

ФГБОУ ВО ДОНГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ  
кафедра стоматологии ФНМФО

**«Дерматозы слизистой оболочки полости рта»**

*д.мед.н., проф. Чайковская И.В.  
к.мед.н., доцент Комаревская Е.В.  
Студент 5 курса Попов М.Р.*

**ДОНЕЦК - 2024**

# АКТУАЛЬНОСТЬ

Патология слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ при дерматозах составляет небольшую часть стоматологических заболеваний, однако диагностика представляет значительные затруднения, что обусловлено, с одной стороны, многообразием заболеваний, проявляющихся в полости рта, а с другой – сходством клинического проявления различных по этиологии и патогенезу заболеваний.

Частота повреждений слизистых оболочек при хронических дерматозах варьирует. Наиболее высокое процентное соотношение составляет пузырчатка (в 95-100%), рубцующейся пемфигоид (95-100%), а также красный плоский лишай (25-30%).

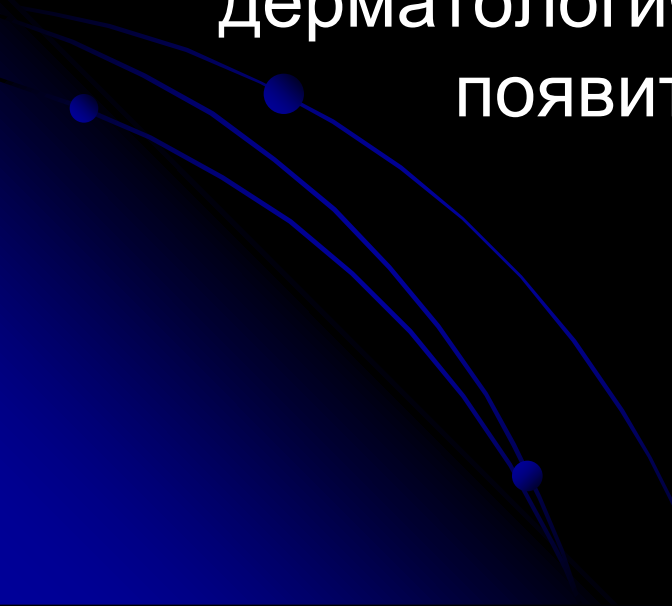
Несколько реже повреждаются слизистые оболочки при буллезном пемфигоиде, дерматите Дюринга, саркоме Капоши и других заболеваниях.

В норме существует равновесие между находящейся в полости рта патогенной микрофлорой, а также местными и общими факторами иммунной защиты.

Нарушение данного равновесия может привести к развитию инфекционных и воспалительных заболеваний.

## *Важно знать!*

При многих дерматологических заболеваниях поражение слизистой рта является не только сопутствующим симптомом заболевания кожи, а часто предшествует кожным высыпаниям, и стоматолог часто может установить дерматологический диагноз, до того как появится поражение кожи.



# Дерматозы

- собирательный термин, обозначающий как врожденные, так и приобретенные патологические поражения кожи, ее придатков, а также СОПР различного генеза;
- существует много вариантов объединения дерматозов в отдельные группы;
- наибольший интерес для нас представляют группы, объединяющие изменения кожи и СОПР, обусловленные нарушением процесса ороговения (кератозы), и связанные с образованием пузырей.



# Красная волчанка



- **Красная волчанка (еритематоз; lupus erythematoses)** — аутоиммунное заболевание, при котором поражения кожи и СОПР являют собой стойкие, четко ограниченные красно-розовые пятна воспалительного характера, круглой, овальной или гирляндоподобной формы.
- сопровождаются инфильтрацией глубоких слоев, гиперкератозом и развитием в центре ячейки рубцовой атрофии.
- Поражаются в основном открытые части тела, чаще всего — лицо (симметричное поражение щек и спинки носа в форме бабочки). Одновременно поражается СОПР.



