения, коллагенозы, вирусная инфекция, гиперэргические состояния). Встречаются во всех возрастных группах, чаще страдают женщины. Болезнь носит семейный характер и сохраняется в течение всей жизни. Жалоб нет или незначительная боль при приеме пищи, на необычность языка и канцерофобию.

**Клиническая картина.** На спинке и боковых поверхностях языка появляются беловато-серые участки помутнения эпителия и в его центре нитевидные сосочки слущиваются, обнажая ярко-розовый или красный участок различной формы выделяющейся на фоне приподнятой окружающей зоны помутнения эпителия. Пятна различной формы и величины, отграниченные друг от друга беловатыми валиками. Участки поражения постепенно форму, величину, размеры и локализацию, перемещаясь по языку. Сливаясь с друг другом напоминают географическую карту. Очаги никогда не изъязвляются. *Гистологически* происходит истончение эпителия на участках десквамации, уплощение нитевидных сосочков, паракератоз и умеренный гиперкератоз в области окружающей зоны десквамации. В собственно слизистой оболочке - отек и воспалительная инфильтрация.

**Лечение.** Санация полости рта, коррекция гигиены полости рта, удаление зубных отложений, лечение кариеса и его осложнений. Местное лечение при отсутствии жалоб не проводится, а при боли и жжении: антисептическая обработка. Аппликация 2-3 раза в день в течение 1-1,5 мес. на участки поражения вит. А, облепиховое масло, аевит, тыквеол+ анестезин.

Общее лечение (витамины вит. В1, РР, гипосенсибилизирующая терапия тавегил 0,001, супрастин 0,025, димедрол 0,05). Суггестивная и психотерапия при канцерофобии, лечение сопутствующих заболеваний.

**Черный (волосатый) язык** - характеризуется ороговением и гиперплазией нитевидных сосочков языка различной степени выраженности. Редкое заболевание среднего и пожилого возраста, чаще у мужчин.

**Этиология** неизвестна, но имеются группы факторов, которые способствуют возникновению черного (волосатого) языка:

1. физико-химические (табак, алкоголь, раздражающая пища);
2. нарушение трофики, меняющее обмен в эпителии языка;
3. действие микробного фактора;
4. гипорибофлавиноз;
5. хронические заболевания ЖКТ.

Жалобы могут не быть или быть на наличие необычного языка, присутствие инородного тела, рвотный рефлекс и зуд на небе, снижение вкусовой чувствительности.

**Клиническая картина.** На спинке в задней трети языка, впереди желобоватых сосочков, нитевидные сосочки удлиняются и утолщаются от светло-коричневого до черного цвета диаметром до 2мм. и длиной до 2-3 см. У основания они толще и светлее. Темная окраска зависит от деятельности хроматогенных бактерий. Измененный участок имеет овальную или треугольную форму и располагается по средней линии.

**Патанатомия** гиперплазия нитевидных сосочков средней и задней трети спинки языка, его сосочки покрываются плотным роговым слоем, содержащий элеидин и происходит нарушение слущивания ороговевших клеток.

**Лечение.** Проводят санацию полости рта (гигиена полости рта, удаление местных травмирующих факторов). Для местного лечения рекомендуется использование кератолитических средств — смазывание спинки языка 3—5 % раствором резорцина, 5—10 % раствором салицилового спирта (2—3 раза в день). Используют также инъекции под очаг поражения 0,25 % раствора кальция хлорида. Вводят 0,5—1 мл 0,25 % кальция хлорида с 0,5 мл 1—2 % новокаина под очаг поражения 2 раза в неделю (на курс 3—5 инъекций). Запрещают курить, злоупотреблять раздражающей пищей. При выраженной гиперплазии нитевидные сосочки можно удалить с применением криодеструкции. Больным, страдающим канцерофобией, назначают соответствующую психотерапию.

**Ромбовидный глоссит**- хроническое заболевание языка воспалительного характера, определенного вида и локализации. Страдают мужчины 30- 50 лет.

**Этиология:** исследователи считают, что это врожденное заболевание, обусловленное нарушением процесса эмбриогенеза, длится годами и всю жизнь.

- алкоголь, курение, острая пища;
- сахарный диабет;
- кандидозы;
- рецидивный герпес.

Жалобы: отсутствуют или жжение, ощущение инородного тела, сухость во рту, иногда боль, шероховатость.

**Клиническая картина.** По средней линии языка впереди желобоватых сосочков располагается уплотненный, запавший из-за отсутствия нитевидных сосочков или опухолевидное бугристое образование овальной, ромбовидной, круглой, лентообразной формы от 0,5 до 2,5см.

Классификация: плоская, бугорковая, папилломатозная формы.

Плоская форма-очаги поражения гладкие, полированные красного цвета с цианозом невыступают над поверхностью. Гистологически – утолщение эпителия, инфильтрат в под-эпителиальной области, акантоз и слабый фиброз.

Бугорковая форма- бугорки красного цвета, возвышающиеся над окружающей зоной в течение всей жизни бугорки не увеличиваются.

**Патанатомия:** в эпителии выраженный акантоз и гиперкератоз, инфильтрат в собственно-слизистой оболочке и процессы пролиферации. Папилломатозная форма- папилломатозные разрастания, выступающие над спинкой языка имеют широкое основание беловато- розового цвета. Акантоз, гиперкератоз, инфильтрация и пролиферация в собственно слизистой оболочке.

**Лечение.** Проводят санацию полости рта для исключения местных травмирующих факторов, рекомендуют прекратить курение. При обнаружении гриба рода *Candida* осуществляют противокандидозное лечение. Как правило, перечисленных лечебных мероприятий бывает достаточно для ликвидации воспаления при плоской, бугорковой и слабовыраженной папилломатозной формах. При выявлении склонности к разрастанию бугорковой и папилломатозной форм они подлежат иссечению в пределах очага поражения. Эффективна криотерапия.

**Складчатый язык-** аномалия языка с детства, рисунок в виде жилок листа; центральная-глубокая и боковые от центра. Язык мягкий, увеличен в размерах, складки глубокие и имеются в них нитевидные сосочки. В 30-50% случаев сочетается с десквамативным глосситом.

**Этиология:** встречается у мужчин и женщин, у детей и взрослых.

- складчатый язык как один из компонентов синдрома Мелькерсона- Розенталя;
- акромегалия;
- сопутствует болезни Дауна;
- сопутствует складчатый язык
- потеря эластичности в пожилом возрасте.

Жалобы отсутствуют или жжение, сухость, боль при приеме пищи.

**Клиническая картина** отсутствие воспаления в полости рта. На спинке и боковой поверхности языка имеются складки симметричные (продольная центральная и боковые в поперечном направлении. Срединная- глубокая. Дно и боковые поверхности покрыты нитевидными сосочками. Целостность эпителия не нарушена, язык мягкий, увеличенный.

**Лечение и профилактика** складчатого языка. Специального лечения не требуется, рекомендуется санация полости рта и коррекция гигиены для профилактики осложнений, каждое утро следует механическая чистка. При присоединении кандидоза проводится противогрибковое лечение.

## Дифференциальная диагностика глосситов.

Дифференциальная диагностика десквамативного глоссита.

