УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ВИТЕБСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ С КУРСОМ ФПК И ПК

Обсуждено на заседании кафедры

Протокол № 1 от 01.09.2023 года

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ № 6**

для проведения занятия со студентами 5 курса в 9 семестре

стоматологического факультета по терапевтической стоматологии

(для студентов)

Тема**: ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ**

**СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

#### Время 6 часов

**Витебск 2023**

**1. Учебные и воспитательные цели:**

1. Изучить классификацию эрозивно–язвенных поражений слизистой оболочки рта.

2. Изучить методы диагностики эрозивно–язвенных поражений слизистой оболочки рта.

3. Научиться проводить дифференциальную диагностику эрозивно–язвенных поражений слизистой оболочки рта.

4. Изучить нозологические формы эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта.

**2. Материальное оснащение**

1. Наборы инструментов для обследования и лечения пациентов в стоматологическом терапевтическом кабинете.

2. Стоматологические установки.

3. Учебные и наглядные пособия:

-учебная литература

-стоматологический инструментарий

-амбулаторная карта

-методические разработки кафедры

**3. Вопросы, подлежащие изучению на занятии**

1. Определение эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта. Классификации.
2. Характеристика элементов поражения в соответствии с предварительным диагнозом и определение профиля специалиста участвующий в диагностике заболеваний.
3. Дифференциальная диагностика язвенных поражений слизистой оболочки рта.
4. Нозологические формы эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта, характеристика, симптоматика, диагностика, лечение, прогноз.

**4. Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы:**

1. Строение слизистой оболочки ротовой полости.

2. Первичные и вторичные элементы поражения слизистой оболочки ротовой полости.

3. Типы воспаления слизистой оболочки ротовой полости.

4. Дополнительные методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки рта.

**5. Содержание занятия.**

**Вопросы темы:**

1. Определение эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта. Классификации.
2. Характеристика элементов поражения в соответствии с предварительным диагнозом и определение профиля специалиста участвующий в диагностике заболеваний.
3. Дифференциальная диагностика язвенных поражений слизистой оболочки рта.
4. Нозологические формы эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта, характеристика, симптоматика, диагностика, лечение, прогноз.

**ВОПРОС 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА. КЛАССИФИКАЦИИ.**

***Эрозивно-язвенные поражения*** – это деструктивные изменения в эпителии и нижележащих тканях слизистой оболочки полости рта, объединённые по морфологическому признаку, представленные такими элементами как афта, эрозия, язва. Афта – поверхностный дефект эпителия круглой или овальной формы, располагающийся на воспалённом участке слизистой рта, окружённой по периферии ярко-красным ободкам и покрытый белесоватым налётом.

***Эрозия*** – дефект слизистой оболочки рта в пределах эпителиального слоя.

***Язва*** – повреждение слизистой оболочки полости рта, затрагивающее все слои эпителия, включая базальную мембрану, и распространяющееся на разную глубину в подлежащие ткани. Для язвы характерно наличие в зоне поражения краев, дна и стенок дефекта.

Эрозивно-язвенные поражения могут быть проявлениями на слизистой оболочке полости рта самостоятельных заболеваний, инфекционных болезней или следствием отягощенного развития «белых» или пузырных заболеваний. К ним относятся:

* Аллергический контактный стоматит.
* Злокачественное эпителиальное новообразование (рак).
* Красная волчанка (эрозивно-язвенная форма).
* Красный плоский лишай (эрозивно-язвенная форма).
* Рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты (афтоз Сеттона).
* Синдром Бехчета (болезнь Бехчета).
* Стоматит Венсана (язвенно-некротический гингивостоматит).
* Твердый шанкр (первичная сифилома), (первичный сифилис проявления в полости рта).
* Травматическая эрозия, язва.
* Трофическая язва.
* Туберкулезная язва (миллиарноязвенный туберкулез).
* Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.
* Шанкриформная пиодермия.

