

Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное  
Учреждение

Высшего Образования Минздрава Российской Федерации  
Иркутский Государственный Медицинский Университет

**Кафедра терапевтической стоматологии.**

Заведующий кафедрой: к.м.н.

Тирская Оксана Игоревна

**Тема:** Изменения слизистой оболочки рта  
при дерматозах . Ролевая игра красный  
плоский лишай , эрозивно -язвенная форма

Проверил : асс. каф. Усова Нелли  
Федоровна.

Выполнила: студентка 505 группы  
стоматологического факультета  
Симикян Д.А

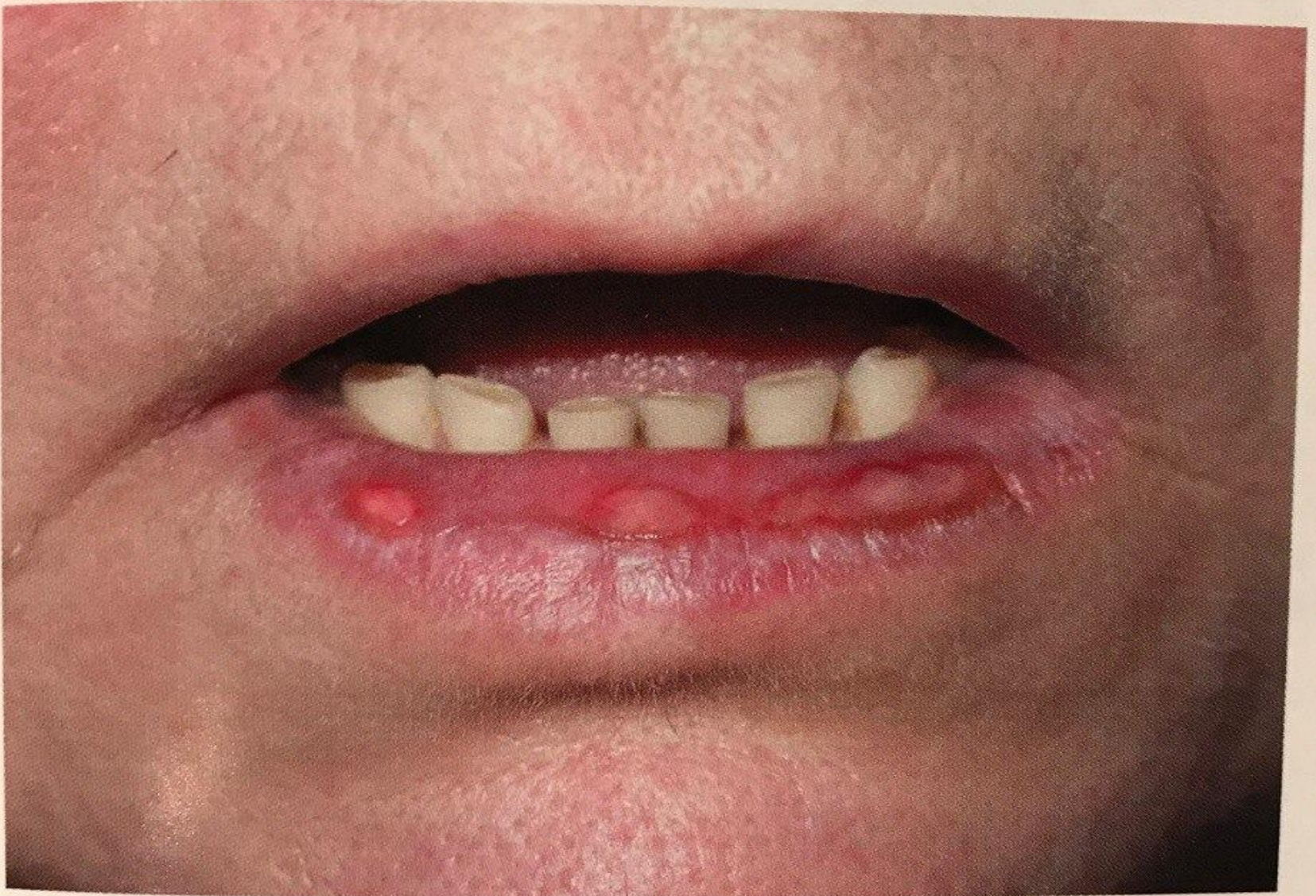
# Плоский лишай

- Плоский лишай — хроническое полиэтиологическое заболевание с высыпаниями папул на слизистых оболочках и коже встречается во всех возрастных группах, но чаще болеют женщины от 40 до 60 лет.

