

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
"Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова"
(ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета

ДЕРМАТОЗЫ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Учебное пособие

Москва
2017

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
"Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова"
(ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра дерматовенерологии педиатрического факультета

ДЕРМАТОЗЫ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Учебное пособие

Под редакцией Короткого Н.Г., Уджуху В.Ю.

*Утверждено ЦКМС
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России*

Москва
2017

УДК 616.5-002 (075.8)
ББК 55.8я73
У28

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Составители:

Уджуху В.Ю., Шарова Н.М., Тихомиров А.А., Короткий В.Н.,
Кубылинский А.А., Шемшук М.И., Сучкова Т.Н., Кукало С.В.,
Наринская Н.М., Кучерявая И.О.

Рецензенты:

Хамагарова И.В. — докт. мед. наук профессор кафедры кожных болезней и косметологии факультета усовершенствования врачей ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Ломоносова К.М. — докт. мед. наук профессор кафедры кожных и венерических болезней ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

У28 **Дерматозы с поражением слизистой оболочки ротовой полости:**
учебное пособие / Под ред. Н.Г. Короткого, В.Ю. Уджуху. – М.: ФГБОУ
ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, 2017. – 76 с.

ISBN 978-5-88458-343-6

Учебное пособие содержит основные сведения о механизмах развития дерматозов различного генеза, в патологический процесс которых, помимо кожи, вовлекаются и слизистые оболочки.

Учебное пособие предназначено для обучающихся по программам специалитета 4-го курса по специальностям "Педиатрия" и "Стоматология" при освоении дисциплины "Дерматовенерология", раздел "Кожные и венерические болезни с поражением слизистой оболочки полости рта".

ISBN 978-5-88458-343-6

© Составители, 2017
© ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| СТРОЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА | 5 |
| ИСТИННАЯ (АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ) ПУЗЫРЧАТКА | 14 |
| КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ | 27 |
| СИНДРОМ СТИВЕНСА—ДЖОНСОНА И СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА | 35 |
| ПРОСТОЙ ГЕРПЕС СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ РТА ... | 44 |
| КАНДИДОЗ | 57 |
| СИФИЛИС | 66 |

Кожные и венерические болезни отличаются значительной распространенностью, чрезвычайным разнообразием, нередко хронически рецидивирующим тяжелым течением, что определяет их как одну из наиболее значимых проблем современной медицины. Нередко при дерматозах различного генеза в патологический процесс, помимо кожи, вовлекаются и слизистые оболочки, что приводит к диагностическим ошибкам.

В этом учебном пособии изложены основные сведения о механизмах развития таких дерматозов, даны описания их клинической картины и дифференциальной диагностики, приведены данные об общих подходах к терапии.

Учебное пособие предназначено для обучающихся по программам специалитета 4-го курса по специальностям "Педиатрия" и "Стоматология" при освоении дисциплины "Дерматовенерология", раздел "Кожные и венерические болезни с поражением слизистой оболочки полости рта" и призвано облегчить освоение указанной дисциплины. Пособие может представлять интерес также и для практикующих врачей различных специальностей, включая стоматологов.

СТРОЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Полостью рта является пространство, спереди ограниченное губами и зубами, сбоку — поверхностью щек, сзади — языкоглоточным кольцом, снизу — языком и подъязычным пространством, сверху — твердым и мягким небом. Полость рта сообщается через ротовое отверстие и нос с внешней средой, через глотку и пищевод с легкими, полостью уха, желудком и пищеводом. Таким образом, полость рта является уникальным для организма человека образованием, которое одновременно граничит с внешней и внутренней средой организма, при этом с помощью физиологических механизмов и целесообразных движений оно способно себя ограничить как от внешней, так и от внутренней среды организма человека.

Важной особенностью также является слизистая оболочка, выстилающая полость рта (СОПР). Она устойчива к воздействию физических, термических и химических раздражителей, к проникновению инфекции, при этом обладает высокой регенераторной способностью. Эти свойства обусловлены ее топографо-анатомическим расположением, окружающей средой и морфофункциональными особенностями.

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

Многослойный плоский эпителий обращен в ротовую полость и вследствие слущивания поверхностных слоев клеток подвергается постоянному обновлению. В некоторых участках поверхностные эпителиальные клетки ороговевают, эта степень на различных участках слизистой не одинакова. Наиболее выражено ороговение эпителия на тех участках слизистой, которые подвергаются наибольшему механическому, химическому и термическому воздействию. Это является подтверждением защитно-приспособительного характера

данного процесса, который особенно ярко выражен на твердом небе, спинке языка и деснах. Роговой слой здесь представлен несколькими рядами полностью ороговевших и лишенных ядер клеток.

Известно, что 60% поверхности десны склонно к ороговению, а на остальной поверхности наблюдаются явления, сходные с паракератозом: клетки рогового слоя ороговевают не полностью, сохраняя при этом ядра. К роговому слою примыкает зернистый слой, состоящий из вытянутых клеток, содержащих в своей цитоплазме зерна кератогиалина. На остальных участках СОПР в норме ороговения не наблюдается, и поверхностный слой эпителия представлен уплотненными клетками шиповатого слоя — слоем плоских клеток. Под ним и под зернистым слоем, с наиболее выраженными процессами ороговения, находится слой шиповатых клеток. Клетки шиповатого слоя имеют полигональную форму и располагаются в несколько рядов. Самым глубоким слоем эпителия является базальный, который образован располагающимися в один ряд клетками цилиндрической или кубической формы.

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

Собственная пластинка состоит из соединительной ткани, представленной *основным веществом*, волокнистыми структурами и клеточными элементами. Основное вещество состоит из гликозаминогликанов (гиалуроновая кислота, хондроитинсульфаты). Для нормального состояния соединительной ткани важное значение имеет субстрат-ферментная система: гиалуроновая кислота—гиалуронидаза. При увеличении гиалуронидазы происходит деполимеризация гиалуроновой кислоты, что обуславливает большую проницаемость соединительной ткани, особенно стенок сосудов.

Клеточные элементы представлены в основном фибробластами, фиброцитами, оседлыми макрофагоцитами, плазмоцитами и тканевыми базофилами (тучные клетки). Основной клеточной формой соединительной ткани собственной пластинки являются фибробласты-продуценты про коллаген. Оседлые макрофагоциты выполняют защитную функцию, участвуя в воспалительных и иммунных реакциях. Тканевые базофилы обеспечивают постоянство состава соединительной ткани, ее проницаемость, выделяют биологически активные вещества гепарин, гистамин.

Волокнистые структуры представлены коллагеновыми и ретикулярными (аргирофильными) волокнами. Толщина пучков коллагеновых волокон и плотность их расположения варьируют. Наиболее плотно пучки коллагеновых волокон расположены в участках слизистой оболочки, подверженных наибольшему механическому воздействию. Аргиофильные волокна образуют подэпителиальную мембрану, в виде сплошной сетки залегают между коллагеновыми волокнами и вокруг сосудов.

Собственная пластинка образует многочисленные выступы (сосочки), внедряющиеся на различную глубину в эпителий. С другой стороны, выросты эпителия заполняют пространство между соединительнотканными сосочками. Такое взаимоотношение увеличивает площадь соприкосновения, что способствует более плотному их соединению, облегчая обмен веществ. В собственной пластинке залегают сосуды и нервы.

Собственная пластинка без резких границ переходит в подслизистую основу, которая состоит из рыхлой соединительной ткани, жировой ткани, слизистых и слюнных желез. Подслизистая основа отсутствует в слизистой оболочке языка, десен и частично неба, но хорошо выражена в области дна полости рта, переходных складок губ и щек. Подвижность СОПР зависит от толщины подслизистой основы.

В силу функциональных особенностей различных отделов слизистой оболочки рта имеются различия в структуре отдельных ее участков.

Губы состоят из мышечного слоя, снаружи покрытого кожей, а со стороны преддверия полости рта — слизистой оболочкой. Между кожей и слизистой оболочкой имеется *красная кайма*, в которой различают наружную и внутреннюю зоны. Многослойный плоский эпителий наружной зоны красной каймы губ ороговевает. Орогование сопровождается образованием элеидина — промежуточного продукта превращения кератогиалина в кератин. Элеидин содержится в блестящем слое. На поверхности эпителия, особенно в области углов рта, открываются протоки сальных желез. Эпителий внутренней (сосочковой) зоны переходного отдела губы в 3–4 раза толще, чем в наружной зоне, в основном за счет утолщения шиповатого слоя. Сальные железы отсутствуют. Соединительнотканые сосочки очень высокие, в них находятся многочисленные капилляры и нервные окончания. Иногда, в области красной каймы, встречаются

слизистые губные железы, выводные протоки которых выходят на ее поверхность. Красная кайма переходит в слизистую оболочку. Эпителий слизистой оболочки губы не ороговевает. Соединительнотканые сосочки собственной пластинки менее выражены, чем в переходном отделе.

Слизистая оболочка щек покрыта многослойным плоским неороговевающим эпителием. Соединительнотканые сосочки умеренно выражены. В подслизистой основе расположены мелкие слюнные и сальные железы, а также скопления жировых клеток.

Десна — это слизистая оболочка, покрывающая альвеолярные отростки верхней и нижней челюстей. Вокруг каждого зуба имеется десневая борозда в виде щелевидного пространства между поверхностью зуба и прилежащей к ней десны. Эпителий десны имеет неравномерную толщину. Различают три участка эпителия: ротовой (оральный), выступающий десну снаружи, бороздковый (сулькулярный) и соединительный эпителий (эпителиальное прикрепление). Оральный эпителий ороговевает. Бороздковый и соединительный эпителий лишены рогового слоя; слой шиповатых клеток тонкий, эпителиальные сосочки не выражены. Подслизистая основа в десне отсутствует.

Слизистая оболочка твердого неба покрыта многослойным плоским ороговевающим эпителием. В участке небного шва и в зоне перехода в десну подслизистая основа отсутствует, собственная пластинка плотно сращена с надкостницей. В других отделах твердого неба его слизистая оболочка имеет подслизистую основу. В переднем отделе твердого неба, в подслизистой основе, находится скопление жировой ткани, а в заднем отделе — слизистые железы. Характерной особенностью слизистой оболочки небного шва и зоны перехода в десны является наличие в собственной пластинке мощных пучков коллагеновых волокон, переплетающихся между собой и вплетающихся в надкостницу.

Слизистая оболочка дна полости рта, переходных складок губ и щек, покрыта неороговевающим эпителием. Сосочки собственной пластинки невысокие. Хорошо выражена подслизистая основа, что обеспечивает свободные движения языка, губ и щек.

Язык — это мышечный орган, который покрыт слизистой оболочкой. Рельеф ее разный на боковых и нижней поверхностях и спинке языка. Слизистая оболочка нижней поверхности языка — это многослойный плоский неороговевающий эпителий. Собственная

пластинка с одной стороны прилежит к мышцам, с другой — вдаётся в эпителий, образуя короткие сосочки. Слизистая оболочка верхней и боковых поверхностей языка образует выступы-сосочки языка. Существует 4 вида сосочков: нитевидные, грибовидные, листовидные и желобоватые.

Нитевидные сосочки — самые многочисленные, располагаются по всей поверхности спинки языка, имеют конусообразную форму. Эпителий области вершин нитевидных сосочков ороговевает и постоянно слущивается. При нарушении функции органов пищеварения, при некоторых инфекционных заболеваниях отторжение поверхностного слоя эпителия замедляется и эпителиальные клетки, накапливаясь на вершинах сосочков, образуют роговые пласты (“обложенный” язык).

Грибовидные сосочки немногочисленны и располагаются на спинке языка среди нитевидных сосочков. Наибольшее их количество сосредоточено по краям и на кончике языка. Они более крупные, чем нитевидные, имеют форму гриба с узким основанием и широкой вершиной, покрытой тонким слоем неороговевающего эпителия, что придает им вид красных точек. В толще их эпителия заложены вкусовые почки.

Листовидные сосочки хорошо развиты только у детей. Они располагаются двумя группами по бокам языка. Каждая группа включает 4–8 параллельно расположенных сосочков, разделенных узкими глубокими бороздками. В эпителии боковых поверхностей сосочка заключены вкусовые почки. В промежутки, разделяющие сосочки, открываются выводные протоки слюнных желез, концевые отделы которых заложены между мышцами языка.

Желобоватые сосочки расположены вдоль пограничной линии, между телом языка и его корнем в виде римской цифры “V”. Они имеют узкое основание и широкую уплощенную свободную часть. Вокруг сосочка располагается узкая глубокая щель-желобок, которая отделяет сосочек от валика — утолщение слизистой оболочки — окружающего сосочек. В эпителии боковых поверхностей сосочка и валика расположены вкусовые почки. В желобок открываются выводные протоки слюнных желез, концевые отделы которых заложены в рыхлой соединительной ткани основания сосочка.

За слепым отверстием языка сосочки отсутствуют. В рыхлой соединительной ткани собственной пластинки находится скопление лимфоидной ткани, образующее язычную миндалину.

Гистохимическими методами установлено, что эпителий полости рта способен накапливать гликоген. Больше всего гликогена содержится в эпителии слизистой оболочке щек, мягкого неба, дна полости рта. В эпителии десен и твердого неба есть лишь следы гликогена. Следовательно, он накапливается в тех участках слизистой, где эпителий не ороговеет. Эта закономерность сохраняется и при патологии. При воспалении процессы ороговения нарушаются, и отмечается повышение содержания гликогена. Очевидно, в ороговеющем эпителии гликоген является источником энергии или пластическим материалом для синтеза кератина.

Межклеточные промежутки заполнены гликозаминогликанами, которые являются цементирующим веществом для клеток эпителия и выполняют защитную функцию при воздействии бактерий и их токсинов. Содержание большого количества нуклеиновых кислот в клетках базального слоя указывает на высокий уровень обменных процессов, в частности, белкового обмена, являющегося основой высокой митотической активности клеток и регенерации.

В клетках базального слоя отмечена высокая активность окислительно-восстановительного фермента сукцинатдегидрогеназы — важного фермента цикла Кребса. В клетках шиповатого слоя наиболее высока активность лактатдегидрогеназы — фермента, связанного с гликолизом.

Перечень вопросов для самостоятельной подготовки

1. Каким эпителием выстлана СОПР?
2. Где отсутствует подслизистая основа СОПР?
3. Перечислите слои эпителия, выстилающего СОПР.
4. Назовите основные функции СОПР.
5. Какие железы производят слюну?
6. Перечислите особенности строения СОПР у детей.
7. Какое строение слизистой оболочки языка?
8. Какие возрастные изменения происходят с СОПР?
9. Какая иннервация, кровоснабжение и лимфоотток характерны для СОПР?
10. Расскажите строение слизистой оболочки губ.

Тестовый контроль

1. Какой слой отсутствует в многослойном плоском эпителии слизистой оболочки?

