



ФГБОУ ВО «СОГУ им.К.Л.Хетагурова»
Кафедра терапевтической, хирургической и детской стоматологии.

Поражения слизистой оболочки полости рта при дерматозах.



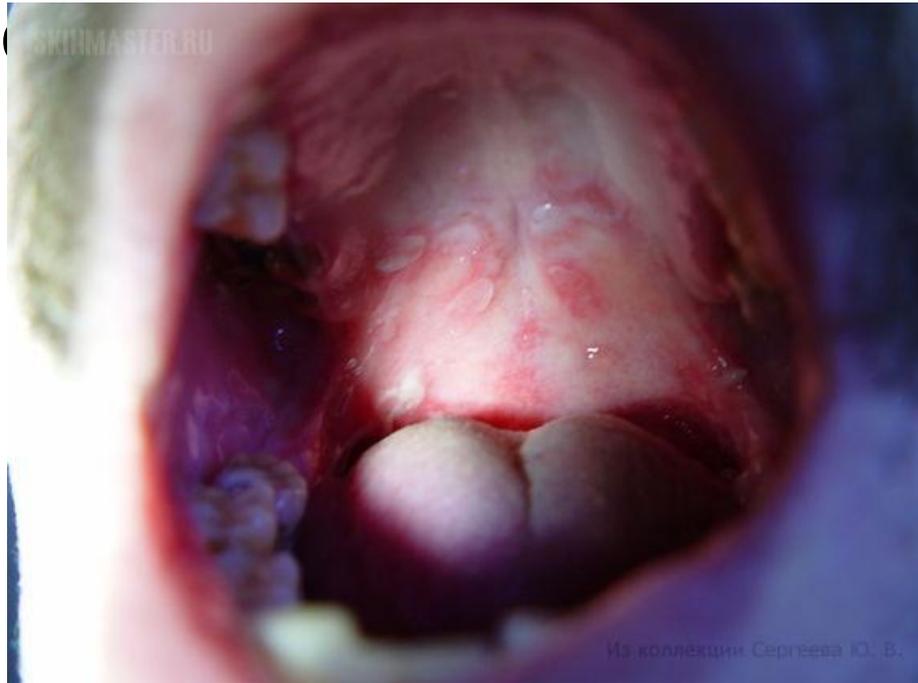
Подготовила
Студентка 5 курса
503 группы
Мирикова Милана

К разряду этих заболеваний относятся:

- пузырьчатка,
- красная волчанка,
- многоформная эксудативная эритема,
- красный плоский лишай.
- Герпетиформный дерматит Дюринга.

Пузырчатка (*petrphigus*).

- Под названием пузырчатка принято объединять ряд тяжело протекающих заболеваний, характеризующихся первичным высыпанием пузырей (образующихся в эпителии за счет акантолиза) на внешне неизмененных кс.



Различают 4 клинические формы пузырчатки (pemphigus):

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



Чаще всего слизистая оболочка рта поражается при вульгарной пузырчатке (у 75 % больных), поэтому она представляет наибольший интерес для стоматологов.

Вульгарная пузырчатка почти всегда начинается с поражения слизистой оболочки рта или гортани, а затем уже распространяется на кожу. Даже если заболевание начинается с поражения кожи, то впоследствии почти всегда выявляются поражения слизистой оболочки рта.



ВУЛЬГАРНАЯ ПУЗЫРЧАТКА (*pemphigus vulgaris*).

- Вульгарная, или обыкновенная, пузырчатка встречается значительно чаще других форм. Болеют этим заболеванием мужчины и женщины старше 35 лет, дети болеют очень редко.



Этиология.

- Неизвестна.
- Существуют вирусная и аутоиммунная теории этого заболевания.



Клиническая картина.

- Поражение слизистой оболочки рта и губ при пузырчатке характеризуется образованием пузырей с серозным или геморрагическим содержимым, имеющих очень тонкую покрывку. Вследствие постоянной мацерации в полости рта пузыри очень быстро вскрываются, поэтому увидеть их в полости рта удастся крайне редко. Чаще обнаруживаются остатки бывшего пузыря. На месте пузырей образуются круглые или овальные эрозии, длительно не заживающие. Эрозии ярко-красного цвета располагаются на фоне неизменной или атрофической слизистой оболочки.



Размеры эрозий при пузырчатке бывают различными — от небольшой ссадины до обширных поверхностей застойно-красного цвета. Налета на поверхности эрозий, как правило, нет либо может быть тонкий слой легко снимающегося фибринозного налета. Чаще всего эрозии локализируются на слизистой оболочке щек (особенно в ретромолярной области), нижней поверхности языка, неба и области дна полости рта. При отсутствии лечения появляются новые эрозии, которые, сливаясь между собой, образуют обширные эрозивные поверхности без склонности к заживлению.

