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 № 7**

для проведения занятия со студентами 5 курса в 9 семестре

стоматологического факультета по терапевтической стоматологии

(для студентов)

Тема: «**Красно-голубые» поражения слизистой оболочки рта**

#### Время 6 часов

**Витебск 2023**

**1. Учебные и воспитательные цели:**

1. Изучить этиологию, патогенез и клинику красно-голубых поражений.

2. Уметь проводить диагностику и дифференциальную диагностику красно-голубых поражений.

**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. Этиологические факторы красно-голубых поражений слизистой оболочки рта. Классификация.
2. Травматические поражения красного цвета. Диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика петехий и экхимозов
4. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика гемангиомы, варикозных поражений.
5. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение наследственной геморрагической телеагиоэктазии, саркомы Капоши
6. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение эритроплакии.

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

1. Строение и функции СОПР.
2. Первичные и вторичные элементы поражения СОПР.
3. Методы обследования пациентов с заболеваниями СОПР.

**5. Содержание занятия.**

**Вопросы темы:**

1. Этиологические факторы красно-голубых поражений слизистой оболочки рта. Классификация.
2. Травматические поражения красного цвета. Диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика петехий и экхимозов
4. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение гемангиомы, варикозных поражений.
5. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение наследственной геморрагической телеагиоэктазии, саркомы Капоши.
6. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение эритроплакии.

ВОПРОС 1.Этиологические факторы красно-голубых поражений слизистой оболочки рта. Классификация.

* + - * Инфекционные (бактериальные, вирусные).
      * Травматические.
      * Болезни крови.
      * Аллергические реакции.
      * Опухолеподобные состояния.

Красно-голубые поражения слизистой оболочки рта объеденены в 3 группы:

*Повреждения слизистой оболочки рта:*

* петехии, экхимозы,
* травматическая эритема,
* эритроплакия,
* мигрирующие стоматиты (географический язык),
* кандидоз (эритематозная ,атрофическая формы),
* проявления аллергических реакций (контактные аллергические стоматиты, плазмоклеточный гингивит),
* пузырные поражения,
* проявления дерматозов на слизистой рта (псориаз, системная красная волчанка),
* проявления болезней крови,
* гипо- и авитаминозы,

*Сосудистые поражения:*

* сосудистые опухоли (гемангиомы, саркома Капоши),
* артериовенозные пороки развития,
* генетические заболевания (синдром Rendu-Osler-Weber).

*Реактивные поражения:*

* пиогенная гранулема,
* периферическая гигантоклеточная гранулема.

Факторы, определяющие характер патологических изменений слизистой оболочки рта:

* 1. Сила и свойства повреждения, площади поражения, времени воздействия;
  2. Защитные свойства слизистой оболочки рта, состояние неспецифической резистентности организма;
  3. Гигиеническое состояние ротовой полости;
  4. Вредные привычки.

ВОПРОС 2. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КРАСНОГО ЦВЕТА. ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Травматические поражения красного цвета вначале проявляются в виде гиперемии, отека, эритемы, без нарушения целостности слизистой. Их несвоевременное обнаружение ведет к образованию язв, покрытых фибринозным налетом.

Патологические изменения слизистой, как результат механической травмы могут иметь вид эритематозных или пурпурных пятен. Как правило, травматические эритематозные пятна образуются при медленно действующих раздражающих агентах, а пурпурные пятна чаще обусловлены более сильным и интенсивным раздражителем на слизистую оболочку.

Травматические поражения красного цвета вначале проявляются в виде гиперемии, отека или эритемы без нарушения целостности слизистой, однако их несвоевременная диагностика ведет к образованию язв покрытых фиброзным налетом.

Травматические пятна в виде эритемы представляют собой первичные элементы поражения красного цвета определенной формы и границами, без изменения рельефа. Для травматических эритематозных пятен характерен положительный симптом побледнения при пальцевом давлении. Травматическая эритема может быть обнаружена на небе вследствие некачественного съемного протеза.

Патологические процессы вследствие травматизации слизистой (некачественной реставрации, накусывания губ и т.д.) и с учетом степени тяжести могут клинически характеризоваться сочетанием как первичных (без нарушения целостности эпителия), так и вторичных элементов поражения – эрозии, язвы. Наличие вторичных элементов поражений вызывают у пациента болевой симптом от незначительной чувствительности до выраженных ощущений.

