***Лекция к практическому занятию № 2***

***«****Стоматиты. Эритематоз****»***

**K12 Стоматит и родственные поражения**

K12.0 Рецидивирующие афты полости рта

Афтозный стоматит (большой) (малый) Афты Беднара Рецидивирующий слизисто-некротический периаденит Рецидивирующая афтозная язва Герпетиформный стоматит

K12.1 Другие формы стоматита

Стоматит: . БДУ . зубного ряда . язвенный . везикулярный

*Катаральный и катарально-геморрагический стоматиты* (гингивит, глоссит) являются наиболее частой формой поражения СОПР при аллергии. Они могут возникать при использовании любых медикаментозных препаратов.

*Клиника*: пациенты жалуются на жжение, зуд, сухость во рту, боль при употреблении пищи. Общее состояние больных при этом, как правило, не нарушается. Объективно отмечаются гиперемия и отек СОПР, на боковых поверхностях языка и щеках по линии смыкания зубов четко проявляются отпечатки зубов. Язык гиперемирован, ярко-красного цвета. Сосочки могут быть гипертрофированы (малиновый язык) или атрофированы (лакированный язык). Одновременно может протекать катаральный гингивит. В некоторых случаях на фоне катарального стоматита появляются геморрагическая сыпь, энантемы, чаще на участках твердого и мягкого неба.

*Дифференцированная диагностика*. Катаральные и катарально-геморрагические поражения СОПР при аллергии нужно дифференцировать от подобных изменений при патологии желудочно-кишечного тракта, гипо- и авитаминозах С, В6, В2, эндокринных нарушениях, при сахарном диабете, сердечно-сосудистой патологии, заболеваниях крови, грибковых поражениях, гриппе и пр.

*Герпетический стоматит* возникает преимущественно у детей младшего возраста. На СОПР пузырьки сгруппированы, расположены на гиперемированном и отечном основании; сливаясь и лопаясь, они образуют бо­лезненные обширные эрозии ярко-красного цве­та, с мелкофестончатыми краями. Течение забо­левания — 7-10 дней. Акантолитические клетки не обнаруживааются, но есть клетки-монстры - клетки баллонирующей дистрофии и вирусные включения, чего нет при пузырчатке.

*Эрозивный стоматит* — инфекционное заболевание, возбудителем которого является диплококк. Инфекционную природу заболевания описали И.О.Новик и Е.В.Скроцкий в 1938 г.

Возбудитель эрозивного стоматита имеет форму коротких палочек с закругленными концами, реже — вытянутых кокков. Располагается попарно, нередко накапливается в эпителиальных клетках и около них. Эти микроорганизмы граммотрицательные, спор не образуют, иногда окружены капсулой.

Эрозивный стоматит поражает людей разного возраста (чаще 20-40 лет), с одинаковой частотой мужчин и женщин, реже детей. Заболевание иногда приобретает характер эпидемии, хотя оно и малоконтагиозно. В большинстве случаев эрозивный стоматит развивается после перенесенного гриппа, ангины или другой инфекции. Благоприятствуют развитию заболевания термические или химические раздражения СОПР, хирургические вмешательства. Инкубационный период 2-6 дней.

*Клиника*. При эрозивном стоматите больные жалуются на зуд, жжение, иногда небольшую болезненность в полости рта во время приема пищи. В легких случаях жалобы отсутствуют. Для эрозивного стоматита типичны два элемента поражения — эрозия и эритема.

Эрозивный стоматит начинается с появления на СО губ (преимущественно нижней губы, твердого неба (в зоне перехода твердого неба в мягкое), реже — на щеках и языке четко ограниченных эритематозных пятен небольшого размера. СО в этих участках отечная, эпителий местами десквамируется, образуя поверхностные эрозии. Небный язычок и зев могут быть гиперемированы.

Эрозии, которые располагаются на гиперемированной СОПР, имеют круглую форму, диаметром их не превышают 2-3 мм. Позднее они сливаются, достигая 20 мм и более. Отличительной распознавательной особенностью элементов поражения при эрозивном стоматите является отсутствие налета и пленок на поверхности эрозий. Эрозии все время чистые, огненно-красного цвета, четко отграниченные. Отечный эпителий, который окружает эрозии, легко отслаивается при механическом соскабливании. Эпителизация происходит от края эрозии.

При эрозивном стоматите кожа никогда не вовлекается в процесс. Регионарные лимфатические узлы незначительно увеличиваются или остаются без изменений. Длительность заболевания 4-10 дней, но иногда процесс может приобретать затяжной характер. К тому же, эрозивный стоматит может рецидивировать, но прогноз всегда благоприятный.