Плоский лишай слизистой оболочки рта и губ имеет 6 клинических форм: типичную, экс-судативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, гиперкератотическую и атипичную.

# Формы

- Типичная форма проявляется мелкими папулами сероватого цвета на неизменной слизистой оболочке, которые сливаются между собой в рисунок, линию, сетку. Больные предъявляют жалобы на шероховатость, стянутость слизистой оболочки полости рта.



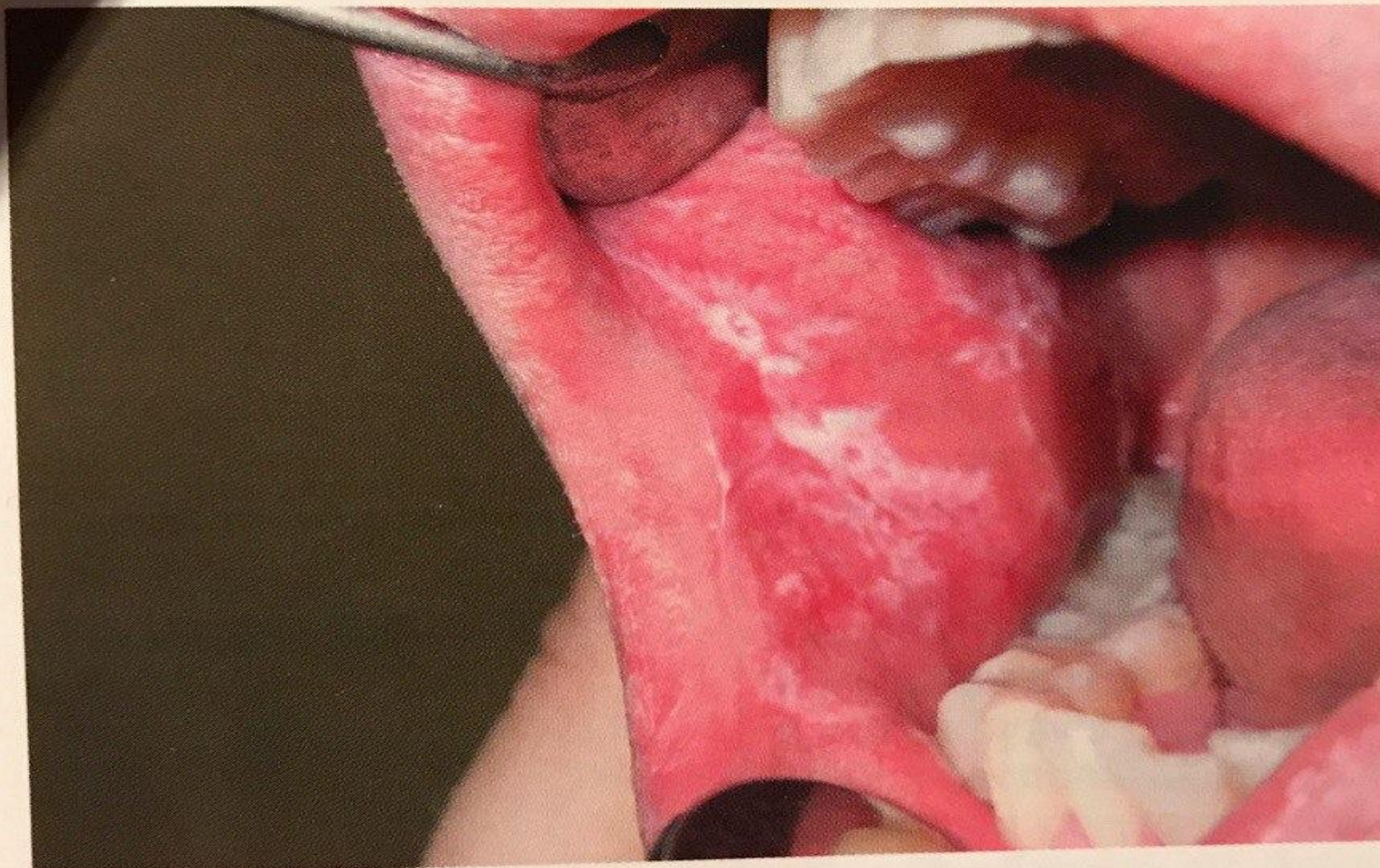
**Рис. 7-1.** Поражение красной каймы нижней губы при плоском лишае