Пурпурные пятна локализуются на любых поверхностях слизистой губ, щек, дна полости рта и т.д., а на границе твердого и мягкого нёба они имеют эллиптическую форму. Пурпурные пятна в полости рта могут быть проявлением болезни крови, поэтому необходимы консультация гематолога и проведение соответствующих исследований.

Дифференциальная диагностика пурпурных пятен проводится с эритематозными пятнами и гемангиомой на основании выяснения причин, локализации и клинических признаков.

Травматических эритематозные пятнаи травматических эрозий, отличаются от пурпурных пятен тем, что последние проявляются на слизистой в результате кровоизлияний из сосудов, расположенных подэпителиально. После устранения причин и применения кератопластических лекарственных средств процесс эпителизации этих поражений завершается в течение 3-4 дней. Однако если поражения прогрессируют, то дополнительно проводят лабораторные исследования (биопсия, гистологические и бактериологические исследования, анализ крови и т.д.).

***Травматическая эритема*** (первичный элемент поражения) имеет определенную форму и границы, без изменения рельефа. При пальцевом давлении – бледнеет. Травматическая эритема может быть обнаружена на небе вследствие некачественного съемного протеза.

Диагностика: сбор анамнеза (исключение влияния ятрогенных факторов, экзогенных, эндогенных факторов), симптом «побеления».

Дифференциальная диагностика: пурпурные пятна (появляются на слизистой в результате кровоизлияний сосудов, расположенных субэпителиально), болезни крови.

***Воспалительная гиперплазия.*** Длительно действующие травматические факторы могут приводить к гиперплазии эпителиальной ткани. Характерный признак – ярко-красный цвет, возвышения над уровнем слизистой оболочки с мягкой консистенцией, гладкой поверхностью. Чаще обнаруживают воспалительную гиперплазию десневых сосочков (травматизация некачественными протезами, пломбами). При увеличении роста эпителиальной ткани, изменения плотности, размеров, нарушении целостности эпителия, кровоточащей поверхности необходима консультация онколога и биопсия.Т

Микроскопическое исследование – грануляционная ткань с выраженным воспалительным компонентом.

ВОПРОС 3 ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕТЕХИЙ И ЭКХИМОЗОВ

***Петехии –*** мелкие точечные геморрагии (кровоизлияния) в подслизистый слой слизистой оболочки или кожи.

***Экхимозы*** – обширные геморрагии округлой или овальной формы.

Геморрагии – результат нарушения целостности или проницаемости стенок сосудов.

Выход клеточных элементов крови за пределы кровеносного русла приводит к стойкому проявлению окраски вначале ярко-красного, затем синюшного, желтоватого, коричневого цвета – в зависимости от образования различных пигментов при разрушении эритроцитов.

*Этиология петехий*:

1. вирусные поражения – вирус Эпштейна-Барр, инфекционный мононуклеоз, риккетсиозы
2. тромбоцитопения
3. лейкемия
4. ДВС – синдром
5. травма – длительный кашель, частая рвота.

*Локализация* – мягкое небо, петехии не бледнеют при давлении.

*Диагностика*:

1. Анамнез
2. Выяснение причины

*Лечение*: не проводиться.

*Этиология экхимозов*:

1. геморрагии мягких тканей;
2. дефекты стенок сосудов;
3. коагулопатия;
4. вторичная тромбоцитопения, гемофилия
5. травма

*Клиника*:

1. пятна на коже и слизистой оболочке, больше по размеру, чем петехии;
2. поражения не бледнеют при давлении на них;
3. изменяются в цвете, приобретая, более интенсивный красный, синюшный, коричневый цвета.

*Диагностика*:

1. Общие принципы диагностики поражений слизистой оболочки рта – цвет, размер, рельеф, консистенция.
2. Анамнез.
3. общий анализ крови, коагулограмма.

*Дифференциальная диагностика:*

1. Саркома Капоши;
2. Лейкемия;
3. Болезнь Виллебранда;
4. Гемангиома

*Лечение* – выяснение этиологии и лечение основного заболевания.