- а) роговой,
 - б) блестящий,
 - в) зернистый,
 - г) шиповатый,
 - д) базальный.
2. Возрастные изменения СОПР характеризуется всеми жалобами, кроме:
- а) истончение,
 - б) “больше сохнет”,
 - в) “меньше сохнет”,
 - г) становится мягче,
 - д) жалобы на нарушение вкуса.
3. Морфологическая дифференцировка СОПР у детей начинается в:
- а) 10–11 лет,
 - б) 1–2 месяца,
 - в) 5–6 лет,
 - г) 1–3 года,
 - д) к рождению уже сформирована.
4. На какие участки делиться твердое небо:
- а) жировой, железистый, участок небного шва и краевой,
 - б) передний, задний, боковой, нижний,
 - в) краевой, задний, железистый, передний,
 - г) верхний, нижний, правый, левый,
 - д) жировой, краевой, верхний нижний.
5. СОПР не выполняет функцию:
- а) барьерную,
 - б) иммунную,
 - в) вкусовую,
 - г) образование слюны,
 - д) терморегуляционную.
6. Для строения слизистой оболочки щеки не характерно:
- а) ороговение путем кератоза,
 - б) щека — это мышца,

- в) щека сверху покрыта кожей, а изнутри — слизистой оболочкой,
 - г) ороговение путем паракератоза,
 - д) выделяют 3 части: верхнюю (максиллярную), среднюю (промежуточную) и нижнюю (мандибуллярную).
7. Паракератоз — это:
- а) нарушение межклеточных связей в шиповатом слое эпидермиса,
 - б) выраженный отек эпидермиса с исчезновением десмосом шиповатого слоя,
 - в) нарушение процесса кератинизации с появлением клеток, содержащих ядра, в роговом слое эпидермиса,
 - г) утолщение эпидермиса за счет увеличения числа рядов клеток шиповатого слоя,
 - д) разрастание зернистого слоя.
8. Слюну производят все железы, кроме:
- а) околоушных желез,
 - б) нижнечелюстных желез,
 - в) подъязычных желез,
 - г) малых слюнных желез,
 - д) щитовидной железы.
9. Подслизистая основа отсутствует в области:
- а) твердого неба,
 - б) десен, в переднем отделе твердого неба, на дорсальной поверхности языка,
 - в) нижней поверхности языка,
 - г) десен,
 - д) мягкого неба.
10. Функции сосочков на языке:
- а) нитевидных сосочков — механическая, а грибовидных, листовидных и желобоватых сосочков — вкусовая,
 - б) грибовидных — терморегуляционная,
 - в) желобоватых — обменная,
 - г) нитевидных — вкусовая,
 - д) листовидных — механическая.

Ответы

| | |
|--------|---------|
| 1 — б, | 6 — а, |
| 2 — в, | 7 — в, |
| 3 — г, | 8 — д, |
| 4 — а, | 9 — б, |
| 5 — д, | 10 — а. |

Список рекомендуемой литературы

1. *Боровский Е.В., Леонтьев В.К.* Биология полости рта. М., 1991.
2. *Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф.Данилевский, В.К.Леонтьев, Д.Ф.Несин, Ж.И.Рахний.* М., 2001.
3. *Олейник И.И.* Микробиология и иммунология полости рта. М., 1991.
4. *Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., Литвиненко Л.М.* Атлас анатомии для стоматологов. М., 2009.
5. *Виноградова Т.Ф.* Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей. М., 2007.
6. *Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение / К.Борк, В.Бургдорф, Н.Хеде.* М., 2011.

ИСТИННАЯ (АКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ) ПУЗЫРЧАТКА

Истинная (акантолитическая) пузырчатка (*pemngus vulgaris*) — это тяжелое заболевание, сущность которого состоит в акантолизе клеток мальпигиева слоя эпидермиса и слизистых оболочек, что приводит к образованию на невоспаленной коже и слизистых оболочках внутриэпителиальных или внутриэпидермальных пузырей.

Пузырчатка встречается у лиц обоих полов, преимущественно в возрасте 40–60 лет. Частота заболеваемости 1:10 000 больных различными дерматозами. Дети болеют очень редко.

Этиология пузырчатки до сих пор не установлена. Существует ряд теорий вирусного, бактериального, эндокринного, неврогенного, энзимного, токсического, наследственного происхождения, а также “теория задержки солей”. Наиболее распространена на сегодняшний день теория аутоиммунного генеза пузырчатки. Без адекватного лечения заболевание имеет злокачественное прогрессирующее течение и нередко приводит к летальному исходу.

Различают 4 клинические разновидности (формы) истинной пузырчатки:

- вульгарную (обыкновенную);
- вегетирующую;
- листовидную;
- эритематозную (себорейную).

Деление истинной пузырчатки на различные клинические формы условно, так как клиническая картина одной разновидности может напоминать картину другой, возможен также переход одной формы в другую. Вульгарная и вегетирующая формы встречаются чаще у женщин, тогда как листовидная и себорейная — одинаково часто у лиц обоих полов, независимо от профессии и места проживания. СОПР поражается при всех формах пузырчатки, за исключением листовидной.

Течение **истинной пузырчатки** характеризуется стадийностью — периоды обострений чередуются с ремиссиями, которые редко возникают спонтанно, чаще — в результате комплексного лечения, включающего системные кортикостероидные препараты.

Первая фаза истинной пузырчатки — начальная — характеризуется появлением на СОПР, локализованных одиночных или

множественных небольших эрозий, которые быстро эпителизируются. Симптом Никольского положительный, но может и не проявиться. Общее самочувствие больных удовлетворительное. Начальная фаза существует от нескольких дней до многих недель (и даже лет), пока не наступит генерализация заболевания (обострение).

Вторая фаза — обострение — характеризуется появлением более крупных и более множественных эрозий, которые часто сливаются между собой. Пораженные участки имеют обширную, напоминающую обваренную кипятком, эрозивную поверхность ярко-красного цвета или с синюшным оттенком, покрытую, как правило, фибринозным серовато-белым налетом. СОПР вокруг этих эрозий не изменена. Самочувствие больных ухудшается: снижается аппетит, появляются бессонница, лихорадка, явления интоксикации, поносы, присоединяется пневмония, которая еще более отягощает состояние больного. Вторая фаза может разрешиться двояко: переходом в третью фазу — преимущественной эпителизации, когда наступает ремиссия продолжительностью от нескольких дней до нескольких месяцев, или же прогрессирующим развитием болезненных явлений, даже, несмотря на современные методы лечения, вплоть до кахексии.

В третьей фазе — преимущественной эпителизации — прекращается появление свежих буллезных элементов, а эрозии быстро эпителизируются. Общее самочувствие больных улучшается, и клинические проявления могут полностью исчезнуть. Однако вскоре наступает ухудшение клинического течения, и фаза эпителизации постепенно переходит в фазу обострения.

Вульгарная пузырьчатка характеризуется мономорфизмом высыпаний, появлением интраэпидермальных пузырей различных размеров с тонкой вялой покрывкой и серозным содержимым, возникающих на видимо неизменной коже и/или слизистых оболочках полости рта, носа, носо- и ротоглотки, красной кайме губ, гениталий. При этой форме пузырьчатки СОПР поражаются у 75% больных, и долгое время могут быть единственным проявлением заболевания. Наиболее часто поражения локализируются на мягком небе, ретромолярном участке щек, на дне полости рта, губах, деснах (десквамативный гингивит) и глотке.

Заболевание начинается внезапно. Пузыри в полости рта имеют тончайшую покрывку, образованную верхней частью шиповатого слоя эпителия, моментально вскрываются с образованием круглых

или овальных болезненных эрозий ярко-красного цвета (“голые” эрозии) на неизменной слизистой оболочке с обрывками эпителия, при потягивании за которые легко вызывается симптом Никольского. Вследствие этого их появление часто бывает незамеченным. Однако образование эрозий на СОПР может происходить и по-другому — в очаге поражения эпителий мутнеет, подвергается мацерации и легко отслаивается. В центре образуется эрозия, которая распространяется на периферию. Эрозии застойно-красного цвета, чистые или покрытые легким фибринозным налетом, болезненны. Обширные эрозии резко ухудшают общее состояние больных. Пациентов беспокоят боли при приеме пищи, разговоре, при глотании слюны. Характерный признак — гиперсаливация и специфический запах изо рта. Патологический процесс часто распространяется на губы и кожу подбородка. Нередко вульгарная пузырчатка начинается с поражения гортани, которое долго остается нераспознанным. Эрозии инфицируются микрофлорой полости рта, поэтому процесс протекает тяжелее в не санированной полости рта. Присоединение кокковой флоры, особенно фузоспирохетозной инфекции, отягощает состояние больного.

Во временном интервале от 3–6 месяцев до года патологический процесс приобретает более распространенный характер, вовлекая обширные участки кожного покрова. Образуются пузыри округлой формы — от 2–3 до 40 мм и более в диаметре. Вначале пузыри наполнены прозрачной жидкостью, которая через 1–2 дня приобретает желтоватый (лимонный) оттенок, а потом мутнеет. В первые часы после своего образования пузыри более-менее упруги, а потом под тяжестью экссудата теряют упругость и приобретают грушевидную форму, вскрываясь и оголяя эрозивную поверхность с обрывками верхних слоев эпителия (покрышки пузыря) по периферии. Некоторые пузыри на коже могут ссыхаться в корки. При вульгарной пузырчатке эрозии ярко-розового цвета с блестящей влажной поверхностью. Особенность эрозий — тенденция к периферическому росту. При этом возможна генерализация кожного процесса с формированием обширных очагов поражения. Наблюдаются ухудшение общего состояния, присоединение вторичной инфекции, развитие интоксикации и при отсутствии лечения возможен смертельный исход. Симптом Никольского (отделение слоев эпидермиса, лежащих над базальным слоем, при незначительном механическом воздействии вследствие исчезновения десмосом в

результате акантолиза) может быть положительным как в очаге, так и вблизи его, и даже на видимо здоровой коже вдали от очага поражения. Симптом Никольского может проявляться в трех вариантах:

1. Если потянуть обрывок покрывки пузыря, происходит отслаивание верхних слоев эпителия и на видимо здоровой СОПР или на коже.
2. Потирание здоровой на вид кожи или СОПР, а также поскабливание тупым инструментом между участками с пузырями и эрозиями приводит к отторжению поверхностных слоев эпидермиса (или эпителия) в этом месте, образуется сплошной пузырь или эрозия (симптом Асбо—Ганзена, “груши”).
3. При потирании абсолютно здоровых на вид участков кожи или СОПР, расположенных далеко от очагов поражения и на которых никогда не было пузырных высыпаний, тоже проявляется легкой травматизацией верхних слоев.

Вегетирующая пузырчатка долгие годы может протекать доброкачественно, имея ограниченные очаги поражения при удовлетворительном состоянии больного.

Очень часто первые признаки этой формы пузырчатки обнаруживаются в полости рта, причем поражаются преимущественно слизистая оболочка щек, расположенная ближе к углам рта, языка и неба. Кроме того, пузыри возникают вокруг естественных отверстий (рта, носа, гениталий и др.) и в области кожных складок (подмышечных, паховых, заушных, под молочными железами). Пузыри, как правило, более мелкие, чем при вульгарной пузырчатке. После вскрытия их покрывок, что часто остается незамеченным, образуются эрозии, покрытые грязно-серым налетом. Дно эрозий уже с самого начала выглядит неровным из-за быстрого образования разрастаний (вегетаций), которые легко кровоточат. Мягкие, сочные вегетации значительно возвышаются над непораженными участками, достигая высоты 1–2 см, покрыты серозным и/или гнойным налетом с наличием пустул по периферии. Очаги легко сливаются между собой. Обильные выделения с поверхности очагов быстро разлагаются, что сопровождается чрезвычайно неприятным запахом. По периферии образуются новые пузыри. Симптом Никольского положительный только в непосредственной близости к очагам поражения.

При благоприятном течении заболевания вегетации уменьшаются, выделение экссудата приостанавливается и наступает эпителизация,

а затем на местах предшествующих высыпаний — пятна вторичной гиперпигментации темно-коричневого цвета. В терминальной стадии кожный процесс очень напоминает вульгарную пузырчатку.

Листовидная пузырчатка начинается внезапно, на фоне удолветворительного общего состояния больного. Пузыри располагаются более поверхностно, покрышки их легко разрушаются и экссудат подсыхает, образуя тонкие корочки, которые напоминают пластинки или шары слоеного теста. Сливаясь, пузыри образуют почти сплошные эрозивные поверхности, напоминающие ожог кожи. Отслоенные слои эпидермиса могут оставаться на своем месте, а снизу под ними продолжают образовываться все новые и новые пузыри. Возможно быстрое распространение высыпаний в виде плоских пузырей, эрозий, сливающихся друг с другом, слоистых корок, чешуек с развитием эксфолиативной эритродермии, ухудшение общего состояния, присоединение вторичной инфекции. Регенерационный потенциал резко снижается или почти полностью отсутствует. Значительно нарушается общее самочувствие. Температура нередко приобретает характер лихорадки. Летальный исход может наступить от сепсиса или кахексии. Симптом Никольского положительный даже на видимо здоровой коже. Не характерно поражение СОПР и других слизистых оболочек.

Себорейная или эритематозная пузырчатка (синдром Семира—Ашера). В отличие от вульгарной пузырчатки, при которой вначале поражаются слизистые оболочки, при себорейной форме процесс чаще начинается на себорейных участках (на коже лица, спины, груди, волосистой части головы). В начале заболевания на лице появляются эритематозные очаги поражения с четкими границами, на поверхности которых имеются корочки различной толщины желтоватого или буровато-коричневого цвета. Пузыри обычно небольших размеров, быстро сосыхаются в корки серовато-желтоватого цвета, при отторжении которых обнажается эрозированная поверхность. Пузыри имеют очень тонкую, дряблую покрышку, которая сохраняется непродолжительное время, поэтому часто пузыри остаются не замеченными. В очагах поражения симптом Никольского положительный.

Заболевание довольно долго (месяцы или годы) может иметь ограниченный характер, затем возможно распространение с поражением новых участков кожного покрова и слизистых оболочек (чаще полости рта). Поражения чаще локализуются на слизистых

оболочках щек, неба, глотки, языка, губ. Особенности клинического течения себорейной пузырчатки на СОПР является то, что типичные пузыри, заполненные серозным или геморрагическим экссудатом, наблюдаются не часто. Это обусловлено особенностями строения СОПР, увлажненностью и легкой травматизацией пузырей. Кроме того, патологический процесс не всегда развивается настолько интенсивно, что образуются пузыри. Иногда возникают своеобразные мембраны белого или “сального” налета, при отторжении которых открывается эрозивная поверхность, по размеру нередко несколько большая, чем сама мембрана. Иногда вся поверхность щеки или неба представляет собой сплошную эрозию, частично оголенную или покрытую фибринозными пленками. Высыпания могут локализоваться на абсолютно неизменной или гиперемизированной и отечной СОПР.

При генерализации процесса данная форма может трансформироваться в вульгарную или листовидную пузырчатку.

Диагноз. Истинная пузырчатка диагностируется на основе анамнеза, клинических проявлений, результатов цитологических, иммунофлюоресцентных и гистологических исследований.

Мономорфизм высыпаний, тонкостенные пузыри, отсутствие воспалительной реакции окружающих тканей, отсутствие ремиссий (или их короткий период), положительный симптом Никольского, значительное нарушение общего состояния больного, вялый процесс эпителизации эрозий являются.

При цитологическом исследовании материала из свежих эрозий или со дна пузыря обнаруживают характерные акантолитические клетки пузырчатки, или клетки Тцанка. Эти эпителиальные клетки, по размеру уступающие обычным клеткам, имеют круглую форму с одним большим или несколькими гиперхромными рыхлыми ядрами с вакуолями и цитоплазмой темно-синего цвета.

При иммунофлюоресцентных исследованиях отмечается отложение IgG в межклеточной субстанции эпидермиса и обнаружение аутоантител в сыворотке крови больных пузырчаткой.