**Рис. 7-2.** Плоский лишай. Поражение десны



**Рис. 7-4.** Типичная форма плоского лишая. Папулы на слизистой оболочке нижней губы



**Рис. 7-3.** Поражение слизистой оболочки щеки при плоском лишае

# Типичная форма

**Жалобы** - Жалоб нет . Пациент не знает о своем заболевании . Возможны жалобы на чувство стянутости СОПР, белесоватые образования полости рта

**Анамнез** – Неврозы , гастриты колиты , заболевания печени , пжж, ССС, и эндокринной систем , сенсibiliзация к лекарственным и хим веществам .  
Предраспологают к развитию КПЛ.  
Снижается резистентность к различным раздражителям как всего организма , так и СОПР .



- **Осморт СОПР** – Серовато –белые папулы размером до 2 мм сливаются в причудливый рисунок в виде кружева , сетки , листьев папоротника , и располагаются на бледно розовой СО щек , губ , ретромолярной области на боковых поверхностях языка .

### **Патогенетическое обоснование симптомов**

- В эпителиальном слое явления акантоза , паракератоза, гиперкератоза. В Сосочковом слое воспалительный диффузный инфильтрат , преобладают лимфоциты .

# Экссудативно- гиперемическая форма

- **Жалобы** – Саднение ,зуд ,жжение СОПР, боль при воздействии различных внешних раздражителей( острая пища , прием лекарств ,протезирование )

Хр заболевание снижает защитные свойства организма и резистентность СОПР адсорбирует антиген (хим , лекарственный микробный )и сенсibiliзирует. Снижается ее устойчивость к травмам.

**Анамнез** – возможно обострение некоторых сопутствующих заболеваний, способствующих переходу типичной формы в экссудативно – гиперемическую .

**Давность заболевания** – несколько недель месяцев .

**Осмотр СОПР-** на гиперемизированной СО щек , губ , дна полости рта , боковых поверхностях языка множественные серо – белые папулы размером 2 мм .Папулы могут быть единичными или сливаются в причудливые рисунки , напоминающие кружево ,сетку , листья папоротника



**Рис. 7-5.** Экссудативно-гиперемическая форма плоско-  
го лишая

## Эрозивно-язвенная форма

<b>Опрос</b> <i>жалобы</i>	Резко болезненные высыпания на слизистой оболочке рта (эрозии). Постоянная боль и жжение слизистой оболочки рта затрудняют речь, прием пищи	Нарушена целостность эпителия. Воспалительный экссудат в собственно слизистом слое; медиаторы воспаления, токсины, химические факторы раздражают нервные окончания слизистой оболочки рта
<b>Анамнез</b> <i>давность заболевания</i>	От нескольких дней до нескольких лет с момента возникновения боли в полости рта	Протекает длительно, прогрессирует как осложнение типичной, экссудативно-гиперемической и других форм, иногда малигнизируется
<i>предрасполагающие факторы</i>	Стрессовые ситуации, обострение фоновых заболеваний, прием лекарств, травмы слизистой оболочки рта, протезирование	Ослабляются защитные свойства организма, снижаются резистентность слизистой оболочки рта к травмам и ее регенеративные способности
<i>периодичность рецидивов эрозий</i>	Неопределенная, от нескольких недель до нескольких лет	Зависит от общего состояния организма, лечения сопутствующих заболеваний, воздействия провоцирующих факторов, проводимого лечения
<i>эффективность проводимого лечения</i>	Трудно поддается лечению. Эффект достигается постепенно, через несколько недель комплексного лечения: исчезает гиперемия слизистой оболочки рта, эпителизируются эрозии (переход в типичную форму)	Лечение эффективно при правильном выборе методов и средств патогенетической терапии, лечения сопутствующих заболеваний
<b>Осмотр</b> <i>внешний осмотр</i> <i>поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы</i>	Мягкие, подвижные, могут быть несколько увеличены	Существенно увеличивается паракортикальная или кортикальная зона лимфатического узла