## Классификация красной волчанки:

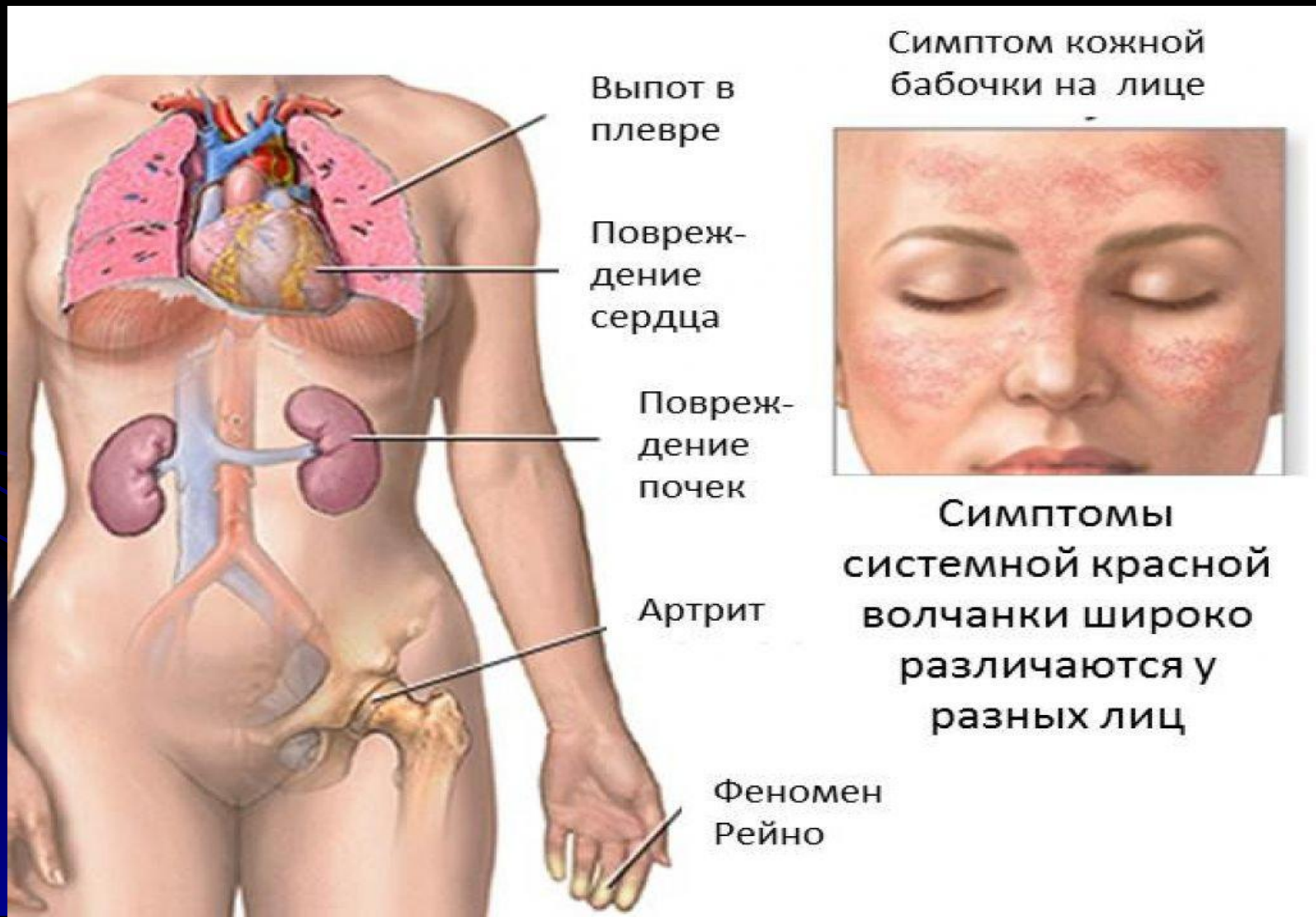


- Общепризнанной классификации КВ нет.
- 1. Кожная форма – дискоидная и диссеминированная
- 2. Системная – острая, подострая,
- хроническая

## Провоцирующие факторы:

- 1. Повышенная чувствительность к солнечному
- свету
- 2. Генетическая предрасположенность
- 3. Хронические инфекции, в том числе и
- фокальные
- 4. Прием антибиотиков
- 5. Нейроэндокринные расстройства
- 6. Холод
- 7. Травма

# Зоны поражения при системной красной волчанке



- **Системная красная волчанка (СКВ)**  
— развивается в основном у женщин детородного возраста, но считается, что гормональные факторы больше влияют на проявления заболевания, чем на его возникновение.





# Клиническое течение КВ имеет 2 формы:

**хроническую (дискообразную, или ограниченную),**

- локализуется на коже и СО, и кроме поражения открытых частей кожи лица (в виде бабочки), ушных раковин, волосистой части головы, часто поражается красная кайма губ, преимущественно нижняя;

- течение длительное с обострениями в весенне- летний период

**острую (системную),** для которой характерно системное поражение всего организма (артриты, эндокардит, плеврит, нефрит).

# Возможны 4 клинических формы такого поражения:

## 1. Типичная форма на ККТ



- жалобы на сухость и стягивание красной каймы губ.
- красная кайма губы инфильтрирована, гиперемирована, покрыта плотно сидящими беловато-серыми чешуйками, при попытке удаления которых, отмечается болезненность и кровоточивость.
- по периферии очага видны участки помутнения эпителия в виде полосок беловатого цвета (в форме «лучей пламени»).