*Дифференциальная диагностика*. Эрозивный стоматит необходимо дифференцировать от гриппозного и герпетического стоматита. В значительной мере облегчает диагностику отсутствие в анамнезе пузырьков, выраженной болезненности, налета на поверхности эрозий и небольшие их размеры. Возможно обнаружение возбудителя (диплококка) в соскобах с поверхности эрозий.

*Лечение.* Часто бывает достаточно местной этиотропной (обработка СОПР антисептиками или ими в сочетании с местноанестезирующими средствами: сульфаниламидные препараты в виде паст, присыпок) и патогенетической терапии (противовоспалительные средства и препараты кератопластического действия). В случае необходимости назначают общую этиотропную (антибиотики или сульфаниламидные препараты), патогенетическую (противовоспалительные средства) и симптоматическую терапию.

**Красная волчанка** (**эритематоз**) - аутоиммунное заболевание, при котором поражения кожи и СОПР пред­ставляют собой стойкие, четко ограниченные, красно-розовые пятна воспалительного харак­тера, круглой, овальной или гирляндоподобной формы, которые медленно увеличиваются по периферии, сливаются, образуя красные сим­метричные очаги, и сопровождаются инфиль­трацией глубоких слоев, гиперкератозом и раз­витием в центре очага рубцовой атрофии.

Болеют эритематозом преимущественно жители городов, чаще женщины 20-35 лет. По­ражаются, в основном, открытые части тела, чаще всего лицо (симметричное поражение щек и спинки носа в форме бабочки). Одновре­менно поражается СОПР. Изолированные по­ражения СОПР встречаются редко и представ­ляют большие трудности при диагностике.

*Этиология.* Некоторое время эритематоз считали заболеванием туберкулезного проис­хождения (из-за сходства клинической карти­ны с туберкулезной волчанкой). Ряд авторов рассматривает его как ангионевроз, как след­ствие интоксикации, как вирусное заболева­ние, как проявление инфекционной аллергии, как очаговую инфекцию (потому что с удале­нием очагов инфекции наступает улучшение в течении процесса, даже выздоровление) или как проявление коллагеновой болезни (наблю­дается системное поражение мезенхимы).

С точки зрения современных представле­ний красную волчанку рассматривают как ауто­иммунное заболевание: даже при ограниченной форме методом иммунофлюоресценции выяв­ляют аутоантитела на границе эпителия и со­единительной ткани, а при системной форме находят целый ряд разных АТ, в частности, фак­тор красной волчанки (ЬЕ), противоядерные факторы, антимитохондриальные, специфич­ные по отношению к щитовидной железе и дру­гие АТ. Наряду с АТ, которые циркулируют в сыворотке крови, появляются и аутоагресссив- ные лимфоциты, которые являются одной из причин большей части тканевых поражений.

Для возникновения заболевания необхо­димо наличие наследственной врожденной склонности и какого-нибудь фактора, прово­цирующего заболевание. В большинстве случа­ев — это вирусная инфекция, некоторые меди­каменты, производные гидролазина, антибио­тики и сильное солнечное облучение.

*Клиника.* Поражение красной волчанкой проходит 3 стадии: эритематозную (воспали­тельную), образование бляшек и заключитель­ную — рубцовую.

Эритематозная стадия харак­теризуется появлением воспалительных пятен разной величины. Через некоторое время вследствие отека и инфильтрации очаг уплот­няется.

Стадия образования бля­шек. На периферии пятен в результате ин­фильтрации и отека их основы образуется слег­ка возвышенный край, который снаружи в виде кольца окружает пятно ярко-красным, четко очерченым ободком, а в направлении к сере­дине пятна постепенно спускается к центру, напоминая блюдце. Поверхность пятен покры­вается тонкими, ороговевшими чешуйками, нередко с радиарными телеангиоэктозиями в центре.

Рубцовая стадия. Воспалитель­ные явления вокруг бляшек постепенно исче­зают. После заживления очагов красной вол­чанки на СОПР остаются атрофические рубцы. Однако, при диагностике красной волчанки надо учитывать то, что некоторые формы забо­левания могут протекать без эритемы и атро­фии, другие — без выраженного кератоза и ат­рофии.

Клиническое течение красной волчанки имеет 2 формы: хроническую (дискоидную или ограниченную), которая локализуется на коже и на СОПР, и острую (системную), для кото­рой характерно системное поражение всего организма (артриты, эндокардит, плеврит, не­фрит).

При хронической форме красной волчанки, кроме поражения открытых участков кожи лица (в виде бабочки), ушных раковин, воло­систой части головы, часто поражается красная кайма губ, преимущественно нижней. Возмож­ны четыре клинические формы поражения.

