

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
ФГБОУ ВО ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНЗДРАВА РОССИИ
КАФЕДРА КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

**ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И
КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ**

учебное пособие

Андижан - Махачкала, 2023

УДК 616.311+317:616.5(075.8)
ББК 56.6 Г-13

Авторы:

Гаджимурадов Марат Нурмагомедович - доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России (e-mail: gabenu@mail.ru)

Хамидов Фаррухбек Шаввазович – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры кожных и венерических болезней АГМИ МЗ РУзб. (e-mail: farruh-bek-chamidov@mail.ru)

Рецензенты:

Торшина Ирина Евгеньевна - доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней с курсом медицинской косметологии ФГБОУ ВО СГМУ МЗ РФ.

Зиганшин Олег Рансович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ.

Пакирдинов Адхам Бегишович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии АГМИ РУз.

Учебное пособие «Заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ в дерматовенерологии» предназначено для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования – программе специалитета по специальности 31.05.03 - стоматология, в рамках дисциплины дерматовенерология. Материал адаптирован к освоению студентами, обучающимся по межвузовскому договору по программам двойного диплома.

В пособии освещены клиника, подходы к диагностике и лечению наиболее распространенных дерматозов и сифилиса на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ. Материалы учебного пособия ориентированы на воспитание у населения осознанной необходимости в сохранении здоровья своего и подрастающего поколения. Работа направлена на приобретение студентами - стоматологами компетенции по идентификации и лечению дерматозов и сифилиса, локализованных в полости рта и на красной кайме губ. Учебное пособие содержит тестовые задания и ситуационные задачи для самоконтроля.

Решением Центрального координационного методического совета ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ от 20. 10. 2020 г., протокол № 9/2020 рекомендовано в качестве учебного пособия для студентов стоматологического факультета по дисциплине дерматовенерология.

Приказом № 280-III ректора АГМИ от «1» мая 2023 г. рекомендовано в качестве учебного пособия для студентов стоматологического факультета по дисциплине дерматовенерология.

Сокращения, использованные в тексте.

ВПГ - вирус простого герпеса
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
УФО - ультрафиолетовое облучение
ЦНС – центральная нервная система

Цель работы:

в результате изучения учебного пособия студент должен:

знать механизмы возникновения, патогномичные симптомы и клинику кожных и венерических заболеваний, подходы к их лечению и профилактике;

уметь проводить диагностические симптомы при дерматозах и сифилисе, анализировать лабораторные исследования;

владеть методами комплексного лечения дерматозов, включающего наружную и системную терапию.

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2023 yil "1" maydagi
"280-Sh"—sonli buyrug'iga asosan

M.H.Гаджимурадов, Ф.Ш.Хамидов

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Стоматология - 5510400

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***Заболевания слизистой оболочки полости рта и
красной каймы губ в дерматовенерологии nomli
o'quv qo'llanmasi***

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Rektor

(imzo)

M.M. Madazimov

Ro'yxatga olish
raqami:

100144



Глава 1. Слизистая оболочки полости рта и красной каймы губ

§ 1. Строение слизистой оболочки и красной каймы

Слизистая оболочка рта, как и кожа, состоит из трех отделов – эпителия, собственного слоя слизистой оболочки (*lamina propria mucosae*) и подслизистой основы.

Слизистую оболочку полости рта покрывает многослойный эпителий, но в отличие от эпителия кожи он имеет только два слоя – базальный и шиповатый. Клетки базального слоя (*str. germinativum*) имеют цилиндрическую форму, расположены на базальной мембране палисадообразно. Возникающие при митозе клетки направляются вверх. В них накапливается гликоген.

Митотическая активность клеток слизистой оболочки полости рта высокая, поэтому время ее обновления составляет от 6 до 7 дней.

Эпителий соединяется с собственным слоем слизистой оболочки посредством базальной мембраны, состоящей из густой сети аргирофильных волокон, тесно связанных с отростками цитоплазмы клеток базального слоя эпителия. Собственный слой слизистой оболочки является основой, к которой примыкает эпителий. Он состоит из плотной соединительной ткани и образует многочисленные выступы (сосочки), внедряющиеся в эпителий. Величина соединительнотканых сосочков варьирует: в них проходят сосуды, питающие эпителий и нервы. Выросты эпителия, заполняющие пространство между соединительноткаными сосочками, называются эпителиальными сосочками. Последние увеличивают площадь соприкосновения между эпителием и соединительнотканной основой, что способствует обмену веществ между ними и более плотному соединению. Высота соединительнотканых выступов пропорциональна толщине эпителия. Наиболее высокие выступы наблюдаются в области губ, щек, на спинке и кончике языка. Наиболее плотно пучки коллагеновых волокон расположены в слизистой оболочке десны и твердого неба как участки, наиболее подверженные механическому воздействию.