***Классификация эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта***

***Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова (2011 г.)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Признак** | **Характеристика признака** |
| 1. | Вид поражения слизистой оболочки рта | * 1. Эрозия – дефект поверхностного слоя эпителия, не оставляющий следа после заживления;   2. Язва – дефект слизистой оболочки за пределами базальной мембраны, заживающий с образованием рубца;   3. Сочетанный. |
| 2. | Локализация по топографическим зонам | 2.1. Красная кайма губ;  2.2. угол рта;  2.3.Слизистая губы и переходной борозды;  2.4. Слизистая щеки;  2.5. Слизистая щечных переходных борозд (верхней и нижней);  2.6. Слизистая оболочка ретромолярной области;  2.7. Слизистая оболочка небных дужек;  2.8. Слизистая оболочка твердого и мягкого неба;  2.9. Десная;  2.10. Слизистая оболочка языка;  2.11. Дно ротовой полости |
| 3. | Цвет поражения | 3.1. Красный (эритематозный);  3.2. Белый (некротический);  3.3. Неясный |
| 4. | Количество поражений | 4.1. Одиночные  4.2. Групповые  4.3. Множественные |
| 5. | Контур поражения | 5.1. Округлый, овальный  5.2. Полигональный |
| 6. | Размер (диаметр) поражения | 6.1. До 5 мм  6.2. 5-10 мм  6.3. Более 10 мм |
| 7. | Глубина поражения | 7.1. В пределах эпителиального слоя  7.2. В пределах соединительнотканного слоя  7.3. В пределах мышечного слоя |
| 8. | Течение | 8.1. Острое  8.2. Хроническое  8.3. Рецедивирующее  8.4. Перманентное |
| 9. | Причинный фактор | 9.1. Травматический  9.2. Симптоматический  9.3. Сочетанный  9.4. Невыясненный |
| 10. | Стадии развития воспаления | 10.1. Альтерация  10.2. Экссудация  10.3. Пролиферация |
| 11. | Степень тяжести | 11.1. Легкая  11.2. Средняя  11.3. Тяжелая |

**ВОПРОС 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕМЕНТОВ ПОРАЖЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОФИЛЯ СПЕЦИАЛИСТА УЧАСТВУЮЩИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз**  **Элементы поражения** | | | Рецедивирующий афтозный стоматит | Герпетический стоматит | Эрозивно-язвенный стоматит неясной этиологии | Герпетиформный дерматит Дюринга | Многоформная экссудативная эритема | Синдром Стивенса-Джонсона, Баадера, Лайелла | Эритроплакия, лейкоплакия | Эрозивно-язвенная форма плоского лишая | Эрозивно-язвенная форма красной волчанки | Пузырчатка | Кандидоз и другие микозы | Сифилис | Туберкулез | Хламедийная инфекция | ВИЧ-инфекция | Лейкозы и другие заболевания крови | Новообразования СОРП | Травматические повреждения СОРП | Заболевания сердечно-сосудистой системы |
| **Название** | афта | | + | + | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | + | - | - | - | - |
| эрозия | | +  - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | +  - | + | + | + | +  - | + | + | + |
| язва | | +  - | - | +  - | +  - | - | - | +  - | +  - | +  - | - | - | + | + | +  - | +  - | +  - | + | + | + |
| **Количество** | | Единич  ные  (1-3) | + | - | - | + | - | - | + | + | - | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| множественные | - | + | +  - | - | + | + | + | + | + | + | + | - | - | + | + | +  - | - | - | - |
| сливающиеся | - | - | +  - | - | + | + | - | - | - | = | - | - | - | - | = | - | - | - | - |
| **Состояние подлежащей слизистой** | | Воспале  ние | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | - | - | + | + | + | + | + | + |
| Гиперке  ратоз | - | - | - | - | - | - | + | + | + | - | - | - | - | - | + | - | +  - | - | - |
| Гипер  плазия | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | + | - | - | - | + | + | + | - | -- |
| **Сочетанные поражения** | | Слизис  тые глаза,  ге  ниталий | - | +  - | - | +  - | + | + | - | + | - | + | +  - | + | +  - | + | + | + | - | - | + |
| кожа | - | +  - | +  - | +  - | + | + | - | + | + | + | +  - | + | +  - | - | + | - | - | - | + |
| **Синдромы** | | Кебнера | - | - | - | - | - | - | - | + | - | + | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Николь  ского | - | - | - | - | - | + | - | - | - | + | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