1. Типичная — красная кайма инфильтри­рована, с четким краем, темно-красного цвета или синюшная, отдельные очаги (овальной фор­мы или в виде ленты) или же вся красная кайма покрыта плотно сидящими гиперкератозными чешуйками. При попытке снять их возникает боль и кровотечение. Процесс длится несколь­ко месяцев, даже лет и заканчивается образова­нием атрофического рубца (рис. 126).
2. Без клинически выраженной атрофии — отдельные участки красной каймы имеют слабо выраженную инфильтрацию и телеангиоэктазии.
3. Эрозивно-язвенная — имеет место зна­чительная инфильтрация губ, эритема и обра­зование трещин, эрозий, язв, вокруг которых выявляется гиперкератоз (рис.127).
4. Глубокая (Ирганга-Капоши) — пред­ставлена узловатым образованием на красной кайме, на поверхности которого выражена эри­тема и гиперкератоз.

В полости рта, симметрично на СО щек по линии смыкания зубов, на твердом и мягком небе и очень редко — на языке, возникают дис- коидные эритематозные очаги. Со временем они инфильтрируются и выступают в виде бля­шек, на поверхности которых могут образовы­ваться эрозии или язвы. По краю язв могут вы­являться лучистые телеангиоэктазии. На повер­хности бляшек наблюдается кератоз в виде по-мутнения эпителия или белого линейного ри­сунка, напоминающего красный плоский ли­шай. На языке бляшки синюшно-красного цве­та, лишены сосочков, возможны трещины, что напоминает «географический» язык (стацио­нарная форма мигрирующего глоссита).

При системной красной волчанке на губах и на СОПР, редко — на языке появляются ярко-красные с отеком бляш­ки, которые сопровождаются жжением. При ос­тром течении на СОПР возникают пузырьки с кровянистым содержимым. Потом на их месте образуются эрозии, корки; участки поражения заживают с атрофией.

Все формы красной волчанки на СОПР сопровождаются жжением и болью, которые усиливаются во время еды.

Течение волчанки хроническое, длитель­ное, с обострением преимущественно в солнеч­ный период. Иногда волчанка может ослож­няться рожистым воспалением, а на поражен­ной красной кайме губ и местах, где проведена рентгенотерапия, возможно развитие рака.

*Патогистологическое* исследование обна­руживает хронический воспалительный про­цесс: отек, расширение сосудов, лимфоидно­клеточный инфильтрат, дистрофические изме­нения соединительнотканных волокон в соб­ственной пластинке. В эпителии — гиперкера­тоз без явлений паракератоза. В фазе обратно­го развития очагов — явления атрофии во всех *Диагностика.* Диагноз красной волчанки СОПР при очагах поражения на коже устано­вить несложно по наличию эритемы, кератоза и рубцовой атрофии.

***Дифференциальная диагностика.*** Изолиро­ванные поражения СОПР волчанкой требуют дифференциальной диагностики от туберку­лезной волчанки, при которой язва болезнен­на, с подрытыми краями; диаскопия обнаружи­вает бугорки (симптом яблочного желе).

От красного плоского лишая, лейкопла­кии и папулезных сифилидов эритематоз отли­чают по таким признакам

1. края эритематозного пятна четко ограни­чены, возвышены и плавно спускаются к центру;
2. бляшки окружены красным ободком, очаг покрыт тонкими чешуйками, склонными к кератозу;
3. в центре очага часто есть телеангиоэктазии, поверхностные эрозии, язвы, экскориации;
4. очаг напоминает блюдце с углублением в центре;
5. наблюдается ложный полиморфизм: есть и эритема, и кератоз, и рубцы, и атрофия;

при обратном развитии очага поражения образуется тонкий древовидный атрофичес­кий рубец.

*Лечение.* Наибольшее распространение в лечении красной волчанки получили антима­лярийные препараты в сочетании с кортикос­тероидами, препаратами золота и витаминами (акрихин, метилтестостерон, кризанол, нико­тиновая кислота, витамины Е, С, В:, В5, В12). Назначают также антималярийные препараты (хинин) в сочетании с внутримышечными инъ­екциями бийохинола, параллельно смазывают очаги на коже йодной настойкой. Местно при­меняют антисептические и местноанестезиру­ющие средства. Эрозии и язвы обрабатывают кортикостероидными мазями. При поражении красной каймы довольно эффективны повтор­ные сеансы криотерапии.

*Профилактика.* Больных эритематозом берут на диспансерный учет. Важным меропри­ятием предупреждения рецидивов является са­нация с максимальным устранением очагов одонтогенной инфекции. В весенне-летний период рекомендуется избегать солнечного об­лучения, перегревания и раздражающих средств косметики. Очаги в