Заболевание	Общие клинические признаки	Отличительные признаки
<p><b>Плоский лишай, типичная и эксудативно-гиперемическая формы</b></p>	<p>Белесоватые участки на дорсальной и боковых поверхностях языка, обусловленные кератозом</p>	<p>Полигональные папулы серовато-белого цвета, размером до 2 мм сливаются в причудливые рисунки кружева, сетки, листьев папоротника. На языке папулы чаще имеют вид бляшек. Преимущественная локализация — слизистая оболочка дистальных отделов щек, ретромолярная область. Изолированно на языке папулы встречаются нечасто, расположения на языке с течением времени не меняют. Папулезные высыпания на слизистой оболочке рта в лучах Вуда имеют белое свечение. Возможны типичные высыпания на коже</p>
<p><b>Плоская лейкоплакия</b></p>	<p>Белесоватые участки на дорсальной и боковых поверхностях языка</p>	<p>Элемент поражения — пятно белесовато-серого цвета напоминает наклеенную пленку. Преимущественная локализация — слизистая оболочка нижней губы, передних отделов щек, углы рта. Чаще страдают мужчины-курильщики старше 40 лет. На языке лейкоплакия локализуется чаще на боковой поверхности, нередко соответственно дефекту зубного ряда или металлическому зубному протезу (травмирующий фактор), расположения на языке с течением времени не меняет. Участок гиперкератоза плоской лейкоплакии в лучах Вуда дает мутно-белое свечение, а в местах резко выраженного гиперкератоза — желтоватое</p>

		или грязно-желтое свечение
<b>Вторичный сифилис</b>	Безболезненные гладкие блестящие участки округлых очертаний на спинке и боковых поверхностях языка	Элемент поражения — папула. На спинке языка папулы лоснящиеся (бляшки «скошенного луга»). Преимущественная локализация — миндалины, дужки, мягкое небо, язык, слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов. В основании сифилитических папул инфильтрат. Могут образовывать мясо-красную эрозию. При бактериоскопическом исследовании отделяемого с поверхности эрозии обнаруживаются бледные трепонемы в большом количестве. Серологические реакции крови на сифилис резко положительные (реакция Вассермана, РИФ, РИБТ). С течением времени очаги поражения не меняют расположения на языке и не имеют тенденции к периферическому росту. Возможны полиаденит, розеолезная сыпь на коже
<b>Острый псевдомембранозный кандидоз</b>	Безболезненные гладкие блестящие участки округлых очертаний на спинке и боковых поверхностях языка	Элемент поражения — папула. На спинке языка папулы лоснящиеся (бляшки «скошенного луга»). Преимущественная локализация — миндалины, дужки, мягкое небо, язык, слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов. В основании сифилитических папул инфильтрат. Могут образовывать мясо-красную эрозию. При бактериоскопическом исследовании отделяемого с поверхности эрозии обнаруживаются бледные

		трепонемы в большом количестве. Серологические реакции крови на сифилис резко положительные (реакция Вассермана, РИФ, РИБТ). С течением времени очаги поражения не меняют расположения на языке и не имеют тенденции к периферическому росту. Возможны полиаденит, розеолезная сыпь на коже
<b>Острый псевдомембранозный кандидоз</b>	Белесоватые участки на спинке, языка, нити, полосы белого цвета, чувство жжения в языке	В анамнезе длительный прием антибиотиков, глюкокортикоидов, цитостатиков, сахарный диабет. Налет на языке при покабливании снимается. В соскобе при бактериоскопическом исследовании обнаруживаются бластоспоры, нити мицелия гриба <i>Candida</i> в большом количестве. Противогрибковое лечение дает положительный эффект
<b>Аллергический глоссит</b>	Жжение в языке, гиперемированные пятна на спинке языка	Жжение в языке возникает вскоре после изготовления съемных протезов из акриловой пластмассы. Отек и гиперемия слизистой оболочки рта соответственно границам протеза. Жалобы исчезают через несколько дней после прекращения пользования протезами. Положительные аллергические пробы на пластмассу

Дифференциальная диагностика ромбовидного глоссита.

<b>Заболевание</b>	<b>Общие клинические признаки</b>	<b>Отличительные признаки</b>
Десквамативный глоссит	Очаг поражения округлой или овальной формы	Участок поражения редко бывает единичным. Эти участки постоянно меняют

	красного цвета, лишенный сосочков	форму, размеры и локализацию. Сливаясь друг с другом, они создают на языке рисунок неправильных очертаний, напоминающий географическую карту. Десквамированные до этого зоны вновь покрываются нитевидными сосочками. Пятна никогда не эрозируются
Вторичный сифилис	Безболезненные красные блестящие участки округлых очертаний на спинке языка, плотные при пальпации	Участок поражения редко бывает единичным. Элемент поражения — папула на спинке языка, лоснящиеся папулы (бляшки «скошенного луга»). Преимущественная локализация — миндалины, дужки, мягкое небо, язык, слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов. При бактериоскопическом исследовании отделяемого с поверхности очага поражения обнаруживаются бледные трепонемы в большом количестве. Серологические реакции крови на сифилис резко положительны (реакция Вассермана, РИФ, РИБТ). Возможны полиаденит, розеолезная сыпь на коже
Опухолевидные образования языка	Бугорковые образования и папилломатозные разрастания на спинке языка, плотные и безболезненные при пальпации	Цитологическое и гистологическое исследования определяют вид опухоли

Дифференциальная диагностика складчатого языка.

<b>Заболевание</b>	<b>Общие клинические признаки</b>	<b>Отличительные признаки</b>
<b>Склерозирующий глоссит при третичном сифилисе</b>	Дольчатость языка	Обусловлена разрастанием соединительной ткани, сопровождается значительным уплотнением языка и уменьшением его подвижности. Серологические реакции крови на сифилис (РИФ, РИБТ) положительные

Дифференциальная диагностика черного «волосатого» языка.

<b>Заболевание</b>	<b>Общие клинические признаки</b>	<b>Отличительные признаки</b>
Ложный черный язык	Изменение цвета слизистой оболочки языка от желтого до темно-коричневого и черного	Выраженной гиперплазии нитевидных сосочков нет. Все поверхности языка окрашиваются некоторыми пищевыми продуктами или лекарственными веществами (полоскание растворами перманганата калия, хлоргексидина, отваром ромашки и т.д.)
Волосистая лейкоплакия	Изменение цвета слизистой оболочки языка	Чаще локализуется на боковых поверхностях языка, поражается весь эпителий слизистой оболочки языка. Волосистая лейкоплакия имеет плотные, неправильной формы диффузные элементы. Гистологически при лейкоплакии определяется утолщение зернистого, шиповатого и рогового слоев, очаги пара- и гиперкератоза. Волосистая лейкоплакия сопутствует ВИЧ-инфекции. Анализ крови на ВИЧ положительный
Изменение цвета языка при болезни Аддисона	Изменение цвета слизистой оболочки языка	На боковых поверхностях языка коричневые полосы, кольца, овалы без воспаления. Поражаются также губы, щеки, десна. Кожа гиперпигментирована вследствие хронической недостаточности коры

**V. Контрольные вопросы.**

1. Что такое глосситы.
2. Классификация глосситов.
3. Этиологические факторы развития глосситов.
4. Клиническая картина глосситов.
5. Лечение глосситов.
6. Прогноз и профилактика глосситов.

**VI. Ситуационные задачи.**

## Задача №1

В клинику обратилась пациентка с жалобами на жжение и боли в области языка, наличие налета и покраснения, страдает давно отмечает на необычность поверхности языка, и эта картина меняет свои очертания.

Обследовано: на спинке и боковые поверхностях языка отмечаются беловато-серые участки помутнения эпителия в центре его имеются десквамированные участки ярко-красного цвета различной формы.

Какова ваша тактика.

Проведите дифференциальную диагностику.

## Тема № 5. Туберкулез слизистой оболочки полости рта.

### I. Цель занятия:

1. Научить диагностировать туберкулез слизистой оболочки полости рта.
2. Научить проводить дифференциальную диагностику туберкулеза СОПР с другими заболеваниями.

### II. Вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия.

1. Строение слизистой оболочки языка?
2. Методы обследования слизистой оболочки полости рта?
3. Морфологические элементы и патологические процессы, возникающие в полости рта?

### III. План практического занятия:

№	Этапы занятия.	Материальное оснащение		Место.	Время.
		Оборудование	Средства обучения.		
	1	2	3	4	5
1.	Проверка исходных знаний.	Диaproектор, таблицы.	Слайды, контрольные вопросы, таблицы.	Учебная комната.	20 мин.
2.	Инструктаж преподавателя о содержании занятия.		План и содержание занятия.	Учебная комната.	5 мин.
3.	Самостоятельная работа студентов: а) обследование больных с заболеваниями СОПР. б) заполнение истории болезни.	История болезни.	ЛДС, схема ООД, тесты, ситуационные задачи.	Лечебный кабинет.	65 мин.
4.	Разбор результатов обследования. Ведение истории болезни совместно с преподавателем.		Истории болезни.	Лечебный кабинет.	20 мин.
5.	Контроль результатов усвоения.	Таблицы.	Контрольные вопросы.	Учебная комната.	20 мин.
6.	Задание на следующее занятие.		Перечень контрольных вопросов, основная и дополнительная литература.	Лечебный кабинет.	5 мин.