Собственный слой слизистой оболочки без резкой границы переходит в подслизистый слой. Подслизистый слой состоит из рыхлой соединительной ткани; наряду с пучками коллагеновых волокон здесь имеется и жировая ткань. Этого слоя нет в слизистой оболочке языка, десен, твердого неба. Межзубные сосочки десны образованы рыхлой соединительной тканью. В ней проходят капилляры и нахо-

дится много чувствительных нервных окончаний. Собственный слой слизистой оболочки десен и твердого неба неподвижно соединен с надкостницей челюстей. Вокруг каждого зуба имеется зубодесневой карман – щелевидное пространство между шейкой зуба и свободным краем десны. Участок десны, образующий зубодесневой карман, покрыт многослойным плоским эпителием, который переходит на поверхность шейки зуба, образуя так называемое эпителиальное прикрытие; эпителий здесь не ороговевает.

При нарушении целостности эпителиального покрова зубодесневого кармана нарушается периостальный барьер зуба; зубодесневой карман в этих случаях становится участком, где начинает развиваться патологический процесс (гингивит, пародонтоз).

Слизистая оболочка дна полости рта, переходных складок, губ и щек имеет хорошо развитый подслизистый слой и рыхло спаяна с подлежащими тканями, что обеспечивает свободное движение языка, губ, щек.

Щеки. В эпителии щек роговой слой отсутствует. По линии смыкания зубов иногда обнаруживаются выводные протоки слюнных желез. В этих участках эпителиальный слой иногда проявляет тенденцию к ороговению. Собственно, слизистая оболочка щек представлена плотной соединительной тканью, которая содержит большое количество эластических волокон. Соединительнотканые сосочки собственно слизистой оболочки умеренно выражены. В подслизистом слое располагаются мелкие слюнные и слюнные железы и скопления жировых клеток.

Десна. Эпителий десны имеет неравномерную толщину. Эпителиальный слой, покрывающий альвеолярный отросток, более толстый и склонен к ороговению. Соединительнотканые сосочки собственно слизистой оболочки хорошо развиты и глубоко внедряются в эпителиальный слой. Подслизистый слой в десне отсутствует. Эпителий, образующий стенку зубодесневого кармана, лишен ороговевшего слоя и представлен более тонким слоем шиповидных клеток, соединительнотканые выступы не выражены, железы в собственно слизистой оболочке отсутствуют.

Дно полости рта, переходные складки щек и губ. Эпителиальный слой в этих участках слизистой оболочки умеренной толщины, и не проявляет тенденции к ороговению. Собственно, слизистая оболочка представлена волокнистыми структурами и клеточными элементами соединительного происхождения. Хорошо выражен под-

слизистый слой. Слизистая оболочка легко собирается в складки. В переходной складке слизистой щек и дна полости рта располагаются выводные протоки крупных желез. В толще щек заложено значительное количество мелких слюнных желез.

Мягкое небо. Мышечное образование, основу которого составляют поперечнополосатые волокна. Мягкое небо покрыто различной по строению слизистой оболочкой. Оральный, или передний, отдел его выстлан многослойным плоским неороговевающим эпителием; задний отдел, обращенный к носоглотке, у новорожденных покрыт многоядным мерцательным эпителием. Со временем он трансформируется в многослойный плоский эпителий. В собственно слизистой оболочке определяется большое количество эластических волокон. В подслизистом слое располагаются многочисленные железы.

Твердое небо. Многослойный плоский эпителий, покрывающий слизистую оболочку твердого неба, проявляет тенденцию к ороговению. Зона, прилегающая к зубам, и область небного шва лишены подслизистого слоя. В переднем отделе в этом слое располагается жировая ткань; в задних отделах отмечается значительное скопление слизистых желез. Слизистая оболочка твердого неба своими волокнистыми структурами плотно связана с костной тканью.

Соединительная часть слизистой оболочки рта состоит из собственного слоя и подслизистой основы. Базальные клетки эпителия граничат с *lamina propria mucosae*, которая содержит эластические, коллагеновые преколлагеновые волокна, составляющие основу собственного слоя слизистой оболочки и подслизистой. В соединительнотканном слое слизистой оболочки рта сосредоточены кровеносные и лимфатические сосуды, нервные окончания и многочисленные мелкие слюнные железы, секрет которых поддерживает поверхность слизистой оболочки во влажном состоянии и обеспечивает их участие в переваривании пищевого субстрата в полости рта.

Эпителиальные клетки твердого неба, языка, частично десен подвергаются ороговению у здоровых людей, что не свойственно остальным участкам слизистой оболочки рта.

В подслизистой основе, образованной петливой сетью коллагеновых и эластических волокон, располагаются глубокая сосудистая сеть, клеточные элементы (лимфоциты, плазматические клетки, образующие иммуноглобулины), множественные клубочки глубоко залегающих мелких слюнных желез. Подслизистый слой хорошо выражен в тех участках, где слизистая оболочка неплотно прикреплена

к подлежащим тканям, например, в области дна полости рта. Вместе с тем подслизистая основа полностью отсутствует на деснах и в области твердого неба.

Губы состоят из мощного слоя круговых мышц, покрытых снаружи кожи, плотно соединенной с мышечным слоем. В губе различают три части: кожную, промежуточную, или красную кайму, и слизистую. Красная кайма имеет переходное строение от кожи к слизистой оболочке, сальные железы в ней сохраняются только в углах рта. На красной кайме губ не происходит полного ороговения, поверхностный слой эпителия пропитан элаидином, что придает ему прозрачность и блеск. Типичный роговой слой, а также блестящий и зернистый на красной кайме губы отсутствуют.