ВОПРОС 4. ГЕМАНГИОМА. ВАРИКОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

***Гемангиома –*** наиболее часто встречающаяся сосудистая опухоль.

*Этиология*:

1. Врожденная гемангиома, возникающая вследствие пролиферации клеток эндотелия, по мере роста организма происходит ее увеличение.
2. Врожденная гемангиома, либо возникает сразу после рождения. Размеры увеличиваются с ростом пациента. После прекращения роста пациента размеры опухоли остаются неизменными – ***гамартома.*** У детей в течение первого года жизни врожденная гемангиома может инволютировать, т. е. подвергаться обратному развитию.
3. Гемангиома, обусловленная, аномалийным морфогенезом артериальных и венозных структур.

По типу строения сосудистого русла различают гемангиомы:

1. капиллярные
2. кавернозные
3. ветвистые (рацемозные).

**Клиника**

Кавернозная гемангиома встречается чаще других и составляет 70% всех других гемангиом. Чаще поражается губа, язык, слизистая щек. Представляет собой узел безболезненный мягкоэластичной консистенции багрового или синюшного цвета. Цвет зависит от глубины расположения опухоли, степени деления и калибра сосудов. Поверхность опухоли бугристая, при сжатии размеры опухоли уменьшаются за счет запустевания полостей. При наклоне головы опухоль наполняется и увеличивается в размерах. Локализуясь на языке и губе, могут вызывать их деформацию и функциональные расстройства в виде затруднения жевания, смыкания губ, челюстей.

Капиллярная гемангиома представляет собой пятно ярко-красного или синюшно-багрового цвета с четкими границами на коже или слизистой оболочке рта. Размеры могут быть от ограниченных до значительных. Основу гемангиомы составляют разрастания новообразованных капилляров.

Рацемозная гемангиома клинически проявляется в виде узла мягкой консистенции, выбухающего над окружающими тканями. Локализуется в любом органе. Характерная особенность – пульсация, соответствующая сокращениям сердца.

*Диагностика:*

1. Аспирация. При пункции гемангиомы получают кровь, свободно поступающую в кровь.
2. Симптом надавливания

*Дифференциальная диагностика:*

1. Телеангиоэктазия;
2. Тромбоцитопеническая пурпура;
3. Саркома Капоши.

*Лечение:*

1. Динамическое наблюдение;
2. Хирургическое лечение: скальпель, лазер (аргоновый, углеродный), криодеструкция, электрокоагуляция;
3. Склерозирующая терапия;
4. Эмболизация.

ВАРИКОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

*Этиология*:

1. Венозная дилятация
2. Врожденные или приобретенные поражения стенок сосудов (травма, воздействие ультрафиолетового цвета).

Наиболее часто возникает после 40 лет.

*Клиника*. Поражения имеют синюшную, бугристую поверхность, безболезненные при пальпации. Характерно медленное развитие. Бледнеют от компрессии, частые осложнения в виде кровотечения, сосуды могут быть тромбированы.

*Наиболее частая локализация* – губы, подъязычная область.

*Диагностика*: гистологическое исследование вен крупного калибра и тонкостенных вен.

*Дифференциальная диагностика:*

1. Мукоцеле
2. Голубой невус
3. Наследственная геморрагическая телеангиоэктазия

*Лечение*: наблюдение при стабильном течении, при прогрессировании – склерозирующая терапия, лазерная аблация.

ВОПРОС 5. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ АНГИАМАТОЗ

(СИНДРОМ ОСЛЕРА-РЕНДЮ-ВЕБЕРА). САРКОМА КАПОШИ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

***Геморрагический ангиоматоз***

Наследственное аутосомно-доминантное заболевание (вероятность проявления гена составляет 97%), в основе которого лежит стойкое расширение мельчайших сосудов кожи и слизистых оболочек, приводящее к образованию легкокровоточащих телеангиэктаз на поверхности кожи и слизистых оболочках. Частота этого заболевания составляет 1 - 2 на 1 млн человек.

*Клиника* – мультифокальная локализация красных пятен на коже и слизистой оболочке. Наибольшая концентрация пятен – на губах, языке, слизистой щек, кончиках пальцев.