кожные покровы

осмотр слизистой  
оболочки рта

Кожные изменения описаны выше

На слизистой оболочке рта на гиперемизированном фоне неправильной формы резко болезненные эрозии различных размеров, от точечных до обширных, покрытые плотным фибринозным налетом, на фоне характерного папулезного рисунка (кружева, сетки и др.) плоского лишая

В воспалительном экссудате преобладают фибрин, лимфоциты, плазмоциты. Вакуольная дистрофия базального слоя эпителия. В эпителиальном слое акантолиз, гиперкератоз, гранулез. Нарушение целостности эпителиального покрова. Соединительнотканый слой слизистой оболочки отечен, капилляры расширены, воспалительный инфильтрат резко выражен, межсосочковые отростки эпителия удлинены

## Буллезная форма

### Опрос

*жалобы*

Образование пузырей. Болезненность слизистой оболочки, усиливающаяся при приеме пищи

Нарушение целостности эпителия вследствие разрыва покрывки пузыря. Воспалительный экссудат, механические и химические факторы раздражают нервные окончания слизистой оболочки рта

### Анамнез

*внешний осмотр*

Аналогично другим формам заболевания

Могут быть кожные проявления, описанные выше

*осмотр слизистой оболочки рта*

Цвет не изменен или слизистая оболочка гиперемирована. Пузыри диаметром от 5 до 20 мм с мутным или геморрагическим содержимым. Множественные папулы образуют характерный рисунок (кружева, листа папоротника и др.)

Экссудат (содержимое пузыря) располагается субэпителиально. Выражена круглоклеточная инфильтрация в собственно слизистой оболочке. Капилляры расширены. Диапедез эритроцитов делает содержимое пузыря кровянистым. В эпителии неравномерный акантоз, паракератоз, вакуольная дистрофия базального слоя эпителия. Базальная мембрана может быть разрушена инфильтратом



**Рис. 7-8.** Буллезная форма плоского лишая



## Гиперкератотическая форма

<p><b>Опрос</b></p> <p><i>жалобы</i></p>	<p>Шероховатость, необычный вид слизистой оболочки рта</p>	<p>Элементы поражения — бляшки возвышаются над уровнем слизистой оболочки. Резко выражен гиперкератоз. В строме определяется диффузное хроническое воспаление с инфильтрацией лимфоцитами и гистиоцитами, в зернистом слое возникает акантоз</p>
<p><b>Анамнез</b></p> <p><i>давность заболевания</i></p>	<p>Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем) и хронические травмы слизистой оболочки рта</p> <p>Несколько месяцев, лет</p>	<p>Развивается как осложнение типичной и экссудативно-гиперемической форм плоского лишая</p>
<p><i>предрасполагающие факторы</i></p>	<p>Стресс, хроническая механическая травма, протезирование, вредные привычки, курение, алкоголь</p>	<p>Хроническая травма способствует прогрессированию гиперкератоза</p>
<p><b>Осмотр</b></p> <p><i>внешний осмотр и состояние кожных покровов</i></p> <p><i>осмотр слизистой оболочки рта</i></p>	<p>Могут быть типичные кожные проявления, описанные выше</p> <p>Одиночные участки гиперкератоза различной формы и очертаний с четкими границами на фоне характерных папулезных элементов (в виде кружев, листа папоротника)</p>	<p>Воспалительный инфильтрат в собственно слизистом слое, межэпителиальные сосочки удлинены. В эпителиальном слое акантоз, паракератоз, выраженный гиперкератоз, гранулез</p>



# Дифференциальная диагностика

Заболевание	Общие клинические признаки	Отличительные признаки
<b>Типичная форма</b>		
<b>Плоская лейкоплакия</b>	Жалоб нет. На не измененной в цвете слизистой оболочке рта элементы ороговения. При гистологическом исследовании выявляют паракератоз, гиперкератоз, хронический воспалительный процесс в собственном слое	Встречается чаще у мужчин старше 40 лет. Элемент поражения – гиперкератотическое пятно, как правило, единичное. Располагается соответственно травме (острые края протеза, коронки). Отсутствие папул. Гистологически преобладает гиперкератоз, акантоза нет. Чаще поражается слизистая оболочка передних отделов щеки и углов рта. Кожа не поражается
<b>Экссудативно-гиперемическая форма</b>		
<b>Кандидоз слизистой оболочки рта</b>	Жалобы на болезненность слизистой оболочки рта, усиливающуюся при приеме пищи. На гиперемизированной слизистой оболочке рта множественные беловатые образования	В анамнезе длительный прием антибиотиков, глюкокортикостероидов, цитостатиков. Развивается также у фармацевтов, имеющих постоянный контакт с антибиотиками. Белесоватые образования представляют собой колонии дрожжевого мицелия, которые при длительном существовании процесса сливаются, пропитываются фибрином и образуют грубые беловато-серые пленки. При поскабливании налет снимается, обнажая гиперемизированную или эрозивную поверхность. Ажурного рисунка из папул на слизистой оболочке нет. При микроскопическом исследовании соскоба со слизистой оболочки обнаруживают в большом количестве спорообразующие клетки гриба <i>Candida</i> и нити мицелия