***Определение профиля специалиста и методов диагностики***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Специалисты и методы диагностики** | **Диагноз** | Рецедивирующиеафты | Герпетический стоматит | Герпетиформный дерматит Дюринга | Эрозивно-язвенный стоматит неясной этиологии | Многоформная экссудативная эритема | Синдром Стивенса-Джонсона, Баадера, Лайелла | Эритроплакия, лейкоплакия | Эрозивно-язвенная форма плоского лишая | Эрозивно-язвенная форма красной волчанки | Пузырчатка | Кандидоз и другие микозы | Сифилис | Туберкулез | Хламедийная инфекция | ВИЧ-инфекция | Лейкозы и другие заболевания крови | Заболевания сердечно-сосудистой системы | Новообразования СОРП | Травматические повреждения СОРП |
| **Элементы поражения** | афта | + | + | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | + | - | - | - | + |
| эрозия | +- | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | +- | - | + | + | +- | +- | +- | + |
| язва | +- | - | +- | +- | - | - | +- | +- | +- | - | - | + | + | +- | +- | +- | + | + | + |
| **Методы обследования** | Цитологический | + | +- | +- | - | - | - | - | - | +- | + | - | - | +- | - | - | - | - | +- | - |
| Бактериологичес  кий | - | +- | +- | +- | - | - | - | +- | - | - | + | + | + | + | + | - | - | - | - |
| Вирусологический | +- | + | + | +- | +- | +- | - | - | - | - | - | - | - | - | + | - | - | - | - |
| Иммуно  ферент  ный | + | + | + | + | +- | +- | - | +- | - | - | + | +- | +- | + | + | - | - | - | - |
| гистологический | - | - | - | +- | - | - | + | +- | +- | - | - | - | - | - | - | - | - | + | + |
| аллергологический | - | - | + | + | + | + | - | + | - | + | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| серологический | + | + | + | + | - | - | - | - | - | - | + | + | + | + | + | - | - | - | - |
| **Специалисты** | Тера-певт | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | - |
| Дерматовенеролог | - | - | + | - | + | + | - | + | + | + | + | + | + | +- | +- | - | - | - | - |
| Инфекционист | +- | + | - | + | +- | - | - | - | - | - | + | + | + | + | + | - | - | - | - |
| Онколог | - | - | - | +- | - | - | + | +- | +- | - | - | - | - | - | +- | + | - | + | + |
| Аллерголог | +- | +- | - | +- | + | + | - | +- | - | + | +- | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Гастроэнтеролог | + | - | - | - | - | - | - | - | - | - | + | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Иммунолог | + | + | - | +- | - | +- | - | +- | - | + | + | - | - | +- | +- | - | - | - | - |

**ВОПРОС 3. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА**

**(А.Г.Третьякович и соавторы, 2005).**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Рецидивирующие афты** | **Сифилис**  **первичный** | **Туберкулез** | **Декубитальная язва** | **Гингивит**  **Венсана** | **Новообразование** |
| **Возраст** | Любой | Молодой | Средний | Любой | Молодой | Пожилой |
| **Формы язвы** | Округлая | Округлая | Неправильная | Форма травмирующего агента | Округлая либо неправильная | Чаще неправильная |
| **Края язвы** | Мягкие, ровные | Ровные, валикообразные | Подрытые, мягкие | Ровные, уплотнены | Мягкие, ровные | Плотные, неровные, часто изъедены |
| **Дно** | Плоское с бело-серым налетом | Гладкое, ровное, мясо-красное, «сальное» | Заполнено грануляциями; зерна Трела | Бугристое, может быть серый налет | Плоское с грязно-серым налетом | Неровное, распадающиеся массы, вегетации |
| **Тенденция к росту** | Нет | Нет | Вновь образующиеся язвы сливаются со старыми | Нет | Растет по мере развития болезни | Растет в глубину |
| **Болезненность** | Болезненна | Болезненна | Сильно болезненна | Слабо  болезненна | Болезненна | Может быть безболезненна |
| **Цитологическое исследование** | Эпителиальные клетки | Бледные трепонемы | Микобактерии; клетки Лангханса | Эпителиальные клетки | Эпителиальные клетки | Атипичные клетки |
| **Серологические реакции** | Отрицательные | Положи  тельные через 6 недель после заражения | Положительные | Отрицательные | Отрицательные | Отрицательные |

**ВОПРОС 4. НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА, ХАРАКТЕРИСТИКА, СИМПТОМАТИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ**.