#### **IV. Содержание занятия**

Туберкулез — хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза.

Туберкулезное поражение слизистой оболочки рта и красной каймы губ обычно является вторичным и возникает при наличии туберкулезного процесса в легких, лимфатических узлах или костях. Микобактерии туберкулеза попадают на слизистую оболочку рта чаще всего гематогенным или лимфогенным путем из первичного туберкулезного очага. Слизистая оболочка рта благодаря выраженной резистентности является неблагоприятной средой для размножения микобактерии туберкулеза. Как

правило, они быстро гибнут на ее поверхности. Однако при наличии повреждений слизистой оболочки микобактерии могут проникнуть через нее и вызвать первичную туберкулезную язву. Первичный туберкулез в полости рта встречается крайне редко, в основном у детей.

**Первичная туберкулезная язва**, или первичный туберкулезный шанкр, возникает на слизистой оболочке рта или красной кайме губ вследствие проникновения микобактерии через поврежденную слизистую оболочку.

Заражение происходит чаще воздушно-капельным путем, реже алиментарным. После инкубационного периода продолжительностью от 8 до 30 дней на месте входных ворот инфекции возникает язва с подрытыми, неровными краями и зернистым, грязно-серого цвета дном. Для туберкулезной язвы характерны отсутствие острых воспалительных явлений и выраженная болезненность. В основании и по краям язвы — небольшой инфильтрат, более выраженный при локализации поражения на красной кайме губ. Через 2—4 нед после образования язва увеличивается в размерах. Регионарные лимфатические узлы также увеличиваются и уплотняются, часто нагнаиваются и вскрываются. Изменяется общее состояние больных: появляются субфебрильная температура, слабость, повышенное потоотделение. У детей грудного возраста эта форма нередко приобретает тяжелое течение с генерализацией туберкулезной инфекции.

Туберкулезную язву следует дифференцировать от первичного сифилитического шанкра, травматической и трофической язв, а также от рака полости рта. Окончательный диагноз туберкулезной язвы ставят по результатам цитологического и бактериоскопического исследований: наличия в соскобах с поверхности язв гигантских клеток Лангханса и микобактерии туберкулеза.

Вторичная туберкулезная инфекция в полости рта проявляется обычно в виде туберкулезной волчанки и милиарно-язвенного туберкулеза. Крайне редко может наблюдаться скрофулодерма (колликвативный туберкулез).

**Туберкулезная волчанка (*lupus vulgaris*)**. Это наиболее часто встречающееся заболевание из туберкулезных поражений слизистой оболочки рта и красной каймы губ. При туберкулезной волчанке поражение слизистой оболочки рта, как правило, сочетается с поражением кожи. Излюбленная локализация — кожа лица, которая поражается примерно у 75% больных. Очень часто поражается красная кайма

верхней губы в результате распространения процесса с кожи носа. В последующем в процесс часто вовлекается и слизистая оболочка рта. Возможно изолированное поражение только красной каймы верхней губы. Избирательное поражение только слизистой оболочки рта встречается редко. Волчаночный процесс может поражать любой участок слизистой оболочки рта или красной каймы губ, но наиболее типичная его локализация — слизистая оболочка верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти в области передних зубов, твердого и мягкого неба, деснах.

Первичным элементом этой формы туберкулеза является бугорок, или люпома, представляющие собой ограниченное, вначале плоское, безболезненное образование величиной с булавочную головку (диаметр 1—3 мм), мягкой консистенции, красного или желтовато-красного цвета. Бугорки склонны к периферическому росту и слиянию с соседними элементами, что приводит к образованию различных размеров и очертаний бляшек, в которых различаются отдельные бугорки. Центр бляшки довольно легко разрушается, превращаясь в язву с мягкими, изъеденными, но не подрытыми краями. Язва поверхностная, малоболезненная, дно ее покрыто желтоватым или желтовато-красным налетом, при наличии разрастающихся грануляций напоминает малину.

Характерными для туберкулезной волчанки являются симптом яблочного желе и проба с зондом. При надавливании на люпому предметным стеклом исчезает красная окраска, обусловленная перифокальным расширением сосудов, и становятся видимыми первичные элементы люпомы — желтовато-бурого или восковидного цвета узелки, напоминающие по цвету яблочное желе (симптом яблочного желе). Если на люпому надавить пуговчатым зондом, то он легко проваливается (симптом Пospelова), что объясняется главным образом разрушением эластических и коллагеновых волокон в бугорке.

В клиническом течении туберкулезной волчанки слизистой оболочки рта выделяют четыре стадии: инфильтративную, бугорковую, язвенную и рубцовую.

В инфильтративной стадии преобладают инфильтративные процессы. Слизистая оболочка рта на участке поражения отекает, гиперемирована.

Первичные элементы туберкулезной волчанки — бугорки — еще не выражены.

Вторая стадия характеризуется появлением мелких бугорков, которые, сливаясь, напоминают бородавчатые разрастания.

В III стадии происходит изъязвление бугорков с образованием глубоких язв. На фоне язвенно-бугоркового поражения нередко появляются папилломатозные разрастания, характерные для локализации процесса на твердом и мягком небе.

Четвертая, завершающая, стадия процесса характеризуется образованием рубцов. В случае отсутствия стадии изъязвления бугорков образуются гладкие, блестящие, атрофические рубцы. После эпителизации язвенных поверхностей при туберкулезной волчанке рубцы плотные, грубые, спаивающие слизистую оболочку рта с подлежащими тканями.

Клинические проявления туберкулезной волчанки в различных отделах полости рта имеют некоторые особенности.

При локализации волчанки на десне последняя инфильтрируется, становится ярко-красного цвета, легко кровоточит, безболезненная. Впоследствии на десне

появляются бугорково-язвенные поражения. При этом достаточно часто поражается костная ткань альвеолярного отростка.

Развивается картина быстро прогрессирующего пародонтита. Зубы становятся подвижными и выпадают.

На красной кайме губ язвы покрываются кровянисто-гнойными корками. Пораженная губа сильно отекает, увеличивается в размерах, на ней возникают болезненные трещины. Послеразрешения процесса остается рубец. Если процесс протекал без изъязвления, образуется гладкий атрофический рубец. В местах изъязвлений рубцы плотные, грубые, спаивают слизистую оболочку с подлежащими тканями. Характерно повторное образование люпом на рубце. Локализация очага волчанки на губе впоследствии приводит к ее деформации, в результате чего затрудняется прием пищи, искажается речь. При поражении обеих губ может развиваться микростома.

Течение туберкулезной волчанки хроническое. Без лечения процесс может продолжаться неопределенно долго, на рубцах возникают свежие бугорки. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются и уплотняются. Туберкулезная волчанка может осложняться рожистым воспалением, кандидозом. Озлокачествление волчаночных язв на слизистой оболочке рта возникает в 1 — 10 % случаев (люпус-карцинома).

**Диагностика.** В типичных случаях диагностика туберкулезной волчанки не представляет трудностей. Реакция Манту в большинстве случаев положительная. В отделяемом из язв, как правило, микобактерии туберкулеза не обнаруживаются.

*Гистологически* в сетчатом слое соединительной ткани определяется бугорок, состоящий из гигантских клеток Пирогова—Лангханса, плазматических, эпителиоидных клеток, окруженных валиком из лимфоцитов. Казеозный некроз отсутствует или слабо выражен. Эластические и коллагеновые волокна в зоне специфического инфильтрата разрушены. В области инфильтрата и вокруг него — большое количество расширенных кровеносных сосудов, в том числе новообразованных.

#### **Дифференциальная диагностика.**

Туберкулезную волчанку дифференцируют от бугорков, возникающих при третичном сифилисе. Сифилитические бугорки более крупные, отличаются большей плотностью. Краеязв при сифилисе ровные, плотные, а при туберкулезной волчанке — мягкие, изъеденные. В отличие от волчанки сифилитические высыпания повторно на рубцах не возникают. Симптом проваливающегося зонда и яблочного желе при сифилисе отсутствует.

