

Шнайдер С.А.,
д. мед. н.
Тищенко Т.Л.,
к. мед. н.
Широкова О.И.,
к. мед. н.
Сенникова А.М.,
ассистент

Одесский Национальный медицинский университет

[DOI: 10.24412/2520-6990-2022-4127-64-69](https://doi.org/10.24412/2520-6990-2022-4127-64-69)

АНАЛИЗ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Shnaider S.A.,
M.D.
Tishchenko T.L.,
Ph.D.
Shirokova O.I.,
Ph.D.
Sennikova A.M.,
assistant

Odessa National Medical University

ANALYSIS OF CONSULTING WORK WITH PATIENTS WITH DISEASES OF THE ORAL MUCOSA

Аннотация

Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) всегда представляют определенные трудности как в диагностике, так и в лечении. В статье представлены результаты консультаций и лечения пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

В консультациях принимали участие врачи-интерны, в программу которых входило изучение заболеваний слизистой оболочки полости рта. Таким образом, молодые специалисты получали необходимые знания, которые могли бы применить в своей дальнейшей работе.

Abstract

Diseases of the oral mucosa always present certain difficulties both in diagnosis and in treatment. The article presents the results of consultations and treatment of patients with diseases of the oral mucosa.

The consultations were attended by interns, whose program included the study of diseases of the oral mucosa. Thus, young specialists received the necessary knowledge that they could apply in their future work.

Ключевые слова: десквамативный глоссит, десквамативный гингивит, красный плоский лишай, трещина губы, лейкоплакия.

Key words: desquamative glossitis, desquamative gingivitis, lichen planus, lip crack, leukoplakia.

Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) всегда представляют определенные трудности как в диагностике, так и в лечении. В этой статье представлены наблюдения, консультации и результаты лечения пациентов с заболеваниями СОПР. Период наблюдений охватывает с 2018 по первую половину 2022 года.

В консультациях принимали участие врачи-интерны, в программу которых входило изучение заболеваний слизистой оболочки полости рта. Таким образом, молодые специалисты получали необходимые знания, которые могли бы применить в своей дальнейшей работе.

В 2018 году проконсультировано 60 пациентов, в 2019 – 64, в 2020 – 33, в 2021 – 37, в 2022 – 12. Возраст пациентов от 18 до 81 года с различной патологией. На представленных в статье фото можно видеть элементы поражения на СОПР, по которым устанавливается диагноз или же они указывают на связь с общими соматическими заболеваниями.

На рис. 1,2 – варианты десквамативного глоссита у пациентов в возрасте 18 и 30 лет. В первом случае участок десквамации небольшой, расположен слева на языке, окружен эпителием. На втором фото – участок без эпителия большей площади, расположенный справа на языке.

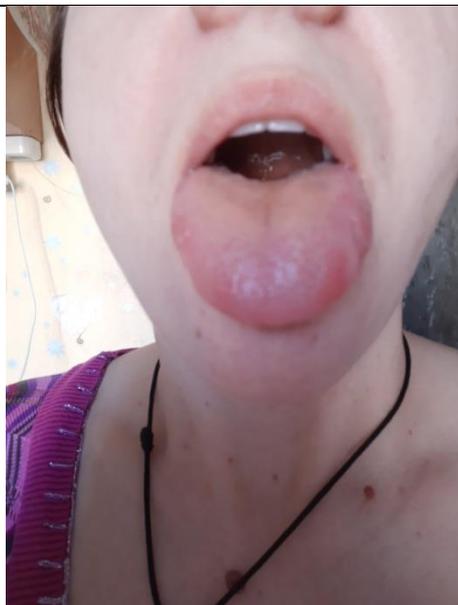


Рис. 1. Пациент Б., 18 лет. Десквамативный глоссит (окружен эпителием)



Рис. 2 Пациент Д., 30 лет. Десквамативный глоссит (без эпителия)

В клинике чаще всего встречается так называемый «географический язык», когда чередуются

участки с повышенным слоем эпителия (даже ороговением) вокруг десквамаций и без него (Рис. 3).



Рис 3. Десквамативный глоссит. («Географический язык»).



Рис. 4 а. Пациент Г., 60 лет. Десквамативный гингивит.