Характерными гистологическими признаками пузырчатки являются акантолиз и отек, исчезновение межклеточных мостиков в нижних рядах шиповатого слоя. Эпителиальные клетки, в основном шиповатого слоя, вследствие акантолиза легко отделяются друг от друга с образованием внутриэпидермальных пузырей. Признаки воспалительной реакции выражены слабо.

Дифференциальная диагностика. Все формы истинной пузырьчатки, и прежде всего вульгарную и вегетирующую (поскольку они часто начинаются с поражения СОПР), следует дифференцировать с целым рядом дерматозов. В первую очередь с доброкачественной неакантолитической пузырьчаткой СОПР, с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, реже — буллезным пемфигоидом, многоформной экссудативной эритемой, красной волчанкой, герпетическим дерматитом Дюринга, простым и опоясывающим лишаем, кандидозом, лекарственной токсидермией, папулезным сифилидом и пемфигоидной формой плоского лишая.

Лечение. Основными средствами лечения пузырьчатки являются кортикостероидные препараты: преднизолон, триамцинолон, дексаметазон.

Начинают его с ударных доз кортикостероидов (50–80 мг преднизолона или 8–10 мг дексаметазона в сутки на протяжении 10–15 дней) и продолжают до тех пор, пока не прекратится появление новых пузырных высыпаний. После этого суточную дозу постепенно снижают на 5 мг каждые 5 дней, доводя до индивидуальной поддерживающей дозы: 10–15 мг преднизолона или 1,0–0,5 мг дексаметазона. Такую поддерживающую дозу больной принимает на протяжении длительного периода времени.

Кроме этого для угнетения аутоиммунных механизмов, наряду с кортикостероидами, назначают метотрексат по 35–50 мг 1 раз в неделю.

Назначают также большие дозы аскорбиновой кислоты (до 1–3 г в сутки); пантотената кальция, витамина В5 (50 мг в сутки), кальция хлорида (до 2–3 г в сутки); параллельно назначают панангин, оротат калия (в обычных дозах); нистатин (по 500 000 ЕД 4–5 раз в сутки в течение 2 недель), ретаболил внутримышечно (1 мл 5% масляного раствора 1 раз в 3–4 недели, курс 8–10 инъекций) или неробол внутрь (по 5 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней каждый месяц), с 3–4-го месяца — тирокальцитонин.

Местное лечение направлено на предупреждение развития вторичной инфекции, на уменьшение боли и стимуляцию эпителизации. С этой целью назначают антисептические (2% водный раствор борной кислоты, 0,5–1% раствор перекиси водорода, 0,06% раствор хлоргексидина), антимикробные (хлорхинальдин, стопангин, растворы лекарственных растений), противокандидозные (клотримазол), анальгетирующие (5% мазь пиромекаина, 2% раствор тримекаина,

2% взвесь анестезина в индифферентном масле, гель “Холисал”, “Камистад”) средства в виде частых полосканий, орошений, аппликаций, аэрозольного распыления.

Для очищения эрозий от налета применяют протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин кристаллический, химопсин) в виде аппликаций свежеприготовленного раствора на эрозивные поверхности в течение 3–5 минут. После этого, с целью стимуляции эпителизации, эрозии обрабатывают винилином, масляным раствором уснината натрия с анестезином, эмульсией сангвиритрина в сочетании с кортикостероидными мазями (0,5% преднизолоновая мазь) или с аэрозольными орошениями растворами кортикостероидных и антибактериальных средств (оксикорт, полькортолон). Выраженное кератопластическое действие оказывает лекарственная смесь (5000 ЕД трасилола+300–500 ЕД гепарина+2,5 мг гидрокортизона+2 мл 1% раствора тримекаина). Также используются адгезивная дентальная паста солкосерил, кароталин, сок каланхоэ.

В период ремиссии обязательна санация полости рта, включающая лечение кариозных зубов, лечение заболеваний пародонта, осложнений кариеса.

Всем больным с пузырчаткой назначают диету с ограничением поваренной соли и количества жидкости. Питание должно быть преимущественно белковым с ограничением жиров и углеводов.

Прогноз заболевания даже при правильном и своевременном лечении остается неблагоприятным.

Перечень вопросов для самостоятельной подготовки

1. Перечислите основные патогенетические теории возникновения истинной пузырчатки.
2. Укажите клинические разновидности (формы) истинной пузырчатки.
3. Какая клиническая форма пузырчатки не поражает СОПР?
4. В каком слое кожи располагается пузырь у больных пузырчаткой?
5. Каким патогистологическим процессом обусловлен положительный симптом Никольского?
6. Укажите варианты получения симптома Никольского.
7. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз пузырчатки?

8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать пузырчатку?
9. Назовите группы лекарственных средств, используемых при системном лечении больных пузырчаткой.
10. Перечислите препараты для местного применения на СОПР у больных пузырчаткой.

Тестовый контроль

1. Первичный морфологический элемент, характерный для вульгарной пузырчатки:
 - а) папула,
 - б) бугорок,
 - в) пузырь,
 - г) узел,
 - д) волдырь.

2. Акантолиз характерен для:
 - а) опоясывающего лишая,
 - б) герпеса,
 - в) дерматита Дюринга,
 - г) истинной пузырчатки,
 - д) витилиго.

3. Место расположения полости пузыря при вульгарной пузырчатке:
 - а) интраэпидермально,
 - б) субэпидермально,
 - в) субкорнеально,
 - г) все верно,
 - д) верно а и в.

4. Укажите наиболее важный клинический диагностический симптом для подтверждения диагноза вульгарной пузырчатки:
 - а) симптом Никольского,
 - б) реакция Манту,
 - в) феномен Кебнера,
 - г) йодная проба,
 - д) все верно.

5. Какое исследование не проводится при дифференциальной диагностике акантолитической пузырчатки с другими буллезными дерматозами:
- а) осмотр с целью выявления пузырей и эрозий на неизмененной коже и слизистых,
 - б) клинический и биохимический анализ крови,
 - в) исследование мазков-отпечатков на акантолитические клетки,
 - г) гистологическое исследование для определения фиксации аутоантител, содержащих IgG,
 - д) определение симптома Никольского.
6. Какие клинические характеристики характерны для истинной пузырчатки:
- а) острое начало,
 - б) мономорфизм высыпаний,
 - в) интраэпителиальные пузыри,
 - г) периферический рост эрозий,
 - д) все ответы верны.
7. Какой из симптомов не характерен для акантолитической пузырчатки:
- а) LE-клетки,
 - б) симптом Никольского,
 - в) симптом Асбо—Ганзена,
 - г) наличие акантолитических клеток,
 - д) поражение слизистых оболочек.
8. Для подтверждения вульгарной пузырчатки применяют методы исследования:
- а) мазки-отпечатки,
 - б) биопсию,
 - в) содержимое пузыря на эозинофилы,
 - г) РИФ на иммуноглобулины,
 - д) верно а, б, г.
9. При какой форме пузырчатки не поражается СОПР:
- а) листовидной,
 - б) себорейной,

- в) вульгарной,
- г) вегетирующей,
- д) все ответы верны.

10. Какие лекарственные препараты дают наилучший терапевтический эффект при лечении больных вульгарной пузырчаткой:

- а) антибиотики,
- б) сульфаниламиды,
- в) иммуномодуляторы,
- г) кортикостероиды,
- д) витамины.

Ответы

- | | |
|--------|---------|
| 1 — в, | 6 — д, |
| 2 — г, | 7 — а, |
| 3 — г, | 8 — г, |
| 4 — а, | 9 — а, |
| 5 — б, | 10 — г. |

Ситуационные задачи

Задача № 1. К дерматологу обратилась женщина 50 лет с жалобами на болезненные язвочки в полости рта, наличие пузырей в подмышечных и пахово-бедренных складках.

Считает себя больной 4 месяца. Первоначально появились болезненные эрозии в полости рта. Обратилась к стоматологу, получила полоскание отварами трав, стоматофитом — без эффекта. Затем появились пузыри на коже подмышечных и пахово-бедренных складок, под молочными железами, по поводу которых обратилась к дерматологу.

Локальный статус: в полости рта на неизменной слизистой оболочке видны болезненные эрозии ярко-красного цвета. На коже подмышечных и пахово-бедренных складок — многочисленные вялые пузыри, наполненные мутноватой серозной жидкостью, обширные эрозии. На фоне эрозированной поверхности имеются папилломатозные разрастания. Симптом Никольского положительный.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.

Задача № 2. Больная 62 лет, жалуется на поражение СОПР, сопровождающееся болезненностью при приеме пищи. Заболевание началось около полугода назад с появлением пузырей на деснах. Постепенно процесс распространился на щеки, а затем — на небо и язык. Больная лечилась у стоматолога по поводу гингивита и стоматита различными полосканиями и смазыванием дезинфицирующими и вяжущими растворами. В связи с отсутствием эффекта была направлена на консультацию к дерматологу, который госпитализировал больную. При осмотре обнаруживаются напряженные и плоские пузыри, а также ярко-красные эрозии, локализующиеся на слизистой оболочке щек, десен, твердого и мягкого неба, боковых поверхностях языка. Надавливание на пузыри пальцем приводит к их увеличению по площади в 3–4 раза (симптом Асбо—Хансена). При потягивании за обрывки эпителия он отслаивается вокруг эрозии на расстояние до 2 см.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные и дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача № 3. В кожный стационар поступила больная 60 лет с жалобами на обильную сыпь. Болеет около трех лет. За это время отмечались периоды обострения и улучшения. В настоящее время сыпь представлена пузырями диаметром от 0,5 см до 3,0 см, локализующимися в области нижней части живота, паховых складках, внутренней поверхности бедер. Пузыри располагаются как на эритематозном фоне, так и на визуально неизменной коже.

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие еще диагностические тесты и лабораторные исследования помогут подтвердить диагноз?
3. Назначьте лечение пациенту.

Задача № 4. Больной А., 62 года, поступил на стационарное лечение с жалобами на распространенные высыпания в полости рта, на красной кайме губ, на коже спины и груди. Субъективные ощущения: незначительный зуд в области высыпаний. При осмотре: на коже спины и груди — пузыри с тонкой, дряблой покрывкой; эрозии ярко-красного цвета, по краю — с обрывками эпидермиса.

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие еще диагностические тесты и лабораторные исследования помогут подтвердить диагноз?
3. Какой вариант симптома Никольского будет при этом заболевании, чем это вызвано?

Список рекомендуемой литературы

1. *Кожные и венерические болезни: учебник* / Под ред. Ю.К.Скрипкина. М., 1979.
2. *Кожные и венерические болезни: учебник* / Под ред. Н.Г.Короткого, Н.М.Шарова. М., 2007.
3. *Терапевтическая стоматология: учебник* / Под ред. Е.В.Боровского. М., 2009.
4. *Терапевтическая стоматология: национальное руководство* / Под ред. Л.А.Дмитриева. М., 2009.
5. *Терапевтическая стоматология. В 3-х ч. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки рта: учебник* / Под ред. Г.М.Барера. М., 2010.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Красный плоский лишай (КПЛ) — иммуноопосредованный дерматоз, который характеризуется поражением кожи, ногтей и слизистых оболочек. Заболевание имеет склонность к рецидивирующему течению, в большинстве случаев возникает в возрасте от 30 до 60 лет. КПЛ может возникать и в детском возрасте. Поражения слизистой оболочки ротовой полости встречаются у 50–70% пациентов с КПЛ и могут быть единственным проявлением в 20–30% случаев. Распространенность орального КПЛ (ОКПЛ) колеблется от 0,5 до 4% от общей численности населения и чаще встречается у женщин.

Причина развития КПЛ, в том числе оральной формы, остается неизвестной. Важная роль в патогенезе принадлежит клеточно-опосредованным реакциям, развивающимся под действием экзогенных или эндогенных факторов. Предполагается, что активированные Т-лимфоциты клеточного инфильтрата синтезируют и экспрессируют провоспалительные цитокины ИЛ-1, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-12, ФНО- α и молекулы межклеточной адгезии ICAM-1, а также клетки Лангерганса и тканевые макрофаги. В результате запускается воспалительная реакция, результатом которой является активное локальное разрастание зернистого слоя эпидермиса. Предполагается, что хроническое течение оральной формы КПЛ может быть связано с недостаточностью механизмов иммуносупрессии с участием трансформирующего фактора роста (TGF β). В процессе изучения механизмов развития КПЛ были обнаружены эозинофилы в клеточном дермальном инфильтрате, что позволило предположить возможность участия лекарственных веществ в воспалительном процессе.

В различных географических районах был обнаружен генетический полиморфизм генов ФНО- α у лиц с поражениями кожи и слизистых оболочек, а также полиморфизм генов ИФН с изолированными оральными формами КПЛ.

Ряд исследований показал, что поражения слизистой оболочки ротовой полости при КПЛ возникают при контакте со стоматологическими восстановительными материалами, особенно содержащими амальгаму.

Остается открытым вопрос об участии психических факторов в патогенезе КПЛ. Приблизительно половина исследователей

утверждают, что стресс, тревога и депрессия могут быть триггерными факторами в появлении КПЛ, особенно кожной формы. Другая часть специалистов утверждает, что умеренные психические расстройства являются следствием поражения кожи и слизистой оболочки ротовой полости при КПЛ.

КПЛ — заболевание мономорфное, характеризуется выраженным зудом и высыпаниями на коже туловища, сгибательной поверхности конечностей, слизистой оболочки ротовой полости. Патологический процесс на коже представлен полигональными папулами красно-фиолетового цвета, при длительном существовании появляется коричневатый оттенок. В центре морфологического элемента выявляется пупковидное вдавление, поверхность папулы гладкая, размеры 2–10 мм. На местах травм, участках давления, трения могут появляться свежие элементы (феномен Кебнера).

“Излюбленная” локализация кожных поражений: сгибательная поверхность предплечий, область лучезапястных суставов, боковые поверхности туловища, нижняя треть спины, внутренняя поверхность бедер, передняя поверхность голеней и область голеностопных суставов. У мужчин высыпания часто появляются на коже мошонки и полового члена. На слизистой оболочке ротовой полости видна белесоватая кружевная сеть или полосы, называемые сеткой Уикхема.

Бородавчатая форма проявляется крупными гипертрофическими папулами синюшно-красноватого цвета с наслоениями на их поверхности. Очаги локализируются на голени.

Кольцевидная форма характеризуется образованием колец с поверхностной атрофией в центре очага.

Для *буллезной* формы характерно появление пузырьков с серозно-геморрагическим содержимым на поверхности типичных папул, располагающихся на коже и слизистых оболочках.

Пигментная форма характеризуется гиперпигментированными пятнами, которые через некоторое время трансформируются в папулы. Элементы часто располагаются на верхних конечностях. У темнокожих лиц пигментация может длительное время сохраняться на СОПР.

Течение плоского лишая хроническое, в $\frac{1}{4}$ случаев заболевание обретает склонность к рецидивам.