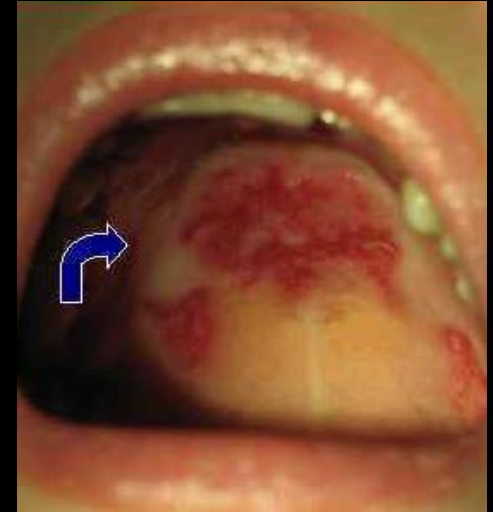
# 1. Типичная форма на СОПР характеризуется:

- ограниченными воспалительными очагами красного или красновато-фиолетового цвета с возвышающимися краями и слегка запавшим центром.
- в центральной части очага атрофированная поверхность покрыта синевато-белыми нежными точками и полосками «в виде частокола».
- весь участок поражения резко отграничен от здоровой слизистой оболочки рта.



## 2. Эрозивно-язвенная форма.

- по периферии очага видны участки помутнения эпителия в виде полосок беловатого цвета (в форме «лучей пламени»).
- характеризуется выраженным воспалением, на фоне которого возникают эрозии, трещины, язвы, покрытые серозными и серозно-кровянистыми корками.
- по периферии очага наблюдается гиперкератоз и атрофия.
- симптом Никольского отрицательный



### 3. Форма -без клинически выраженной атрофии:

- отдельные участки красной каймы имеют слабо выраженную инфильтрацию и телеангиэктазии;
- характеризуется эритемой и нередко выраженным гиперкератозом;
- красная кайма застойно гиперемированна, покрыта тонкими чешуйками, которые удаляются при поскабливании.

## 4. Глубокая форма (Капоши—Ирганга )

- представлена узловатым образованием на красной кайме;
- характеризуется появлением в глубине мышечного слоя губ массивного инфильтрата каменистой плотности, на поверхности красной каймы высыпаний нет;
- протекает бессимптомно.

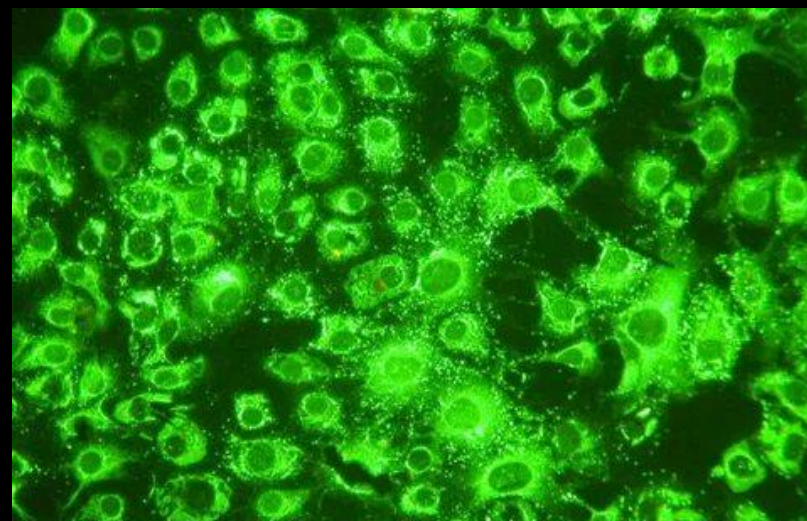


# Методы диагностики КВ:

1. **Люминисцентный** (Лучи Вуда) – очаги ороговения имеют белое или беломутное свечение в виде полосок и точек.