Проявляется в виде кровотечений из носа и слизистой оболочки губ, языка. Классической картиной заболевания являются семейный характер телеангиэктаз и наличие носовых кровотечений и характерных поражений от 1 до 2 мм в диаметре, состоящих из расширенного сосуда на поверхности кожи или слизистых оболочек, особенно носа, губ и языка, непосредственно соединенного с артерией или веной. Рецидивирующие носовые кровотечения, наблюдаемые у 50 - 80% пациентов, - это первая жалоба, часто отмечаемая в возрасте до 10 лет.

Заболевание связано с наличием в системах многих органов артериовенозных врожденных пороков, которые могут вызвать опасные осложнения. Артериовенозные врожденные пороки сосудов легких обнаруживаются у 15 - 30% пациентов с НГТ. Врожденные пороки церебральных сосудов выявляются в 5 - 10% случаев и проявляются в виде телеангиэктаз, кавернозных ангиом, артериовенозных врожденных пороков и аневризм; Также поражаться может и слизистая оболочка ЖКТ. Хроническая кровопотеря как результат кровотечений ЖКТ приводит к анемии.

*Диагностика*

1. При надавливании - пятна бледнеют (положительная диаскопия).

2. Семейный анамнез.

*Дифференциальная диагностика:*

1. лучевые поражения;
2. хронический гепатит;

*Лечение* – наблюдение, хирургическое удаление, коагуляция, эмболизация и стереотактическая радиохирургия с применением рентгеновского излучения, мониторинг состояния легких.

САРКОМА КАПОШИ.

*Этиология*:

1. Классическая идиопатическая форма.
2. Эндемическая форма (зарегистрированы в Южной Африке).
3. СПИД – ассоциированная форма.
4. Herpesvirus – ассоциированная форма (вирус герпеса HHV – 8).

**Идиопатическая форма** – очаги поражения характеризуются медленным, но неуклонным ростом в течение многих лет, проявления в ротовой полости очень редки.

**Эндемическая форма** быстро прогрессирует, проявления в ротовой полости также очень редки.

**СПИД–ассоциированная форма** встречается у мужчин – гомосексуалистов и редко среди других групп риска ВИЧ – инфекции.

*Клиника*. Проявляется в виде пятен красно-багрового цвета и узелков. Приблизительно в 50% случаев наблюдается около – или внутриротовая локализация с наиболее частым поражением области соединения твердого и мягкого неба. Далее по частоте встречаемости – десна и слизистая оболочка щек. Поражения прогрессируют от пятен до узлов, от красно-багрового до синюшного цвета.

*Дифференциальная диагностика:*

1. Гемангиома
2. Гематома
3. Экхимозы
4. Меланома
5. Пиогенная гранулема.

*Лечение*. Саркома Капоши обычно очень хорошо реагирует на лучевую терапию и на лечение ВИЧ – инфекции. К альтернативным методам лечения относятся химиотерапия (общая и местная), хирургическое иссечение, лазеро- и криохирургия.

ВОПРОС 6 ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРИТРОПЛАКИИ

***Эритроплакия*** представляет собой поздние стадии первично появившихся кератотических изменений слизистой оболочки. Этиология не выяснена, однако, возникает вследствие совокупности экзогенных факторов – курения, острых краев пломб, приема алкоголя и других раздражающих факторов. В основном поражает мужчин. Проявляется в виде ярко-красных, фиолетовых пятен или узелков с бархатистой поверхностью, с четкими, плавными границами. Пятна могут слегка возвышаться над поверхностью слизистой.

Красные поражения эритроплакии обусловлены отсутствием кератинизированного слоя и повышенным количеством капилляров в сосочках соединительной ткани.

Пятна эритроплакии чаще локализуются в области дна полости рта, ретромолярной области, латеральной поверхности языка, переходной складке преддверия рта, ротоглотке.

*Клиника* – течение чаще асимптомное. *При* *пальпации* – поражения мягкие, безболезненные.

Различают три клинические формы эритроплакии:

1) гомогенная – поражение имеет только красный цвет;

2) эритролейкоплакая, которая, в основном, имеет красный цвет с отдельными белыми очагами;

3) пятнистая эритроплакия, характеризующаяся мелкими белыми пятнами, разбросанными по всей красной поверхности эритроплакии.