**Милиарно-язвенный туберкулез (*tuberculosis miliaris ulcerosa*)** слизистой оболочки рта встречается редко. Возникает у больных, страдающих тяжелыми формами туберкулеза легких или гортани, сопровождающихся выделением с мокротой большого количества микобактерии туберкулеза. Вследствие снижения резистентности организма у таких больных возбудитель туберкулеза легко внедряется в слизистую оболочку и беспрепятственно размножается, вызывая язвенные процессы. Поражаются главным образом постоянно травмируемые

участки слизистой оболочки щек, по линии смыкания зубов, спинка и боковые поверхности языка, мягкое небо, дно полости рта.

Клинически эта форма туберкулеза характеризуется появлением на слизистой оболочке рта множественных милиарных узелков величиной с булавочную головку серовато-красного цвета, представляющих собой слившиеся туберкулезные фолликулы, состоящие из скопления лимфоцитов, плазмоцитов и эпителиоидных клеток. Бугорки очень быстро превращаются в микроабсцессы и вскрываются с образованием мелких, очень болезненных поверхностных язвочек, которые довольно быстро увеличиваются и сливаются с аналогичными, рядом расположенными, достигая размера 2—3 см в диаметре. Такие язвы обычно неглубокие, имеют неправильную форму, подрытые, изъеденные края, резко болезненны. Дно язвы покрыто желтовато-серым налетом с незначительным гнойным отделяемым, легко кровоточит при поскабливании, имеет зернистый вид за счет нераспавшихся бугорков. На дне вокруг язв обнаруживаются милиарные некротические бугорки желтого или серовато-желтого цвета (мелкие абсцессы) — так называемые зерна Треля. Основание язвы не имеет уплотнения, мягкое при пальпации. Воспалительные явления вокруг язв выражены незначительно. Регионарные лимфатические узлы вначале могут не пальпироваться, в дальнейшем становятся увеличенными, уплотненными и болезненными. При длительном существовании язвы и вторичном ее инфицировании может наблюдаться уплотнение краев и дна. На языке или по переходной складке язвы могут принимать вид глубоких, болезненных трещин. При локализации язвы на деснах, помимо поражения мягких тканей, может произойти разрушение периодонта и кости, следствием чего может быть подвижность и выпадение зубов.

Общее состояние больных резко изменяется: наблюдаются исхудание, повышенная потливость, одышка, повышение температуры тела, гиперсаливация. Отмечаются изменения в лейкоцитарной формуле, повышена СОЭ. В соскобах с язв при цитологическом исследовании выявляют гигантские клетки Пирогова—Лангханса и эпителиоидные клетки. При бактериоскопическом исследовании обнаруживаются микобактерии туберкулеза (окраска по Цилю—Нильсену).

### **Дифференциальная диагностика.**

Милиарно-язвенный туберкулез дифференцируют от гуммозной язвы, которая безболезненна, имеет кратерообразную форму с плотными валикообразными краями.

Туберкулезную язву следует также дифференцировать от язвенно-некротического стоматита Венсана, травматической, трофической и раковой язв. Решающими в постановке диагноза являются результаты цитологического и бактериоскопического исследований.

**Лечение.** Туберкулезное поражение слизистой оболочки рта служит проявлением общей туберкулезной инфекции, поэтому общее лечение больных проводят в специализированных противотуберкулезных диспансерах. Местное лечение направлено на устранение травмирующих факторов, лечение твердых тканей зубов и

пародонта. Применяется также обработка слизистой оболочки рта антисептическими и обезболивающими препаратами в виде ротовых ванночек и аппликаций.

**Колликвативный туберкулез или скрофулодерма (scrofuloderma).** На слизистой оболочке рта встречается крайне редко, в основном у детей. Характеризуется образованием узлов в глубоких слоях

слизистой оболочки. Узлы развиваются медленно и безболезненно, без выраженной воспалительной реакции. По мере увеличения узлы спаиваются со слизистой оболочкой рта или кожей, цвет которых становится цианотичным. Постепенно узлы размягчаются и вскрываются, через образовавшиеся свищевые отверстия выделяется гной с примесью крови и частицами некротизированных тканей. На месте вскрывшихся узлов формируются язвы, слабоболезненные, неправильной формы, с изъеденными подрытыми краями. Дно язв покрыто вялыми грануляциями и серовато-желтым налетом. После заживления язв остаются втянутые, обезображивающие рубцы.

#### **Дифференциальная диагностика.**

Скрофулодерму на слизистой оболочке рта дифференцируют от:

- сифилитической гуммы,
- актиномикоза.

Сифилитические гуммы отличаются от узлов при туберкулезе большей плотностью, быстрым вскрытием с образованием кратерообразных язв с инфильтрированными краями. После заживления сифилитических язв образуются втянутые звездчатые рубцы. Окончательным подтверждением сифилитического происхождения процесса являются положительные РИФ и РИБТ.

При актиномикозе узлы в слизистой оболочке рта и коже очень плотные (деревяноподобные), после их размягчения образуются свищи, а не язвы. В отделяемом из свищей обнаруживаются друзы лучистого гриба.

#### **V. Контрольные вопросы.**

1. Этиология, патогенез туберкулеза.
2. Пути заражения туберкулезом и диагностика туберкулеза.
3. Первичная туберкулезная язва.
4. Туберкулезная волчанка.
5. Милиарно-язвенный туберкулез.
6. Дифференциальная диагностика туберкулеза.
7. Лечение туберкулеза.

#### **VI. Ситуационные задачи.**

##### **Задача №1.**

Больной У., 45 лет обратился к врачу на резкую болезненность в языке при приеме пищи.

Анамнез: больной страдает в течение 10 лет туберкулезом легких.

Объективно: на боковой поверхности языка справа язва с подрытыми краями, дно зернистое с желтоватым налетом, при пальпации основание мягкое и резко болезненное.

1. Поставьте диагноз;
2. Проведите дифференциальную диагностику;
3. Опишите результаты цитологического исследования;
4. Тактика врача-стоматолога;
5. Профилактика врача, как входящего в группу риска;

## Тема № 6. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта

### I. Цель занятия:

1. Научить диагностировать предраковые заболевания в полости рта.
2. Научить проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями СОПР.
3. Научить лечить предраковые заболевания полости рта.

### II. Вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия.

1. Каковы особенности строения слизистой оболочки полости рта?
2. Патологические процессы в слизистой оболочке полости рта?
3. Элементы поражения слизистой оболочки полости рта?

### III. План практического занятия

№	Этапы занятия.	Материальное оснащение		Место	Время
		Оборудование	Средства обучения		
	1	2	3	4	5
1.	Проверка исходных знаний	Диапроектор, таблицы	Слайды, контрольные вопросы, таблицы	Учебная комната	20 мин.
2.	Инструктаж преподавателя о содержании занятия		План и содержание занятия	Учебная комната	5 мин.
3.	Самостоятельная работа студентов: а) обследование с заболеваниями СОПР б) заполнение истории болезни	История болезни	ЛДС, схема ООД, тесты, ситуационные задачи	Лечебный кабинет	65 мин.
4.	Разбор результатов обследования. Ведение истории болезни совместно с преподавателем		Истории болезни	Лечебный кабинет	20 мин
5.	Контроль результатов усвоения	Таблицы	Контрольные вопросы	Учебная комната	20 мин
6.	Задание на следующее занятие		Перечень контрольных вопросов, основная и дополнительная литература	Лечебный кабинет	5 мин

#### **IV. Содержание занятия.**

Классификация предраковых изменений красной каймы губ и слизистой оболочки рта (А.Л. Машкиллейсон, 1970 г.)

##### **I. Обязательные предраковые заболевания:**

- 1 Болезнь Боуена и эритроплазия Кейра.
2. Бородавчатый или узелковый предрак красной каймы губ.
3. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.
4. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы.

##### **II. Факультативные предраковые заболевания с большей потенциальной злокачественностью:**

1. Лейкоплакия эрозивная и веррукозная.
2. Папиллома и папилломатоз неба.
3. Кожный рог.
4. Кератоакантома.

##### **III. Факультативные предраковые заболевания с меньшей потенциальной злокачественностью:**

- 1 Лейкоплакия плоская.
2. Хронические язвы слизистой оболочки рта.
3. Эрозивные и гиперкератотические формы красной волчанки и красного плоского лишая красной каймы губ.
4. Хронические трещины губ.
5. Пострентгеновский хейлит и стоматит.
6. Метеорологический и актинический хейлиты.

