

# СРО

по: Заболеваниям слизистой оболочки полости рта.

На тему: Клиническая ситуация больного с гиперкератотическими поражениями СОПР

Подготовила: Кожаханова Д.  
Группа 511 А стом

Алматы 2019г.

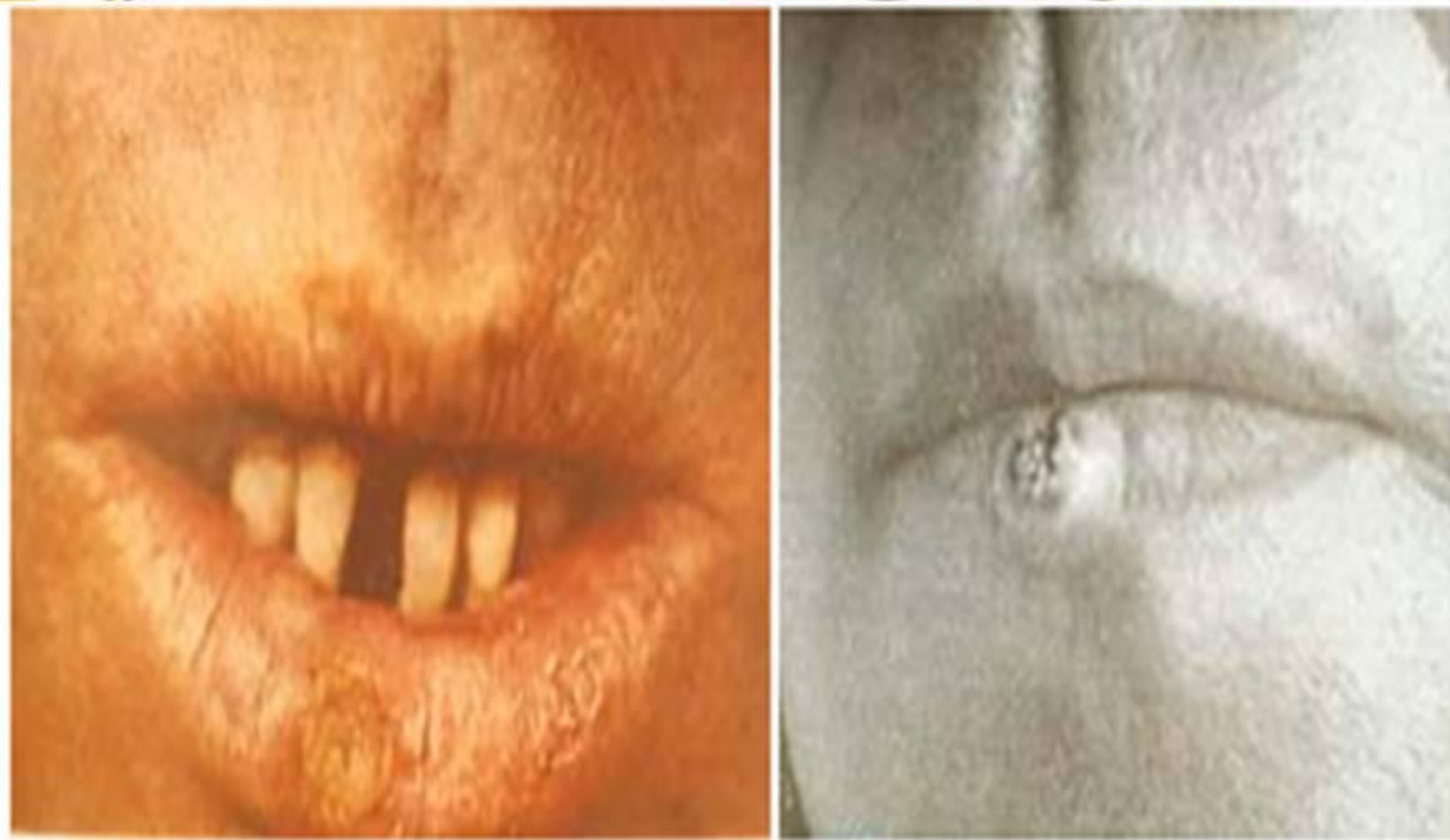
# Содержание

- Основные понятия о гиперкератотических поражениях СОПР
- Заболевания с проявлениями гиперкератоза
- Общие Клинические проявления
- Статистика
- Список литературы

- Гиперкератотические формы заболеваний чаще всего встречаются:
- Красный плоский лишай
- Веррукозная лейкоплакия
- Сифилис
- Ксеростоми
- Авитаминоз
- Эритема
- Экзема
- Хейлит и т.д.