На красной кайме губ различают наружную и внутреннюю зоны. Эпителий наружной зоны сохраняет видоизмененный роговой слой, а внутренняя зона, переходящая в слизистую оболочку губы (зона Клейна), имеет ядра в наружном слое эпителия и очень удлиненные дермальные сосочки. Нервный рецепторный аппарат слизистой оболочки рта, губ, десен и языка обеспечивается тройничным, лицевым, языкоглоточным и подъязычным нервами.

Слизистая оболочка языка отличается по своему строению от описанных выше участков полости рта. На языке слизистая оболочка плотно сращена с межмышечной соединительной тканью, подслизистый слой отсутствует. Спинка языка покрыта неравномерно ороговевшим многослойным плоским эпителием; слизистая оболочка здесь утолщенная и шероховатая. Собственный слой слизистой оболочки образует высокие выступы, покрытые эпителием. Эти выступы образуют сосочки языка. Слизистая оболочка нижней поверхности языка очень тонкая; через нее просвечивают язычные вены, сосочки на ней отсутствуют. При переходе слизистой оболочки дна полости рта на нижнюю поверхность языка образуется вертикальная складка – уздечка языка. В участке прикрепления уздечки к языку находится небольшое возвышение, на котором открываются протоки подчелюстной и подъязычной слюнных желез. По бокам от уздечки и спереди от выводных протоков имеется бахромчатая полоска. На спинке языка располагаются 4 вида сосочков: нитевидные, грибовидные, желобоватые, листовидные. Нитевидные сосочки наиболее многочисленные и имеют вид конусообразных возвышений. Они плотно прилегают друг к другу, и поэтому поверхность языка имеет бархатистый вид. Нитевидные сосочки играют роль органов осяза-

ния и выполняют механическую функцию. Эпителий, покрывающий нитевидные сосочки, ороговеет. Слущивание поверхностного слоя эпителия нитевидных сосочков является выражением физиологического процесса регенерации. При нарушении функции органов пищеварения, при общих воспалительных, особенно инфекционных, заболеваниях отторжение поверхностного слоя эпителия нитевидных сосочков замедляется, язык становится «обложенным». Грибовидных сосочков меньше, чем нитевидных. Они покрыты неороговевающим эпителием. Их наибольшее количество находится в области кончика языка. Это – органы вкуса. Желобоватые сосочки также являются органами вкуса, в количестве 8-15 они располагаются на границе между корнем и телом языка, близко друг от друга в виде римской цифры пять. Они не выступают над поверхностью слизистой оболочки. Валик слизистой оболочки, окружающий каждый сосочек, отделяется от него глубокой бороздой, куда открываются мелкие слизистые белковые железы (железы Эбнера). В эпителии сосочка находится вкусовая луковица, содержащая большое количество ацетилхолинэстеразы и кислой фосфатазы, что свидетельствует о значении их в проведении вкусовых раздражений. Листовидные сосочки в виде 3-8 параллельных складок 2-5 мм длиной располагаются в основании боковой поверхности языка. В эпителии сосочков также содержатся вкусовые луковицы. В области корня языка позади слепого отверстия располагается язычная миндалина, образующая вместе с небными и глоточными миндалинами лимфоидное глоточное кольцо. В области кончика языка имеются смешанные слизистые железы, которые несколькими выводными протоками открываются на нижней поверхности языка. Кровеносная и лимфатическая системы обильно представлены капиллярами, венами и лимфатической сетью на всем протяжении слизистых оболочек рта, языка, красной каймы губ. Лимфатическая сеть особенно густо расположена в миндалинах и корне языка, где образуются лимфоэпителиальные возвышения высотой до 5 мм, называемые криптами. Из лимфоидной ткани на поверхность слизистой оболочки могут выходить лимфоциты, входящие в состав слюны.

Слюнные железы. В полости рта имеется множество слюнных желез, которые подразделяют на большие и малые. К большим слюнным железам относятся околоушные, поднижнечелюстные и подъязычные, расположенные вне полости рта и имеющие длинные

выводные протоки. Малые слюнные железы гетерогенные, подразделяются на губные, щечные, небные и язычные.

Во всех участках слизистой оболочки, где имеется подслизистый слой, находятся малые слюнные железы в виде скопления железистых клеток. Наибольшее количество малых слюнных желез располагается в подслизистом слое губ и мягкого неба. Они представлены паренхимой, состоящей из долек, разделенных соединительной тканью, и выводными протоками. Протоки желез имеют неравномерную ширину. Форма и величина концевых отделов выводных протоков различны, изредка наблюдается их ретенция с образованием кистозных полостей.