##### **Этиология.**

Рак красной каймы губ и слизистой оболочки рта встречается довольно часто, на его долю приходится около 5 % всех злокачественных опухолей.

Наиболее часто поражается красная кайма нижней губы (в боковом отделе), в полости рта — язык (боковая поверхность) и дно полости рта.

Среди больных раком красной каймы губ и слизистой оболочки рта преобладают мужчины в возрасте старше 40 лет.

В большинстве случаев раку предшествуют те или иные заболевания слизистой оболочки рта и красной каймы губ, которые называют предраковыми. Их возникновению способствуют в первую очередь травмы, особенно хронические, в том числе курение и жевание табака, бетеля, употребление наса, алкоголя. Травмы рассматривают как внешние факторы канцерогенеза. Раку нередко предшествуют пролиферативные процессы, доброкачественные

опухоли, хронические воспалительные заболевания, сопровождающиеся эрозиями и язвами. Предраковое заболевание существует длительное время (от нескольких месяцев до десятков лет), затем может перейти (но необязательно) в рак. Своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний устраняют угрозу появления рака или позволяет провести своевременное, более эффективное лечение.

В зависимости от вероятности озлокачествления различают облигатные и факультативные предраковые заболевания слизистой оболочки рта и красной каймы губ. Облигатные предраки имеют высокую вероятность озлокачествления; без своевременного лечения они, как правило, трансформируются в рак. Многие из них уже с начала своего развития представляют *cancerinsitu*. Факультативные предраки не всегда приводят к развитию рака.

### **Болезнь Боуэна**

На слизистой оболочке рта чаще обнаруживают один, реже — два и более очага поражения. Заболевание проявляется пятнисто-узелковым поражением. Вначале на слизистой оболочке образуется ярко гиперемированное пятно с гладкой или бархатистой, вследствие сосочковых разрастаний, поверхностью. При длительном существовании заболевания происходит незначительная атрофия слизистой оболочки, в результате чего очаг поражения несколько западает по сравнению с окружающими участками, местами на нем образуются легко кровоточащие эрозии. Центральная часть очага поражения напоминает лейкоплакию с мелкобугристой поверхностью на гиперемированном фоне. При слиянии нескольких очагов образуются бляшки неправильных очертаний. Диаметр очага поражения может быть от 1—2 мм до 5—6 см, очертания его четкие, неровные, уплотнения в основании не определяется. Наиболее частой локализацией болезни Боуэна на слизистой оболочке рта являются мягкое небо, язычок, ретромолярная область, язык. При локализации элементов на языке в месте поражения исчезают сосочки. Регионарные лимфатические узлы обычно не пальпируются. Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют, лишь при эрозиях может быть выражена болезненность.

Не во всех случаях болезни Боуэна бывает типичная клиническая картина. Заболевание может характеризоваться лишь небольшим участком гиперемии или иметь сходство с лейкоплакией без выраженного воспаления. Иногда возникает четкий серовато-белый рисунок, напоминающий картину красного плоского лишая.

Заболевание продолжается неопределенное время, в некоторых случаях быстро наступает инвазивный рост, причем травмирование ускоряет этот процесс. У других больных заболевание годами остается в стадии *cancerinsitu*.

*Гистологически* при болезни Боуэна обнаруживают полиморфизм клеток шиповатого слоя, увеличение числа и неправильность митозов. В шиповатом слое встречаются гигантские клетки, иногда с множественными ядрами. Отмечают слабовыраженные гипер- и паракератоз, всегда имеется акантоз,

базальная мембрана и базальный слой сохранены. В верхней части стромы есть небольшой инфильтрат, состоящий в основном из лимфоцитов и плазматических клеток.

### Дифференциальная диагностика Болезни Боуэна.

Заболевание	Общие клинические признаки	Отличительные признаки
Лейкоплакия	Очаги гиперкератоза на слизистой оболочке рта.	Очаг неравномерного помутнения эпителия белесоватого цвета с довольно четкими краями может слегка возвышаться над слизистой оболочкой.
Красная волчанка	Очаг имеет застойно-красный цвет, может слегка западать, в окружности явления гиперкератоза.	Очаг не имеет четких контуров, в окружности слизистая оболочка воспалена. Возможны типичные изменения на красной кайме губ и коже лица.
Сифилитические папулы (при локализации на дужках, мягком небе)	Папулы имеют белесоватый цвет, при травмировании образуются мясо-красные эрозии.	Редко бывают одиночными, имеют правильную округлую форму. В основании— инфильтрат. Налет относительно легко снимается.

**Лечение** хирургическое — удаление участка поражения в пределах здоровых тканей путем криодеструкции, хирургически или углекислотным лазером.

**Бородавчатый предрак** (раесапсегverrucosus) — облигатное предраковое заболевание.

Бородавчатый предрак проявляется в виде узелка полушаровидной формы с бугристой поверхностью, возвышающейся над уровнем слизистой оболочки, диаметром до 1 см. Узелок располагается, как правило, на неизменной поверхности, преимущественно нижней губы, при пальпации он безболезненный. Окраска узелка может варьировать от нормального цвета красной каймы до застойно-красного. Цвет узелка может быть серовато-

красным, в случае если его поверхность покрыта слоем трудно удаляемых, плотно сидящих серых чешуек.

*Гистологически* выявляется резко выраженная ограниченная пролиферация эпителия за счет расширения шиповатого слоя. Отмечают акантоз, гиперкератоз, перемежающийся с зонами паракератоза, полиморфизм клеток шиповатого слоя разной степени выраженности, вплоть до резкого. Базальная мембрана сохранена.

*Течение* бородавчатого предрака довольно быстрое. Переход в инвазивную форму рака может произойти уже через 1—2 мес после начала заболевания.

#### **Дифференциальная диагностика бородавчатого предрака.**

<b>Заболевание</b>	<b>Общие клинические признаки</b>	<b>Отличительные признаки</b>
Обыкновенная бородавка	Полушаровидное образование на губе	Обычно множественные с характерной сосочковой поверхностью, чаще у детей, с расположением на коже вокруг губ.
Папиллома	Округлое образование, возвышающееся над поверхностью губы, может ороговеть, приобретая серый цвет. Может озлокачиваться, относят к факультативным предракам	Чаще подвижное, на ножке или на широком основании, с гладкой или морщинистой поверхностью. На губе занимает пограничное положение между красной каймой и слизистой оболочкой или только на слизистой оболочке
Кератоакантома	Округлое образование, выступающее над поверхностью губы. Возможно озлокачивание, относят к факультативным предракам	В центре образования кратер, заполненный плотными роговыми массами, как «пробка». При ее удалении хорошо заметна кратерообразная полость, в окружности ее плотный, красноватый валик. Склонна к самоизлечению
Кожный рог	Ограниченный, возвышающийся очаг	Конусообразной формы в виде рога высотой до 1 см, грязно-

	на красной кайме губы, диаметром до 1 см. Может озлокачиваться. Относят к факультативным предракам	серого или коричневатого-серого цвета, плотной консистенции
Пиогенная гранулема	Возвышающееся одиночное образование на красной кайме губы	Насыщенно красного цвета, мягкой консистенции, может быть на ножке. Поверхность мацерируется, покрыта гнойными корочками. При сдавливании может показаться гной
Озлокачивание бородавчатого предрака		Образование увеличивается в размере, усиливается ороговение. На поверхности появляются трещины, кровоточивость, уплотнение в основании

Окончательно диагноз подтверждается результатами гистологического исследования.

**Лечение.** Иссечение образования в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.

**Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ (hyperkeratosis precancerosa circumscripta)** является облигатным предраком.

Это поражение имеет вид ограниченного участка от 0,2 до 1 см в диаметре, поверхность его ровная, покрыта тонкими, плотно сидящими чешуйками, имеет серовато-белый цвет. При поскабливании удалить их не удастся. Очаг поражения у большинства больных слегка западает по отношению к поверхности губы, но иногда может несколько возвышаться над ней. При пальпации уплотнение не определяется.

При гистологическом исследовании выявляется ограниченная пролиферация эпителия вглубь тканей, часто сопровождающаяся дискомплексацией шиповатых клеток с гиперкератозом на поверхности. В соединительной ткани под очагом пролиферации имеется полиморфно-клеточная инфильтрация с большим количеством плазматических и тучных клеток, которые местами разрушают базальную мембрану.