- **Кератозы** (дискератозы) СОПР и красной каймы губ — заболевания, в основе развития которых лежат нарушения процессов ороговения эпителия. Дискератозы проявляются различными нозологическими формами (лейкоплакия, красный плоский лишай, ограниченный кератоз губы, бородавчатый дискератоз, трещина губы, кожный рог, прекарцинозный хейлит Манганотти, эритематоз, экзема, эксфолиативный хейлит Микулича—Кюмелля). Нередко параллельно с явлениями гиперкератоза и паракератоза происходит гипокератоз и эрозирование эпителия — красный плоский лишай, прекарцинозный хейлит Манганотти, эритематоз, экзема, актинический хейлит

- **Гиперкератоз** — в сущности процесс чрезмерного патологического ороговения, который клинически проявляется утолщением ороговевающего слоя эпителия и изменением цвета (побелением) и рельефа СОПР на определенных участках. Нарушение процессов ороговения происходит по разным причинам: вследствие эндокринных нарушений, действия неvroгенных факторов (стрессовых состояний), заболеваний пищеварительной системы, нарушений витаминного баланса, иммунного статуса и местных причин, реализуемых в этих условиях (в частности, хронических травм разного характера — механических, токсических, электрических).



*Рис.4. Ограниченный предраковый гиперкератоз.*



Клинические нозологические формы кератозов определяют различные процессы нарушения ороговения эпителия СОПР. Наблюдается сочетание различных форм нарушения ороговения: кератоз и паракератоз, гиперкератоз и дискератоз, гиперкератоз и акантоз. Четкое представление о характере нарушения, эпителизации очень важно для выбора лекарственных средств (в том числе и растительного происхождения) целенаправленного действия на тот или иной процесс.

- Для различных нарушений процессов ороговения эпителия характерен ряд клинических признаков: изменение цвета с розового разной интенсивности на белесый, ощущение шероховатости поверхности, не выступающей над уровнем здоровой СОПР. При гиперкератозе окраска ороговевающего участка более мутная, он плотный на ощупь, возвышен над уровнем слизистой оболочки.



- Повышенное ороговение слизистой оболочки полости рта — неотъемлемый клинический признак ксеростомии. Ксеростомию наблюдают при органических поражениях слюнных желез и при функциональных расстройствах, часто связанных с заболеванием вегетативной нервной системы (ганглиониты верхних шейных симпатических узлов, раздражение вегетативных нервных волокон при шейном остеохондрозе и др.), при затрудненном носовом дыхании. Нервно-трофические причины возникновения этого заболевания отмечал еще Ф. А. Звержховский (1898).  
При ксеростомии, возникшей у больных с онкологическими заболеваниями, подвергавшихся радиотерапии по поводу злокачественных опухолей головы и шеи, концентрация белка в слюне увеличивалась. Увеличение концентрации белка в слюне у больных с ксеростомией компенсировалось уменьшением более чем на 93% общего объема слюнообразования.  
Ксеростомия входит в один из трех симптомов болезни Сьегрена

- Известно, что отдельные гиповитаминозы, развитие которых связано с нарушением витаминного баланса вследствие нарушения обменных процессов или недостаточным их поступлением в организм, сопровождаются различными проявлениями кератоза слизистой оболочки полости рта и губ. К таким специфическим кератозам относят гиповитаминоз А и рибофлавиноз (витаминоз РР).  
Рибофлавиновый гиповитаминоз. На слизистой оболочке полости рта симптом гипорибофлавиноза является постоянным признаком этого общего состояния организма. На спинке языка, красной кайме губ наблюдаются очаги кератоза, трещины. Сухость во рту способствует усилению паракератоза и на других отделах слизистой оболочки: щеках, твердом нёбе.