§ 2. Возрастные особенности биоценоза и физиологии слизистой оболочки полости рта

Постоянство микрофлоры полости рта определяется антагонистическим действием одних микробов на другие, бактерицидными свойствами секрета слюны. Микрофлора различных участков полости рта разнообразна и изменяется с возрастом. Характерной флорой для гладких поверхностей слизистой оболочки полости рта (небо, щеки, десны) являются стрептококки; вибрионы и фузоспирохетный комплекс связаны с наличием зубов. Аэробные и анаэробные микроорганизмы представляют видовой состав микрофлоры полости рта. В 1 мл слюны концентрация аэробных и факультативных бактерий составляет 10^7 , а анаэробных – 10^8 . Наиболее типичными из многочисленной группы кокков являются «слюнные» стрептококки (*Streptococcus salivarius*), а также вибрионы, спирохеты, грибы, простейшие и прочая микрофлора. В поддержании постоянства микрофлоры полости рта большую роль играют стрептококки. С кислотообразующими свойствами стрептококков и лактобактерий связано их антагонистическое воздействие на многих представителей толстого кишечника. При подавлении стрептококков (антибиотиками) возникают дисбактериоз, нарушение баланса между постоянными обитателями микрофлоры полости рта и нарастание случайной флоры. Таким образом, бактериальный антагонизм является существенным фактором антибактериальной защиты слизистой оболочки полости рта. Слюна играет защитную роль по отношению и слизистой

оболочке полости рта, которая постоянно омывается так называемой ротовой жидкостью, и усиливает ее барьерную роль. В состав ротовой жидкости (или смешанной слюны) входит секрет больших слюнных желез и секрет всех малых слюнных и слизистых желез, имеющих в слизистой оболочке языка и других участках полости рта. В смешанной слюне находятся слущенные клетки эпителия, микроорганизмы, нейтрофильные лейкоциты, иногда лимфоциты. В слюне содержится около 98-99% воды, минеральные анионы хлоридов, фосфатов, бикарбонатов, йодидов, бромидов, фторидов, сульфатов. Концентрация неорганического йода, кальция, калия, стронция во много раз выше, чем в крови. В слюне имеются катионы натрия, калия, кальция, магния и микроэлементы (железо, медь, марганец, никель, литий и др.). Органические вещества представлены главным образом белками (альбумины, глобулины, ферменты). Слюна содержит различные витамины. В зависимости от состава употребляемой пищи, воздействия внешней среды и состояния организма изменяется и состав среды полости рта. В норме реакция среды слабощелочная, зависит в основном от состава слюны, но при патологических состояниях она может изменяться. В слюне обнаружено свыше 50 ферментов, относящихся к гидролазам. Практическое значение имеет определение активности различных гидролаз, действующих на мукополисахариды, нуклеиновые кислоты, белки. Среди них вызывает интерес лизоцим слюны, обладающий значительным бактерицидным действием.

Чувствительность слизистой оболочки полости рта отличается от чувствительности других слизистых оболочек и кожи. В слизистой оболочке полости рта заложены рецепторы, обеспечивающие вкусовую, болевую, холодовую, тепловую, тактильную, мышечную чувствительность. Вкусовые рецепторы заложены в основном в сосочках языка. Тактильная чувствительность наиболее выражена в красной кайме губ и особенно в кончике языка. Болевая чувствительность выражена мало, несколько лучше развита она на небных дужках, мягком небе, в преддверии полости рта. Температурная рецепция неодинакова на разных участках, например, на дне полости рта и на деснах она совсем отсутствует. Порог температурной чувствительности значительно ниже, чем в коже, причем холодовая чувствительность лучше развита, чем тепловая. Эти отличия необходимо иметь в виду при оценке того или иного патологического состояния. В зависимости от того, какие участки слизистой оболочки раздражаются, возникают и

соответствующие рефлекторные изменения, например, характерные реакции сосудов. Так, при раздражении вкусовых рецепторов сладкими веществами отмечается расширение сосудов конечностей, горькие вещества вызывают их сужение. Раздражение рецепторов полости рта оказывает влияние на газообмен и работоспособность мышц. Уровень обмена веществ и процессы теплоотдачи слизистой оболочки полости рта связаны с топографическими особенностями тканевых структур. Установлено, что для каждого участка слизистой оболочки характерен определенный температурный показатель: например, средняя температура кожи нижней губы $33,1^{\circ}\text{C}$, а верхней – $31,9^{\circ}\text{C}$, а в зоне границы кожи и красной каймы губ температура снижается. Температура слизистой оболочки повышается по мере углубления в полость рта (верхняя челюсть – $35,9^{\circ}\text{C}$, нижняя челюсть – 36°C). На твердом небе температура увеличивается в дистальных отделах и при удалении от средней линии неба.

Регенерация эпителия слизистой оболочки полости рта отражает ее физиологические особенности. В течение суток слущивается большое количество клеток плоского эпителия. Регенерация клеток эпителия происходит в результате митозов клеток базального и шиповидного слоев. Скорость обновления эпителия определяется по величине митотического индекса (количество митозов на каждую тысячу эпителиальных клеток), который колеблется в зависимости от времени суток, возраста и др. Темпы обновления эпителия слизистой оболочки превышают скорость размножения эпидермиса. В возрасте 25-34 лет митотический индекс равен 0,98, а в 50-78 лет – 1,56, что связано с возрастным ослаблением механизмов, контролирующих процессы клеточной пролиферации.

