

Таблица 6. Краткая характеристика некоторых заболеваний слизистой оболочки рта.

Заболевание	ФР, причины возникновения	Клинические признаки
1. Поражения, связанные с травмой		
<p>1.1. Поверхностная травма губы и полости рта</p>  <p><i>Хроническая травма съёмным протезом</i></p>  <p><i>Травматическая язва на боковой поверхности языка</i></p>	<p><i>Причины травмы:</i> острые края зубов и пломб, неправильно изготовленные мостовидные и съёмные зубные протезы, зубной камень, вредные привычки (прикусывание слизистой щек, губ, языка), острая и горячая пища</p>	<p><i>Жалобы пациента:</i> чувство дискомфорта, болезненность, припухлость.</p> <p><i>При осмотре:</i> гиперемия, отек, нарушение целостности слизистой оболочки (эрозии, афты, язвы). При травматической язве по краям имеется воспалительный инфильтрат, ее поверхность покрыта серым налетом, болезненна при пальпации, регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.</p> <p><i>При длительном течении (2-3 месяца и более) травматическая язва может озлокачествляться.</i></p>
<p>1.2. Лейкоплакия – хроническое воспаление слизистой оболочки рта, сопровождающееся повышенным ороговением (гиперкератозом).</p>  <p><i>Лейкоплакия на нижней губе</i></p>	<p>Развивается как ответная реакция слизистой оболочки на длительную травму, чаще химическую (курение). Обычно встречается у мужчин 40-50 лет.</p>	<p><i>Жалобы пациента:</i> обычно отсутствуют, иногда возникает ощущение шероховатости слизистой оболочки.</p> <p><i>При осмотре:</i> ограниченный участок поражения белого цвета неправильной формы, не возвышающийся (<i>плоская форма</i>) или приподнятый (<i>веррукозная форма</i>) над поверхностью слизистой оболочки, может иметь трещины или эрозии (<i>эрозивная форма</i>). Белый налет не снимается при соскабливании. Чаще локализуется на слизистой оболочке губ, щек (в углах рта, по линии смыкания зубов), на языке и дне полости рта, красной кайме губ. <i>Веррукозная и эрозивная формы лейкоплакии являются факультативным предраком с высокой вероятностью озлокачествления.</i></p>
2. Инфекционные заболевания		
<p>2.1.1. Острый герпетический стоматит</p> 	<p>Первичный контакт с вирусом herpes simplex. Болеют дети в возрасте от 1 до 5 лет.</p>	<p><i>Жалобы пациента:</i> повышение температуры тела от 37.5° до 40°С, явления интоксикации, отказ от приема пищи.</p> <p><i>При осмотре:</i> увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов; на красной кайме и коже губ множественные</p>

<p><i>Геморрагические корки и множественные эрозии на красной кайме губ</i></p>  <p><i>Мелкие округлые эрозии на языке, гиперемия и отек десневых сосочков</i></p>		<p>пузырьки, после вскрытия которых образуются эрозии, покрытые корками; на слизистой оболочке губ, щек, языка – множественные эрозии 1-5 мм в диаметре, которые могут сливаться, резко болезненные. Острый катаральный гингивит, нередко с эрозиванием десневого края.</p>
<p>2.1.2. Рецидивирующий хронический герпес</p>  <p><i>Пузыри на красной кайме губ при слиянии пузырьков</i></p>	<p>Проявляется у людей любого возраста, ранее инфицированных вирусом herpes simplex.</p>	<p><i>Жалобы пациента:</i> болевые ощущения. <i>При осмотре:</i> болезненная эрозия с неровными фестончатыми краями на гиперемизированной, слегка отечной слизистой оболочке; рядом могут выявляться отдельные мелкие эрозии округлой формы; типичная локализация - твердое небо, десна, язык. На красной кайме губ – группа мелких слившихся пузырьков.</p>
<p>2.2. Поражения слизистой оболочки рта, связанные с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)</p>  <p><i>Волосатая лейкоплакия языка</i></p>  <p><i>Саркома Капоши: синюшные выбухающие пятна на слизистой оболочке твердого неба</i></p>	<p>К поражениям слизистой оболочки рта, специфичным для ВИЧ-инфекции, относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>кандидозный стоматит;</i> - <i>волосатая лейкоплакия языка</i> (связанная с активизацией вируса Эпштейна-Барра); - <i>саркома Капоши</i> (злокачественное новообразование кровеносных сосудов, определяется у 30-50% больных). <p>Данные поражения развиваются на фоне пониженного иммунитета и могут быть</p>	<p><i>Жалобы пациента:</i> обычно отсутствуют, иногда возникает ощущение зуда в зоне поражения (при саркоме Капоши). <i>При осмотре</i> <i>Волосатая лейкоплакия</i> – обычно локализуется на боковой поверхности языка, реже – на спинке языка или слизистой оболочке щеки; представляет собой ограниченный участок поражения опалово-белого цвета, с нечеткими границами размером от нескольких миллиметров до 3 см и более. В очаге поражения видны тонкие белые параллельные полосы, образованные мелкими волосистыми папилломами. <i>Саркома Капоши</i> – синюшно-красные, иногда с коричневым оттенком опухолевидные образования величиной 1-2 см и более, которые в дальнейшем изъязвляются. Обычно локализуются на небе, десне, губах, реже – дне полости рта.</p>