***Аллергический контактный стоматит***. Аллергическая реакция замедленного типа при местном контакте со стоматологическими, зубопротезными материалами, лекарственными средствами – съемными протезами (аллергия на пластмассу или краситель), лечебными мазями, гелями, местными анестетиками, пломбировочными материалами, зубными пастами, эликсирами и др.

|  |  |
| --- | --- |
| Распространенность. | Частота проявления аллергической реакции на слизистой оболочке полости рта составляет от 8 до 19%, улиц обоего пола и разного возраста. |
| Локализация. | Любая на слизистой оболочке полости рта. |
| Симптомы | • Жжение, зуд в пораженных участках слизистой оболочки полости рта.  • Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижные, слегка болезненные при пальпации. |
| Клиническая картина. | Ограниченные или разлитые очаги ярко-красной гиперемии, расположенные строго в зоне протезного ложа или в зоне контакта с аллергеном; при длительном существовании процесса возможно появление единичных везикул (редко) и эрозий. |
| Диагностика: | • Анамнез – применение новых гигиенических средств (зубные пасты, гели и т.д.), постановка нового зубного протеза, пломбы в течение 57 дней, предшествующих заболеванию (реже в более поздние сроки).  • Общий клинический анализ крови – умеренный лейкоцитоз, эозинофилия (не всегда), увеличение СОЭ. |
| Гистологическая картина. | Воспалительная круглоклеточная инфильтрация собственно слизистой оболочки преимущественно вокруг сосудов, некроз поверхностного эпителия. |
| Лечение: | • Прекращение использования съемного протеза, замена пломбировочного материала или отмена подозреваемого препарата.  • Внутрь – антигистаминные препараты, местно - аппликации или ванночки с растворами антигистаминных препаратов: 1 ампула 1% димедрола (или супрастина, пипольфена) растворить в 510 мл дистиллированной воды.  • Кортикостероидные мази (без антибиотиков) – 0,55 преднизолоновая, 1% гидрокортизоновая – апликации в течение 23 дней.  • Кератопластические средства (при наличии эрозий) аппликации маслянного раствора витамина А, до полной эпителизации.  • Изготовление нового пластиночного протеза из бесцветной пластмассы.  • Общие принципы ведения больных. Не допускается применение других лекарственных препаратов из-за опасности парааллергических реакций. |
| Прогноз | благоприятный. |

***Злокачественное эпителиальное новообразование (рак).*** Проявляется на слизистой оболочке полости рта в 60% случаев в виде язвы.

|  |  |
| --- | --- |
| Распространенность. | Чаще болеют мужчины старше 40 лет. |
| Локализация. | Различные участки полости рта (чаще – нижняя губа, язык, дно полости рта). |
| Симптомы | • Бессимптомное течение (нередко) или незначительная болезненность.  • Резкая боль (в далеко зашедших случаях, особенно при локализации на языке).  • Увеличение регионарных лимфатических узлов. |
| Клиническая картина. | Одиночная, длительно существующая язва, отличается плотным основанием и краями, бугристым неровным дном, нередко с явлениями гиперкератоза в окружности. Часто выявляется травматический фактор, при его устранении раковая язва может несколько видоизменяться (уменьшаются воспалительная инфильтрация, отек); на этом фоне более четко выявляются перечисленные выше признаки рака. |
| Диагностика: | Основная на:  • Клинических данных.  • Результатах цитологического исследования (нахождение в соскобе со дна язвы атипичных эпителиальных клеток). |
| Гистологическая картина. | Изъявление, инвазивный рост атипичных эпителиальных клеток. |
| Лечение: | • Широкое иссечение.  • Радикальная операция на шейных лимфатических узлах, пораженных метастазами опухоли.  • Лучевая терапия. |
| Прогноз | Зависит от локализации, размера, типа опухоли, возраста и состояния здоровья пациента. |

Красная волчанка (эрозивно-язвенная форма)

|  |  |
| --- | --- |
| Симптомы | Болезненность слизистой оболочки рта губ. |
| Клиническая картина. | На красной кайме губ: на фоне эритемы и инфильтрации глубокая, легко кровоточащая эрозия. Симптом Никольского отрицательный. Вокруг эрозии участки гиперкератоза по типу «частокола». На слизистой оболочке рта: на фоне резко отграниченных эритематозных очагов с инфильтрацией в основании глубокие кровоточащие эрозии; вокруг – очаги гиперкератоза по типу «частокола». Симптом Никольского отрицательный. |
| Диагностика: | Основана на:  • Клинических данных – осмотр красной каймы губ, слизистой оболочки рта, обнаружение типичных проявлений на коже;  • Сезонности обострений заболевания. |
| Лечение: | Длительный прием синтетических противомалярийных средств (делагил, плаквенил, хингамин); кортикостероидные гормоны внутрь и местно, а также обезболивающие растворы, антисептики, эпителизирующие средства. |
| Прогноз | благоприятный |