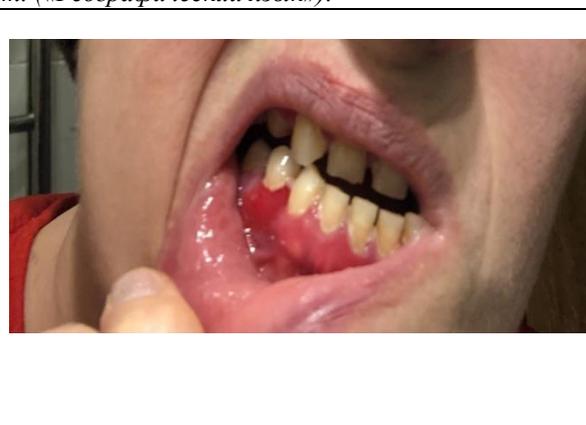


Рис. 4 б. Пациент Г., 60 лет Десквамативный гингивит.

Отсутствие эпителия встречается и на других участках слизистой оболочки полости рта. На рис. 4 а, б – десквамативный гингивит у женщины 60 лет. Участки десквамации на альвеолярной части десны, что нередко встречается при красном плоском лишае (КПЛ), доброкачественной пузырьчатке только слизистой оболочки полости рта.

Этим пациентам дополнительно рекомендовали обследование у гастроэнтеролога. Местно применяли ванночки искусственным лизоцимом (самостоятельно приготовленным) либо зубным эликсиром «Лизомукоид» с 2 %- ным лидокаином (в случае боли) и теплые масляные ванночки (обле-

пиховое, оливковое масло и т.д.). Внутрь – десенсибилизирующие препараты, на протяжении 7-10 дней, витамины, способствующие эпителизации («Аевит»).

Также на консультацию обращались пациенты с нарушением целостности эпителия: трещина ниж-

ней губы, возраст – 27 лет (рис. 5 а, б) с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, где афты располагались на слизистой нижней губы, и были уже в стадии разрешения (эпителизации), возраст – 35 лет (рис. 6).



Рис. 5а. Пациент К., 27 лет.
Трещина нижней губы.



Рис. 5б. Пациент К., 27 лет.
Трещина нижней губы.



Рис. 6. Пациент Б., 35 лет.
Хронический рецидивирующий
афтозный стоматит.

Таким пациентам, помимо антисептических, противовоспалительных аппликаций (раствор фурацилина, 1%-ный раствор диоксидина с димексидом) в качестве кератопластических средств, усиливающих регенерацию поврежденного эпителия, назначались мази «Солкосерил», «Метилурациловая», «Мефенат», «Пантестин» и т.д.

Далее приводим фото слизистой оболочки полости рта пациентов, у которых были обнаружены участки ороговения различной формы. Был поставлен диагноз лейкоплакия (простая или плоская форма) (рис 7-11.).



Рис. 7. Пациент М., 25 лет.
Лейкоплакия. Участок
ороговения на десне в виде
тонкой пленки белого цвета.



Рис. 8. Пациент Б., 42 года.
Лейкоплакия. Участок
ороговения на слизистой щеки
слева в виде белых полосок.



Рис. 9. Пациент П., 65 лет.
Лейкоплакия. Участок
ороговения на слизистой щеки
справа. На языке участок
ороговения в виде бляшки белого
цвета.



а



б



в

Рис. 10 а, б, в. Пациент 22 года. Лейкоплакия. Возвышающийся участок ороговения белого цвета под языком.



а



б



в

Рис. 11 а, б, в. Пациент М., 54 года. Лейкоплакия. Участок ороговения (бляшка) на боковой поверхности языка справа

До настоящего времени остается много нерешенных вопросов, касающихся патогенеза, диагностики и лечения различных форм лейкоплакии. Поэтому, главным для наших пациентов было определение (по возможности) и устранение причины возникновения заболевания, применение эпителизирующих средств и наблюдение.

Хочется рассказать об интересном случае с положительным результатом лечения красного плоского лишая и лейкоплакии у пациента А. 28 лет. Впервые он обратился в сентябре 2018 года с жалобами на боль, сухость в полости рта, дискомфорт при приеме пищи. При осмотре были обнаружены небольшие узелочки (папулы) белого цвета на гиперемированной, отечной слизистой щек, а также участки ороговения, (бляшки белого цвета). Был поставлен диагноз – красный плоский лишай (экссудативно-гиперемическая форма) и лейкоплакия (плоская форма).