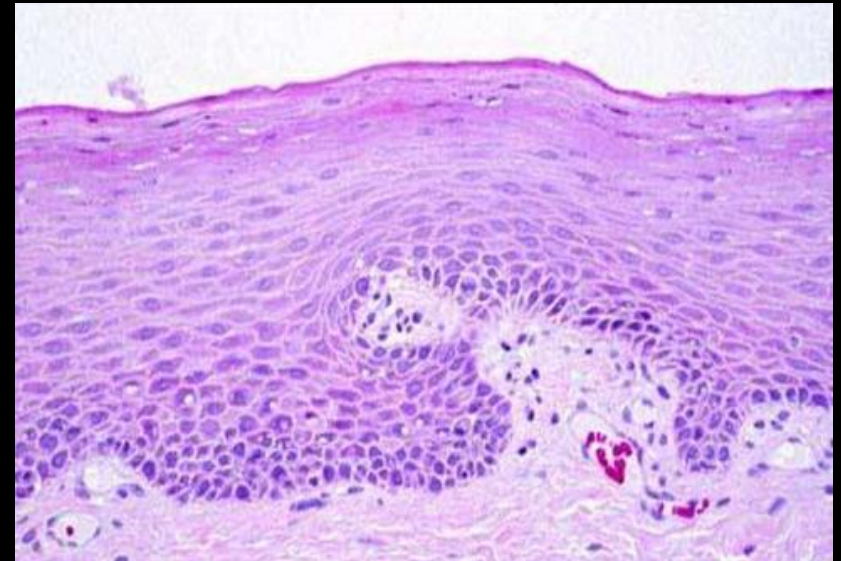


2. **РИФ** (реакция иммунофлюоресценции) – выявляются отложения ДНК в базальной мембране.



## 3. Гистологический:

- представлена паракератозом, сочетающимся с гиперкератозом.
- отмечается вакуолярная дегенерация клеток базального слоя эпителия.
- инфильтрация лимфоцитами соединительной ткани.
- дегенеративные изменения волокон коллагена.

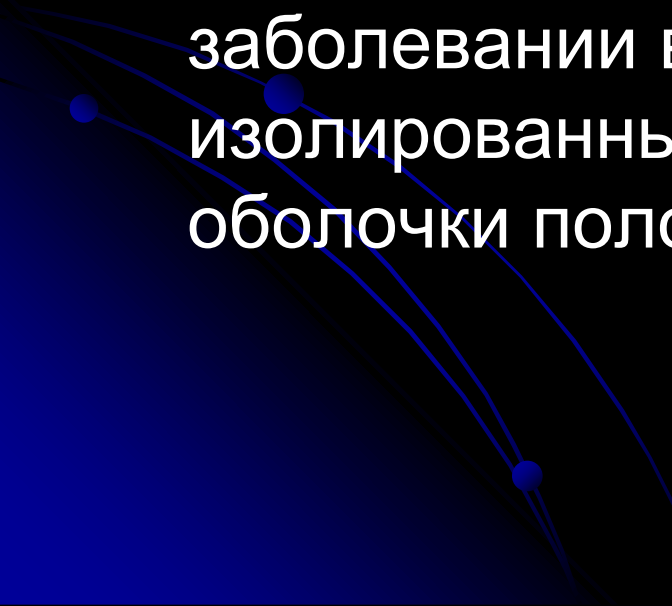




## Иммунологические маркеры СКВ

- **антинуклеарный фактор (АНФ)**-(гомогенное свечение -ИФА)
- **антитела к dsDNA** (двухспиральной ДНК) и **ssDNA** (односспиральной – при лекарственной волчанке), **анти-Sm антитела** (АТ к малым ядерным рибонуклеопротеинам )
- **LE-клетки** (имеют вспомогательное значение, не включены в систему критериев СКВ)
- **↓ CH50** – снижение общей активности комплемента
- **↓ C3 и C4** компонентов комплемента
- **циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК)**
- **антифосфолипидные антитела (аФл)**-исследуются у всех пациентов с СКВ для исключения вторичного АФС

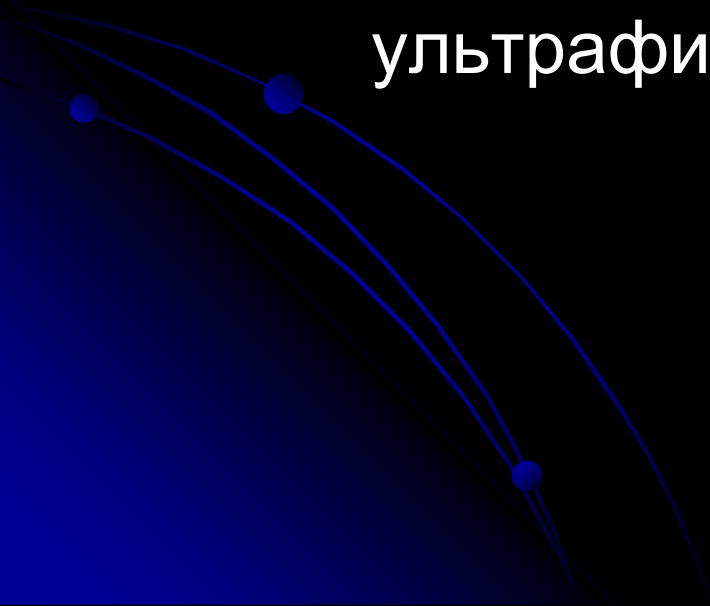
## Лечение КВ:

- Лечение занимаются врачи ревматологи и дерматологи.
  - Однако врачи-стоматологи должны владеть необходимыми знаниями об этом заболевании в связи с возможным изолированным поражением слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
- 

# Обязательным условием лечения КВ является:



- выявление очагов хронической фокальной инфекции и их санация;
- защита очагов поражения от травм и ультрафиолетового излучения.