Красный плоский лишай (эрозивно-язвенная форма)

|  |  |
| --- | --- |
| Симптомы | На слизистой оболочке полости рта – болезненные, длительно не заживающие эрозии. |
| Клиническая картина. | Эрозии (одиночные или множественные), неправильных очертаний, покрыты фибринозным налетом на фоне гиперемированной слизистой оболочки с папулезными элементами, характерными для красного плоского лишая. |
| Диагностика: | Основана на:  • клинических данных;  • результатах осмотра всей слизистой оболочки рта (в типичных метах – ретромолярные отделы щек) и кожи. |
| Лечение: | Общее. Местное.  • Эпителизирующие и регенерирующие средства – аппликации маслянного раствора витамина А, каратолина, масла шиповника, облепихи, тыквеол или аэрозоль с облепиховым маслом «Гипозоль».  • Препараты прополиса «Пропоцеум», аэрозолт «пропосол», «Пропомизол».  • 5-10% дибуноловая мазь; солкосерилгель, мазь или дентальная адгезивная паста, 105 метилурациловая мазь.  • Актовегин – аппликации 205 геля, затем мази.  • Хонсурид в разведении с 5-10 мл изотонического раствора для аппликаций или инъекций под элемент поражения.  • Для заживления эрозивных и язвенных (реже) элементов поражения нередко требуется длительное время и смена различных лечебных средств.  • Лазеротерапия – гелий-неоновый лазер (при торпидности к регенерирующий терапии). |
| Прогноз | Благоприятный, однако эрозии длительно (иногда годы) не склонны к эпителизации. |

Рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты (рубцующаяся и деформирующая формы хронического рецидивирующего афтозного стоматита – афтоз Сеттона)

|  |  |
| --- | --- |
| Этиология | • Общая с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.  • Нередко на фоне заболеваний крови лейкозы). |
| Распространенность. | Болеют лица обоих полов, зрелого возраста. |
| Локализация. | Боковая поверхность языка, слизистая оболочка губ, щек, зева, глотки (часто с вовлечением слизистых слюнных желез. |
| Симптомы | • Длительное существование одной или нескольких афт (до 2 мес.).  • Резкая болезненность.  • Страдает общее состояние (больные ослаблены, истощены, кожные покровы бледные, плохое гигиеническое состояние рта). |
| Клиническая картина. | Болезненное уплотнение с глубокой кратерообразной язвой и гиперемией слизистой оболочки по периферии; язвы могут быть мигрирующий (ползущий) характер; в полости рта обнаруживают рубцы от ранее существовавших язв (иногда в течение приобретает перманентный характер: одна язва сменяет другую. |
| Диагностика: | Основана на:  • данных анамнеза;  • клинической картине;  • результатах цитологического исследования соскоба с поверхности язвы (картина неспецифического воспаления);  • положительных кожно-аллергических пробах с микробными аллергенами (возможны моно и полиаллергии). |
| Гистологическая картина. | Участок некроза с полным разрешением эпителия и базальной мембраны, воспаление в собственно слизистой оболочке и подслизистом слое; при вовлечении в процесс слюнных желез определяется мощная перигландулярная инфильтрация. Особенности ведения больных. Тяжелые формы стационарного лечения. |
| Лечение: | Аналогично лечению хронического рецидивирующего афтозного стоматита, но ведущее место занимают кортикостероиды и цитостатики. |
| Прогноз | Заживление с образованием рубцов, иногда деформирующих слизистую оболочку мягкого неба, небных дужек, губ, с развитием микростомии. |

***Синдром Бехчета (болезнь Бехчета)***. Предполагают аутоиммуную или инфекционно-аллергическую природу заболевания на фоне генетической предрасположенности. Подтверждением является нахождение специфического антигена В27.