Диагноз, в том числе при поражении слизистой оболочки, основывается на характерной клинической картине (табл. 1). При

Таблица 1. Клинические формы КППЛ с поражением слизистой оболочки

| Форма | Доля среди больших КППЛ | Локализация | Клиника | Гистология |
|-----------------------|---------------------------|---|---|--|
| Типичная (папулезная) | 63% | Дистальный отдел щек, ретромолярная область | Плотные папулы беловатого цвета, сливаются, формируют сетку, могут быть похожи на рубцы. СОПР не изменена. На языке — белые круги, на боковой поверхности — волнистые линии. Субъективные ощущения отсутствуют | Гипер- и паракератоз, неравномерный гипергранулез, в подслизистом слое — воспалительный инфильтрат |
| Эрозивная | 15% среди других форм | Ретромолярная область щек, боковые поверхности языка, редко — красная кайма губ | Боль, жжение при употреблении горячий, острой пищи и при жевании. Яркая красная эритема, в очаге скопления папул — эрозия неправильной формы. Процесс подостровоспалительный | Дефект эпителия, в подлежащей ткани — лимфоидно-плазмодигитарный инфильтрат, гипергранулез и гиперкератоз |
| Язвенная | до 4,5% среди других форм | Щеки, язык, линия смыкания зубов | Боль от любых видов раздражителей, усиление саливации, неприятный запах изо рта. Неглубокая язва, дно покрыто некротическими массами. Края язвы неровные, болезненные, вокруг — умеренный инфильтрат | Дефект эпителия и подлежащей соединительной ткани. В окружающей ткани гиперкератоз, гранулез и паракератоз |
| Пемфигоидная | 8,3% | У половины больших сочетается с поражениями кожи. Ретромолярная область и боковые поверхности языка | Ухудшение самочувствия. Папулы белого цвета, окруженные яркой гиперемией. Пузыри размерами от 2 до 15 мм в диаметре и эрозии с обрывками эпителия окружены яркой гиперемией. Содержимое пузырей геморрагическое | Наличие подэпителиальных полостей, соответствующих пузырьям, окруженным крупноклеточным инфильтратом, гипергранулез, паракератоз и акантоз |

атипичных формах внимательный осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, обнаружение типичных папул и локализация высыпных элементов помогают в постановке диагноза. Лечение КПЛ должно быть направлено на облегчение симптомов и уменьшение проявлений дерматоза. Необходимо учитывать остроту воспаления, степень повреждений, распространенность патологического процесса и тяжесть симптомов.

Для достижения эффекта при лечении поражений СОПР необходимо соблюдение правил гигиены полости рта. Зубной камень и зубные бляшки могут стимулировать местное воспаление и усугубить активность заболевания. Наиболее часто используют сильные топические кортикостероиды — растворы для полоскания рта, мази или пасты (2–3 раза в день). Кремы не рекомендуется для использования на СОПР. При поражениях на красной кайме губ следует использовать мази. Системные пероральные и внутривенные кортикостероиды используются исключительно при тяжелых эрозивных формах. Наиболее распространенным побочным эффектом является кандидоз полости рта, который можно предотвратить с помощью профилактического использования местного нистатина.

Топические ингибиторы кальциневрина (ТИК) — такролимус и пимекролимус — оказывают местное иммуносупрессивное действие, являются альтернативой ТГКС при КПЛ полости рта. Иммуносупрессивные методы терапии, метотрексат, азатиоприн возможно использовать в очень тяжелых и резистентных случаях. Пациенты должны периодически наблюдаться в связи с необходимостью постепенного снижения кратности и доз лекарств, а также мониторинга за атрофо-рубцовыми поражениями. Лица с сопутствующей психопатологией, особенно с симптомами депрессии или тревоги, возможно, нуждаются в специализированной помощи.

Перечень вопросов для самостоятельной подготовки

1. Чем характеризуется КПЛ?
2. Какие клинические поражения кожи характерны для КПЛ?
3. Какие особенности поражения слизистой оболочки наиболее часто встречаются?
4. Назовите триггерные факторы при КПЛ.
5. Где наиболее часто локализуются высыпания при КПЛ?
6. Какой первичный элемент при КПЛ?
7. Какова патогистологическая картина КПЛ?

8. Назовите клинические разновидности КПЛ.
9. Какой феномен положителен при КПЛ?
10. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать поражения СОПР при КПЛ?
11. Назовите методы системной терапии КПЛ.

Тестовый контроль

1. Какой симптом характерен для КПЛ:
 - а) Бенье—Мещерского,
 - б) Никольского,
 - в) Ядассона,
 - г) Поспелова,
 - д) Кебнера.

2. Назовите первичный элемент при КПЛ:
 - а) пятно,
 - б) папула,
 - в) бугорок,
 - г) пузырек,
 - д) волдырь.

3. Сетка Уикхема наблюдается при:
 - а) плоском лишае,
 - б) дискоидной красной волчанке,
 - в) центробежной эритеме Биетта,
 - г) псориазе,
 - д) вторичном рецидивном сифилисе.

4. При лечении КПЛ применяются все наружные средства, кроме:
 - а) кортикостероидных мазей,
 - б) болтушки,
 - в) димедроловой мази,
 - г) примочек,
 - д) обкалывания очагов гидрокортизоновой эмульсией.

5. Какой из перечисленных видов лишая не является клинической разновидностью КПЛ:
 - а) бородавчатый,
 - б) зостериформный,

- в) атрофический,
- г) буллезный,
- д) пустулезный.

6. Какова преимущественная локализация КПЛ на коже:

- а) волосистой части головы,
- б) лица,
- в) ладони и подошвы,
- г) сгибательной поверхности конечностей,
- д) крупных складок.

7. Особенностью первичного элемента при КПЛ является все, кроме:

- а) сиреневого цвета,
- б) полигональности,
- в) восковидного блеска,
- г) пупкообразного вдавления,
- д) венчика роста по периферии.

8. Какие медикаментозные средства применяются при лечении поражений слизистой оболочки КПЛ:

- а) нитрофураны,
- б) противовоспалительные анальгетики,
- в) ферменты,
- г) кортикостероиды,
- д) противотуберкулезные препараты.

9. Высыпания на коже в виде полигональных папул синюшно-красного цвета, сильный зуд, поражение слизистых оболочек. Для какого дерматоза характерна эта симптоматика:

- а) псориаза,
- б) КПЛ,
- в) папулезного сифилида,
- г) розовых угрей,
- д) склеродермии.

10. “Излюбленной” локализацией КПЛ на СОПР является:

- а) линия смыкания зубов,
- б) твердое небо,

- в) мягкое небо,
- г) язык,
- д) дно полости рта.

Ответы

- | | |
|--------|---------|
| 1 — д, | 6 — г, |
| 2 — б, | 7 — д, |
| 3 — а, | 8 — г, |
| 4 — г, | 9 — б, |
| 5 — д, | 10 — а. |

Ситуационные задачи

Задача № 1. К врачу обратилась женщина с жалобами на появление мелких полигональных папул на сгибательной поверхности предплечий, сопровождающихся зудом. Заболеванию предшествовали серьезные нервные потрясения.

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие еще клинические признаки могут подтвердить диагноз?
3. Какое лечение можно рекомендовать?

Задача № 2. У девочки 12 лет на слизистой оболочке ротовой полости обнаружены плоские папулы белесоватого цвета. Кроме этого на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов имеются полигональные папулы красно-фиолетового цвета. Высыпания сопровождаются зудом.

1. Какой предположительный диагноз?
2. Какие еще клинические признаки могут подтвердить диагноз?
3. Какое лечение можно рекомендовать?

Задача № 3. Больная, 30 лет обратилась к стоматологу по поводу болезненных высыпаний на слизистой рта. Считает себя больной несколько месяцев. Объективно: на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов четко прослеживается кружевной рисунок, состоящий из отдельных или слившихся папул беловато-перламутрового цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какое лечение можно рекомендовать?

Список рекомендуемой литературы

1. *Короткий Н.Г., Шарова Н.М.* Кожные и венерические болезни. Учебник. М., 2007.
2. *Никол М., Фернандес Д., Лоуренсо С.* Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта // Портал “Дерматологи России”. [URL: <http://www.dermatology.ru/translation/krasnyi-ploskii-lishai-slizistoi-obolochki-polosti-rta>]. (Дата обращения 01.10.2017).
3. *Практическое руководство по детским болезням. Т. 12. Детская дерматовенерология / Под ред. проф. Н.Г.Короткого и проф. Н.М.Шаровой.* М., 2009. С. 200–206.
4. *Учебно-методическое пособие для практических занятий по дерматовенерологии для студентов стоматологического факультета.* Казань, 2008.

СИНДРОМ СТИВЕНСА—ДЖОНСОНА И СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА

Синдром Стивенса—Джонсона (ССД) и токсический эпидермальный некролиз (ТЭН) — варианты единого патологического процесса, характеризующегося возникновением распространенных пузырей на коже в сочетании с эритематозными и геморрагическими пятнами и эрозиями слизистых оболочек, образующимися после вскрытия пузырей. ССД (острый слизисто-кожно-глазной синдром Фукса, дермато-стоматофтальмит Баадера, пемфигоидная многоформная эритема) в настоящее время рассматривается, как тяжелый вариант многоформной экссудативной эритемы с выраженным нарушением общего состояния пациента, поражением кожи, слизистой оболочки рта, глаз, гениталий и внутренних органов. Развитие заболевания связано с воздействием медикаментозных (антибиотики, сульфаниламиды, анальгетики, противотуберкулезные препараты) и нередко алиментарных факторов. Перечисленные факторы развития заболевания вызывают сенсibilизацию организма, выражающуюся аллергической реакцией по немедленному или замедленному типу. При этом образуются циркулирующие иммунные комплексы в сыворотке крови, отложения IgM C3-компонента компонента вдоль базальной мембраны эпидермиса и в поверхностных кровеносных сосудах дермы.

Клинические проявления ССД характеризуются острым развитием, фебрильной лихорадкой, может наблюдаться продромальный период, напоминающий гриппозное состояние (нарушается общее самочувствие, возникает повышенная утомляемость, бессонница, потеря аппетита, возможны артралгии, миалгии). Поражения кожи и слизистых оболочек возникают внезапно. Зуд не характерен. Преимущественно поражаются ладони, подошвы, тыльные поверхности кистей, разгибательные поверхности конечностей. Высыпания могут ограничиваться одной или несколькими областями тела. Часто сыпь генерализованная. Вначале на коже появляются пятна, затем они превращаются в папулы, везикулы и буллы, уртикарные элементы или сливную эритему. Типичное поражение кожи при ССД характеризуется папулой с западением в центре, напоминающим мишень. Мишеневидные поражения кожи — важный признак ССД. Но, в отличие от многоформной эритемы, мишень имеет только две зоны

цвета — центральную и периферическую. По периферии папул возникают пузырьки. Высыпания превращаются в крупные пузыри — буллы, располагающиеся субэпидермально. Вскрываясь, они оставляют дерму обнаженной. Такая кожа предрасположена к инфицированию. Площадь отслойки эпидермиса при ССД не превышает 10% поверхности тела. По тяжести и обширности на первый план выступает эрозивное поражение слизистых оболочек, чаще всего на выходных отверстиях: глаз, полости рта, мочеполовой системы. В течение нескольких часов, иногда 2–3 суток, развиваются поражения слизистых рта. В 100% случаях на отечной и гиперемированной слизистой оболочке полости рта, глотки, языка, миндалин возникают пузыри, после вскрытия которых, образуются эрозии, быстро покрывающиеся серо-белым налетом. Такие же эрозии возникают на красной кайме губ с образованием геморрагических корок. Из-за обильного поражения губ их движение и прикосновение к ним очень болезненны. Вокруг отверстий носа имеются серозно-геморрагические корочки; слизистая полости носа гиперемирована, отечна, носовые ходы сужены, с кровянистыми корками; носовое дыхание затруднено. Веки отечны, гиперемированы, покрыты геморрагическими корочками. Поражение глаз характеризуется тяжелым катаральным и гнойным конъюнктивитом с развитием пузырьков и эрозий, изъязвлений и рубцовых изменений роговицы, увеитом, иридоциклитом, что в конечном итоге может привести к слепоте. В половине случаев при ССД поражаются слизистые оболочки мочеполовой системы в виде эрозивного вульвовагинита или баланопостита. После заживления эрозированных поверхностей у мальчиков возможны стриктуры уретры. У девочек нередко наблюдаются кровотечения из мочевого пузыря. Тяжелые общие явления с лихорадкой продолжаются в течение 2–4 недель. На этом фоне в процесс вовлекаются внутренние органы. Может развиваться пневмония, бронхопневмония, плеврит, миокардит, гломерулонефрит, диарея, средний отит, дистрофия ногтевых пластинок, выпадение волос, стриктуры пищевода; наблюдаются явления общей интоксикации. При благоприятном течении болезни острый период заканчивается восстановлением нормальной структуры кожи. На месте эрозий после эпителизации может наблюдаться усиленная пигментация. В 5–10% случаев заболевание заканчивается летально.

При обследовании больных в общем анализе крови часто наблюдаются лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, эозинофилия,

ускоренное СОЭ. При поражении висцеральных органов в биохимических анализах крови часто выявляются повышение содержания билирубина, мочевины, аминотрансфераз, положительный С-реактивный белок. В протеинограмме выявляется снижение общего белка за счет альбуминов. В общем анализе мочи часто отмечается протеинурия и гематурия.

Лечение пациентов с ССД проводится в стационарных условиях. Необходимо устранить этиологический фактор, назначают парентеральное питание. Применяют антигистаминные препараты внутримышечно. Показано системное лечение высокими дозами кортикостероидов. В тяжелых случаях очень осторожно применяют антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационную терапию (капельно внутривенно — реополиглюкин, гемодез и др.) Местное лечение направлено на ликвидацию воспаления, отечности, ускорение эпителизации эрозий. Роль стоматолога заключается в назначении антисептиков, обезболивающих препаратов, гормональных мазей, средств, ускоряющих эпителизацию. Местно на кожу — дезинфицирующие и подсушивающие средства. Рекомендуются щадящая диета. Показаны консультации окулиста и уролога по поводу конъюнктивита и уретрита. При своевременной и адекватной терапии прогноз благоприятный. Течение болезни заканчивается восстановлением нормальной структуры кожи. На месте эрозий после эпителизации может наблюдаться усиленная пигментация. В 5–10% случаев заболевание имеет летальный исход.

ТЭН (синдром Лайелла) — тяжелое иммуноаллергическое медикаментозно-индуцированное заболевание. ТЭН является редким, острым и угрожающим жизни заболеванием кожи и слизистых оболочек, как правило, связанным с использованием лекарственных препаратов. Согласно последним данным, ТЭН рассматривается как наиболее тяжелая форма среди эпидермолитических неблагоприятных кожных реакций на лекарства.

Основным симптомам ТЭН, как правило, предшествуют неспецифические проявления, такие как лихорадка, жжение в глазах и дискомфорт при глотании, длящиеся от нескольких часов до нескольких дней. Характерно, что кожные повреждения появляются сначала в области грудины, а затем в области лица, ладоней и подошв. Основная жалоба, которую предъявляют пациенты в период манифестации клинических проявлений, это генерализованная боль, ассоциированная с высыпаниями. Заболевание начинается с

интенсивной кожной эритемы, быстро прогрессирующей в течение 1–2 дней до возникновения эпидермолиза. Поражения кожи могут быть представлены болезненными, жгучими эритематозными или кореподобными пятнами, располагающимися вначале изолированно. Они появляются симметрично на лице или груди, затем распространяются по всему телу, сливаясь друг с другом. В течение нескольких часов после возникновения эритемы происходит отслоение эпидермиса. При прикосновении он скользит и сморщивается под пальцами, легко оттягивается, а затем отслаивается, обнажая дерму. Образуются обширные, очень болезненные эрозированные поверхности, через которые протоптевает большое количество жидкости. Некроз эпидермиса с его последующей отслойкой от дермы — патогномоничный признак ТЭН. Площадь отслойки эпидермиса составляет более 30% поверхности тела. Скопление жидкости в зоне отслоившегося эпидермиса приводит к появлению дряблых пузырей. При малейшем надавливании на пузырь его размеры увеличиваются в связи с отслойкой эпидермиса по периферии. Пораженная кожа напоминает термический ожог II степени. Для ТЭН характерен резко положительный симптом Никольского в следующих вариантах:

- при потягивании за обрывок покрывки пузыря эпидермис отслаивается даже на внешне неизменной коже рядом с пузырем;
- при скользком надавливании на кожу эпидермис легко отслаивается от подлежащей поверхности.