На ранних стадиях развития эритроплакии на фоне красных поражений появляются участки слизистой белого цвета, что может указывать на малигнизацию патологического очага. В таком случае (по данным литературы) в 51% обнаруживали карциному, в 41% - эпителиальную дисплазию. Для подтверждения диагноза эритроплакии необходимы консультации онколога и биопсия. Результаты гистологических исследований могут свидетельствовать о наличии ранней или выраженной дисплазии, карциномы.

Если в участках поражения образуются эрозии, язвы, вегетации, то заболевание называется эритролейкоплакией. Данная патология развивается крайне редко и имеет самый высокий риск малигнизации.

*Дифференциальная диагностика:*

1. Эритематозная форма кандидоза
2. Саркома Капоши
3. Экхимозы
4. Контактный стоматит
5. Аномалии развития сосудов
6. Географический язык
7. Карцинома

*Лечение* – хирургическое.

**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.

**ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ**

1. Под влиянием каких причин поражения слизистой приобретают красный цвет?

1. расширения сосудов при воспалении;
2. термической, механической, химической травм;
3. врожденных дефектов развития ткани;
4. кровоизлиянии;
5. атрофии слизистой (истончение участков поражения);
6. всех вышеперечисленных.

2. Какие виды кровоизлияния могут проявиться на слизистой оболочке ротовой полости вследствие травмы?

1. пурпурные пятна;
2. петехии;
3. экхимозы;
4. эритематозные пятна;
5. все выше перечисленное.

3. Экхимозы это:

1. обширные геморрагии в подслизистый слой слизистой оболочки или кожи овальной формы
2. мелкие точечные геморрагии в подслизистый слой слизистой оболочки или кожи

4. Основные диагностические критерии гемангиомы:

1. симптом компрессии
2. аспирационная проба
3. все вышеперечисленное

5. Основные клинические симптомы наследственного геморрагического ангиоматоза:

1. мультифокальное расположение красных пятен на коже и слизистой оболочке, носовые кровотечения
2. узелки и пятна красно-багрового цвета на слизистой оболочке щеки.

6. Наиболее часто встречаемая форма гемангиомы:

1. кавернозная
2. капиллярная
3. рацемозная

7. Выберите наиболее правильный вид лечения для эритроплакии:

1. терапевтическое
2. хирургическое
3. динамическое наблюдение

8. Течение эритроплакии:

1. бессимптомное
2. боль при приеме пищи

9. С какими заболеваниями следует дифференцировать саркому Капоши:

1. гемангиома
2. гематома
3. экхимозы
4. меланома
5. пиогенная гранулеама
6. все вышеперечисленное

10. Наиболее частая локализация эритроплакия:

1. дно полости рта, ретромолярная область
2. твердое небо
3. губы
4. слизистая оболочка щеки

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

1. Пациент Т., 50 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на появление на твердом небе и небной поверхности десны красных пятен, не выступающих над поверхностью слизистой, бледнеющих при надавливании. При сборе анамнеза было выяснено, что пациенту 2 недели назад был изготовлен частичный съемный протез, которым пациент пользуется с трудом вследствие дискомфорта и болезненных ощущений твердого неба. Ваша тактика? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
2. Больная С., 18 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на наличие опухоли в нижней губе. Из анамнеза – опухоль появилась через несколько лет после рождения, медленно увеличивается в размере. Объективно – узел мягко-эластичной консистенции синюшного цвета, выступающий над поверхностью нижней губы. При сдавлении – опухоль уменьшается в размерах и «бледнеет». Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Ваша тактика?
3. Пациент 48 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие в ротовой полости безболезненных красных пятен. Пациент является курильщиком с 30 стажем. Пациент не может указать время появления этих образований. Объективно – в ретромолярной области красные бархатистые бляшки мягкой консистенции, выступающие над поверхностью слизистой, безболезненные при пальпации. Поставьте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Ваша тактика?

**Литература**

1. Луцкая, И.В. Заболевание слизистой оболочки полости / И.К. Луцкая. – М.: Мед. лит., 2006. – С. 109-114.
2. Боровский, Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки рта / Е.В.Боровский, Н.Ф.Данилевский. – М.: Медицина, 1991. – С. 272-273, 213-219, 277.
3. Sciuba, S.J. Oral diseases. Diagnosis and treatment / S.J. Sciuba, R.S. Rogers, S.A. Regezi // B.C. Decrer inc. Hamilton, London. - P. 34 – 52.

Доцент кафедры Волкова М.Н.