Частое травмирование слизистой оболочки, воздействие горячей и раздражающей пищи, курение и другие патологические факторы постоянно создают очаги повышенного раздражения и предрасполагают к возникновению патологических процессов. Устранение этих очагов достигается реактивным повышением процессов регенерации, а также бактерицидной способностью слюны. Известно, что раны в полости рта заживают значительно быстрее, чем раны кожи. Повышенная регенерация слизистой оболочки происходит вследствие раннего появления в ней гликогена, повышенного содержания РНК, а также накопления кислых мукополисахаридов и др. Быстрое дифференцирование клеток и более высокая митотическая актив-

ность эпителия слизистой оболочки рта выработались в процессе филогенеза и являются приспособительными реакциями.

Быстрое заживление слизистой оболочки полости рта по сравнению с кожей объясняется наличием в слизистой оболочке малодифференцированных клеточных элементов.

Фибробласты, выделенные из слизистой оболочки, имеют вид, характерный для молодых клеток. Это свидетельствует о меньшей степени их дифференцировки по сравнению с фибробластами кожи. Быстрое заживление слизистой оболочки полости рта при повреждении связывают с ее гистогенным иммунитетом, антибактериальными свойствами слюны, создающими иммунологическую защиту. Важное значение имеют факторы свертывания крови и фибринолитические ферменты. Они играют ведущую роль и в репаративных процессах. При повреждении тканей полости рта в слюне активируются две противоположные системы: одна стимулирует быстрое образование фибрина (фибрин служит основой для образования репаративной ткани), а другая (фибринолиз) – способствует очищению слизистой оболочки от фибриновых налетов, разрушенных клеточных структур и продуктов их распада.

Тургор и физическая прочность слизистой оболочки полости рта определяются способностью выдерживать давление, сжатие, растяжение. Гидрофильность слизистой оболочки, ее физическая напряженность, эластичность, сопротивление и ретракционная способность определяют ее тургор. Тургор слизистой оболочки полости рта не изменяется и не зависит от толщины подслизистой ткани, но подвергается возрастным изменениям.

Способность слизистой оболочки к растяжению зависит от состояния эластических и коллагеновых волокон, гидратации тканей и развития жировой клетчатки в подслизистом слое. Напряжение слизистой оболочки прямо пропорционально ее тургору. Физическая прочность ее (коэффициент эластичности, возможность растяжения) у новорожденных детей меньше в сравнении с людьми молодого и зрелого возраста.

Буферная способность слизистой оболочки полости рта заключается в способности нейтрализовать воздействия кислот и щелочей и быстро восстанавливать pH среды полости рта. Буферная способность зависит от наличия и толщины рогового слоя и секрета слюнных желез. Она изменяется при патологических процессах в полости рта.

Вместе с тем слизистая оболочка полости рта обладает всасывающей способностью, однако эта способность различна в разных ее участках и для разных проникающих веществ. Необходимо учитывать, что нормальная слизистая оболочка всасывает лекарственные вещества быстрее, чем патологически измененная.

Таким образом, барьерную функцию слизистой оболочки полости рта обуславливают различные факторы – как анатомические, так и функциональные. К ним относятся: неравномерность ороговения, митотическая активность клеток эпителия и повышенная способность к регенерации, активность обменных процессов, накопление гликогена, наличие большого количества клеточных элементов в собственном слое слизистой оболочки и миграция лейкоцитов в полость рта, бактерицидное действие компонентов слюны, симбиоз и антагонизм микробной флоры, избирательная всасывающая способность и физическая прочность слизистой оболочки и др. Указанные особенности слизистой оболочки полости рта подвержены закономерным возрастным изменениям.

У детей в возрасте от 10 дней до 1 года эпителий слизистой оболочки имеет небольшую толщину и состоит преимущественно из клеток шиповидного слоя. Поверхностные клетки эпителия образуют слой плоских клеток, содержащих ядра, признаков ороговения не обнаруживается. Базальный слой представлен 3-4 рядами кубических клеток, в которых отмечается обилие митозов; базальная мембрана выражена четко. Строение эпителия десны и твердого неба отличается сходством с паракератозом. Слизистая оболочка языка покрыта многослойным плоским эпителием; нитевидные сосочки выражены незначительно и покрыты неороговевающим эпителием; уплощенные клетки шиповидного слоя обнаруживают признаки паракератоза.

Собственный слой слизистой оболочки состоит из рыхлой соединительной ткани, богатой кровеносными сосудами и клеточными элементами. Она малодифференцирована, богата основным веществом, содержащим тонкие коллагеновые и эластические волокна. Из клеточных форм преобладают фибробласты, тучные и плазматические клетки. Соединительнотканые сосочки выражены слабо, а эпителиальные сглажены и широкие. В раннем детском возрасте в клетках эпителия содержится большое количество РНК и гликогена, по мере удаления базального слоя количество РНК уменьшается. Гликоген выявляется больше в слое плоских клеток и в шиповидном слое слизистой оболочки щеки; он обнаруживается и в слое плоских

клеток слизистой оболочки твердого неба и десны. В базальном слое гликоген не обнаруживается. Накопление гликогена происходит одновременно с уменьшением содержания РНК в цитоплазме. В возрасте 1-3 лет четко обозначаются морфологические особенности. В специализированном и покровном типе слизистой оболочки обнаруживаются участки истончения эпителия, невысокий уровень содержания гликогена и РНК; базальная мембрана тонкая и недостаточно дифференцированная, поэтому обладает повышенной проницаемостью. Низкую дифференцировку имеет и соединительная ткань слизистой оболочки. Клеточные элементы располагаются преимущественно периваскулярно, количество их небольшое. Тучные клетки представлены молодыми незрелыми формами, регуляция сосудистой проницаемости еще несовершенная. Указанные факторы обуславливают частоту острого герпетического стоматита в этом возрасте.