Эпидермис отслаивается также при трении пальцем здоровых на вид участков кожи, расположенных как между пузырями или эрозиями, так и вдали от очагов поражения.

В 90% случаев поражаются слизистые оболочки, в основном ротовой полости, гениталий и глаз. В некоторых случаях также могут вовлекаться дыхательная система и желудочно-кишечный тракт. Высыпания представлены эритемой и эрозиями. Поражение глаз встречается часто. Тяжесть состояния пациентов определяется выраженным болевым синдромом, тяжелой интоксикацией, нарушением функции всех органов и систем. Отмечается резкая болезненность не только пораженной, но и здоровой на вид кожи. В связи с обширностью поражения кожного покрова и утратой защитной функции кожи и слизистых оболочек неизбежны инфекционные осложнения. Сепсис — одна из наиболее частых причин летальных исходов. Больные имеют высокий риск развития обезвоживания

из-за большой потери жидкости с эрозивных поверхностей, что приводит к тяжелым расстройствам кровообращения и нарушению функции почек. Вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки пищеварительного тракта сопровождается синдромом мальабсорбции. Клиническую картину ТЭН дополняют неспецифические симптомы: вторичная артериальная гипотензия (вследствие гиповолемии), выраженная тахикардия.

Лечение включает в себя следующий алгоритм действий:

1. Немедленное введение в/в иммуноглобулина. Согласно результатам недавнего мета-анализа, внутривенный иммуноглобулин в дозах ≤ 2 г/кг значительно снижает смертность у пациентов с ТЭН.
2. Установить и отменить все ранее принимаемые препараты.
3. Контроль электролитов, альбумина, жидкости и соответствующее восполнение солевыми и коллоидными растворами.
4. Антигистаминные препараты.
5. Применение системных кортикостероидов (импульсный метод лечения кортикостероидами).
6. Гемосорбция и плазмозферез.
7. Наружное лечение заключается в смазывании очагов поражения водными растворами анилиновых красителей.

Для лечения вовлеченной в патологический процесс СОПР при синдроме Лайелла применяются вяжущие (галаскорбин, таннин), антисептические и обезболивающие средства. При благоприятном течении происходит регенерация эпидермиса, и кожный покров восстанавливается. Для репаративных процессов обычно требуется до трех недель. Некролиз редко рецидивирует на участках, на которых происходит эпителизация. Для восстановления целостности слизистых оболочек необходим больший период времени. Летальность при синдроме Лайелла достигает 30–35%. Наиболее частые причины смерти — сепсис, гиповолемия.

Перечень вопросов для самостоятельной подготовки

1. Назовите первичные морфологические элементы, характеризующие ССД.
2. Что такое реакция немедленного типа?
3. Клинические отличия синдрома Лайелла и ССД.
4. Причины возникновения синдрома Лайелла.
5. Причины развития ССД.

6. Лечение ТЭН и ССД.
7. Прогноз при ТЭН и ССД.
8. Назовите причины возникновения ССД.
9. Назовите места излюбленной локализации высыпаний при ССД.
10. Какие вторичные изменения кожи и слизистых оболочек могут возникать при синдроме Лайелла.

Тестовый контроль

1. Назовите первичные морфологические элементы при ССД:
 - а) пустула,
 - б) везикула,
 - в) лихенизация,
 - г) корка,
 - д) чешуйка.

2. Какое заболевание характеризуется выраженным поражением слизистых рта?
 - а) экзема,
 - б) ТЭН,
 - в) ССД,
 - г) герпетиформный дерматит Дюринга,
 - д) псориаз.

3. Назовите нетипичные клинические признаки синдрома Лайелла:
 - а) отсутствие температуры,
 - б) высокая температура, тяжелое общее состояние,
 - в) эритематозно-буллезная сыпь, геморрагии,
 - г) болезненность кожи при потирании и “сползание” эпидермиса,
 - д) положительный симптом Никольского.

4. Укажите клинические признаки, не характерные для ТЭН (синдром Лайелла):
 - а) молниеносное появление разлитой эритемы,
 - б) положительный симптом Никольского,
 - в) выраженная болезненность как пораженной, так и неизмененной кожи,

- г) положительный симптом “сползания” эпидермиса,
д) положительная проба Бальцера.
5. Какие лекарственные препараты должны быть немедленно назначены больному с тяжелым токсико-аллергическим состоянием (ССД, болезнь Лайелла)?
- а) антибиотики,
б) сульфаниламиды,
в) кортикостероиды,
г) седативные средства,
д) витамины.
6. Симптом Никольского характерен при:
- а) ССД,
б) ТЭН,
в) болезни Дарье,
г) герпетиформном дерматите Дюринга,
д) экземе.
7. Резкая болезненность как пораженной, так и видимо здоровой кожи, характерна при:
- а) красной волчанке,
б) псориазе,
в) ТЭН,
г) экземе,
д) кандидозе.

Ответы

- 1 — б, 5 — в,
2 — в, 6 — б,
3 — а, 7 — в.
4 — д,

Ситуационные задачи

Задача № 1. Больная А., 20 лет, поступила в клинику с жалобами на болезненные эрозивные поражения слизистой полости рта, красной каймы губ, появление сыпи на коже кистей, туловища, на озноб,

температуру 38°C. Считает себя больной в течение 5 дней, когда после празднования юбилея в клубе, где она пила различные коктейли, повысилась температура, на коже кистей появилась обильная сыпь в виде ярко-красных пятен размером до 3 см в диаметре. В центральной части многих элементов появились пузыри. На слизистой рта и красной кайме губ появились пузыри и болезненные эрозии.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача № 2. Больной Ю., 14 лет. Жалуется на недомогание, боль в мышцах и суставах, повышенную температуру тела, болезненные высыпания в полости рта, на красной кайме губ, высыпания на коже рук. В течение 3-х дней ребенок принимал антибиотики по поводу ОРВИ. Объективно: на коже кистей рук и предплечий пятна, синюшно-красные папулы и пузыри с западением в центре. Красная кайма губ отечна, покрыта кровянистыми корками, СОПР гиперемирована, на слизистой оболочке губ, щечной области полости рта до 10 пузырей и эрозий диаметром до 1 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача № 3. Ребенку 11 лет. Жалуется на общее недомогание, головную боль, температуру тела 38°C, резкую болезненность во рту. Заболел внезапно. На следующий день состояние ухудшилось, ребенок стал вялым, отказался от еды, появились высыпания на коже и во рту. Из анамнеза: год назад осенью было отмечено повышение температуры и высыпания на руках в виде пятен с западением в центре. Болеет хроническим тонзиллитом, зубы лечить боится. Объективно: на коже лица, кистей рук, предплечий синюшно-красные пузыри с западением в центре, красные пятна и папулы. Губы отечны, покрыты массивными кровянистыми корками, рот открывает с трудом, на гиперемированной и отечной СОПР обширные эрозии, покрытые фибринозным налетом, геморрагические корки на видимой слизистой носа, конъюнктивы глаз гиперемирована.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Список рекомендуемой литературы

1. *Кожные и венерические болезни: учебник* / Под ред. Ю.К.Скрипкина. М., 1979.
2. *Кожные и венерические болезни: учебник* / Под ред. Н.Г.Короткого, Н.М.Шаровой. М., 2007.
3. *Терапевтическая стоматология: учебник* / Под ред. Е.В.Боровского. М., 2009.
4. *Терапевтическая стоматология: национальное руководство* / Под ред. Л.А.Дмитриевой. М., 2009.
5. *Терапевтическая стоматология в 3-х ч. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки рта: учебник* / Под ред. Г.М.Барера. М., 2010.

ПРОСТОЙ ГЕРПЕС СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ РТА

Герпетическая инфекция является значимой медико-социальной проблемой. Это объясняется высокой распространенностью инфекции в популяции, носителями является около 90% населения. При герпетической инфекции поражаются кожа, слизистые оболочки, внутренние органы, системы органов, определяя таким образом многообразие клинических проявлений заболевания. Высокая способность вирусов изменять свои свойства, приобретать резистентность к терапии, вызывает сложности в диагностике и лечении заболеваний, ассоциированных с герпетической инфекцией.

В настоящее время известны 8 серотипов вирусов семейства *Herpesviridae*, выделенных от человека — вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов (ВПГ-1 и ВПГ-2 соответственно), вирус зостер (ВГЧ-3), вирус Эпштейна—Барра (ВГЧ-4), цитомегаловирус (ВГЧ-5), а также ВГЧ-6, ВГЧ-7, ВГЧ-8.

Среди герпетических вирусов, наиболее часто поражающих СОПР, ведущую роль играют ВПГ-1, ВПГ-2, ВГЧ-3.

Вирус простого герпеса

Этиология. ВПГ хорошо изучен и состоит из следующих компонентов:

1. Нуклеотид (ядро). Представляет собой двухцепочечную ДНК молекулярной массой 84–160 мДа, содержащую около 80 генов; покрыт белковыми структурами.

2. Капсид — белковая оболочка, включает 162 капсомера.

3. Липопротеиновая оболочка — надкапсидная оболочка.

ВПГ-1 и ВПГ-2 различаются по набору белков-антигенов, биологическим свойствам и по преимущественному пути передачи вируса в естественных условиях. Вирус герпеса термостабилен, инактивируется в течение 30 минут при температуре 50–52°C, при температуре 37°C может сохранять свои свойства до 10 часов. При действии низких температур и лиофильном высушивании может сохранять свой инфекционный титр долгие годы. Однако ВПГ быстро разрушается при действии ультрафиолета, рентгеновского излучения, анилиновых красителей, эфиров, спиртов и других органических растворителей.

Источником инфекции является больной человек с острой или латентной инфекцией или вирусоноситель. В период вирусемии ВПГ можно выделить из любой физиологической жидкости, в зависимости от локализации поражения (кровь, моча, слюна, сперма, влагалищный секрет, слезная жидкость и др.). Пути передачи инфекции разнообразны. В основном передача инфекции происходит при прямом контакте с больным человеком или опосредованном контакте (через предметы ухода, посуду, игрушки, медицинские инструменты и пр.). Актуальным путем передачи инфекции является вертикальный путь от матери к плоду, который реализоваться может в виде восходящей инфекции, интранатально во время родов или трансплацентарно. Возможным является парентаральный путь заражения, а также воздушно-капельный.

Патогенез заболевания представлен на рисунках 1 и 2.

Провоцирующими факторами могут быть различные инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания, избыточная инсоляция, радиация, авитаминозы, аллергические заболевания, хирургические вмешательства, косметологические манипуляции, применение глюкокортикостероидов, цитостатиков и пр. Существует две теории, которые объясняют механизмы персистенции вирусной инфекции в организме и возникновение рецидивов.

1. Статическая: вирус герпеса находится в сенсорных ганглиях в непродуктивном состоянии. При появлении провоцирующего фактора, происходит активация вируса, по аксону периферического нерва вирус достигает эпителия, где происходит его репликация.

2. Динамическая: вирус постоянно реплицируется, находясь в сенсорных ганглиях. По аксону периферического нерва попадает в эпителий, где и вызывает клинические проявления заболевания.

ВПГ, попав в организм, не элиминируется. Антитела к вирусу сохраняются в течение всей жизни, однако наличие персистирующих антител не предотвращает появление рецидивов заболевания.

Патогистология. Явления баллонной дистрофии в шиповатом слое эпителия. Изменения в цитоплазме клеток заключаются в вакуольной дегенерации, равномерном скоплении хроматина по периферии ядра, образовании базофильных и эозинофильных включений, образовании гигантских многоядерных клеток в результате amitotического деления. В дерме наблюдается отек сосочкового слоя, расширение сосудов, лимфоцитарная и нейтрофильная инфильтрация.



Рис. 1. Патогенез при первичном инфицировании ВПГ.

Клинические проявления. Течение заболевания зависит от локализации и распространенности инфекционного процесса. По распространенности выделяют: локализованные, распространенные и генерализованные формы инфекции. По тяжести течения: легкую, среднюю и тяжелые формы заболевания, а также разделяют на первичное инфицирование и рецидивирующую герпетическую инфекцию.

Первичное инфицирование обычно происходит у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, когда у ребенка исчезают специфические антитела, полученные от матери.

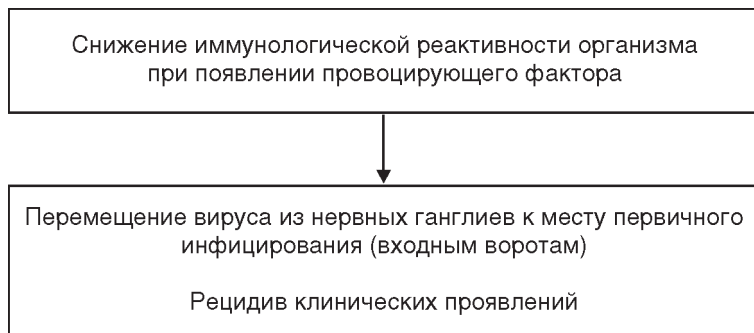


Рис. 2. Патогенез при рецидивирующей ВПГ.

Первичная инфекция протекает, как правило, в субклинической или латентной форме. Лишь у 10% первично инфицированных могут наблюдаться клинические проявления острого инфекционного заболевания, когда на фоне общих симптомов (вялость, слабость, недомогание, повышение температуры тела до фебрильных значений) появляются предвестники специфических клинических проявлений в местах будущих везикулезных высыпаний в виде зуда и жжения.

Острый герпетический гингивостоматит

Инкубационный период в среднем составляет 4–5 дней (от 2 до 9 суток). Затем в продромальном периоде на фоне симптомов интоксикации и повышения температуры тела появляются покраснение слизистых оболочек и болезненные ощущения в полости рта, что соответствует клинической картине катарального стоматита. Далее общие клинические симптомы нарастают. В разгар заболевания СОПР резко отечна и гиперемирована, на этом фоне появляются сгруппированные пузырьки в количестве от 3 и более, размерами 2–3 мм, между собой они могут сливаться, заполненные серозным содержимым. Через 2–3 суток пузырьки вскрываются. На их месте образуются ярко-красного цвета эрозии с неровными краями, покрытые фибринозным налетом (афты). Высыпания могут локализоваться в области губ, щек, языка, дна полости рта, небных дужек, распространяться на слизистую десен. Развивается картина эрозивно-язвенного гингивостоматита. Клинические проявления сопровождаются регионарным лимфаденитом. Резко усиливается саливация, слюна становится вязкой.