|  |  |
| --- | --- |
| Распространенность. | Болеют преимущественно лица обоего пола, уроженцы Закавказья и Ближнего Востока, в возрасте 2030 лет. |
| Локализация. | • Слизистая оболочка полости рта (возможны первые проявления болезни).  • Область гениталий.  • Поражение глаз (у 70-85 больных).  • Кожа. |
| Симптомы | • Хроническое рецидивирующее течение (с каждым рецидивом клинические проявления нарастают).  • Болезненность в полости рта, боль при глотании (при распространении процесса на гортань, глотку).  • Болезненные проявления в области гениталий.  • Светобоязнь, ирит, циклит, прогрессирующее снижение зрения вплоть до слепоты.  • Пиодермические, узловатые высыпания на коже. |
| Клиническая картина. | В полости рта – множественные поверхностные или глубокие рубцующиеся афты, резко болезненные. |
| Диагностика: | Основана на:  • данных анамнеза;  • клинической картине;  • результатах микроскопического исследования (цитологического, гистологического) – неспецифическое воспаление  • исследовании антигенов системы НLA – нахождение антигена В27. |
| Гистологическая картина. | Разрушение эпителия, инфильтрат, состоящий из нейтрофилов, моноцитов, лимфоцитов. |
| Лечение: | *Общее*: кортикостероиды, иммуносупрессоры, гамма-глобулин, антигистаминные и детоксирующие средства. *Местное*: обезболивание, антисептики, эпителизирующие средства |
| Прогноз | Благоприятный (при поддерживающей терапии). |

***Стоматит Венсана (язвенно-некротический гингивостоматит)***. Заболевание вызывает условно-патогенная анаэробная флора полости рта – веретенообразные палочки (Bacilusfusiformis, Clostridiummuktiforme) и спирохеты (BorreliaVincenti,Borreliabuccalis), которые приобретают вирулентность на фоне понижения иммунитета.

|  |  |
| --- | --- |
| Распространенность. | Чаще болеют молодые, практически здоровые мужчины в возрасте от 17 до 30 лет. |
| Локализация. | Десневой край (всегда), щека, ретромолярная область, миндалины – ангина Венсана (редко). |
| Симптомы | • Повышение температуры тела до 37,5380 С.  • Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, подвижны.  • Гнилостный запах изо рта.  • Кровоточивость и резкая боль десны. |
| Клиническая картина. | Десна гиперемирована, отечна, по десневым сосочкам и маргинальному краю очаги некроза, покрыты трудно снимающимся серым, серо-зеленым налетом; под некротическими массами – язвенная поверхность, которая может распространяться на прилежащую слизистую оболочку щеки и ретромолярную область, что приводит к тризму, болезненности при глотании и припухлости щеки за счет отека окружающих тканей. |
| Диагностика: | Основана на:  • клинических данных;  • бактериоскопическом исследовании налета (в мазке, окрашенном азурэозином, на фоне эпителиальных клеток и элементов неспецифического воспаления обнаруживается большое количество веретенообразных палочек и спирохет);  • данных клинического анализа крови, характерной для неспецифического воспалительного процесса 9небольшой лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, умеренное увеличение СОЭ). |
| Гистологическая картина. | Изъявление слизистой оболочки с некрозом поверхностного слоя, подлежащая ткань отечна, инфильтрирована нейтрофилами и лимфоцитами. |
| Особенности ведения больных. | • Домашний режим.  • Ежедневная, профессиональная обработка зубов и слизистой оболочки полости рта. |
| Лечение: | *Местное*.  • Аппликационная анестезия (2% раствор тримекаина, лидокаина).  • Протеолитические ферменты (трипсин, химопсин).  • Антисептики, содержащие кислород, хлор растворы перманганата калия – 1:5000, перекиси водорода – 12%, хлорамина – 0,25%, хлоргексидина – 0,06%).  • Метронидазол, Цифран СТ (RANBAXY) в виде аппликаций размягченных таблеток на десневой край на 15-20 мин или геля метрогил дента).  *Общее*.  • Антибиотики (при тяжелой форме болезни) Цифран СТ (RANBAXY).  • Клион (метронидазол) внутрь по 250 мг 3 раза в день, в течение 3-5 дней.  • Витамин С (до 1 г в день).  • Антигистаминные препараты (кларитин, эриус, супрастин, фенкарол по 1 табл. 2-3 раза в день. |
| Прогноз | Благоприятный (выздоровление наступает в сроки от 3 до 7 дней; рецидивы возможны при плохом гигиеническом состоянии полости рта. |

**Это Важно знать**. Аналогичные процессы в полости рта развиваются при понижении иммунитета на фоне агранулоцитоза, лейкоза или ВИЧ-инфекции, поэтому всем больным с клиникой язвенно-некротического гингивостоматита обязательно делают общий клинический анализ крови и исследование на ВИЧ-инфекцию.