В возрасте 4-12 лет отмечается увеличение толщины эпителия, уплотнение базальной мембраны и волокнистых структур соединительной ткани. Несколько уменьшается содержание гликогена в эпителии и возрастает его пиронинофилия. Появляются гистиоцитарно-лимфоидные скопления, уменьшается число тучных клеток, что может свидетельствовать о снижении проницаемости сосудов. В то же время нарастает активность тучных клеток, что обуславливает накопление цитоплазматического высокосульфатированного гепарина, действующего как неспецифический фактор защиты.

Толщина эпителия слизистой оболочки губы, щеки и языка увеличивается за счет количества рядов шиповидных клеток к периоду полового созревания и не изменяется до возраста 60 лет. В последующие годы жизни отмечается истончение эпителия всей слизистой оболочки. Признаками дезорганизации эпителия в 60-летнем возрасте является появление эпителиальных «жемчужин», нарушение целостности базальной мембраны, врастание эпителия в виде тяжей в соединительную ткань слизистой оболочки. Форма эпителиальных клеток в 60-летнем возрасте низкопризматическая, ядра нередко пикнотичны, количество ДНК уменьшено. В шиповидной зоне эпителия появляется большое количество клеток, имеющих светлую цитоплазму (за исключением эпителия нижней поверхности языка).

Процессы ороговения, связанные с появлением в клетках эпителия зерен кератогиалина, начинают выявляться в детском возрасте и достигают максимума в период полового созревания. Нормальное

ороговение наблюдается до 50 лет, в последующем количество зерен кератогиалина в эпителии уменьшается.

С возрастом увеличивается толщина коллагеновых и эластических волокон, удлиняются соединительнотканые сосочки, заметно снижается количество клеточных элементов. После 40 лет соединительная ткань слизистой оболочки полости рта становится более рыхлой за счет разрыхления пучков коллагеновых волокон и накопления основного вещества, отмечается уменьшение эластических волокон, обнаруживается увеличение количества жировых клеток в подслизистом слое. У людей старше 60 лет уменьшается число клеточных форм, разрыхление соединительнотканых волокон увеличивается все больше, соединительнотканые сосочки уплощаются.

Малые слюнные железы слизистой оболочки полости рта также претерпевают возрастные изменения. После рождения человека типичные концевые отделы слизистых желез встречаются в слизистой оболочке верхней губы и верхнечелюстной области щек. В слизистой оболочке нижней губы и нижнечелюстной области щек преобладают концевые отделы белковых и смешанных желез. В последующем отмечается перестройка концевых отделов слизистых желез в белковые, вызванная изменением пищевого рациона. Процесс перестройки продолжается и после полового созревания и наиболее выражен у людей старше 25 лет. В период полового созревания секреторные процессы желез слизистой оболочки полости рта протекают особенно интенсивно, что обусловлено гормональной перестройкой организма. Возрастная инволюция желез слизистой оболочки начинается после 60-70 лет. В пожилом возрасте часть белковых желез перестает выделять белковый секрет и начинает выделять секрет, богатый кислыми и нейтральными мукополисахаридами. Некоторые клетки желез атрофируются, увеличивается прослойка соединительной ткани, в большом количестве появляются жировые клетки. Атрофические изменения отмечаются и в клетках эпителия, выстилающего выводные протоки этих желез, что может сопровождаться нарушением секреторной функции малых слюнных желез; возникает сухость слизистой оболочки, что снижает буферные и другие защитные свойства слизистой оболочки.

Вопросы для самоконтроля к главе 1

1. В чем различия строения слизистой оболочки и красной каймы губ от кожи?
2. Расскажите об особенностях щек.
3. Какое строение имеет десна?
4. Как построено мягкое и твердое небо?
5. Какое железу расположено в ротовой полости?
6. Расскажите об возрастных особенностях биоценоза слизистой оболочки полости рта.
7. Расскажите о физиологии слизистой оболочки рта.
8. Расскажите о процессе ороговения в слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ.

Темы для рефератов и докладов к главе 1

1. Анатомия и гистология слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
2. Биоценоз слизистой оболочки полости рта.
3. Физиология слизистой оболочки полости рта.
4. Особенности биоценоза и физиологии красной каймы губ.

Тестовые задания к главе 1

1. Какой слой не наблюдается в слизистой оболочке полости рта?
 - 1) Эпителий
 - 2) Собственный слой слизистой оболочки
 - 3) Подслизистая основа
 - 4) Дерма
2. За какое время обновляются клетки слизистой оболочки полости рта?
 - 1) 1-2 дня
 - 2) 3-4 дня
 - 3) 8-9 дней
 - 4) 6-7 дней
3. Какое основание имеет мягкое небо?
 - 1) Мышечное, поперечно полосатое
 - 2) Мышечное, гладкое
 - 3) Хрящевое
 - 4) Неизвестно

4. Клеточным элементам подслизистой основы не относятся:

- 1) Лимфоциты
- 2) Плазматические клетки
- 3) Лейкоциты
- 4) Все приведенные клетки

5. Какая зона не встречается на красной кайме губ?