## Эрозивно-язвенная форма

<b>Аллергический стоматит</b>	Жалобы на болезненность слизистой оболочки рта, усиливающуюся при воздействии раздражителей. Гиперемия и отечность слизистой оболочки. Эрозии или язвы, покрытые налетом, легко кровоточат при снятии налета	Начало острое. Недомогание, повышение температуры тела связаны с приемом лекарства. Отечность слизистой оболочки резко выражена. Эрозии быстро эпителизируются (4–10 дней). Папул нет. Не рецидивирует, если исключен контакт с аллергеном. Положительные кожные пробы с аллергеном и тесты аллергодиагностики. Гистологически в очаге поражения лимфоциты, плазмощиты, эозинофилы, нейтрофилы, тучные клетки
<b>Доброкачественная пузырчатка</b>	Жалобы на болезненность слизистой оболочки, затрудняющую прием пищи. На гиперемированной слизистой оболочке эрозии неправильной формы, покрытые налетом, болезненные, легко кровоточат при поскабливании	Наиболее частая локализация — альвеолярная десна, переходная складка. Трение слизистой оболочки вызывает образование геморрагического или серозного пузыря в соответствующем участке. Папулезных элементов нет
<b>Красная волчанка</b>	Жалобы на постоянную боль во рту, усиливающуюся при воздействии раздражителей. На гиперемированной слизистой оболочке участки ороговения эпителия, эрозии или язвы различной величины и формы, покрытые плотным фибринозным налетом. При удалении налета появляется кровоточивость. Эрозии или язвы сохраняются длительное время. Возможны поражения кожи	Поражению слизистой оболочки рта, как правило, предшествуют характерные эритемные пятна на коже (чаще лица, красной каймы губ). Провоцирующим фактором служит солнечный свет, так как у больных резко повышена чувствительность кожи к солнечному свету. Вокруг эрозии на фоне эритемы имеется радиально расходящаяся от центра очага белая полосовидная тонкая исчерченность (особенности ороговения). По периферии явления ороговения усиливаются, образуя слегка возвышающийся бордюр. После заживления эрозий остаются атрофические рубцы. Очаги ороговения при красной волчанке на слизистой оболочке рта в лучах Вуда светятся снежно-голубоватым или снежно-белым цветом. Методом РИФ выявляют отложения ДНК в базальной мембране. При гистологическом исследовании выявляют паракератоз, гиперкератоз, вакуольную дегенерацию клеток базального слоя, дегенерацию коллагеновых волокон, периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов, пролиферацию сосудов

## Буллезная форма

### Сосудисто-пузырный синдром

Жалобы на легкую болезненность слизистой оболочки рта. Подэпителиальные пузыри возникают на неизменной или слегка гиперемированной слизистой оболочке рта, существуют от нескольких часов до нескольких дней

Пузыри образуются вследствие травмирования (трения) слизистой оболочки протезом, пищевым комком и др. Содержимое пузырей геморрагическое. В анамнезе сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь. Встречается, как правило, у людей старше 40 лет. Цитологически определяется скопление нормальных клеток различных слоев эпителия и нейтрофилов. Гистологически — повышенная проницаемость (ломкость) стенок мелких сосудов, деструкция базальной мембраны, что ослабляет связь между эпителием и соединительнотканым слоем слизистой оболочки рта

## Гиперкератотическая форма

### Веррукозная форма лейкоплакии

Жалобы на шероховатость, необычный вид слизистой оболочки рта. Бляшки различной формы и очертаний с четкими границами возвышаются над окружающей слизистой оболочкой, цвет которой не изменен

Очаг гиперкератоза (бляшка) чаще единичный, его расположение соответствует воздействию травмирующего фактора (острого края зуба, протеза, дыма сигареты). Наиболее частая локализация бляшек — слизистая оболочка углов рта, нёба, спинки языка, красная кайма губ. Папулезных элементов нет. При гистологическом исследовании преобладание гиперкератоза, акантоз отсутствует

# Лечение

## Типичная форма

1 **Местное лечение** – коррекция гигиены полости рта , санация , устранение гальваноза , мех травм факторов , протезирование .