	первыми клиническими симптомами ВИЧ-инфекции.	
<p>2.5. Кандидозный стоматит</p>  <p><i>Налет на спинке языка</i></p>	<p>Поражение вызывают дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>, которые в качестве резидентной микрофлоры присутствуют у 50% здоровых людей. При понижении иммунитета они приобретают вирулентность, размножаются и рассеиваются по слизистой оболочке рта.</p> <p>Возникновению кандидоза способствуют:- продолжительный прием антибиотиков;- лучевая и иммуносупрессивная терапия;- неудовлетворительная гигиена полости рта, недостаточный уход за съемными протезами;</p> <p>- наличие гальванизма.</p>	<p><i>Жалобы пациента:</i> жжение слизистой оболочки, болезненность при приеме раздражающей пищи, сухость в полости рта, появление болезненных трещин в углах рта.</p> <p><i>При осмотре:</i> белый творожистый налет на языке, слизистой оболочке рта, внутренней поверхности съемных протезов; трещины в углах рта, покрытые мелкими, белесоватыми чешуйками.</p> <p><i>Кандидозный стоматит является «индикаторным» заболеванием у ВИЧ-инфицированных, а также может быть первым симптомом СД.</i></p>
<p>3. Заболевания, связанные с аллергией</p>		
<p>3.1. Аллергический стоматит</p>  <p><i>Эритема слизистой оболочки в зоне протезного ложа</i></p>	<p>Аллергическая реакция замедленного типа при местном контакте со стоматологическим и, зубопротезными материалами, медикаментами.</p>	<p><i>Жалобы пациента:</i> жжение, зуд в пораженных участках слизистой оболочки рта.</p> <p><i>При осмотре:</i> ограниченные или разлитые очаги ярко-красной гиперемии, строго в области протезного ложа или зоны контакта с аллергеном. При длительном течении возможно появление единичных пузырьков или</p>

	Непереносимость возрастает у лиц с аллергическим анамнезом.	эрозий.
<p>3.3. Рецидивирующий афтозный стоматит</p>  <p><i>Афта на кончике языка</i></p>	<p>Этиология:</p> <ul style="list-style-type: none"> - инфекционная аллергия (преимущественно к вирусу простого герпеса или цитомегаловирусу, бактериальным антигенам); - на фоне заболеваний крови (нейтропения); - идиопатическая (неясной этиологии). Наиболее распространенное поражение слизистой оболочки рта (до 20%), наблюдается у лиц 20-40 лет, чаще у женщин. 	<p><i>Жалобы пациента:</i> болезненность в полости рта</p> <p><i>При осмотре:</i> язвы (афты) на слизистой оболочке рта (кроме твердого неба и прикрепленной десны) округлой формы, размером до 1 см, покрытые серовато-желтым налетом и ограниченные гиперемированным ободком. Высыпания одиночные или множественные (чаще от 1 до 2-3).</p> <p><i>Афтозные поражения слизистой оболочки рта, часто возникающие и характеризующиеся длительным течением, могут быть связаны с ВИЧ-инфекцией.</i></p>
5. Заболевания губ		
<p>5.1. Актинический хейлит</p>  <p><i>Сухая форма актинического хейлита</i></p>	<p>Причины возникновения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - повышенная чувствительность к ультрафиолетовому излучению. 	<p><i>Жалобы пациента:</i> зуд, жжение губ.</p> <p><i>При осмотре:</i> покраснение губ (эритема), на фоне которой возникают: шелушение с образованием чешуек (<i>сухая форма</i>); - мелкие пузырьки, мокнущие участки, эрозии, серозные корки (<i>экссудативная форма</i>)</p>
<p>5.2. Эксфолиативный хейлит</p>  <p><i>Лента из сухих чешуек от середины красной каймы до зоны Клейна</i></p>	<p>Заболевание относят к психосоматическим болезням. Чаще поражается нижняя губа.</p>	<p><i>Жалобы пациента:</i> сухость, чувство стягивания, онемение губ, появление чешуек (при сухой форме); боль, наличие корок (при экссудативной форме).</p> <p><i>При осмотре:</i> характерная локализация поражения – от середины красной каймы до зоны Клейна (места перехода в слизистую оболочку); наличие коричневатых чешуек, плотно прилегающих центральной частью к красной кайме (<i>сухая форма</i>), или массивных корок коричневого цвета, после удаления которых обнажается целостная красная кайма (<i>экссудативная форма</i>).</p>

5.4. Хроническая трещина губы



Ее появлению способствуют неблагоприятные метеорологические воздействия (повышенная или пониженная влажность, запыленность воздуха, ветер, холод, солнечная радиация), вызывающие сухость, шелушение, потерю эластичности красной каймы губ. При длительном существовании может озлокачествляться.

Жалобы пациента:
болезненность губы, усиливающаяся при улыбке, приеме пищи.
При осмотре:
одиночный глубокий линейный дефект от 0.2 до 1.5 см, чаще по центру губы. В случае присоединения вторичной инфекции покрывается кровянистыми или желтыми корками, появляются болезненность, гиперемия, отек окружающих тканей.