**Дифференциальная диагностика ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ.**

<b>Заболевание</b>	<b>Общие клинические признаки</b>	<b>Отличительные признаки</b>
Лейкоплакия	Очаг гиперкератоза располагается на красной кайме губы	Элемент поражения — пятно белого цвета, иногда бугристое, но без чешуек
Эксфолиативный хейлит	На красной кайме губы чешуйки	Чешуйками покрыта вся красная кайма губы. Чешуйки легко снимаются или имеют приподнятые края и плотно фиксированы в центре
Красная волчанка	Участок атрофии и гиперкератоза на красной кайме губы	Очаг атрофии и гиперкератоза более обширен, располагается на гиперемированной и ограниченно инфильтрированной красной кайме губ. Возможны типичные поражения на коже лица
Плоский лишай	Участок гиперкератоза на красной кайме губы	Гиперкератоз проявляется в виде ороговевших папул, сливающихся в кружевной рисунок. Очаг поражения располагается на красной кайме губы с захватом зоны Клейна
Озлокачествление ограниченного предракового гиперкератоза		Усиливается процесс ороговения, возможно появление эрозии, кровоточивости, уплотнения в основании

**Лечение** хирургическое — удаление очага поражения в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием.

**Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти** (cheilitis abrasiva praecancerosa Manganotti) — облигатное предраковое состояние нижней губы. Встречается обычно у пожилых мужчин. В развитии этого заболевания важную роль

играют различные травмирующие факторы (механические, химические, физические).

Заболевание характеризуется появлением на красной кайме нижней губы одной, реже нескольких эрозий. Обычно эрозия располагается на боковых участках губы, реже в центре или у угла рта. Эрозия имеет овальную или неправильную форму с гладкой, как бы полированной поверхностью, насыщенно красного цвета. Она располагается поверхностно, иногда покрыта плотно сидящей кровянистой или серозной коркой, удаляющейся с трудом, при этом возникает небольшая кровоточивость. Эрозии, не покрытые корками, склонности к кровоточивости не имеют. Уплотнения тканей в основании и вокруг эрозии обычно нет. Эрозии при хейлите Манганотти обычно безболезненны или слабоболезненны. Иногда они возникают на фоне небольшого воспаления, отличающегося нестойкостью. Хейлит Манганотти отличается вялым и упорным течением, плохо поддается лекарственной терапии. Эрозии могут существовать длительное время, иногда спонтанно эпителизоваться, но спустя некоторое время возникают вновь на тех же или других местах. Сроки эпителизации эрозий при хейлите Манганотти могут варьировать от 3 мес до 2 лет.

Длительность течения абразивного преканцерозного хейлита Манганотти до его трансформации в рак индивидуальна. Может наступить быстрое озлокачествление процесса (через 4—6 мес); у некоторых больных оно наступает через 5—7 лет после начала заболевания.

*Гистологически* определяется ограниченная пролиферация эпителия с дефектом в центральной его части. Эпителий по краям эрозии обычно находится в состоянии акантоза, широкие эпителиальные выросты глубоко внедряются в подлежащую строму. Клетки шиповатого слоя находятся в состоянии различной степени дискариоза и атипии. В строме имеется диффузный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, плазматических клеток, гистиоцитов.

Цитологическое исследование может выявить явления дискариоза клеток эпителия, элементы воспаления, но чаще обнаруживают только воспаление.

### **Дифференциальная диагностика абразивного преканцерозного хейлита Манганотти**

<b>Заболевание</b>	<b>Общие клинические признаки</b>	<b>Отличительные признаки</b>
Эрозивная форма лейкоплакии на красной кайме губы	Эрозия на красной кайме губы	Эрозия располагается в центре очага лейкоплакии
Эрозивная форма плоского лишая	Эрозия на красной кайме губы	Вокруг эрозии на губе отдельные ороговевающие папулы или сливающиеся в

		рисунок. Возможен типичный рисунок плоского лишая на слизистой оболочке щек, языка. Чаще болеют женщины
Эрозивная форма красной волчанки	Эрозия на красной кайме губы	Эрозия на фоне выраженной застойной гиперемии, гиперкератоза и рубцовой атрофии. Возможны типичные проявления красной волчанки на лице
Истинная пузырчатка	Эрозия на красной кайме губы	Определяется симптом Никольского. В соскобе с эрозии акантолитические клетки
Герпетическая эрозия	Эрозия на красной кайме губы	Эрозия имеет полициклические очертания за счет вскрывшейся группы пузырьков. В окружности гиперемия и отек. Заживает в течение 7—10 дней. В соскобе возможно нахождение гигантских клеток герпеса
Актинический хейлит	Эрозия на красной кайме губы	Эрозии, пузырьки на фоне застойной, гиперемированной, отечной губы и прилегающей кожи вокруг в весенне-летний период. Зимой возможно полное выздоровление
Озлокачествление хейлита Манганотти	Эрозия на красной кайме губы	Уплотнение в основании и вокруг эрозии, кровоточивость при малейшей травме, сосочковые разрастания на поверхности эрозии, гиперкератоз в окружности поражения. При цитологическом исследовании — конгломераты атипичных клеток

**Лечение.** При хейлите Манганотти лечение заключается в первую очередь в устранении местных травмирующих факторов. Проводят санацию полости рта, включая рациональное протезирование. Категорически запрещается курить,

принимать раздражающую пищу, не допускать инсоляции. Необходимо обследование для выявления и лечения сопутствующих общесоматических заболеваний. Если при гистологическом исследовании не обнаружено признаков озлокачествления хейлита Манганотти, то может быть проведено общее и местное консервативное лечение продолжительностью не более 1—2 мес. Внутрь назначают витамин А (3,44 % раствор ретинола ацетата в масле или 5,5 % раствор ретинола пальмитата в масле) по 10 капель 3 раза в день, метилурацил, теоникол, поливитамины. Местно проводят аппликации масляным раствором витамина А, при наличии фоновых воспалительных явлений используют мази с кортикостероидными препаратами, метилурапиловую, солкосерил и др.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии проводят хирургическое лечение — удаление очага в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.

**Кожный рог (cornucutaneum)** представляет собой ограниченный участок гиперплазии эпителия с сильно выраженным гиперкератозом, имеющего вид рогового выступа.

Кожный рог возникает на красной кайме губы, чаще нижней, обычно у людей старше 60 лет. В большинстве случаев имеется один кожный рог, но может быть два и более. Очаг поражения на губах или коже четко ограничен, имеет диаметр до 1 см. От него отходит конусообразный выступ (рог) грязно-серого или коричнево-серого цвета, длиной до 1 см плотной консистенции, безболезненный. Кожный рог — заболевание, длящееся годами. Начало его озлокачествления проявляется воспалением, уплотнением вокруг основания и усилением ороговения. Окончательно диагноз может быть установлен после удаления очага и его гистологического исследования.

*Патогистологически* кожный рог представляет собой ограниченную гиперплазию эпителия красной каймы, с толстым слоем роговых масс. Эпителий в основании кожного рога находится в состоянии гиперкератоза, неравномерного акантоза, часто с явлениями дискомплексации и атипии.

**Лечение** хирургическое — удаление кожного рога в пределах здоровых тканей.

**Кератоакантома (keratoacanthoma)** — эпидермальная доброкачественная опухоль. Важная роль в ее развитии принадлежит химическим канцерогенам, ультрафиолетовому облучению. Высказывают предположение о возможном наследственном характере поражения.

Клиническая картина. Кератоакантома может локализоваться на красной кайме губ, очень редко на языке. Заболевание начинается с образования на губе серовато-красного плотного узелка с небольшим воронкообразным углублением в центре. Опухоль быстро растет, в течение месяца узелок достигает 2 см в диаметре. В центре его имеется хорошо выраженное углубление, заполненное легко удаляющимися роговыми массами. Кератоакантома почти безболезненна, подвижна, не спаяна с подлежащими тканями.

Для кератоакантомы характерна цикличность течения с периодами роста, стабилизации и спонтанной инволюции.

Существует два варианта исхода кератоакантомы. Наиболее частым является ее самопроизвольное исчезновение с образованием атрофичного пигментированного рубца или она трансформируется в рак. Спонтанное исчезновение кератоакантомы наблюдается в сроки до 3 мес, однако встречаются и стойкие персистирующие варианты.