## Общее лечение



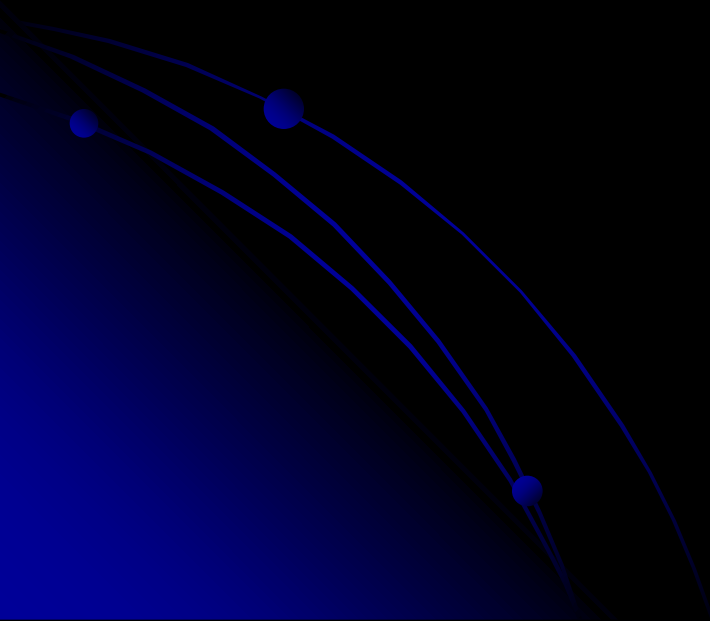
- синтетические противомаларийные средства (делагил, плаквенил, хингамин) в течение длительного промежутка времени;
- кортикостероидные гормоны внутрь (при эрозивно-язвенной форме КВ);
- витамины - витамин «А», витамины группы В (мильгамма, рибофлавин).

# Местное лечение



- кортикостероидные мази путём выбора («Латикорт», «Целестодерм», «Адвантан», «Полькортолон»);
- обезболивающие средства (1-2% раствор лидокаина, аэрозоль 10% лидокаина, 5% взвесь анестезина в персиковом масле, гель «Камистад»);
- антисептики (1% раствор перекиси водорода, 0,05% раствор хлоргексидина, 0,01% раствор мирамистина, 0,05% раствор этакридина, 0,2% раствор корсадила);
- кератопластики (масляный раствор витамина «А»-3,44% ретинола ацетат, масло шиповника, масло облепихи).

- Прогноз при своевременном и правильном лечении **благоприятный.**

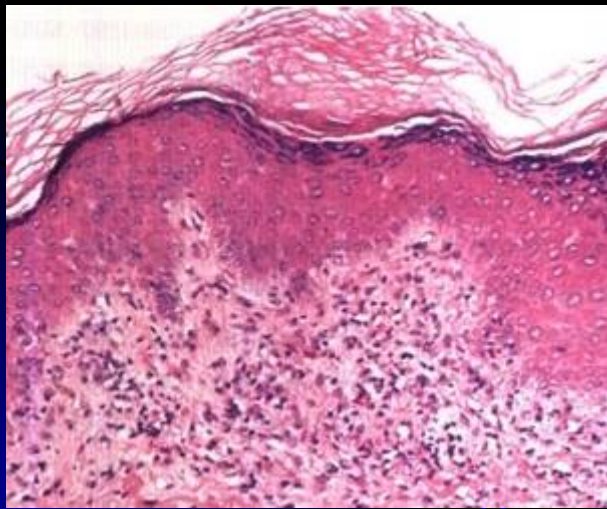


# Красный плоский лишай

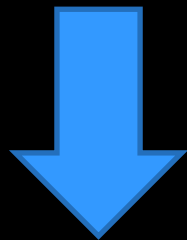


хроническое заболевание, поражающее покровные ткани;  
клинически проявляется на коже и слизистых оболочках;