Поражение может захватывать и другие области, в патологический процесс могут вовлекаться слизистые оболочки носовой полости, глаз, пищевода, половых органов. Тяжесть заболевания зависит от степени выраженности клинических симптомов и распространенности патологического процесса.

Легкой форме герпетического гингивостоматита соответствуют умеренные воспалительные явления на СОПР, субфебрильная температура до 38°C, 2–5 очагов, сгруппированных везикулезных элементов или афт, высыпания появляются однократно и разрешаются в течение 5 суток.

Средней форме герпетического гингивостоматита соответствуют более выраженные воспалительные явления СОПР, симптомы интоксикации, температура до 38,5°C, головная боль, артралгии. На слизистых — значительное количество очагов поражения, афт в количестве до 20–25. Высыпания могут появляться в 2–3 этапа. Ярко выражен регионарный лимфаденит, определяется болезненность лимфоузлов при пальпации. Высыпания локализуются не только на СОПР, но и захватывают кожу вокруг рта. Прием пищи, питье, речь затруднены, отмечается болезненность. Длительность заболевания увеличивается до 10–12 суток.

Тяжелой форме герпетического гингивостоматита соответствует резко выраженная интоксикация, температура тела может повышаться до 39–41°C. Наблюдается диффузное поражение СОПР, при слиянии и вскрытии пузырьков образуются обширные болезненные, склонные к кровоточивости эрозированные поверхности. На пораженных участках возможно образование некротических псевдомембран, вследствие чего появляется неприятный запах изо рта. Отмечается резкая болезненность при приеме пищи и речи.

Острый герпес губ

Типичной локализацией высыпаний является граница красной каймы губ и кожи. Перед появлением пузырьковых элементов, в месте будущего поражения, в течение некоторого времени отмечаются зуд, жжение, онемение. Затем появляются сгруппированные пузырьки, заполненные серозным содержимым. Через 1–2 суток пузырьки вскрываются, содержимое ссыхается, образуются желтоватые корочки. Процесс заканчивается эпителизацией очагов поражения. Клиническая картина сопровождается лимфаденитом.

Рецидивирующий простой герпес слизистых оболочек и красной каймы губ

Как правило, первый рецидив герпетической инфекции наступает в течение года после остро перенесенного заболевания. Симптомы появляются лишь у десятой части больных, перенесших острую герпетическую инфекцию. Рецидив заболевания может развиваться под действием провоцирующих “пусковых” факторов, перечисленных выше. Клиническая картина рецидивов схожа с клиникой острой герпетической инфекции. Отличительными особенностями являются: ограниченный характер высыпаний, типичная локализация на твердом небе, щеках, языке, красной кайме губ, а также отсутствие или слабо выраженные симптомы интоксикации. Эволюция элементов типична: сгруппированные пузырьки с серозным содержимым сливаются между собой, вскрываются, образуют болезненные эрозированные поверхности или желтоватые корочки, которые впоследствии эпителизируются.

В зависимости от частоты рецидивов герпетической инфекции выделяют:

- легкое течение заболевания, когда наблюдается 1–2 рецидива на протяжении 3 лет,
- среднюю тяжесть течения, когда зафиксировано 1–2 рецидива на протяжении года,
- тяжелое течение герпетической инфекции, когда наблюдается 4–5 и более рецидивов за год.

Дифференциальный диагноз. Острый герпетический гингивостomatит и рецидивирующую герпетическую инфекцию дифференцируют как между собой, так и с заболеваниями, клиническая картина которых сопровождается образованием пузырьковых, пузырьных, эрозивных элементов, афт на СОПР: с аллергическим стоматитом, афтозным стоматитом, вульгарной пузырчаткой, многоформной — экссудативной эритемой, травматическими поражениями и др.

Опоясывающий лишай

Опоясывающий лишай вызывает вирус *Varicella zoster*. У детей, при первичном попадании данного вируса в организм, развивается ветряная оспа. Также, как и при инфекции, обусловленной ВПГ, элиминации вируса *Varicella zoster* не происходит, он продолжает персистировать в организме в спинальных ганглиях. При появлении

провоцирующих “пусковых” факторов (соматические заболевания, травмы, частые простудные заболевания, хронические инфекционные заболевания, прием иммуносупрессивных, цитостатических препаратов) создается иммунодефицитный фон и возникает клиническая картина заболевания. Как правило, заболевание развивается у пожилых и ослабленных людей, чаще всего возникает в холодное время года.

Появлению типичных высыпаний, характерных для данного заболевания, предшествует продромальный период, сопровождающийся симптомами интоксикации, повышением температуры тела до субфебрильных цифр, невралгиями и парестезиями, увеличением регионарных лимфатических узлов. Поражение кожи лица и СОПР всегда одностороннее, локализуется по ходу веток нервных стволов (тройничного или лицевого нервов), отмечается своеобразная сегментарность поражения. На лице, как правило, поражается область подбородка, лба. Поражение может затрагивать волосистую часть головы, переходить на шею. В ротовой полости очаги локализуются на твердом небе, щеках, губах и языке. В начале заболевания на коже появляется эритема, через некоторое время на этом фоне одновременно появляются сгруппированные пузырьки, заполненные серозным содержимым, не сливающиеся между собой. Затем содержимое пузырьков ссыхается, образуются корочки, процесс заканчивается эпителизацией. При локализации на слизистых оболочках стадия везикуляции проходит очень быстро, на месте пузырьков образуются эрозии с ярко-красной поверхностью, впоследствии покрывающиеся фибринозным налетом, образования похожи на афты. Далее очаги эпителизируются, не оставляя рубцовых изменений. Клинические проявления сопровождаются сильными болевыми ощущениями, чувством жжения в очагах поражения. Отмечается регионарный лимфаденит, неврологическая симптоматика. Гиперестезия в зоне высыпаний может сохраняться длительное время после разрешения клинических проявлений.

Диагностика герпетической инфекции. Основывается на жалобах пациента, анамнестических данных, клинической картине заболевания, а также лабораторных методах диагностики (табл. 2).

Чувствительность прямых методов зависит от стадии заболевания, локализации поражения и времени сбора образца, сроков хранения и условий доставки материала. Обнаружение вируса

Таблица 2. Диагностика герпетической инфекции

| Название метода | Преимущества | Недостатки | Примечание |
|--|--|---|---|
| Прямые методы | | | |
| Культуральный | Высокочувствительный, специфический | Длителен, проводится 5–7 дней | Используется в научных целях |
| ПЦР-анализ | Высокочувствительный специфический, можно типировать ВПГ-1 и ВПГ-2 | Сложный в производстве | Необходимо контролировать перекрестную контаминацию |
| Прямая иммунофлюоресценция | Высокая специфичность, невысокая стоимость | Недостаточно высокая чувствительность | — |
| Цитологическое исследование (окрашенные препараты) | Простота выполнения, невысокая стоимость | Низкая чувствительность, необходимость дифференцировать с другими вирусными заболеваниями | Метод требует высокой подготовки персонала |
| ИФА-антиген | Высокая специфичность и скорость постановки, невысокая стоимость | Недостаточно высокая чувствительность, отсутствие возможности типирования вируса | Необходимость сопоставления результатов с клиническими проявлениями |
| Непрямые методы | | | |
| ИФА-антитела | Высокая специфичность и скорость постановки, невысокая стоимость | Недостаточно высокая чувствительность, отсутствие возможности типирования вируса | Необходимость сопоставления результатов с клиническими проявлениями |

Примечание. ИФА — иммуноферментный анализ.

вероятнее на стадии везикуляции (до 90%), чем на стадии корочек (около 20%).

Лечение герпетической инфекции. Заключается в проведении комплекса мероприятий, направленных на купирование клинических симптомов, симптомов интоксикации, повышение сопротивляемости организма к инфекционному агенту. Проводится этиотропная и патогенетическая и симптоматическая терапия. Назначаются препараты для местного применения и общего воздействия. При назначении противовирусных препаратов следует учитывать, что они наиболее эффективны в первые трое суток от начала заболевания.

Местное лечение:

1. Противовирусные мази: 0,5% риодоксоловая мазь, 0,05% бонафтоновая мазь, мазь с ацикловиром.

2. Анестетики: лидокаин спрей, пирокан, лидохлор, 5% анестезин в персиковом масле.

3. Антисептические препараты: 0,06% хлоргесидин, мирамистин, 0,5% перекись водорода.

4. Некролитические препараты: 0,1-0,5% трипсин, ДНК-аза, ируксол.

5. Кератопластические препараты: солкосерил, актовегин.

Общее лечение:

1. Щадящая диета.

2. Противовирусные системные препараты: ацикловир, валацикловир, бонафтон.

3. Нестероидные противовоспалительные препараты: ибупрофен, кетонал, индометацин.

4. Препараты с ИФН: виферон, кипферон, генферон.

5. Антиоксиданты, адаптогены.

6. Гипосенсибилизирующие препараты: глюконат кальция, витамины группы В, С, препараты женьшеня, элеутерококкация, тиосульфат натрия.

7. Антигистаминные препараты: тавегил, супрастин, диазолин, лоратадин.

8. Дезинтоксикационная терапия по показаниям.

9. Для профилактики рецидивов герпетической инфекции возможно применение противогерпетической вакцины или введение γ -глобулина.

Параллельно можно назначать физиотерапевтические методы лечения, такие как лазерное облучение участка поражения,

ультрафиолетовое облучение, ультрафонофорез с противовирусными мазями.

Перечень вопросов для самостоятельной подготовки

1. Возбудитель простого герпеса, его характеристика, свойства.
2. Патогенез герпетической инфекции.
3. Клинические проявления на СОПР при острой герпетической инфекции.
4. Клинические проявления на СОПР при рецидивирующей герпетической инфекции.
5. Клинические проявления при поражении красной каймы губ ВПГ.
6. Диагностика герпетической инфекции.
7. Дифференциальная диагностика поражений СОПР ВПГ с другими заболеваниями.
8. Опоясывающий лишай: этиология, патогенез, клинические проявления на СОПР.
9. Принципы лечения герпетической инфекции.
10. Профилактика и прогноз при герпетических инфекциях

Тестовые задания

1. Элементы сыпи, характерные для простого герпеса:
 - а) гнойнички,
 - б) пузырьки,
 - в) бугорки,
 - г) папулы.
2. Препарат для наружного лечения простого герпеса:
 - а) преднизолоновая мазь,
 - б) синтомициновая эмульсия,
 - в) салициловая мазь,
 - г) зовиракс крем.
3. Наиболее характерный признак простого герпеса:
 - а) склонность к рецидивированию,
 - б) длительное течение без периодов ремиссий,
 - в) начало заболевания в пожилом возрасте,
 - г) возникновение рецидивов после нервного перенапряжения.

4. Эволюция сыпи, характерная для простого герпеса:
- а) гнойнички, эрозии, лихенификация,
 - б) папулы, язвы, рубцы,
 - в) бугорки, эрозии, корки, депигментированные пятна,
 - г) пузырьки, эрозии, корки, депигментированное пятно.
5. Противовирусным препаратом является:
- а) валацикловир,
 - б) кларитин,
 - в) тиосульфат натрия,
 - г) солкосерил.
6. Заболевание, вызванное ВПГ, является:
- а) острый гингивостоматит,
 - б) опоясывающий лишай,
 - в) ветряная оспа,
 - г) многоформная экссудативная эритема.
7. В период вирусемии ВПГ может определяться в:
- а) слезной жидкости,
 - б) слюне,
 - в) крови,
 - г) все ответы верны.
8. Средняя продолжительность существования высыпаний при простом герпесе:
- а) 7–9 дней,
 - б) 2–4 дня,
 - в) 2 недели,
 - г) месяц.
9. Инкубационный период простого герпеса длится:
- а) 4–5 дней,
 - б) 7–14 дней,
 - в) до 21 дня,
 - г) месяц.
10. Какие лабораторные методы используются для диагностики герпетической инфекции:

- а) ПЦР,
- б) электронная микроскопия,
- в) ИФА (прямой и непрямой),
- г) все ответы верны.

11. Какой вирус является возбудителем опоясывающего лишая:

- а) *herpesvirus varicella zoster*,
- б) ВПГ,
- в) цитомегаловирус,
- г) Эпштейн—Барр.

Ответы

- | | |
|--------|---------|
| 1 — б, | 7 — г, |
| 2 — г, | 8 — а, |
| 3 — а, | 9 — а, |
| 4 — г, | 10 — г, |
| 5 — а, | 11 — а. |
| 6 — а, | |

Ситуационные задачи

Задача № 1. На прием к врачу обратилась молодая женщина с жалобами на появление покраснения, мелких пузырьков в области верхней губы. Высыпания сопровождаются болезненными ощущениями, чувством покалывания и жжения в месте поражения. Пациентка вспомнила, что подобные явления были около трех лет назад, после поездки на море и длительной инсоляции.

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие методы лабораторной диагностики можно назначить?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача № 2. На прием к врачу привели ребенка 6 лет с жалобами на повышение температуры тела до 37,5°C, симптомы интоксикации. При осмотре выявлено покраснение, отек СОПР, ярко-красного цвета эрозии с неровными краями, покрытые фибринозным налетом, поражение локализуется в области губ, щек. Отмечается болезненность при приеме пищи и речи, регионарной лимфаденопатией.

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие методы лабораторной диагностики можно назначить?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача № 3. На прием к врачу обратился мужчина с жалобами на повышение температуры тела, слабость, недомогание, болезненность в области левой щеки, подбородка, а также болезненность при приеме пищи. При осмотре: на твердом небе, щеках отмечается отечность, эрозии красного цвета с неровными краями, покрытые фибринозным налетом, увеличение регионарных узлов. В анамнезе: в детском возрасте перенес ветряную оспу.

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие методы лабораторной диагностики можно назначить?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.

Список рекомендуемой литературы

1. *Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика, лечение. Атлас и руководство / К.Борк, В.Бургдорф, Н.Хеде.* М., 2011.
2. *Самгин М.А., Халдин А.А. Простой герпес (Дерматологические аспекты).* М., 2002.
3. *Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф.Данилевский, В.К.Леонтьев, А.Ф.Несин, Ж.И.Рахний.* М., 2001.
4. *Самцов А.В., Белоусова И.Э. Буллезные дерматозы.* СПб., 2012.
5. *Мартынов В.А. Герпетическая инфекция (Herpes simplex): учебно-методическое пособие для студентов, интернов и врачей.* М., 2008.
6. *Тирская О.И. Проявления герпетической инфекции в полости рта: учебное пособие.* Иркутск, 2011.
7. *Крапивница. Вирусные дерматозы / Под ред. Е.В.Соколовского.* СПб., 2000. Серия “Библиотека врача — дерматовенеролога”. Вып. 5.
8. *Дмитриев Г.А., Глазко И.И. Диагностика инфекций, передаваемых половым путем.* М., 2007.

КАНДИДОЗ

Кандидоз — грибковое поражение кожи, слизистых оболочек и внутренних органов, вызываемое условно-патогенными дрожжеподобными грибами рода *Candida*, чаще всего *Candida albicans*. Всего же описано более 100 видов *Candida spp.*, большинство из которых не являются ни патогенными, ни условно-патогенными.

Грибы рода *Candida* существуют среди нормальной флоры в ротовой полости, влагалище, и нижних отделах желудочно-кишечного тракта. Воспроизводятся путем формирования почкующихся клеток и образования вытянутых в длину утолщенных нитей псевдомицелия.

У подавляющего числа пациентов кандидоз представляет собой аутоинфекцию. Этим можно объяснить его многоочаговость и хроническое рецидивирующее течение.