*Гистологически* кератоакантома представляет собой резко ограниченную, несколько выступающую над окружающими тканями, как бы вдавленную эпителиальную опухоль с кратерообразным углублением, выстланным эпителием и заполненным роговыми массами. Эпителий находится в состоянии акантоза. Нередко видны эпителиальные выросты, глубоко внедряющиеся в соединительнотканную строму. В них отмечается клеточный полиморфизм, иногда появление дискератоза. В соединительнотканной строме имеется воспалительный инфильтрат из плазматических и лимфатических клеток.

#### **Дифференциальная диагностика кератоакантомы:**

- папилломы;
- кожный рог;
- бородавчатый предрак;
- плоскоклеточный рак.

**Лечение.** Консервативное лечение кератоакантомы включает в себя аппликации 50 % проспидиновой мази или 5 % фторурациловой мази, обкалывание интерфероном, близкофо-кусную рентгенотерапию. При безуспешной консервативной терапии проводят хирургическое иссечение опухоли с гистологическим исследованием.

#### **V. Контрольные вопросы.**

7. Классификация предраковых заболеваний.
8. Этиология предраковых заболеваний.
9. Клиническая картина Болезни Боуэна.
10. Клиническая картина бородавчатого предрака.
11. Клиническая картина ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ.
12. Клиническая картина абразивного преанцерозного хейлита Манганотти.
13. Клиническая картина кожного рога.
14. Клиническая картина кератоакантомы.
15. Лечение предраковых заболеваний.

#### **VI. Ситуационные задачи.**

**Задача №1** Пациента 65 лет беспокоит слабо болезненная «язвочка» на нижней губе, которая периодически заживает, затем возникает вновь, без видимой причины.

Заболевание продолжается 8 лет. Рекомендованное лечение различными мазями оказалось не эффективно.

Сопутствующие заболевания: атеросклероз, курит 35 лет.

При осмотре: регионарные лимфоузлы не пальпируются. Пациент пользуется полными съемными пластиночными протезами. На красной кайме нижней губы справа обнаружена эрозия овальной формы размером 0,5 x 1 см, которая имеет полированную поверхность красного цвета, без налета. Уплотнения в основании эрозии нет.

Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

**Задача №2** Пациент 58 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект нижней губы. Со слов больного, 3 месяца назад на нижней губе появилась небольшая безболезненная «бородавка», которая постепенно увеличивается.

В анамнезе: хронический гастрит, хронический рецидивирующий герпес, курит с 18 лет.

При осмотре: на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа от центра имеется ограниченный узелок полушаровидной формы размером 0,8 x 0,9 см, выступающий над окружающими тканями на 0,5 см. Его поверхность покрыта плотно сидящими роговыми чешуйками, не снимающимися при поскабливании. Цвет очага слегка синюшный, при пальпации основание не уплотнено, безболезненное.

Поставьте диагноз, наметьте план лечения.

## Тема № 7. Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта.

### I. Цель занятия:

1. Научить диагностировать заболевания в полости рта.
2. Научить методам профилактики стоматологических заболеваний.

### II. Вопросы, изученные ранее и необходимые для данного занятия.

1. Каковы особенности строения слизистой оболочки полости рта?
2. Патологические процессы в слизистой оболочке полости рта?
3. Элементы поражения слизистой оболочки полости рта?

### III. План практического занятия

№	Этапы занятия.	Материальное оснащение		Место	Время
		Оборудование	Средства обучения		
	1	2	3	4	5
1.	Проверка исходных знаний	Диапроектор, таблицы	Слайды, контрольные вопросы, таблицы	Учебная комната	20 мин.
2.	Инструктаж преподавателя о содержании занятия		План и содержание занятия	Учебная комната	5 мин.
3.	Самостоятельная работа студентов: а) обследование с заболеваниями СОПР б) заполнение истории болезни	История болезни	ЛДС, схема ООД, тесты, ситуационные задачи	Лечебный кабинет	65 мин.
4.	Разбор результатов обследования. Ведение истории болезни совместно с преподавателем		Истории болезни	Лечебный кабинет	20 мин
5.	Контроль результатов усвоения	Таблицы	Контрольные вопросы	Учебная комната	20 мин
6.	Задание на следующее занятие		Перечень контрольных вопросов, основная и дополнительная литература	Лечебный кабинет	5 мин

#### **IV. Содержание занятия.**

##### **Профилактика лейкоплакии.**

1. Исключение внешних факторов, раздражающих слизистую полости рта.
2. Отказ от курения, приема горячей и острой пищи, санация полости рта.
3. Осуществление профилактических мероприятий, гигиена полости рта.
4. Осуществление профилактических мероприятий на вредных производствах (соблюдение технологии – герметизация производства, ношение респираторов, щелочное полоскание, соблюдение техники безопасности и санитарного – эпидемического режима).

##### **Профилактика кандидоза.**

Сокращение инфицирования грибами рода кандиды новорожденных методом выявления и лечения урогенитального кандидоза и кандидоносительства у беременных женщин путем назначения им антибиотиков с узким спектром действия (пеницилина, оксациллина, эритромицина). Выявление и лечение кандидоза полости рта. Стерилизация сосок, пустышек и других предметов ухода за ребенком.

Отказ от нерациональной и массивной антибактериальной терапии, осторожное применение гормонов, под контролем и по назначению лечащего врача. При длительной антибактериальной терапии необходимо одновременно назначать полиеновые антибиотики внутрь, курсом адекватным антибактериальному, а после противомикробной терапии назначить колибактерии и бифидумбактерии. Тяжелые общие соматические заболевания должны сопровождаться комплексным лечением, необходимо назначать витамины, повышать сопротивляемость организма, общую иммунологическую реактивность.

Своевременное выявление и лечение дисбактериоза. Выполнение санитарно-гигиенического режима на предприятиях пищевой промышленности, на производствах, связанных с возможностью заражения грибом кандиды, также в медицинских учреждениях при выполнении различных манипуляций, соблюдения режимов стерилизации инструментария.

Широкая санитарно-просветительная работа среди медицинского персонала, работников пищевых предприятий, среди населения, будущих родителей.

Дети и взрослые должны знать, что самолечение небезвредно, самостоятельный бесконтрольный прием антибиотиков и других лекарственных препаратов может привести к развитию дисбактериоза и кандидоза.

После комплексного обследования больных и постановки диагноза проводится комплексное лечение, и профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта, включающие следующие мероприятия:

1. Санация полости рта:
  - устранение острых краев тканей зубов, ортопедических конструкций;
  - лечение твердых тканей зубов;
  - замена некачественных пломб;
  - лечение гингивитов, пародонтитов;
  - замена некачественных протезов;
  - протезирование;

- создание нормальной высоты прикуса;
  - замена разнородных металлов в полости рта.
2. Обучение рациональной гигиене полости рта и языка, проведение контроля над выполнением гигиенических мероприятий.
  3. Общее этиотропное и патогенетическое лечение нозологических форм заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ.
  4. Общеукрепляющее лечение:
    - повышение защитных сил организма;
    - нормализация обменных процессов.
  5. Местное лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ.

Комплексное лечение заболеваний больного и вовлечение других специалистов (терапевта, дерматолога, эндокринолога, онколога).

### **Профилактика вирусных заболеваний:**

Проведение противоэпидемических мероприятий в организованных коллективах: строго изолировать группы, ежегодно проводить осмотр, санпросвет работу, осуществлять дезинфекцию, проветривать помещения и освещать их бактерицидными лампами.

При хроническом герпетическом стоматите лечение сопутствующих заболеваний, санация очагов хронической инфекции, санация полости рта.

### **Профилактика СПИДа.**

- выявление групп риска и анамнестических данных;
- тщательная стерилизация инструментария;
- ношение масок, перчаток, очков;
- применение не турбинных наконечников.

Вирус иммунодефицита быстро инактивируется при сухой и влажной стерилизации, а также при высокой температуре тела.

Специфические заболевания слизистой оболочки полости рта (венерические, туберкулез), можно предотвратить активизацией санитарно - просветительной работой среди населения, исключая социальные причины этих заболеваний. Можно избежать многих заболеваний слизистой оболочки полости рта, устраняя механические, химические, температурные раздражители и исключая курение, а также применяя регулярную гигиену полости рта и рациональное протезирование. Заболевания слизистой оболочки полости рта хронического течения могут озлакачиваться.