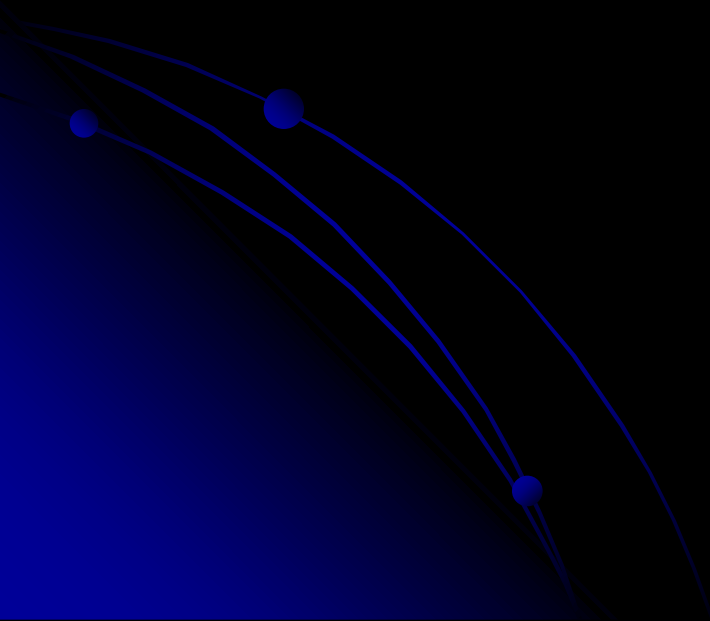
- × среди заболеваний слизистой оболочки полости рта красный плоский лишай встречается наиболее часто (**до 75%**);
- × болеют преимущественно женщины в возрасте от 30 лет и старше.



# Эпидемиология

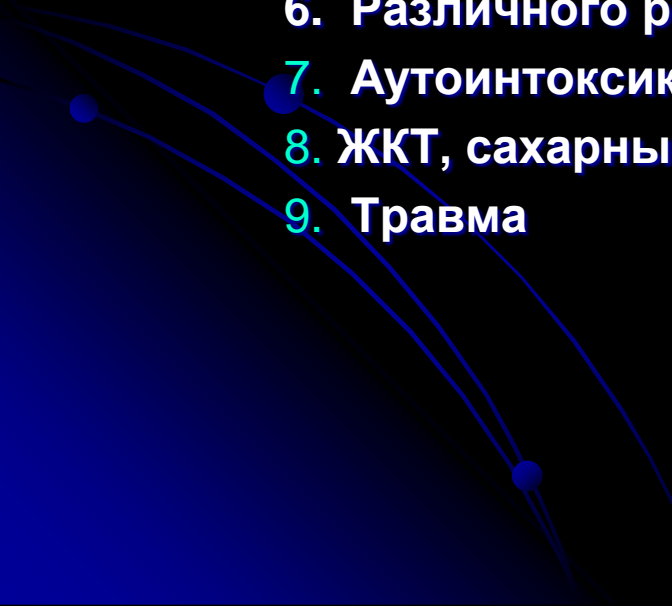


- В структуре дерматологической заболеваемости КПЛ составляет-1, 2%,
- а среди болезней СОПР –35-60%
- Женщины болеют чаще





# **В патогенезе играют роль:**

1. Инфекционные агенты
  2. Нейроэндокринные нарушения
  3. Генетические факторы
  4. Иммунные механизмы
  5. Токсико –аллергические (токсическое действие лекарственных препаратов)
  6. Различного рода реакции
  7. Аутоинтоксикации (патология
  8. ЖКТ, сахарный диабет, гепатит и др.)
  9. Травма
- 

# Поражение участков и органов при красном плоском лишае



# Клинические формы



## ■ На коже:

- типичная,
- остроконечная,
- анулярная
- гипертрофическая,
- пигментная.

## ■ На слизистых:

- типичная,
- экссудативно-гиперемическая,
- эрозивно-язвенная,
- буллезная,
- гиперкератотическая.

# Типичная форма

КПЛ может появляться  
одновременно на коже:

Папулы плоские, полигональной  
формы синюшно-розового цвета,  
с блестящей поверхностью,  
пупковидным вдавлением,  
«сеткой Уикхема», не склонны к  
росту и слиянию

Зуд

**Локализация:** внутренняя  
поверхность предплечий,  
передняя поверхность голеней,  
поясница



# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

## Жалобы (анамнез)

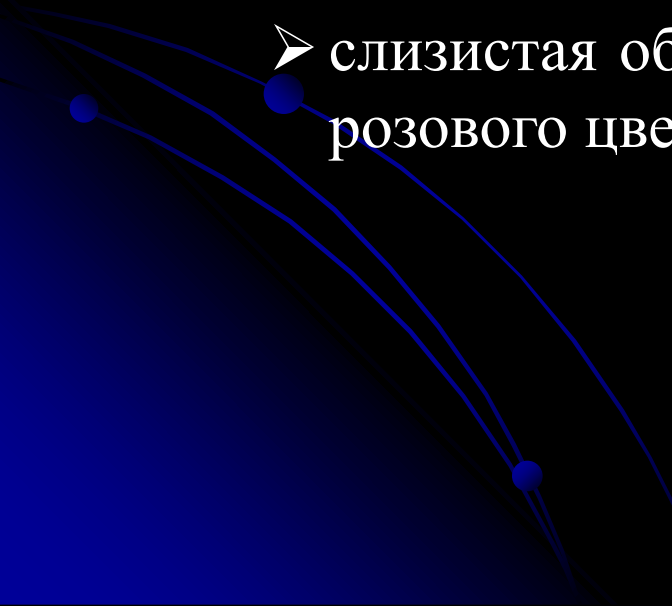
### *Гиперкератозная типичная форма:*

- изменение цвета СОПР - белая сетка, кружево, полосы;
- шероховатость СОПР;
- незначительную стянутость, сухость отдельных участков СОПР;
- незначительное жжение в участках измененной в цвете слизистой.