Современные исследования связывают причины возникновения КПЛ с нарушением нервной

системы (стрессы, различные расстройства нервной системы), а также с нарушением других систем организма (желудочно-кишечный тракт и т.д.). Поэтому лечение КПЛ должно быть комплексным, включая местное общее воздействие и тщательное обследование, что мы и порекомендовали нашему пациенту. Местно применяли аппликации 1 %-ным раствором диоксида с димексидом в соотношении 3:1, теплые масляные аппликации кератопластиками. Внутрь назначали «Аевит», витамины группы В, успокаивающие средства (таблетки «Корвалтаб»). Кроме этого пациент, по нашей рекомендации, консультировался и лечился у гастроэнтеролога, самостоятельно отказался от вредной привычки (курение), которая чаще всего является причиной лейкоплакии. К нам он обращался еще два раза в 2018 году, а затем несколько раз (январь, март, май и сентябрь) в 2019. В конце 2019 года у пациента уже исчезли участки гиперкератоза, остались только папулы белого цвета на слизистой щек. Это свидетельствовало о переходе экссудативно-гиперемической формы КПЛ в типичную (рис. 12).



Рис. 12. Типичная форма КПЛ.

Последнее посещение и осмотр полости рта были в январе 2021 года. Из субъективных жалоб остались только жалобы на незначительную сухость в полости рта. Объективно: на слизистой щек - побледневшие папулы. Из рекомендаций мы оставили только лизоцим для улучшения саливации, кератопластические средства и наблюдение. Папулы на слизистой могут исчезать совсем, либо вновь появляться при неблагоприятных

условиях (стресс, общие соматические заболевания и т.д.).

Еще об одном случае тяжелой формы красного плоского лишая, при котором не удалось добиться положительного результата (значительного улучшения). Пациентка Г. 74-х лет обратилась к нам в 2020 году к экссудативно-гиперемической формой КПЛ. Затем эта форма перешла в эрозивную. Эрозии на слизистой щек и красной кайме нижней губы покрывались пленкой. Вокруг эрозий были видны папулы белого цвета, вытянутые в одну линию (рис. 13 а, б).



Рис. 13 а. Пациентка Г., 74 года. Красный плоский лишай. Эрозивная форма.



Рис. 13 б. Пациентка Г., 74 года. Красный плоский лишай. Эрозивная форма.



Рис. 13 в. Пациентка Г., 74 года. Красный плоский лишай. Эрозивная форма. Эрозия эпителизовалась.

Местное лечение включало назначение различных антисептических (хлоргексидин), противовоспалительных средств (2,5 %-ный р-р гидрокортизона в сочетании с 1%-ным раствором диоксида и 30%-ным димексидом, аппликации растворами настоев трав и т.д.).

После аппликаций применялись различные эпителизирующие средства (мазь и гель солкосерила, мази «Фторокорт», «Метилуроциловая», «Пантестин»). Уже в феврале 2021 года эрозии полностью эпителизировались после незначительной коррекции в терапии (дополнительно назначенные аппликации трипсина для снятия пленок с эрозий) (рис. 13 в).

Пациентке было рекомендовано рациональное протезирование. Некоторое время она пользовалась протезами (на верхней челюсти – полный съемный, на нижней – частичный съемный), но затем отказалась из-за вновь появившихся эрозий, резкой болезненности, кровоточивости, особенно эрозии на красной кайме губы.

На слизистой щек эрозии периодически эпителизировались, а вот на губе добиться эпителизации не удавалось. Пациентке была необходима консультация и лечение у невропатолога и психиатра, но она категорически отказывалась от этого. Из анамнеза было выяснено, что пациентка находится на диспансерном наблюдении у гинеколога по причине предраковых изменений слизистой гениталий. Мы продолжали консервативное лечение эрозий, но у нас вызывало опасение длительно незаживающая эрозия красной каймы нижней губы, что могло

свидетельствовать о начале развития хейлита Мангоутти, который является предраковым заболеванием, требует длительного наблюдения и, при появлении признаков малигнизации, – хирургического вмешательства. На данном этапе лечения таких признаков (уплотнение краев эрозии, появление ороговения вокруг эрозии) не наблюдалось, что было подтверждено цитологическими исследованиями.

Таким образом, к пациентам с заболеваниями слизистой оболочки полости рта необходим обоснованный подход, включающий тщательный сбор анамнеза, при необходимости дополнительное обследование у профильных специалистов, применение по показаниям лекарственных средств и наблюдение.

Список литературы

1. Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Несин О.Ф., та ін. Терапевтична стоматологія у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота (підручник). – 2-е видання, 2021.
2. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – Київ, 1998. – С. 79 – 84.
3. Боровський Є.В., Данилевський М.Ф. Атлас захворювань слизової оболонки порожнини рота. – М., 1991.
4. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Медицина. – М., 1984.