**Цель местного лечения** – предупреждение осложнений , прогрессирования заболеваний

Ретинола ацетат масляный раствор 3,4% - аппликация 2-3 раза по 15-20 мин на участки поражения .

**Цель** – нормализация функции эпит клеток предотвращения явления гиперкератоза , стимулирует регенерацию эпит клеток .

## Общее лечение

- 1 **Седативная терапия** – феназепам 0.0005г, сибазон 2 мг , реланиум 2 мг , седуксен 2мг – устраняет чувство напряжения волнения страха при неврологических расстройствах .Угнетает возбудимость подкорковых областей
- 2 **Витаминотерапия** –витрум , комплевит - по 1 таб в день
- 3 **Иммунномодулирующая терапия** – ликопид 1мг 1 раз в день за 30 мин до еды в теч 14 дней , имудон 6-8 таб в день сублингвально курс 20 дней - эти препараты повышают резистентность СОПР .
- 4 **Консультация специалистов** – невропатолог , гастроэнтеролог , кардиолог .



# Экссудативно – гиперемическая форма

## Местное лечение

- 1 **обезболивания** лидокаином 2% , ротовые ваночки аппликации – с целью устранения болевых ощущений
- 2 **Санация полости рта** (лечение кариеса , забол парадонта, устранения гальваноза , мех травм факторов )
- 3 **местная противовоспалительная терапия** – гексорал 0.2%раствор , 0.2% корсадил , 0.05 % хлоргексидин , раствор оралекс 0.12%- ротовые ваночки с целью устранить или ослабить влияния вторичной микрофлоры .
- 4 **Витаминомерапия** – мильгамма по 1 драже 3раза в день в теч 1 мес – усиление кровоснабжения , ускорение регенерации нервной ткани

## 5 **Коррекция микроциркуляции** -

аскорутин по 2 табл 3 раза в день курс 1 мес – уменьшает экссудацию повышает сопротивляемость организма .

трентал 400 мг по 1 таб 3 раза в день – обладает спазмолитической активностью , вызывает расширение сосудов ускоряет микроциркуляцию .

6 **Антигистаминная терапия** – диазолин 0.1 г по 1 табл 3 раза в день

7 **Иммуномодулирующая терапия** – имудон (было сказано выше )

# Эрозивно - язвенная и буллезная форма

## 1 местное лечение

Санация ,обезболивание СОПР, антисептическая обработка – перекись водорода 0.5-1%, раствор гексорал 0.2%,корсадил 0.2%

2 **Ферменты** – лизоцим 0.05г аппликации по 5 мин – устраняет влияние вторичной микрофлоры , оказывает бактериолитическое и противовоспалительное действие, стимулирует фагоцитоз

3 **Кортикостероидная терапия** – 0.5% преднизолоновая мазь аппликации 10-15 мин – уменьшает воспаление и отечность СОПР

4 **Эпителизирующая терапия** – масляный раствор вит А(ретинола ацетат 3,4%- аппликации 15-20 мин

- 5 **Общее лечение седативная терапия** – феназепам 0.0005г , сибазон 2 мг .
- 6 **Витаминотерапия** аскорбиновая кислота 1г сут
- 7 **Противовоспалительная терапия**
- 8 **Антигистаминовая терапия** – кларитин 10мг по 1 табл 1 раз в день
- 9 **Гипосенсибилизирующая терапия** – гистаглобулин ( содержит гистамин и глобулин человека – п\к по 2-3 мл  
3дня курс 8-10 инъекций
- 10 **Стимуляция тканевого обмена** – солкосерил 2.0мл по 2мл в\м ежедневно курс 10-15 инъекций \
- 11 **иммуномодулирующая терапия**
- 12 **Консультация специалистов**
- 13 **Физиолечение**
- 14 **Криодеструкция**

Благодарю за внимание !!!