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

## Клинические (объективно):

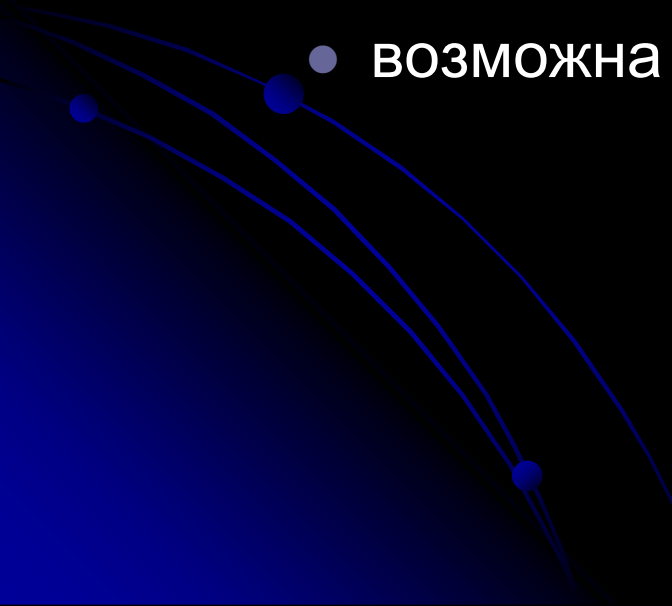
### *Гиперкератозная типичная форма:*

- беловатые участки в виде узоров, кружева, полос, которые образованы папулами белого цвета на щеках в ретромолярном участке, боковой поверхности языка; на спинке языка имеют вид кругов;
  - слизистая оболочка полости рта неизменена, бледно-розового цвета.
- 

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

## Жалобы (анамнез)

### *Эрозивная форма:*

- изменения цвета слизистой оболочки - беловатая сетка, кружево, полосы;
  - наличие ячеек покраснения слизистой;
  - жжение слизистой оболочки от раздражителей;
  - боль во время употребления острой еды;
  - возможна незначительная кровоточивость.
- 

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Клинические (объективно) :

## *Эрозивная форма:*

- беловатые участки в виде узоров, кружева, полос, которые образованы миллиардными папулами белого цвета на щеках в ретромолярном участке, боковой поверхности языка; на спинке языка имеют вид кругов;
- на этом фоне - отдельные дефекты (1-2 эрозии), которые могут сливаться;
- отек и гиперемия слизистой оболочки в местах локализации папул;
- десквамативный гингивит.



# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

## Жалобы (анамнез)

### *Язвенная форма:*

- на изменения цвета слизистой оболочки - беловатая сетка, кружево, полосы;
- на наличие ячеек покраснения слизистой, покрытых белым налетом;
- на боль от раздражителей;
- на болевые ощущения при механическом раздражении и открывание рта;
- на неприятный запах изо рта.

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

## Клинические (объективно):

### *Язвенная форма:*

- беловатые участки в виде узоров, кружева, полос, которые образованы миллиардными папулами белого цвета на щеках в ретромолярном участке, боковой поверхности языка; на спинке языка имеют вид кругов;
- на этом фоне - эрозии, язвы на слизистой оболочке щек, боковой по-верхности языка;
- язвы имеют круглую или слегка удлиненную форму, неглубокие, дно может быть наполнено некротическим распадом;
- отек и гиперемия слизистой оболочки в зоне поражения;
- регионарные лимфатические узлы нередко увеличены, болезненны;
- десквамативный гингивит.

# Диагностика КПЛ



## □ Клиническая картина:

□ на СОПР или красной кайме губ, коже

## □ Гистологическое исследование:

□ Неравномерный акантоз и гранулез

□ Пилообразное удлинение межсосочковых отростков

□ Вакуольная дистрофия клеток базального слоя

□ Полосовидный инфильтрат (из лимфоцитов и плазматических клеток)  
подпирает эпителий,

□ не проникает в нижние отделы соединительной ткани,

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

## Жалобы (анамнез)

### *Пемфигоидная форма:*

- на изменения цвета слизистой оболочки - беловатая сетка, украшенная -узором, полосы;
- на наличие пузыря на слизистой оболочке;
- на наличие ячеек покраснения слизистой (эрозии);
- на жжение слизистой оболочки от раздражителей;
- на боль во время употребления острой еды;
- на возможную незначительную кровоточивость.