- Нарушение процессов ороговения слизистой оболочки полости рта наблюдается при сифилисе. Наиболее частыми проявлениями данного вида патологии являются сифилиды при вторичном и третичном сифилисе, а также при раннем врожденном сифилисе.  
Из вторичных сифилидов, сопровождающихся явлениями гиперкератоза, паракератоза, мы чаще всего встречали «нежные» папулы, при которых наблюдается явление паракератоза; бляшки «скошенного луга» Фурнье; сифилитические папулы с локализацией на языке

- При раннем врожденном сифилисе процесс нарушения ороговения слизистой оболочки полости рта представляется в форме «нежных» папул и бляшек, расположенных чаще всего на слизистой оболочке, красной кайме губ и в области угла рта.

Кератозы при сифилисе являются нестойкими: они могут проходить самостоятельно, очень быстро (на 3—4-й день) после начала антилюэтического лечения.

# Статистика заболеваний:

- По данным статистики в условных группах было выявлено:
- 1) у пациентов с гиперкератотическими поражениями слизистой оболочки полости рта пик заболеваемости наблюдался в возрасте 61 год и выше, причем чаще болели женщины 26,9% с диагнозом «Красный плоский лишай» гиперкератотическая форма.
- 2) Среди пациентов мужского пола в возрастной группе от 45 до 60 лет наиболее диагностируемым диагнозом была «Веррукозная лейкоплакия, бляшечная форма»
- 3) пациенты с гиперкератотическими поражениями слизистой оболочки полости рта не наблюдались в возрастной группе 19 лет, ввиду их отсутствия.
- 4) Основной пик заболеваемости приходился на возрастную группу 61 год и старше – 30,9%, от общего числа обследуемых в этой группе. Женщины в сравнении с мужчинами болели чаще.

# Список литературы

- Самойлов К.О., Шкурупий В.А., Верещагина Г.Н. Ультраструктура эндотелиальных клеток кровеносных капилляров десен больных с хроническим катаральным гингивитом на фоне дисплазии соединительной ткани // *Стоматология*. – 2004.- №4. - С.9-12. 2 Сарап Л.Р., Бутакова Л. Ю., Зенкова Ю.А. и соавт. Профилактика патологии слизистой оболочки рта у пациентов со съёмными зубными протезами // *Клиническая стоматология*. - 2007. - №1. - С.44-46. 3 Яночкина Н. С. Комплексное применение магнито-лазерной терапии и дентальной адгезивной пасты солкосерила для профилактики и лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита: Автореф. дис. ... канд. мед. Наук - М., 2006. - 26 с. 4 Ashley R., Waid A., Corey L. Cervical antibodies in patients with oral herpes simplex virus type 1 (HSV-1) infections: local anamnestic responses after genital HSV-2 infections // *J. Virol.* - 1994.- Vol. 68, №8. - P.5284-5286. 5 Slomiany B.L., Piotrowski J., Slomiany A. Role of endothelin-1 and interleukin-4 in buccal mucosal ulcer healing: effect of chronic alcohol ingestion // *Biochem. Biophys. Res. Commun.*- 1999. - №2. - P.373-377. 6 Максимовский Ю.М., Чиркова Т.Д., Ульянова М.А. Особенности активационного состава иммунокомпетентных клеток крови пародонта при катаральном гингивите // *Стоматология*. – 2003. - №5. - С.45-47. 7 Максимовский Ю.М., Чиркова Т. Д., Ульянова М.А. Особенности клеточного иммунитета при катаральном гингивите (Сообщение 2) // *Стоматология*. – 2003. - №3. - С.6-8. 8 Максимовский Ю.М., Чиркова Т.Д., Фролова Т.А. и соавт. Клиникоиммунологические особенности патогенеза катарального гингивита (Сообщение 1) // *Стоматология*. – 2003. - №3. - С.24-27. 9 Савичук Н.О., Савичук А.В., Пьянкова А.В. Новый фармакотерапевтический подход в лечении хронических стоматитов // *Украинский медицинский журнал*. – 2003. - №3. - С.34-36.