Боль довольно сильная, наиболее интенсивная при приеме пищи и разговоре. Эрозии быстро инфицируются, особенно в несанированной полости рта. Присоединение кокковой, грибковой флоры и фузоспирохетоза отягощает состояние больного, появляется специфический зловонный запах изо рта. Саливация усиливается. Слюна мацерирует углы рта, возникают болезненные трещины. На красной кайме губ, в углах рта также могут появиться пузыри и эрозии, покрытые геморрагическими корками. Иногда возникает охриплость, свидетельствующая о поражении гортани.



Симптом Никольского при пузырчатке, как правило, положительный.

Существует три его разновидности:

- ◆ если захватить пинцетом покрывку пузыря или верхний слой эпителия у края эрозии и потянуть, то происходит отслоение пленки эпителия на видимо неизменной здоровой слизистой оболочке и коже. Тонкая пленка эпителия очень непрочна и легко рассекается пинцетом;
- ◆ потирание неизменной на вид слизистой оболочки или кожи между областями поражения приводит к быстрому образованию пузырей или эрозий;
- ◆ если потереть участки, располагающиеся далеко от области поражения, то там также происходит отслаивание верхних слоев эпителия от нижележащих. Вторая и особенно третья разновидности симптома Никольского свидетельствуют об усилении интенсивности акантолиза.

- При пузырчатке, кроме кожи и слизистой оболочки рта, могут поражаться и другие слизистые оболочки (кишечника, желудка, пищевода, глотки), а также внутренние органы и центральная нервная система.
- Пузырчатка характеризуется волнообразным течением, периоды обострения сменяются периодами ремиссии, которые редко наступают спонтанно, чаще под влиянием лечения.



- Если процесс начался на слизистой оболочке рта, то в дальнейшем при отсутствии соответствующего лечения через 1–6 мес, иногда позднее он распространяется на кожу туловища, лица и конечностей. При этом общее состояние больного резко ухудшается, нарастает интоксикация, развивается кахексия и спустя 1–2 года после начала заболевания без лечения кортикостероидами больные умирают. Однако в связи с широким применением кортикостероидов в настоящее время такие случаи наблюдаются редко. Кортикостероидная терапия прерывает прогрессирующее течение пузырчатки, и наступает стадия



Диагноз.

- Ставится на основании клинических проявлений, положительного симптома Никольского, результатов цитологического исследования и прямой реакции иммунофлюоресценции.



Дифференциальная диагностика.

Акантолитическую (истинную) пузырчатку необходимо дифференцировать от других буллезных поражений слизистой оболочки рта:

- ▲ многоформной экссудативной эритемы;
- ▲ пемфигоида;
- ▲ лекарственной аллергии;
- ▲ буллезной формы красного плоского лишая;
- ▲ герпетического дерматита Дюринга.

Дифференциальная диагностика акантолитической пузырчатки с другими заболеваниями, сопровождающимися образованием пузырей, основывается главным образом на локализации пузырей по отношению к эпителию.

- Так, при **многоформной экссудативной эритеме** пузыри располагаются субэпителиально, симптом Никольского отрицательный. Кроме того, для многоформной экссудативной эритемы характерны острое начало, сезонность рецидивов, выраженное воспаление слизистой об... енность течения.



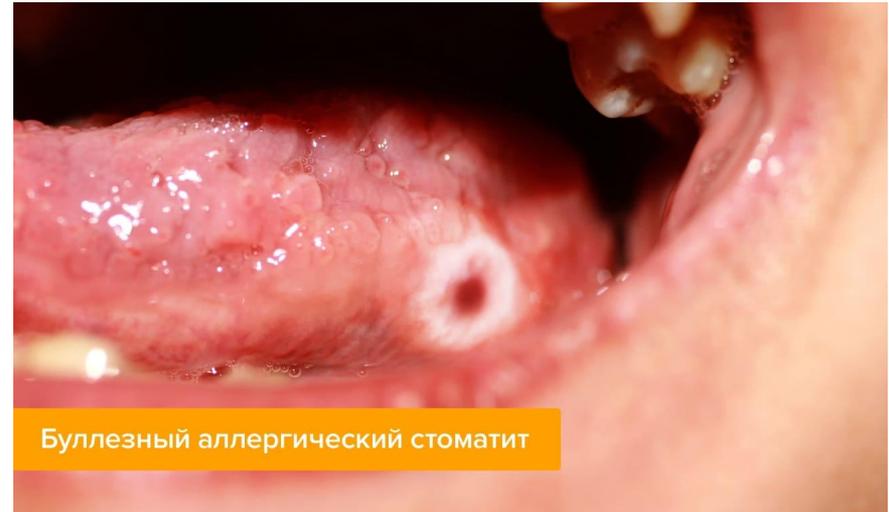
- При буллезном пемфигоиде пузыри располагаются под эпителием, крышка их толстая, поэтому время их существования более длительное. Болеют буллезным пемфигоидом чаще люди старше 60 лет. Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки не