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

## Клинические (объективно):

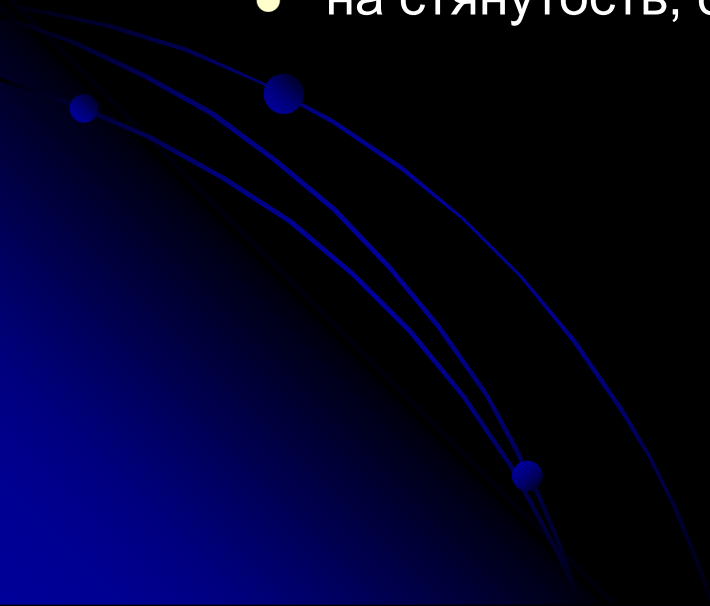
### *Пемфигоидная форма:*

- ✓ беловатые участки в виде узоров, кружева, полос, которые образованы миллиардными папулами белого цвета на щеках в ретромолярном участке, боковой поверхности языка; на спинке языка;
- ✓ среди папул размещены пузыри (одиночные), а чаще - эрозии с отрывками покрышек пузырей по периферии эрозий;
- ✓ отек и гиперемия слизистой оболочки в зоне поражения;
- ✓ десквамативный гингивит.

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

## Жалобы (анамнез)

### *Бородавчатая форма:*

- на изменения цвета слизистой оболочки - беловатая сетка, узоры, полосы;
  - на выраженную шероховатость слизистой оболочки в результате ее бородавчатого разрастания;
  - на стянутость, сухость этих участков слизистой рта.
- 

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

## Клинические (объективно):

### *Бородавчатая форма:*

- беловатые участки в виде узоров, кружева, полос, которые образованы миллиар-ными папулами белого цвета на щеках в ретромоллярной области, боковой поверхности языка; на спинке языка имеют вид кругов;
- на этом фоне - бородавчатые разрастания образованы сильно ороговевшими папулами. беловатые участки в виде узоров, кружева, полос, которые образованы миллиар-ными папулами белого цвета на щеках в ретромоллярной области, боковой поверхности языка; на спинке языка имеют вид кругов;
- на этом фоне - бородавчатые разрастания образованы сильно ороговевшими папулами.

# Дифференциальная диагностика КПЛ:



- **1. Лейкоплакия** –серовато-белая пленка, без
- рисунка, нет воспаления
- **2. КВ** –гиперемия, инфильтрация, гиперкератоз, в
- центре –атрофия
- **3. Сифилитические папулы** –серовато-белый
- налет снимается, БТ -в очагах, (+) серореакции
- **4. ВП**–нет папул, наличие акантолитических
- клеток в мазках -отпечатках



## Общее лечение КПЛ:



- Обследование ЖКТ
- Санация полости рта,
- Щадящая диета
- **Общая терапия:**
  - 1. Вит. А по 10 кап. 3 раза в день 2 мес
  - 2. Никотиновая кислота, витамины В1, В6
  - 3. Антималарийные препараты –резохин, делагил
  - 4. Антидепрессанты, транквилизаторы
  - 5. Гипосенсибилизирующая терапия –30% р-р тиосульфата натрия, гистоглобулин
  6. Ангиопротекторы –трентал и др.
  - 7. Антигистамины супрастин, тавегил, цетрин
  - 8. Ароматические ретиноиды -неотигазон
  - 9. Короткие курсы ГКС (дипроспан, преднизолон –60мг)
  - 10. ИРТ

## Местная терапия:



- 1. ТГКС –элоком, адвантан и др. на кожу
- губ
- 2. Витаон или бальзам Караваева,
- 1% дибуноловая мазь,
- гели: солкосерил, актовегин, холисал на
- СОПР
- 3. Антисептические растворы –паронтал,
- бетадин и др.

# Физиотерапия КПЛ:



- Фонофорез с ГКС
- Магнитотерапия
- Индуктотермия
- Электросон
- Лазеротерапия

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**