Факторы, способствующие развитию инфекции, включают грудной возраст, беременность, применение контрацептивов, терапию системными антибиотиками, диабет, мацерацию кожи, топическую и системную терапию кортикостероидами и сниженный клеточный иммунитет.

Грибы рода *Candida* поражают только наружные слои эпителия слизистых оболочек и роговой слой кожи. Известно, что лучше всего грибы растут в теплой влажной среде, поэтому инфекция обычно ограничена слизистыми оболочками и интертригинозными участкам.

Патогенез. Весь род *Candida* относится к условно-патогенным грибам, в патогенезе кандидозной инфекции решающее значение принадлежит не столько возбудителю, сколько состоянию макроорганизма. Тем не менее, патогенность грибов играет определенную роль в развитии заболевания. К факторам патогенности этого рода грибов относятся секреция протеолитических ферментов и гемолизинов, дерматонекротическая активность и адгезивность (способность прикрепляться к клеткам эпителия). Установлено, что штаммы *Candida albicans* активируют патогенные свойства при наличии различных изменений гомеостаза.

Клиническая картина. Многочисленные клинические варианты дрожжевых поражений разделяют на кандидозы *поверхностные* (кандидоз гладкой кожи и слизистых оболочек, кандидозные онихии

и паронихии) и *системные, или висцеральные*, а также *генерализованный* (гранулематозный) кандидоз, по некоторым данным, являющийся промежуточной формой между поверхностным и висцеральным кандидозом. Отдельно выделяются *кандидомикиды* — вторичные аллергические сыпи.

Поверхностный кандидоз включает поражение слизистых оболочек, гладкой кожи, онихии и паронихии.

Кандидоз полости рта (молочница, кандидозный стоматит) часто встречается у детей грудного возраста. Возникает в первые недели жизни, преимущественно у ослабленных детей. Заражение происходит от больной матери. На фоне гиперемии и отечности СОПР появляются мелкие изолированно расположенные налеты беловатого цвета, состоящие из вегетаций грибов, постепенно увеличивающиеся в размерах и образующие пленки блестящего белого, сероватого, или желтоватого цвета, легко удаляемые без повреждения слизистой оболочки. При хроническом течении поражение может распространиться на слизистые оболочки носа, голосовых связок, губ, глотки, пищевода и даже желудка. У взрослых кандидоз слизистой рта встречается значительно реже, имеет хроническое течение, возникает нередко при травмировании зубными протезами. Толстые и грубые налеты плотно прилежат к слизистой оболочке и при удалении оставляют эрозии. Язык увеличивается в размерах, покрывается многочисленными глубокими бороздками, на дне которых обнаруживается налет белого цвета (кандидозный глоссит). Субъективно отмечается сухость во рту, жжение, усиливающееся при приеме пищи, “ощущение заполнившего весь рот языка”.

Кандидоз уголков рта (кандидозная заеда) и **кандидозный хейлит** возникают главным образом у детей и лиц пожилого возраста (заниженный прикус), нередко сочетаются с дрожжевым поражением слизистой оболочки рта, кандидозным глосситом, но могут быть и изолированными. Наличие глубокой складки в углах рта и постоянная мацерация этих участков кожи слюной у детей и сниженном прикусе у лиц, имеющих зубные протезы, создают благоприятные условия для возникновения заеды. Кожа в углах рта воспаляется, становится мацерированной, влажной, покрытой белым, легко снимающимся налетом, после удаления, которого обнажается красная гладкая эрозированная поверхность. Процесс чаще двусторонний. Иногда кандидоз с углов рта распространяется на красную кайму губ. В этих случаях на поверхности губ появляются

участки гиперемии с чешуйками сероватого цвета и белым точечным крошковатым налетом, при удалении которого выявляется сочная блестящая поверхность. Наиболее выражена отечная гиперемия по линии смыкания губ (зона Клейна). Субъективно отмечается болезненность и жжение в очагах поражения.

Кандидозный вульвовагинит, баланит и баланопостит развиваются изолированно или с другими формами кандидоза. У девочек вульвиты и вульвовагиниты сочетаются с уретритом, у мальчиков могут возникать баланиты и баланопоститы. Характерно, что данный процесс у мальчиков отмечается исключительно редко в связи с наличием у них состояния физиологического фимоза. Кандидозный баланит у мужчин характеризуется появлением на головке полового члена и венечной борозде красных мелких папул, которые трансформируются в пупкообразные пустулы. В результате мацерации под крайней плотью пустулы вскрываются, оставляя белые эрозии с творожистым налетом. В некоторых случаях могут возникнуть изъязвления и трещины. Отек и боль могут быть интенсивными и ограничивать подвижность крайней плоти.

При развитии кандидозного вульвита и вульвовагинита появляются диффузные отечно-гиперемированные очаги с наличием белого точечного крошковатого, легко удаляющегося налета. При удалении налета обнажается эрозивная поверхность с серозным или серозно-геморрагическим отделяемым. Заболевание сопровождается зудом и болезненностью, усиливающимися при мочеиспускании.

Кандидоз гладкой кожи чаще начинается с поражения крупных складок (интертригинозный кандидоз), где вначале формируются эритематозно-отечные очаги с везикулами, серопапулами, пустулами, мокнущими эрозиями. Участки поражения имеют фестончатые края, окаймленные венчиком отслаивающегося эпидермиса беловатого цвета. Поверхность очагов поражения гладкая, блестящая ярко-красного цвета с белесоватым налетом. По периферии основных очагов в результате аутоинокуляции рассеяны отдельно расположенные, ограниченные отечно-эритематозные пятна, серопапулы, везикулы, пустулы. При распространении воспаления с крупных складок на прилегающие участки возникает кандидоз гладкой кожи. Преобладание эритематозно-отечных очагов застойно-лиловой окраски с эрозивными участками, мокнутием характерно для эритематозной формы кандидоза гладкой кожи. Наличие же преобладающего количества серопапул, везикул, пузырей, пустул

на фоне отечно-эритематозной кожи свойственно везикулезной разновидности.

Межпальцевые эрозии, трещины, очаги мацерации на фоне гиперемии, окаймленные отслоившимся ободком эпидермиса в складках кистей и стоп между III и IV или IV и V пальцами чаще наблюдаются у лиц, работающих в условиях кондитерских производств, в помещениях с повышенной влажностью, больных сахарным диабетом.

Кандидозные паронихии и онихии возникают как изолированно, так и в сочетании с поражением гладкой кожи или слизистых оболочек. Паронихии характеризуются отеком, инфильтрацией, гиперемией валиков ногтя, отсутствием надногтевой кожицы (эпонихиум). Отмечается болезненность валиков. Со временем поражается и ногтевая пластинка. Ноготь становится тусклым и утолщенным, покрытым поперечными темными бороздками.

Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз развивается в детском возрасте с молочницы СОПР. Особое значение при этом имеют иммунодефицитные состояния, тяжелые эндокринные расстройства. Характерно образование на коже лица, волосистой части головы, туловище, конечностей округлых, неправильных очертаний гиперемированных, шелушащихся пятен, которые постепенно превращаются в гранулирующие бляшки, покрытые слоистыми корками. Течение заболевания тяжелое с анемией, астенизацией, субфебрилитетом, остеопорозом длинных трубчатых костей, рецидивирующими бронхитами, пневмониями, диспепсическими расстройствами. После разрешения процесса на гладкой коже остается рубцовая атрофия, на волосистой части головы — стойкое облысение.

Кандидамикиды — вторичные аллергические высыпания, свидетельствующие о значительной степени сенсибилизации к возбудителю и продуктам его жизнедеятельности. Появляются высыпания обычно при нерациональном лечении основных очагов, а также при применении антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков. Морфологически кандидамикиды полиморфны, как и все аллергиды. Преимущественно возникают в виде отечных эритематозно-сквамозных пятен или микровезикул, но возможны уртикарные и буллезные высыпания. Появлению высыпаний предшествуют субфебрилитет, недомогание, усиление воспалительных явлений в основных очагах. При назначении адекватной терапии высыпания быстро регрессируют.

Диагноз основывается на клинических данных; обнаружении дрожжеподобных грибов во взятом материале с очагов поражения (микроскопия, посев); серологических исследований.

Лечение. Устранение факторов, способствующих развитию кандидоза; диета с ограничением углеводов.

При легких формах назначается *местная терапия*:

- противогрибковые препараты (пимафуцин, микозолон, клотримазол и т.п.);
- анилиновые красители (водные, спиртовые растворы).

При поражении СОПР — применяются водные растворы анилиновых красителей, тетрабората натрия.

Перечень вопросов для самостоятельной подготовки

1. Назовите возбудитель кандидоза.
2. Какие эндогенные факторы приводят к развитию кандидоза?
3. Назовите факторы и заболевания, провоцирующие развитие кандидоза.
4. Укажите клинические разновидности (формы) кандидоза.
5. Назовите места излюбленной локализации кандидоза.
6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз кандидоза с поражением СОПР?
7. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз кандидоза?
8. Какие лекарственные препараты системно применяют в лечении хронического гранулематозного кандидоза?
9. Какова тактика местного лечения кандидоза с поражением СОПР?
10. Какие профилактические мероприятия необходимо проводить для предупреждения развития кандидозной инфекции?

Тестовый контроль

1. *Candida albicans* является возбудителем:
 - а) эритразмы,
 - б) кандидоза,
 - в) рубромикоза,
 - г) вульгарного сикоза,
 - д) отрубевидного лишая.

2. Наиболее частой причиной возникновения кандидозной заеды является:
- а) занижение прикуса,
 - б) воздействие разнородных металлов,
 - в) переохлаждение,
 - г) травма,
 - д) солнечная синсоляция.
3. При кандидозе чаще всего поражается:
- а) кожа ладоней и подошв,
 - б) СОПР,
 - в) волосы,
 - г) суставы,
 - д) кожа шеи.
4. К системным антимикотическим препаратам относятся:
- а) дипроспан,
 - б) плаквенил,
 - в) эриус,
 - г) кетоконазол, итраконазол,
 - д) курантил.
5. Применение высоких доз антибиотиков может быть причиной развития:
- а) кандидоза,
 - б) микроспории,
 - в) пузырьчатки,
 - г) лейкоплакии,
 - д) отрубевидного лишая.
6. Лучшие результаты в лечении кандидоза слизистой оболочки рта наблюдаются при назначении:
- а) эмульсии бензил-бензоата,
 - б) гидрокортизона в виде крема,
 - в) геля холисал,
 - г) стоматофита,
 - д) аэрозоли "оксикорт".

7. Причиной возникновения кандидоза чаще всего является:
- а) переохлаждение,
 - б) прием антибиотиков,
 - в) инсоляция,
 - г) ожоги,
 - д) отморожение.
8. Белесоватый налет, легко снимающийся со слизистой оболочки шпателем, может свидетельствовать о наличии у пациента:
- а) мягкой лейкоплакии,
 - б) типичной формы красного плоского лишая,
 - в) кандидоза СОПР,
 - г) простого пузырькового лишая,
 - д) вульгарной пузырчатки.
9. Флюкостат относится к следующей группе фармакологических средств:
- а) антимикотики,
 - б) десенсибилизирующие средства,
 - в) сердечные гликозиды,
 - г) антигистаминные препараты,
 - д) противомаларийные препараты.
10. Для диагностики кандидоза используются:
- а) пробу Тцанка,
 - б) симптом Никольского,
 - в) микроскопию, посев,
 - г) биохимический анализ крови,
 - д) РПГА, РИФ, РИБТ.

Ответы

- | | |
|--------|---------|
| 1 — б, | 6 — г, |
| 2 — а, | 7 — б, |
| 3 — б, | 8 — в, |
| 4 — г, | 9 — а, |
| 5 — а, | 10 — в. |

Ситуационные задачи

Задача № 1. У женщины 40 лет в области уголков рта отмечаются глубокие трещины, по периферии трещин ободок ярко-розового цвета с едва заметным белесоватым налетом. Из анамнеза известно, что женщина страдает сахарным диабетом около 10 лет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие исследования нужно провести для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение необходимо провести?

Задача № 2. К врачу обратился пациент с жалобами на чувство жжения и зуд в области красной каймы губ. При осмотре отмечается отечность и яркая гиперемия верхней и нижней губ. На фоне эритемы отмечаются корочки сероватого цвета.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные данные необходимо получить для постановки правильного диагноза?
3. Назначьте необходимое лечение.

Задача № 3. Пациентка, 63 года, обратилась к врачу с жалобами на высыпания в области обеих кистей. Из анамнеза известно, что женщина страдает артритом, в последнее время принимала цитостатики. Периодически проводит курсы лечения дифлюканом по поводу молочницы полости рта. При осмотре: в области обеих кистей и предплечий — единичные эритематозно-сквамозные пятна, уртикарные, мелкопапулезные элементы.

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Список рекомендуемой литературы

1. *Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Сидоренко О.А.* Современная наружная и физиотерапия дерматозов. М., 2007. С. 204.
2. *Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей / Под общей ред. А.А.Кубановой, В.И.Кисиной.* М., 2005. С. 199.
3. *Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф.Данилевский, В.К.Леонтьев, А.Ф.Несин, Ж.И.Рахний.* М., 2001. С. 218.
4. *Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В.* Грибковые инфекции. Руководство для врачей. М., 2003. С. 223.
5. *Атлас грибковых заболеваний / Под ред. К.А.Кауфман, Д.Л.Манделла.* М., 2010. С. 215.

СИФИЛИС

Специфические элементы при сифилисе на СОПР, красной кайме губ, ротоглотке чрезвычайно заразны. Они возникают при прямом внедрении бледной трепонемы в слизистую оболочку, а также являются следствием ее генерализации в организме. Это объясняет возможность появления морфологических элементов заболевания в данной области на всех стадиях его клинического развития. Недооценка эпидемиологической ситуации стоматологом может привести к диагностическим ошибкам, риску заражения и распространения инфекции. Сифилис относится к инфекционным заболеваниям, передающимся половым путем и характеризуется хроническим волнообразным течением с постепенным ухудшением общего состояния, нарушением иммунитета и развитием тяжелых поражений.

Возбудителем сифилиса является бледная трепонема, которая может проникать в организм человека через кожные и слизистые покровы при нарушении их целостности. Слизистая оболочка, даже будучи интактной, не является защитным барьером против возбудителя сифилиса. Наиболее часто заражение происходит половым путем. Редко бледная трепонема может передаваться при пользовании предметами общего пользования (общей посуды, губной помады, губки и т.д.), поскольку в большом количестве она содержится в отделяемом твердого шанкра, эрозивных папул, молоке кормящей матери, различных экссудатах и трансудатах. Слюна, моча, слезы, пот также могут служить источником заражения, будучи вторично инфицированы в выводных протоках. При непосредственном попадании бледной трепонемы в кровь (порезы, гемотрансфузии, инъекции и пр.) развивается “обезглавленный” сифилис, который характеризуется отсутствием развития стадии первичного аффекта.

На основании выраженных клинических проявлений различают несколько периодов в течение сифилитической инфекции — инкубационный, первичный, вторичный и третичный, возможно также скрытое течение.

Инкубационный период обычно длится около 4-х недель, однако длительность его течения может укорачиваться или удлиняться до нескольких месяцев (чаще всего это связано с приемом антибиотиков по поводу какого-либо другого заболевания).