рассужива



- Выявить отличия акантолитической пузырчатки **от аллергического лекарственного стоматита** помогают анамнез (сведения о приеме лекарств) и результаты аллергологических проб. После отмены препарата — аллергена стоматит быстро ликвидируется. Пузыри при лекарственном стоматите располагаются под эпителием, симптом Никольского отрицательный, акантолитических клеток нет.



- При буллезной форме красного плоского лишая пузыри субэпителиальные, акантолиза нет. Вокруг пузырей или на других участках слизистой оболочки рта имеются множественные папулы, типичные для красного плоского лишая.



Красный плоский лишай, буллезная форма, до и после лечения.



Красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма, до и после лечения.

- **Герпетиформный дерматит Дюринга** характеризуется субэпителиальным расположением пузырей, которые вначале появляются на коже. Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки отсутствуют. Пузыри характеризуются значительным содержанием в них эозинофилов, в крови также отмечается эозинофилия. У больных герпетиформным дерматитом Дюринга отмечается повышенная чувствительность к



йс



Лечение.

Для лечения пузырчатки в настоящее время применяют кортикостероидные и цитостатические препараты. Назначают:

- преднизолон,
- метилпреднизолон (метипред, урбазон),
- дексаметазон (дексазон),
- триамцинолон (полькортолон, кенакорт).

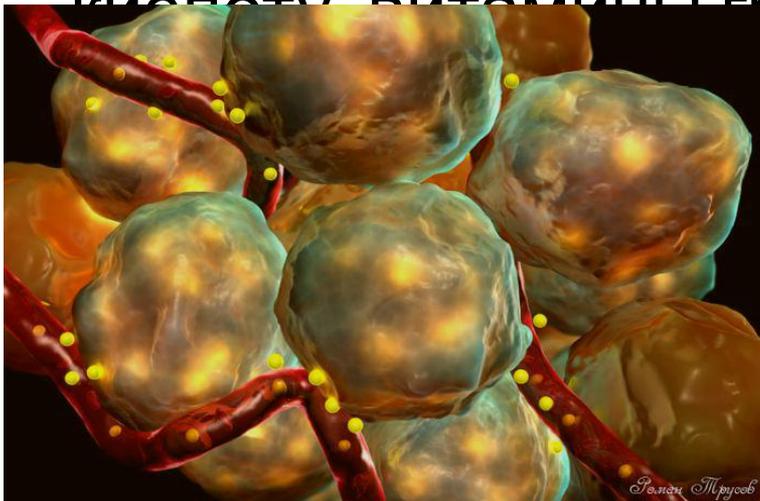


Лечение кортикостероидами у большинства больных приводит к исчезновению клинических признаков заболевания. Однако в случае прекращения приема кортикостероидов, как правило, наступает рецидив, поэтому лечение больных пузырчаткой должно быть непрерывным, даже при полном отсутствии клинических проявлений заболевания.

Преднизолон назначают в ударных дозах в зависимости от состояния больного по 50–80 мг в сутки, триамцинолон по 40–80 мг, сспо 8–10 мг. Такие высокие, так называемые ударные дозы, больные принимают до прекращения образования новых пузырей и почти полной эпителизации эрозий, после чего медленно уменьшают суточную дозу препарата. Дозу преднизолона уменьшают сначала на 5 мг через каждые 5 дней, в дальнейшем эти сроки удлиняются до 7–10 дней. Снижение суточной дозы проводят до тех пор, пока не определяют минимальную, так называемую индивидуальную поддерживающую суточную дозу, которая вводится 1 преднизолона она обычно составляет ; для дексаметазона 0,5–1 мг.



- Длительное применение кортикостероидных препаратов вызывает у больных различные побочные эффекты (повышение артериального давления, повышение содержания глюкозы в моче, остеопороз костной ткани, провоцирует тромбообразование и др.). В связи с этим для уменьшения осложнений от кортикостероидной терапии рекомендуется ограничение в пище поваренной соли, воды. Питание должно быть преимущественно белковым с ограничением жиров и углеводов. Внутрь назначают препараты калия (хлористый калий, асларкам), аскорбиновую кислоту, витамины группы В, препараты кальция, тиреокальцитонин.