***Твердый шанкр (первичная сифилома.)*** Образуется на месте внедрения бледной трепонемы в слизистую оболочку полости рта.

|  |  |
| --- | --- |
| Распространенность. | Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 2029 лет, отличающуюся наибольшей сексуальной активностью. |
| Локализация. | В любом месте слизистой оболочки полости рта, но чаще – на губах, языке, миндалинах. |
| Симптомы | • Общее состояние не нарушается.  • Склерадент – регионарный (увеличение и уплотнение лимфатических узлов на стороне очага поражения).  • Болезненность – только при присоединении вторичной инфекции (чаще фузоспирохетоз).  • Общая продолжительность существования элемента поражения – 6-7 нед. |
| Клиническая картина. | Внешний вид твердого шанкра зависит от его локализации. Слизистая оболочка полости рта, красная кайма губ: классический шанкр – эрозия или язва, округлых очертаний, гладкое, блюдцеобразное дно, плотный инфильтрат в основании, размером 1 см, безболезненный. В углу рта, по переходной складке, в складках скротального языка: язва в форме щели, при расправлении складок – округлые, типичные очертания. На языке: твердый шанкр, выглядит как опухолевидное образование, плотное, безболезненное, значительно возвышается над здоровой слизистой оболочкой. На десне: эрозия полулунной формы, охватывает шейку одного или двух зубов. На миндалинах:  • Язвенный шанкр, резко болезненный.  • Шанкрамигдалит (или ангиноподобный) – одна из миндалин плотная, крупная, синюшнокрасного цвета.  • Комбинированный вариант – язвенный шанкр на фоне амигдалита. |
| Диагностика: | Основана на:  • Клинических данных (устранение травмы существенно не влияет на течение твердого шанкра).  • Бактериоскопии в темном поле (нахождение бледной спирохеты в соскобе с поверхности язвы).  • Положительных серологических реакциях (могут быть неинформативными – серо-негативный период сифилиса в первые 3 недели заболевания). |
| Гистологическая картина. | Изъявление слизистой оболочки с глубокой инфильтрацией плазматических клеток и лимфоцитов, отек подлежащих тканей. |
| Лечение: | Специфическое, проводит врач-венеролог. |
| Прогноз | благоприятный. |

**Это важно знать.** При возникновении эрозивного или язвенного поражения полости рта неясной этиологии, даже при отсутствии увеличения близлежащих лимфатических узлов, необходимо проводить повторные лабораторные исследования для исключения сифилитической природы заболевания.

***Травматическая эрозия, язва***. Результат длительной механической травмы (острым краем зуба, пломбы, коронки, зубного протеза.

|  |  |
| --- | --- |
| Распространенность. | Может развиться в любом возрасте, у лиц обоего пола. |
| Локализация. | Любая в полости рта, где возможна травма зубами, протезом (как правило, язык, щеки, губы, альвеолярный гребень, небо). |
| Симптомы | Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны. |
| Клиническая картина. | Язва на гиперемированной слизистой оболочке, окружена воспалительным инфильтратом, покрыта серым налетом, болезненная при пальпации, возможно присоединение анаэробной инфекции, что приводит к выявлению зеленовато-серого зловонного налета. |
| Диагностика: | Локализация на месте травмы (травматический фактор всегда выявляется). |
| Гистологическая картина. | Дефект покровного эпителия, инфильтрация подлежащих тканей нейтрофилами, плазматическими клетками и лимфоцитами. |
| Лечение: | • Устранение причины – травмы  • Обезболивание – аппликации растворов 2% тримекаина, лидокаина или аэрозоль «Лидестин», 5% пиромикаиновая мазь, гель «Камистад».  • Антисептики – орошения и аппликации растворов перекиси водорода, хлоргексидина, фурацилина.  • Протеолитические ферменты – аппликации растворов трипсина или химопсина (способствуют очищению поверхности язвы от налета).  • Эпителизирующие средства выбора – аппликации масляного раствора витамина А, каратолина, масла шиповника, облепихи, тыквеол или аэрозоль с облепиховым маслом «Гипозоль». |
| Прогноз | Благоприятный, заживление наступает через 7-14 дней. Это важно знать. При длительном течении (2-3 мес.) травматическая язва может малигнизироваться. |

**Заключение**

В конце занятия преподаватель отвечает на вопросы студентов, подводит результаты устного собеседования, решения ситуационных и тестовых задач, выполнения мануальных навыков, дает задание на следующее занятие.