- 1) Наружная
- 2) Внутренняя
- 3) Кейна
- 4) Срединная

6. Эпителиальные «жемчужины» появляются:

- 1) 60 лет
- 2) 40 лет
- 3) 20 лет
- 4) 10 лет

7. Процессы ороговения, связанные с появлением в клетках эпителия зерен кератогиалина начинаются в возрасте:

- 1) Детском
- 2) Юношеском
- 3) В период полового созревания
- 4) Старческом

8. Нормальное ороговение в слизистой оболочке наблюдается до ___ лет:

- 1) 40
- 2) 50
- 3) 60
- 4) 70

9. Укажите первичный без полостной элемент не возвышающийся над окружающей кожей или слизистой оболочкой:

- 1) Пятно
- 2) Папула
- 3) Бугорок
- 4) Волдырь

10. Который из ниже перечисленных является формой папулы?

- 1) Гладкая
- 2) Полигональная
- 3) Неровная
- 4) Блестящая

11. Что такое язва?

- 1) Глубокий дефект кожи
- 2) Поверхностный дефект кожи
- 3) Линейный дефект
- 4) Дефект кожи, возникающий в результате расчесов

Ситуационные задачи к главе 1

Задача №1. У старика в морфогистологическом исследовании слизистой оболочки обнаружено: эпителиальные «жемчужины», нарушение целостности базальные мембраны, врастание эпителия в виде тяжей в соединительную ткань слизистой оболочки. Эпителиальные клетки низкопризматичные, пикнотичны.

Вопрос.

1. О чем надо думать стоматологу?
2. В каком возрасте наблюдаются эти изменения у человека?

Задача №2. У женщины в морфогистологическом исследовании слизистой оболочки обнаружено: разрыхление пучков коллагеновых волокон, накопление основного вещества, уменьшение эластических волокон, множественное количество жирных клеток в подслизистом слое.

Вопрос. 1. О чем надо думать стоматологу?

2. В каком возрасте наблюдаются эти изменения у человека?

Задача №3. У больного в ротовой полости наблюдается эрозия.

Вопрос. 1. После каких первичных морфологических элементов появляется эрозия?

2. После эрозий какие вторичные элементы могут появиться?

Задача №4. У больной в ротовой полости наблюдается язва.

Вопрос. 1. После каких первичных морфологических элементов появляется язва?

2. Какие вторичные элементы могут появиться после язвы?

Глава 2. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта в широком смысле этого слова обозначаются как стоматиты. В случаях преимущественной локализации воспалительного процесса на данном участке слизистой оболочки используют термины: «гингивит» (поражение слизистой оболочки десны), «глоссит» (поражение слизистой оболочки языка), «палатинит» (воспаление слизистой оболочки неба) и пр. При поражении одновременно разных участков слизистой оболочки полости рта применяется термин «стоматит». В литературе широко используется термин «гингивостоматит», означающий преимущественное поражение слизистой оболочки десны с распространением процесса и на другие участки слизистой оболочки. Для более четкой клинко-морфологической характеристики стоматита применяются термины, дающие представление о морфологическом характере повреждения слизистой оболочки: «катаральный стоматит», «острый афтозный стоматит», «хронический рецидивирующий стоматит», «язвенно-некротический стоматит» и др. Для оттенения этиологического и патогенетического фактора применяется терминология, отражающая клинко-морфологическое проявление заболевания с указанием его специфики: «папулезный или эрозивно-язвенный сифилид слизистой оболочки полости рта» (признаки вторичного рецидивного сифилиса), «кандидоз слизистой оболочки полости рта» (кандидамикотический стоматит), «туберкулезная язва языка» и др.

В основу классификации заболеваний слизистой оболочки полости рта положен этиологический фактор:

1.Травматические поражения (механическая, химическая, физическая) слизистой оболочки (травматическая эрозия, язва, лейкоплакия, актинический хейлит, лучевые, химические повреждения).

2. Инфекционные заболевания (вирусные, бактериальные, венерические, микозы).

3.Состояние сенсibilизации (отек Квинке, аллергический стоматит, хейлит), гингивит, глоссит, многоформная экссудативная эритема, хронический рецидивирующий афтозный стоматит).

4. Медикаментозные поражения и интоксикации.

5. Изменения слизистой оболочки при дерматозах.

6. Аномалии и заболевания языка (складчатый, ромбический, черный, волосатый, географический).
7. Самостоятельные хейлиты.
8. Предраковые заболевания и новообразования.

Глава 3. Предраковые заболевания и новообразования

В зависимости от частоты перехода в рак различают облигатные предраковые заболевания (болезнь Боуэна, бородавчатый, или узелковый, предрак красной каймы губ, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ) и факультативные (лейкоплакия эрозивная и веррукозная, папиллома и папилломатоз неба, кожный рог, хронические язвы слизистой оболочки полости рта, хронические язвы слизистой оболочки полости рта, хронические язвы слизистой оболочки полости рта, хронические трещины губ, пострентгеновский стоматит и др.).

§ 1. Лейкоплакия.