[Гормон](#)
[тиреокальцитонин](#)

Местное лечение.

- главным образом направлено на профилактику вторичного инфицирования эрозии и язв. Оно включает использование обезболивающих средств в виде ванночек полости рта; антисептические препараты в нераздражающих концентрациях; аппликации на слизистую оболочку рта или ее смазывание кортикостероидными мазями. После каждого приема пищи и перед аппликацией кортикостероидсодержащих мазей необходимы полоскания теплыми слабыми растворами перманганата калия, 0,25 % хлорамина, 0,02 % раствором хлоргексидина и др. Важное значение для быстрой эпителизации эрозий на слизистой оболочке имеет тщательная санация полости рта. При поражении красной каймы губ проводят аппликации и смазывания мазями, содержащими кортикостероиды и антибиотики, а также масляным раствором витамина А. В случае осложнения пузырчатки к

15 г г прс

е препара



Прогноз.

- Однако даже при правильном и своевременном лечении прогноз при истинной (акантолитической) пузырчатке остается серьезным.

Красная волчанка (*lupus erithematodes*).

- Красная волчанка - системное заболевание соединительной ткани, в основе которого лежат аутоиммунные процессы. Красная волчанка возникает в результате особой сенсibilизации, при которой включаются аутоиммунные механизмы к различным инфекционным и неинфекционным агентам, прежде всего, в результате повышенной чувствительности кожи к солнечному свету. К предрасполагающим факторам следует отнести воздействие инфекции, холода, состояния лабильности периферической сосудистой системы. Имеется предположение, что заболевание генетически детерминировано.



Различают **две формы** красной волчанки (lupus erythematoses):

- хроническую (дискоидную) — относительно доброкачественную клиническую форму красной волчанки
- острую (системную) — тяжело протекает



Системная красная волчанка -
начало и итог заболевания

- При обеих формах красной волчанки могут поражаться красная кайма губ и слизистая оболочка рта. Изолированные поражения слизистой оболочки рта красной волчанкой практически не встречаются, поэтому больные первично к стоматологу обращаются довольно редко. Заболевание чаще всего начинается в возрасте от 20 до 40 лет, женщины болеют значительно чаще мужчин.



Этиология и патогенез.

Причины возникновения красной волчанки окончательно не выяснены. По современным представлениям, красная волчанка относится к ревматическим и аутоиммунным заболеваниям. Считается, что болезнь развивается в результате сенсibilизации к различным инфекционным и неинфекционным факторам. К предрасполагающим факторам относится аллергия к солнечным лучам, холоду, очагам хронической инфекции.



ХРОНИЧЕСКАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА.

Клиническая картина.

Хроническая красная волчанка обычно начинается с эритемы на коже лица (чаще на носу, лбу, щеках в виде бабочки), ушных раковинах, волосистой части головы, красной кайме губ и других открытых частей тела. Может быть изолированное поражение красной каймы губ. Слизистая оболочка рта поражается редко. Вскоре на поверхности эритемы развивается гиперкератоз. В центре очага поражения образуется атрофия, постепенно захватывающая весь очаг, причем эритема и гиперкератоз сохраняются. Помимо этих трех основных клинических признаков красной волчанки, существуют и дополнительные: инфильтрация, телеангиэктазии и пигментация. Выраженность каждого из этих признаков может варьировать.



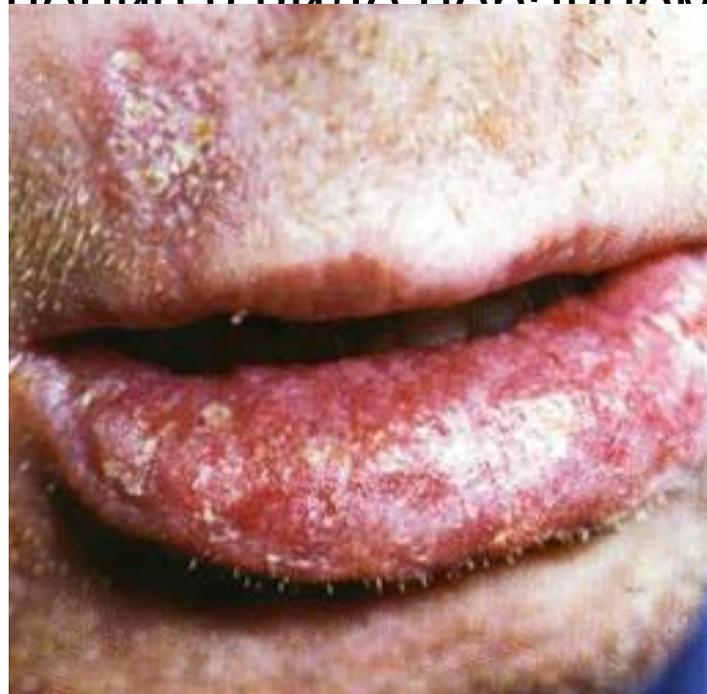
Клинические формы

красной волчанки с поражением слизистой оболочки рта и красной каймы губ сопровождаются жжением и болью, усиливающейся при приеме пищи и разговоре.