Первичный период характеризуется формированием на месте внедрения бледной трепонемы первичного аффекта, который носит название *твердого шанкра*, что связано с определяющимся хряще-подобным уплотнением тканей в основании очага поражения. Обычно возникает одиночный, реже — множественный (≥ 2) твердый шанкр. Вначале появляется ограниченный участок гиперемии, в основании которого определяется воспалительный инфильтрат. В течение нескольких дней очаг поражения увеличивается от 0,5 до 1–2 см в диаметре, в центре очага формируется эрозивный или язвенный дефект, имеющий характерную блюдцеобразную форму (овальную или округлую) с ровными приподнятыми краями. Дно дефекта может быть мясо-красного цвета или покрыто сероватым (цвета испорченного сала) налетом. Болевых ощущений обычно не возникает, за исключением случаев присоединения вторичной инфекции. Твердый шанкр, сформовавшись в течение 1–2 недель, может существовать в месте поражения до 6 недель, а затем исчезает бесследно. Особенности клинических проявлений связаны с локализацией твердого шанкра. Так, при формировании на губе твердый шанкр может сопровождаться выраженным отеком, значительно затрудняющим диагностику заболевания. При локализации в углах рта и в области переходных складок эрозии приобретают щелевидный характер. Располагаясь на языке, твердый шанкр, как правило, значительно выступает над его поверхностью, но может выглядеть в виде щели на фоне складчатого языка. На десне он охватывает шейки одного или нескольких зубов в виде полулунной, ярко-красной эрозии, напоминающей обычное изъязвление. Типичный первичный аффект на миндалинах может проявляться двумя формами. Язвенный шанкр миндалина имеет обычный вид и обнаруживается обычно на одной увеличенной миндалине. Язвенный шанкр в таком случае болезненный. Ангиноподобный шанкр характеризуется односторонним увеличением небной миндалины, приобретающей медно-красный цвет. Сопутствующим признаком сифилиса в полости рта является увеличение до 0,3–0,5 см лимфатических узлов изначально регионарных, а затем — и системное увеличение. Увеличенные лимфатические узлы легко пальпируются, имеют плотноэластическую консистенцию, будучи безболезненными, подвижными не спаянными с окружающими тканями. К окончанию первичного периода около 20% пациентов могут предъявлять жалобы на симптомы общей интоксикации (повышение

температуры тела до 38,5°C, головную боль, слабость, ломоту в костях). Твердый шанкр при локализации на губе дифференцируют с герпетическими очагами, которые при длительном течении приобретают вид эрозии с инфильтратом в основании. Однако при вирусном поражении первичным морфологическим элементом являются пузырьки, не характерные для сифилиса. Зуд, предшествующий высыпаниям, их болезненность, фестончатые края эрозии также свидетельствуют в пользу герпеса. Используются специфические серологические реакции. Язвенный дефект значительных размеров необходимо дифференцировать с распадающейся раковой опухолью. Она имеет глубокое распространение, плотные, неровные изъеденные края, бугристое, кровоточащее дно. Диагностический соскоб со дна язвы при онкологическом поражении позволит обнаружить в соскобе специфические злокачественные клетки, а при сифилисе — бледную трепонему.

При туберкулезной инфекции язва имеет неровные подрытые края, без уплотнений. При травматической язве, как правило, удастся выявить травмирующий фактор, устранение которого приводит к быстрому заживлению. Эрозии и язвы при пузырьчатке, многоформной экссудативной эритеме бывают множественными, характеризуются предшествующими пузырьными высыпаниями, не имеют уплотнения в основании. Одиночные афты, имея внешнее сходство с сифилитическими поражениями, тем не менее, отличаются четким воспалительным венчиком вокруг зоны поражения, болезненностью, склонностью к рецидивам, отсутствием инфильтрата в основании и бледной трепонемы в соскобе со дна афты.

Вторичный сифилис (вторичный период сифилиса) при отсутствии лечения проявляется через 6–8 недель как свежий вторичный, а затем рецидивы его могут повторяться 3–5 и более лет, продолжаясь в течение 1,5–2 месяцев, и характеризуются более или менее обильными высыпаниями. Особенностью свежего вторичного сифилиса является обильная сыпь в виде розеол, папул, реже — пустул на фоне остаточных явлений первичного периода (твердый шанкр, полиаденит). Наиболее частая локализация на кожных покровах — генитальная и перигенитальная области, ладонные и подошвенные поверхности. Около 50% заболевших имеют высыпания в полости рта, причем нередко это — единственная локализация элементов поражения.

Вторичный рецидивный сифилис отличается менее выраженными проявлениями и отсутствием признаков первичного периода

сифилиса. И снова локализация сифилитических элементов в полости рта может быть единственным проявлением болезни. Розеолезные высыпания на СОПР располагаются в задних отделах ротовой полости и имеют склонность к слиянию, придавая участку поражения застойный медно-красный цвет — сифилитическая эритематозная ангина. Возможны ощущения дискомфорта в силу инфильтрации мягких тканей. Папулезные высыпания обнаруживаются наиболее часто. Излюбленная локализация — миндалины, небные дужки, щеки (по линии смыкания зубов), язык. Папулы красного цвета, первоначально небольших размеров, затем разрастаются до нескольких миллиметров и покрываются своеобразным сероватым налетом. После поскабливания шпателем обнажается эрозия мясо-красного цвета. Папулы проявляют склонность к эрозированию. Присоединение вторичной инфекции приводит к появлению болезненности. При наличии различных стадий развития папул определяется ложный полиморфизм, что затрудняет диагностику заболевания. Характерный вид сифилитические папулы приобретают при их локализации на спинке языка. Атрофия нитевидных сосочков формирует картину “скошенного луга” — четко ограниченные овальные участки с гладкой поверхностью. Пустулезные высыпания могут проявляться на миндалине, мягком небе. Они быстро распадаются и приводят к глубокому изъязвлению мягких тканей.

Вторичный сифилис остается контактиозным на всем протяжении заболевания. Бледная трепонема легко обнаруживается в соскобе с поверхности элементов поражения. Серологические реакции, как правило, положительны. Клиническая диагностика базируется на наличии характерных элементов поражения с обязательным подтверждением результатами лабораторных исследований. Высыпания при вторичном сифилисе необходимо дифференцировать с лекарственными поражениями, которые, как правило, отличаются острым началом, возможно повышение температуры тела, наличие чувства жжения. Высыпания располагаются на значительной площади. На гиперемированном отечном основании возникают пузырьковые элементы, быстро превращающиеся в эрозии. Исключение провоцирующего фактора приводит к быстрой инволюции патологического процесса.

Банальная микробная ангина, в отличие от сифилитической, сопровождается болезненностью, отечностью обеих миндалин и нарушением общего состояния организма, в том числе, повышением температуры тела.

Папулезные элементы при красном плоском лишае, в отличие от сифилитических папул, не снимаются при поскабливании и проявляют четкую тенденцию к группировке в виде кружев со своей излюбленной локализацией. Бляшки при лейкоплакии крупнее, редко имеют четкую округлую форму, напоминают приклеенную папиросную бумагу. При поскабливании не снимаются. При кандидозных поражениях слизистой оболочки налет обычно удаляется без образования эрозивной поверхности.

Географический язык характеризуется наличием очагов красного цвета с белым венчиком по периферии и склонностью к миграции этих участков без атрофии нитевидных сосочков и образования плотных инфильтратов, как при сифилисе. Овальной формы очаги поражения с атрофированными нитевидными сосочками и хрящевидной плотностью при зондировании тупым инструментом позволяет заподозрить вторичный сифилис.

Дифференциальная диагностика с пузырчаткой основана на обнаружении обрывков пузыря, положительного симптома Никольского, наличия в мазках-отпечатках специфических клеток Тцанка, не характерных для сифилитической инфекции. При многоформной экссудативной эритеме на фоне острого начала заболевания проявляется истинный полиморфизм высыпаний, определяются обрывки эпителия на месте пузырей, что позволяет отличить ее от сифилиса.

Перечень вопросов для самостоятельной подготовки

1. Дайте определение сифилису.
2. Перечислите условия, необходимые для проникновения бледной трепонемы в организм человека.
3. В каких субстратах наиболее часто выявляется бледная трепонема?
4. Какие процессы при сифилисе приводят к образованию высыпаний на СОПР?
5. Какие периоды выделяют в течение сифилитической инфекции?
6. Опишите характерную картину твердого шанкра.
7. С чем дифференцируют твердый шанкр при локализации на губе?
8. Перечислите особенности свежего вторичного сифилиса.
9. Перечислите особенности вторичного рецидивного сифилиса.

10. С чем необходимо дифференцировать высыпания при вторичном сифилисе?

Тестовый контроль

1. Какой из перечисленных микроорганизмов является возбудителем сифилиса?
- а) *Treponema pallidum*,
 - б) *Yersinia enterocolitica*,
 - в) *Trichomonas vaginalis*,
 - г) *Treponema dentium*,
 - д) *Treponema buccalis*.
2. Назовите наиболее частый путь передачи сифилитической инфекции.
- а) половой,
 - б) контактно-бытовой,
 - в) гемотрансфузионный,
 - г) трансплацентарный,
 - д) профессиональный.
3. Что способствует передаче сифилиса бытовым путем?
- а) частые половые контакты,
 - б) незащищенный половой акт,
 - в) пользование предметами общего пользования,
 - г) посещение общественных бань,
 - д) работа с компонентами крови больных сифилисом.
4. Что такое обезглавленный сифилис?
- а) сифилис, возникший при непосредственном попадании *Treponema pallidum* в кровяное русло,
 - б) вторичный сифилис,
 - в) третичный сифилис,
 - г) первичный сифилис с проявлениями в ротовой полости,
 - д) сифилис с твердым шанкром с генитальной локализацией.
5. Назовите причины, приводящие к увеличению длительности инкубационного периода.
- а) наличие тяжелых хронических заболеваний,

- б) преклонный возраст заболевшего,
 - в) применение антибактериальной терапии по поводу какого-либо другого заболевания,
 - г) наличие ВИЧ-инфекции,
 - д) применение барьерных контрацептивов низкого качества.
6. Назовите основное клиническое проявление первичного сифилиса.
- а) розеолезные высыпания,
 - б) папулезные высыпания,
 - в) регионарный лимфаденит,
 - г) твердый шанкр,
 - д) пустулезные высыпания.
7. Какие причины вызывают болезненность твердого шанкра?
- а) количество твердых шанкров,
 - б) размеры твердого шанкра,
 - в) пол больного,
 - г) локализация твердого шанкра,
 - д) присоединение вторичной инфекции.
8. Назовите остаточные явления в месте разрешившегося эрозивного твердого шанкра.
- а) гипертрофический рубец,
 - б) “мостообразный” рубец,
 - в) рубцовая атрофия,
 - г) исчезает бесследно,
 - д) келоидный рубец.
9. Для какой локализации сифилитических папул характерна картина “скошенного луга”?
- а) при локализации папул на миндалинах,
 - б) при локализации папул на небных дужках,
 - в) при локализации папул на спинке языка,
 - г) при локализации папул на щечной поверхности (по линии смыкания зубов),
 - д) при локализации папул в задних отделах ротовой полости.

10. Чем характеризуется ангиноподобный твердый шанкр?
- а) отсутствием болезненности при глотании,
 - б) язвенным дефектом в области небной миндалины,
 - в) односторонним увеличением небной миндалины, приобретающей медно-красный цвет,
 - г) локализацией в задних отделах ротовой полости,
 - д) характерной картиной “скошенного луга”.

Ответы

| | |
|--------|---------|
| 1 — а, | 6 — г, |
| 2 — а, | 7 — д, |
| 3 — в, | 8 — г, |
| 4 — а, | 9 — в, |
| 5 — в, | 10 — в. |

Ситуационные задачи

Задача № 1. На профилактическом осмотре стоматолог обнаружил у пациентки в возрасте 22 лет на десне множественные полулунные ярко-красного цвета эрозии в области шейки нескольких зубов, напоминающие обычное изъязвление. Жалоб нет. Подчелюстные лимфатические узлы на стороне поражения плотноэластической консистенции, увеличены до 0,5 см, легко пальпируются, безболезненны, подвижны, не спаянные с окружающими тканями.

Из анамнеза: Секс с малознакомым мужчиной 45 дней тому назад.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить данной пациентке?
3. Назначьте необходимое лечение.

Задача № 2. На осмотре у пациента К. (17 лет) на левой увеличенной миндалине обнаружен язвенный дефект размером 0,2 на 0,4 см, дно дефекта мясо-красного цвета. Определяется уплотнение в основании язвенного дефекта. Пациент предъявляет жалобы на дискомфорт и болезненность при глотании на стороне поражения.

Подчелюстные лимфатические узлы на стороне поражения плотноэластической консистенции, увеличены до 0,5–0,7 см, легко

пальпируются, безболезненны, подвижны, не спаяны с окружающими тканями.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
2. Ваш предположительный диагноз в зависимости от результатов обследования?
3. Назначьте необходимое лечение.

Задача № 3. У пациентки (16 лет) во время осмотра на спинке языка обнаружены четко ограниченные, овальные участки с гладкой поверхностью, сопровождающиеся выраженной атрофией нитевидных сосочков.

Жалоб не предъявляет.

При опросе выявлено, что за 3–4 недели до осмотра отмечалось повышение температуры тела до 38,5°C, головная боль, слабость, незначительная ломота в костях. Данные явления прошли в течение недели без какого-либо лечения.

Результаты осмотра гинеколога: “Жалоб нет. *Virgo*. Патологии не выявлено”.

1. Какие анамнестические данные необходимо выяснить у пациентки?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить?
3. Ваш предположительный диагноз в зависимости от результатов обследования?
4. Назначьте необходимое лечение.

Список рекомендуемой литературы

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ / Под ред. И.В.Анисимовой. М., 2008.
2. Барер Г.М., Волков Е.А., Гемонов В.В. Заболевания слизистой оболочки рта. В 3-х частях. Терапевтическая стоматология. Ч. 3. / Под ред. Г.М.Барера. М., 2010.
3. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта / Под ред. А.К.Иорданишвили. М., 2008.

4. *Луцкая И.К.* Заболевания слизистой оболочки полости рта. М., 2014.
5. *Терапевтическая стоматология: национальное руководство /* Под ред. Л.А.Дмитриевой, Ю.М.Максимовского. М., 2009.
6. *Цветкова-Аксамит Л.А., Арутюнов С.Д., Петрова Л.В.* Заболевания слизистой оболочки рта и губ. М., 2014.

Учебное издание

Уджуху Владислав Юсуфович,
Шарова Наталья Михайловна,
Тихомиров Александр Александрович,
Короткий Владимир Николаевич,
Кубылинский Александр Александрович,
Шемшук Марина Ивановна,
Сучкова Татьяна Николаевна,
Кукало Светлана Васильевна,
Наринская Наталья Михайловна,
Кучерявая Иирина Олеговна

Дерматозы с поражением слизистой оболочки ротовой полости

Учебное пособие

Редактор Рыжова Д.С.
Оформление Головина И.Е.

Сдано в набор 25.10.2017. Подписано в печать 19.12.2017.
Формат 60×90^{1/16}. Уч.-изд. л. 3,0+рис. Тираж 250 экз. Заказ № 06-17.

Отпечатано в “Типография ФС-ПРИНТ”
г. Москва, ул. Подольских Курсантов, д. 3

ISBN 978-5-88458-343-6



9 785884 583436