В ходе динамического наблюдения за пациентами с предраковыми состояниями врач стоматолог обязан обратить внимание на следующие клинические признаки, позволяющие ему заподозрить озлакачивание болезни симптомы малигнизации:

- длительное вялое течение процесса;
- безуспешность консервативного лечения;
- ускорение темпов роста очага поражения;
- усиление процессов ороговения;

- исчезновение четкости границ очага;
- уплотнение тканей вокруг очага поражения;
- изъязвление очагов поражения;
- возникновение самопроизвольных болей, появление подвижности групп зубов;
- постепенное нарастание симптомов пареза мимических мышц, потеря кожной чувствительности в зоне иннервации подглазного и подбородочного нервов.

Больные предраковыми заболеваниями должны находиться на диспансерном учете у стоматолога, онколога, дерматолога.

Профилактика – это система государственных, гигиенических, медицинских и личных мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждения болезней.

Таким образом, профилактика отражает характер и уровень общественно-экономических, политических и научно-технических условий в стране, уровень гигиенического и профилактического воспитания населения.

Первостепенную роль в профилактике играют медицинские и гигиенические аспекты. Особое значение имеет первичная профилактика заболеваний – система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды. Первичная профилактика призвана охранять ненарушенное здоровье. Она наиболее эффективна в медицинском, социальном и экономическом отношении, поэтому должна занимать ведущее место в охране здоровья.

По направленности первичная профилактика может носить характер этиологической (этиотропной), т.е. направленной на устранение причин заболеваний, и патогенетической – воздействующей на различные звенья развития заболеваний. Таким образом, наличие фундаментальных знаний о причинах и путях развития заболеваний служит необходимой предпосылкой для разработки их первичной профилактики.

Основные методы профилактики стоматологических заболеваний можно подразделить на 3 направления.

- I. Воздействие на макро организм с целью общего оздоровления и управления здоровьем.
- II. Мероприятия, направленные на снижение действия патогенных факторов полости рта.
- III. Усиление резистентности органов полости рта к патогенным воздействиям.

Мероприятия, направленные на снижение действия патогенных факторов полости рта, могут относиться к этиологическим, этиотропным и патогенетическим в зависимости от того, на какое звено развития заболеваний они будут воздействовать.

Этиотропная профилактика направлена на устранение из полости рта структур, содержащих патогенную микрофлору, в частности мягкого зубного налета. Удаление его из полости рта уменьшает степень воздействия микробных клеток на ткани зуба. Определенный эффект приносят также полоскания полости рта как водой, так дезинфицирующими растворами. Таким образом, гигиена полости рта, осуществляемая непосредственно пациентами или медицинским персоналом (профессиональная гигиена), является самым простым, доступным и эффективным методом этиотропной профилактики стоматологических заболеваний.

Патогенетическая профилактика может заключаться в воздействии на слюнные железы – увеличении тока слюны, улучшении самоочищения полости рта, повышение антителообразования и защитных факторов в слюне, что увеличивает резистентность органов полости рта к основным стоматологическим заболеваниям.

От реакции слюны, скорости ее тока, количества вязкости, состава зависят также течение таких процессов, как самоочищение полости рта, ретенция в ней остатков пищи, увлажнение слизистой оболочки, разжевывание и проглатывание пищи, формирование пищевого комка, начальная фаза переваривания пищи.

Защитная роль слюны заключается в поддержании гомеостаза в полости рта и реализуется благодаря:

- минерализующей способности;
- смазывающей и увлажняющей функции;
- защитным механизмом, реализуемым благодаря содержанию в слюне антимикробных факторов (лизоцим, комплемент, пероксидаза, ДНКаза, РНКаза и др.), фактором свертывания крови, набору антител, системы «эластазы и ее ингибиторов» и др.;
- процессам самоочищения полости рта за счет тока слюны, образования пищевого комка, движения мышц губ, щек, языка, глотки, проглатывания пищи.

Нарушение гомеостаза во рту связано, таким образом, созданием кислой среды, частым приемом сахара, образованием зубного налета, возникновением сухости полости рта, ослаблением защитных факторов и развитием воспалительных процессов.

Гигиеническое воспитание – это система привития, полезных навыков на основе знания правил здорового образа жизни и убежденности внеобходимости их соблюдения.

В стоматологии гигиеническое воспитание играет очень важную роль, т.к. этиология и патогенез, кариеса зубов в значительной мере обусловлены отрицательными привычками человека, связанными с неправильным потреблением сахара, нарушением самоочищения полости рта, недостаточным уровнем гигиены.

Гигиеническое воспитание включает два направления – санитарно-просветительскую работу, обучение и контроль гигиены полости рта.

Санитарно-просветительская работа ставит цель выработать у населения убеждение в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни на основе

знаний о причинах заболевания, методах их предупреждения и поддержания организма в здоровом состоянии.

Санитарно-просветительской работе предшествует и сопутствует обучение гигиене полости рта, фундаментом которого она является. Только от человека убежденного в необходимости поддержания гигиены полости рта, можно ожидать неуклонного и постоянного выполнения всех ее требований.

Санитарно-просветительская работа складывается из двух направлений – пропаганды медицинских знаний о здоровом образе жизни, путях и методах сохранения здоровья и агитация населения в необходимости соблюдения правил и методов здорового образа жизни и профилактики болезней.

Целью санпросвет работы является восстановление у человека правильных убеждений, направленных на сохранение и поддержание своего здоровья, профилактику заболеваний. Без убеждений не возможны эффективная профилактическая работа и формирование здорового образа жизни как конечная цель профилактики.

Успех санитарно-просветительской работы во многом определяется знанием психологии аудитории, а формы и методы зависят от конкретных коллективов.

Существуют активные и пассивные формы. Активные включают проведение бесед, выступлений, лекций, докладов. К пассивным формам относятся издание научно-популярной литературы, статей, листовок, памяток, плакатов, санпросвет бюллетеней, проведение выставок, показ кинофильмов и др. между этими формами имеется тесная взаимосвязь.

Преимущество активных форм работы заключается в непосредственной взаимосвязи агитаторов с населением, что обеспечивает наибольший эффект воздействия работы. В свою очередь, пассивные методы работы не требуют присутствия медицинского работника, воздействуют большее время и на ограниченную аудиторию. Недостаток ее состоит в отсутствии обратной связи между агитаторами и агитируемыми. Однако повышение качества пропаганды позволяет усилить эффект пассивных форм санпросвет работы.

По широте воздействия на аудиторию санпросвет работа может быть массовой, коллективной и индивидуальной.

Любому виду профилактической работы должна предшествовать санитарно-просветительская деятельность врача или другого медицинского работника. Ее задача – привить населению знания о здоровом образе жизни, причинах заболеваний и сформировать убеждения в необходимости проведения профилактических мероприятий, предотвращающих возникновение заболеваний.

#### **IV. Контрольные вопросы.**

1. Профилактика лейкоплакии.
2. Профилактика кандидоза.
3. Профилактика вирусных заболеваний СОПР.
4. Профилактика СПИДа.
5. Основные методы профилактики стоматологических заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА

### Основная

1. *Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н.* Терапевтическая стоматология. – М.: Медицина, 1998.
2. *Боровский Е.В.* Терапевтическая стоматология. – М.: «Медицинское информационное агенство», 2011.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта. *Лукиных.* Нижний Новгород, 2000 г.
4. Стоматологические заболевания и их профилактика. *Муравьянникова Ж.Г.* Ростов на Дону. 2007 г. Издательство «Феникс».
5. *Барер Г. М.* Терапевтическая стоматология – Москва 2005.
6. Клиника, диагностика и лечение заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. *Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М.* Москва, 2008 г. Издательство «Стоматология».

### Дополнительная

1. *Максимовский Ю.М.* Неотложные состояния в практике врача-стоматолога. Клиническое руководство для врачей. – М., 2000.
2. *Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф.* Атлас заболеваний слизистой оболочки рта.- М., Медицина, 1991.
3. Лекарственные средства в стоматологии / *Л.Н.Максимовская, П.И.Рощина.* – М.: Медицина, 2000.