На красной кайме губ различают 4 клинические разновидности красной волчанки:

- *типичную;*
- *без клинически выраженной атрофии;*
 - *эрозивно-язвенную;*
 - *глубокую.*

- При **типичной форме** красной волчанки на красной кайме губ образуются инфильтрированные очаги овальных очертаний либо процесс может диффузно захватывать всю красную кайму. Пораженные участки багрово-красного цвета со стойко расширенными сосудами и выраженным инфильтратом. Поверхность их покрыта плотно сидящими беловато-серого цвета чешуйками, при насильственном удалении которых появляются кровотоочивость и значительная болезненность. В центре поражения отмечается атрофия красной каймы губ и кожи. По периферии очага имеются участки помутнения в виде неровно выраженных а.



- **Патогистологически** при типичной форме в эпителии определяется паракератоз, гиперкератоз, акантоз, вакуолярная дистрофия базального слоя, местами выражена атрофия ткани. В собственной пластинке слизистой оболочки имеется диффузный воспалительный инфильтрат, выявляется резкое расширение кровеносных и лимфатических сосудов, разрушение



- Форма красной волчанки *без клинически выраженной атрофии* характеризуется возникновением на красной кайме губ диффузной застойной гиперемии с гипер- и паракератотическими чешуйками на поверхности, которые отслаиваются легче, чем при типичной форме. Гиперкератоз при данной форме выражен слабее, чем при типичной форме красной волчанки.



- **Эрозивно-язвенная форма** красной волчанки на красной кайме губ проявляется резко выраженным воспалением, очаги ярко-красного цвета, отечны, с эрозиями и трещинами, покрытыми кровянисто-гнойными корочками. Больных беспокоят сильное жжение, болезненность и зуд, усиливающиеся во время еды. После заживления на месте очагов остаются



- При *глубокой форме* красной волчанки Капоши — Ирганга поражение на губах встречается редко. Участок поражения в виде узловатого образования выступает над поверхностью красной каймы, на поверхности его эритема и гиперкератоз.



а



б

Красная волчанка губ нередко осложняется вторичным glandулярным хейлитом.

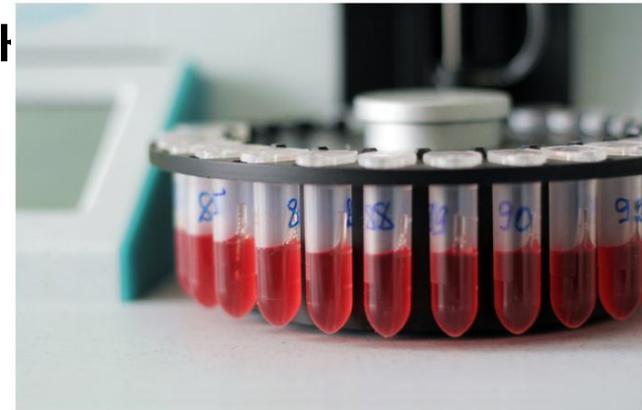
Слизистая оболочка рта поражается при красной волчанке значительно реже, чем красная кайма губ. Процесс локализуется на слизистой оболочке губ, щек по линии смыкания зубов, реже языке, небе и других участках.

- На слизистой оболочке рта различают следующие формы красной волчанки:
 - *типичную;*
 - *экссудативно-гиперемическую;*
 - *эрозивно-язвенную.*

- **Типичная форма** характеризуется очагами застойной гиперемии с инфильтрацией и гиперкератозом. В центре очага имеется атрофия, а по периферии — гиперкератоз в виде белых прилегающих друг к другу полосок, расположенных в виде частокола.
- В случае **экссудативно-гиперемической формы** вследствие сильного воспаления гиперкератоз и атрофия выражены нечетко.
 - При наличии травмирующего фактора **экссудативно-гиперемическая форма** довольно быстро трансформируется в **эрозивно-язвенную**, при которой в центре очага поражения возникают болезненные эрозии или язвы. Вокруг эрозии или язвы на фоне эритемы видны радиально расходящиеся белые полоски. По периферии очага усиливаются явления гиперкератоза и иногда образуется гиперкератотический бордюр, состоящий из плотно прилежащих друг к другу полосок и точек. После заживления очага красной волчанки, как правило, остаются рубцы и атрофия.
- Течение **хронической красной волчанки** длительное (годы — десятилетия) с обострениями в весенне-летний период. Эрозивно-язвенная форма хронической красной волчанки на красной кайме губ может озлокачиваться, в связи с чем эту разновидность относят к факультативному предраку.