**Тестовый контроль:**

**1. Эрозивно-язвенные поражения это:**

1. гиперпластические изменения в эпителии слизистой оболочки рта

2. деструктивные изменения только в эпителии слизистой оболочки рта

3. гиперпластические и деструктивные изменения в эпителии и нижележащих тканях слизистой оболочки рта

+4. деструктивные изменения в эпителии и нижележащих тканях слизистой рта, объединённые по морфологическому признаку представленными элементами (афта, эрозия, язва).

**2. Эрозия слизистой рта это:**

1. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяясь на разную глубину в подлежащие ткани

2. поверхностный дефект эпителия, располагающийся на участке слизистой окружённой по периферий ярко-красным ободкам и покрыты бежевым налётом

3. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяющееся на разную глубину в подлежащие ткани

+4. дефект слизистой оболочки рта в пределах эпителиального слоя

5. гиперемия слизистой рта, без деструктивных изменений в ней.

**3. Язва слизистой рта это:**

+1. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяясь на разную глубину в подлежащие ткани

2. поверхностный дефект эпителия располагающийся на участке слизистой окружённой по периферии ярко-красным ободкам и покрыты бежевым налётом

3. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяющееся на разную глубину в подлежащие ткани

4. дефект слизистой оболочки рта в пределах эпителиального слоя

5. гиперемия слизистой рта, без деструктивных изменений в ней.

**4. Афта слизистой рта это:**

1. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяясь на разную глубину в подлежащие ткани

+2. поверхностный дефект эпителия располагающийся на участке слизистой окружённой по перефирии ярко-красным ободкам и покрыты бежевым налётом

3. повреждение слизистой рта затрагивающее все слои эпителия и распространяющееся на разную глубину в подлежащие ткани

4. дефект слизистой оболочки рта в пределах эпителиального слоя

5. гиперемия слизистой рта, без деструктивных изменений в ней.

**5. К эрозивно-язвенным поражениям слизистой оболочки рта относится:**

1. аллергический контактный стоматит

2. красная волчанка (эрозивно-язвенная форма)

3. плоский лишай (эрозивно-язвенная форма)

4. травматическая эрозия, язва

5. стоматит Венсана (язвенно-некротический гингивостоматит)

+6. Все ответы верны.

**6. Края язвы слизистой рта при первичном сифилисе**

1. мягкие, ровные

+2. ровные, валикообразные

3. подрытые, мягкие

4. ровные, уплотнены

5. плотные, неровные, часто изъедены.

**7. Края язвы при новообразованиях на слизистой рта**

+1. плотные, неровные, часто изъедены

2. мягкие, ровные

3. подрытые, мягкие

4. ровные, валикообразные

5. мягкие, ровные

**8. Болезненность при язвенных поражениях слизистой рта присутствует при:**

+1. рецидивирующих афтах

2. первичном сифилисе

3. туберкулёз

+4. гингивит Венсана

+5. травматическая язва

**9. Для язвенно-некротическогогингивостоматита (стоматит Венсана) характерно:**

1. понижение температуры тела до 360 С

2. отсутствует увеличения региональных лимфатических узлов

+3. гнилостный запах изо рта

4. отсутствие кровоточивости десневого края

+5. резкая болезненность десневого края

**10. Для туберкулёзной язвы (миллиарноязвенный туберкулёз) характерно:**

+1. резкая боль в полости рта, затрудняющая разговор, приём пищи

2. региональные лимфатические узлы слегка увеличены (безболезненные при пальпации)

+3. наличие эпителиоидных клеток и клеток Пирогова-Лангханса

4. наличие только стрептококков, стафилококков.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Больной Б., 43 года, обратился к стоматологу с жалобами на болезненную язву справа, которая беспокоит его в течение 2 недель. При осмотре обнаружено: на щеке в проекции разрушенного 16 зуба язва размерами 0,8×1 см. Края и основания язвы уплотнены, окружающие ткани отечны, гиперемированы, дно ровное, покрыто налетом, пальпация язвы болезненная. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Пациентка П. 56 лет обратилась с жалобами на сильные боли в ротовой полости, затрудненный прием пиши. При осмотре: в ретромолярной области, боковой поверхности языка эрозии, покрытые налетом, различной формы на гиперемированой слизистой, между эрозиями – папулезные элементы в виде рисунка. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Ваша тактика.
3. Больному поставлен диагноз: черный «волосатый» язык. Лечение: аппликации 5%-го раствора резорцина. Эффект от лечения был кратковременным. Какое лечение необходимо дополнительно провести?

Зав. кафедрой терапевтической стоматологии

с курсом ФПК и ПК, доц. Чернявский Ю.П.