Диагноз.

- Не вызывает затруднений, если очаги красной волчанки имеются одновременно и на коже. Изолированные поражения слизистой оболочки рта или красной каймы губ могут вызывать сложности в диагностике, поэтому наряду с клиническим обследованием используют дополнительные методы исследования (гистологический, люминесцентную диагностику и прямую РИФ). В лучах Вуда участки гиперкератоза при красной волчанке, локализованные на красной кайме губ, дают снежно-голубое или снежнобелое свечение, на слизистой оболочке рта — белое или мутно-белое свечение в виде полос и точек.



Дифференциальная диагностика.

- Хроническую красную волчанку следует отличать от красного плоского лишая и лейкоплакии. При локализации процесса на красной кайме губ процесс дифференцируют от актинического хейлита и абразивного преканцерозного хейлита Манганотти.



Лечение.

- Лечение больных хронической красной волчанкой начинают с тщательного обследования для выявления и ликвидации очагов хронической инфекции, а также определения системности поражения. Медикаментозное лечение проводят с использованием препаратов хинолинового ряда (плаквенил, делагил).
- Назначают одновременно небольшие дозы кортикостероидных препаратов: преднизолон (10–15 мг), триамцинолон (8–12 мг) и дексаметазон (1,5–2,0 мг). Широко применяют комплекс витаминов: В₂, В₁₂, никотиновую и аскорбиновую кислоты.
- Используют внутриочаговое введение растворов хингамина через 1–2 дня после стихания острых воспалительных явлений. Для местного лечения применяют *кортикостероидные мази* («Флуцинар», «Синалар», преднизолоновая и др.).

- При лечении эрозивно-язвенной формы рекомендуется использовать кортикостероидные мази, содержащие

другие про
«Л

ле средств
р.).

»),



ОСТРАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА.

- Является тяжелым системным заболеванием. Для нее характерны высокая температура, боли в суставах, поражения внутренних органов (полисерозит, эндокардит, гломерулонефрит, полиартрит, поражение желудочно-кишечного тракта и др.). В крови — лейкопения, анемия, повышенная СОЭ. Заболевание может протекать в острой и подострой форме.
- При острой красной волчанке изменения слизистой оболочки выявляются почти у 2/3 больных. На слизистой оболочке неба, щек, десен возникают гиперемированные и отечные пятна, имеющие иногда выраженный геморрагический характер; разного размера пузыри с геморрагическим содержимым, которые переходят в эрозии, покрытые фибринозным налетом. На коже имеются пятна гиперемии, иногда возникают отек и пузыри.
- Течение этой формы красной волчанки характеризуется прогрессированием с постепенным вовлечением в процесс различных органов и тканей.

Диагноз

- Ставят на основании выявляемых кожных поражений и состояния внутренних органов, а также обнаружения в крови и пунктатах костного мозга «клеток красной волчанки». У многих больных красной волчанкой определяется вторичный иммунодефицит.



Лечение.

- Лечение больных острой красной волчанкой необходимо начинать в стационаре, как можно раньше. Курс лечения должен быть длительным и непрерывным. В активный период назначают препараты глюкокортикоидов в больших дозах.



Герпетиформный дерматит Дюринга.

- Герпетиформный дерматит Дюринга (dermatitis herpetiformis Duhring) — довольно редко встречающееся заболевание. По данным Б. М. Пашкова, слизистая оболочка рта при этом заболевании поражается лишь у 10 % больных.



Этиология и патогенез.

- Не выяснены. У больных герпетиформным дерматитом Дюринга отмечается повышенная чувствительность к препаратам йода. При даче внутрь 3–5 % раствора йодида калия возникают типичные высыпания для этого заболевания.



Клиническая картина.

- Изолированное поражение слизистой оболочки рта не отмечается, но наряду с типичными поражениями кожи возникают изменения в полости рта. Клиническая картина герпетиформного дерматита Дюринга характеризуется полиморфизмом высыпаний. На гиперемизированной и отечной слизистой оболочке рта появляются папулы, пузыри и пузырьки. Иногда образуются только пузыри, располагающиеся на гиперемизированном основании группами, субэпителиально, с прозрачным содержимым и толстой крышкой. Это делает их внешне похожими на герпес, вследствие чего заболевание получило свое название. Через 3–4 дня пузыри вскрываются, образуя ярко-красные эрозии с фестончатыми очертаниями, болезненность слабо выражена. Симптом Никольского отрицательный, акантолитических клеток нет. Эрозии в полости рта существуют 2–3 нед, после эпителизации рубцов не остается. Заболевание характеризуется циклическим течением. Длительность периодов ремиссии может значительно варьировать.
- В периферической крови больных герпетиформным дерматитом Дюринга и в содержимом пузырей выявляется эозинофилия.

Диагностика.

- Диагноз дерматита Дюринга ставится на основании типичных клинических проявлений (групповое расположение пузырей на слизистой оболочке рта, отрицательный симптом Никольского, отсутствие акантолитических клеток, циклическое течение заболевания, типичные полиморфные высыпания на коже), а также эозинофилия в периферической крови, содержанием пузырей и повышенная чувствительность



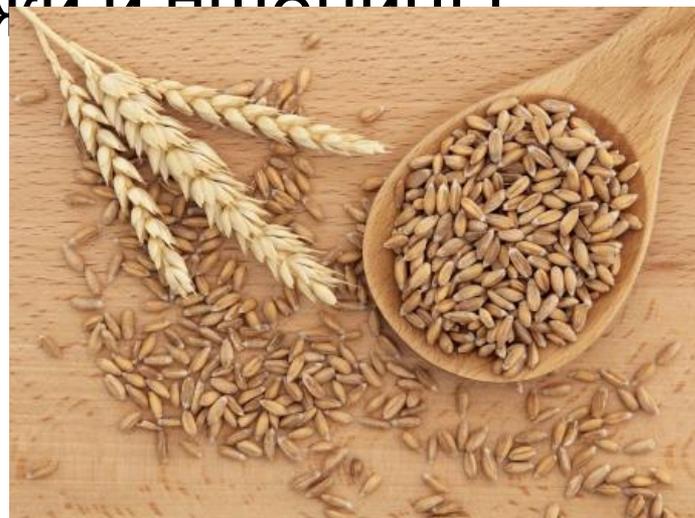
Дифференциальная диагностика. Заболевание дифференцируют

от:

- ▲ истинной акантолитической пузырчатки;
- ▲ неакантолитической пузырчатки;
- ▲ многоформной экссудативной эритемы.

Лечение.

- Для лечения дерматита Дюринга используют сульфоны, особенно димоцифон. В случае тяжелого, упорного характера заболевания эти препараты комбинируют с кортикостероидами в умеренных суточных дозах (20–30 мг преднизолона в течение 10–12 дней с последующим снижением дозы на 2,5–5 мг каждые 5–7 дней). Назначается диета с исключением продуктов из ржи и пшеницы.
- **Прогноз.** Благоприятный.



Красный плоский лишай.

- Красный плоский лишай (lichen ruber planus) — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, проявляющееся образованием ороговевших папул.



Этиология.

- Окончательно не выяснена. Существует неврогенная, вирусная, токсико-аллергическая теории возникновения этого заболевания. Красный плоский лишай, как правило, протекает на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, гипертонической болезни, сахарного диабета, невротозов, дисбаланса иммунной



Клиническая картина.

- Основной морфологический элемент поражения — ороговевшая папула круглой или полигональной формы до 2 мм в диаметре. На коже папулы обычно плоские, с восковидным блеском, имеют розоватый или синюшно-красный цвет. На слизистой оболочке рта вследствие ороговения эпителия и постоянной мацерации они приобретают беловато-серый цвет, выделяясь на фоне нормальной или гиперемированной слизистой оболочки. Характерная черта красного плоского лишая — склонность папул к слиянию в виде рисунка, напоминающего кружевную сетку, снежинки, древовидные разветвления, иногда кольца, полосы.



- Папулы слегка возвышаются над уровнем слизистой оболочки, придавая ей шероховатость. На спинке и боковой поверхности языка папулы, сливаясь, часто образуют гиперкератические бляшки различных размеров, напоминающие лейкоплакию; сосочки в этой области сглажены. У курильщиков папулы более выраженные и крупные, на них часто наслаиваются пятна лейкоплакии. На красной кайме губ папулы могут сливаться, образуя полосу белесоватого цвета, иногда принимающую звездчатую форму. Красный плоский лишай на красной кайме и слизистой оболочке губ часто приводит к возникновению glandулярного хейлита. Наиболее типична локализация красного плоского лишая на слизистой оболочке щек в месте прилегания больших коренных зубов с захватом переходных складок, на боковых поверхностях языка и спинке с переходом на нижнюю поверхность в области больших коренных зубов. Реже поражает небо, дно полости рта.



Диагностика.

- В типичных случаях, особенно при наличии элементов поражения на коже, диагноз красного плоского лишая трудностей не представляет. Сложнее бывает поставить правильный диагноз при изолированном поражении слизистой оболочки рта

Дифференциальная диагностика.

Дифференциальную диагностику красного плоского лишая необходимо проводить с:

- ▲ лейкоплакией;
- ▲ кандидозом;
- ▲ красной волчанкой;
- ▲ папулезным сифилисом;
- ▲ аллергическим стоматитом;
- ▲ хронической травмой;
- ▲ болезнью Боуэна.

- При **эрозивной лейкоплакии** в отличие от красного плоского лишая участок ороговения имеет вид слегка возвышающейся над уровнем слизистой оболочки сплошной сероватобелой бляшки, вокруг которой отсутствует воспаление, нет папул. В отличие от красного плоского лишая лейкоплакия локализуется преимущественно в передних отделах полости рта, чаще в области слизистой оболочки углов рта, щек.
- Дифференциальная диагностика с **кандидозом** основывается на различиях в клинических проявлениях. При кандидозе нет четкого рисунка из папул; при поскабливании белый налет снимается частично или полностью, папулы же красного плоского лишая не удаляются. Окончательный диагноз ставится на основании данных бактериоскопических и



- Очаги поражения на слизистой оболочке рта при **красной волчанке** локализуются в основном на губах, небе и реже на щеках. Они гиперемированы, инфильтрированы, гиперкератоз имеется только в пределах очага воспаления, в центре которого атрофия, чего не бывает при красном плоском лишае.
- **Сифилитические папулы** отличаются значительно большими размерами, имеют круглую или овальную форму. Поверхность их покрыта серовато-белым налетом, легко снимающимся при поскабливании. В мазках с поверхности обнаженной эрозии обнаруживаются бледные трепонемы.
- От **аллергического стоматита** красный плоский лишай дифференцируется на основании данных анамнеза, исчезновения поражения после устранения действия аллергена, результатов аллергологических проб.



- Буллезную и эрозивно-язвенную форму красного плоского лишая необходимо также дифференцировать от других заболеваний, при которых имеются пузыри и эрозии. Это многоформная экссудативная эритема, акантолитическая и неакантолитическая пузырчатка, простой герпес, эрозивноязвенная форма хронической красной волчанки.
- Гиперкератотическую форму нужно отличать от веррукозной лейкоплакии и рака.



Лечение.

- Больные красным плоским лишаем должны пройти тщательное обследование для выявления соматических заболеваний. Особое внимание обращают на состояние желудочно-кишечного тракта, нервной системы, определяют показатели артериального давления и содержание глюкозы в крови. При выявлении патологии больной подлежит лечению у соответствующих специалистов.
- Всем больным красным плоским лишаем проводят тщательную санацию полости рта, которую стоматолог начинает с устранения травмирующих факторов. Острые края зубов и протезов должны быть сошлифованы. При наличии в полости рта разнородных металлов необходимо их устранить или хотя бы один из разнородных металлов. Съемные пластиночные протезы должны быть изготовлены из бесцветной пластмассы с внутренним эластичным слоем. Амальгамовые пломбы целесообразно заменить цементными, особенно в случае, если их постановка совпадает с периодом появления красного плоского лишая. Рекомендуется прекращение курения и приема раздражающей пищи, соблюдение рациональной гигиены полости рта.



Лечение.

- Наружное лечение назначается в зависимости от клинической формы и распространенности процесса. Используются противовоспалительные препараты (аппликации кортикостероидов); эпителизирующие мази, антисептические растворы. В упорных случаях могут использоваться иммуносупрессанты и цитостатики. По показаниям используются регенерирующие препараты (тыквеол, ретинола пальмитат, масло облепихи, малавит) и



е красите
фукорци



ание

Профилактика.

Для профилактики показаны:

- тщательная санация полости рта (устранение разнородных металлов, острых зубных краев, нерационально изготовленных протезов);
- устранение очагов хронической инфекции (деструктивные формы периодонтита, пародонтита);
- коррекция фоновых нарушений (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, дисбаланс уровня эстрогенов и др.);
- коррекция заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- щадящий режим диеты (исключить острые, горячие продукты).



**Спасибо за
внимание!**

Будьте здоровы!