Ороговение слизистой оболочки полости рта при ее хроническом раздражении. Заболевание сопровождается утолщением эпителиального слоя различной степени с изменением цвета и вовлечением в воспалительный процесс собственно слизистой оболочки. Различают следующие формы лейкоплакии: 1) лейкоплакию курильщиков Таппейнера; 2) простую или плоскую; 3) веррукозную; 4) эрозивно-язвенную; 5) мягкую. Клиническая картина лейкоплакии зависит также от локализации участка ороговения.

При лейкоплакии курильщиков Таппейнера определяется ороговение эпителия твердого и мягкого неба, которое чаще бывает изолированным. Однако иногда эта локализация может сочетаться с расположением элементов на слизистой оболочке щек и углов рта. Для этой формы характерны помутнение слизистой оболочки твердого и мягкого неба на всем протяжении участка кератоза и переход в нормальный цвет слизистой оболочки без четких границ. Элементы не выступают над ее уровнем, консистенция их обычная. На этом фоне видны мягкие красноватые бугорки с точечными отверстиями выводных протоков слюнных желез. Морфологически количество слоев ороговевших эпителиальных клеток увеличено, в собственно слизистой оболочке выявляются элементы хронического воспаления.

Простая, или плоская, лейкоплакия встречается наиболее часто. Эта форма обычно не вызывает субъективных ощущений и обнаруживается случайно. При обследовании выявляются очаги ороговения различной формы и величины, не возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки окружающих участков, но с четкими границами поражения. Элементы простой лейкоплакии напоминают участки ожога слизистой оболочки ляписом и имеют разные оттенки: от сероватого до серовато-белого. В ряде случаев очаги плоской формы лейкоплакии напоминают белый налет, который, однако, не снимается даже при интенсивном поскабливании.

Наиболее часто простая лейкоплакия локализуется на слизистой оболочке щек в углах рта, по линии смыкания зубов и на красной кайме нижней губы. Реже ее обнаруживают на языке, дне полости рта и небе. Существует прямая связь между формой, размерами участков ороговения и их локализацией. Так, при гиперкератозе слизистой оболочки в области углов рта в 85% наблюдений отмечается симметричность поражения. Сплошные участки кератоза состоят как бы из отдельных долек. Форма всего очага имеет вид треугольника, основание которого обращено к углу полости рта, а вершина направлена в сторону ретромолярного пространства. При локализации очага лейкоплакии на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов элементы поражения представляют собой вытянутую линию, непрерывность которой нарушается по ходу в отдельных участках. В ретромолярном пространстве полости рта участки ороговения имеют неровные контуры, но, как правило, располагаются ближе к переходным складкам челюстей. На слизистой оболочке языка, твердого неба, дна полости рта преимущественно образуются ограниченные участки поражения, напоминающие иногда широкие полосы или сплошные пятна. Отмечаются и более обширные очаги поражения. На слизистой оболочке губ участки кератоза представлены напоминающими папиросную бумагу ограниченными образованиями или отдельными полосками. Простая лейкоплакия при благоприятных условиях может в течение длительного времени не причинять беспокойства. Она не прогрессирует и может не превращаться в более выраженные формы заболевания.

Веррукозная форма лейкоплакии. Различают бляшечную и бородавчатую ее виды. Многие считают, что указанные варианты являются следующим этапом развития плоской лейкоплакии. Этому способствуют местные раздражители: травма острыми краями зубов и

протезов, прикусывание участков лейкоплакии, курение, употребление горячей и острой пищи, микротоки и др.

Основным признаком, отличающим эту форму лейкоплакии от плоской, является более выраженное ороговение, при котором обнаруживается более значительное возвышение этих участков над уровнем неизмененного эпителия, окружающего элементы поражения. Больные обычно жалуются на чувство шероховатости и стянутости слизистой оболочки, жжение и болезненность во время приема пищи, особенно острой.

Бляшечная форма лейкоплакии характеризуется образованием молочно-белых, иногда соломенно-желтоватых бляшек, равномерно возвышающихся над окружающей слизистой оболочкой и имеющих четкие края. Усиления помутнения пораженного участка и потеря специфического перламутрового блеска свидетельствуют о прогрессирующем кератозе. Последующее изменение цвета элементов лейкоплакии, приобретающих коричневый оттенок, свидетельствует о нарушении характерного течения заболевания и о возможном озлокачествлении. Толщина возвышающихся участков кератоза неодинакова и колеблется от значительного напластования до едва улавливаемого при обычном осмотре. При незначительном возвышении элементов участок поражения пальпаторно почти не определяется. При выраженной толщине лейкопластического очага он становится плотным на ощупь и взять его в складку не представляется возможным.

Бородавчатая форма веррукозной лейкоплакии имеет вид плотных бугристых образований, резко возвышающихся над окружающей слизистой оболочкой, и выступающих в полость рта выпячиваний. Окружающая пораженный участок оболочка шероховата. Излюбленной локализацией бородавчатой формы лейкоплакии являются передние участки щеки, губы, иногда языка, реже твердого неба. Клинически заболевание проявляется в том, что участок кератоза в одном или нескольких местах выступает над уровнем слизистой оболочки, образуя на ней плотное возвышение типа бородавки с широким основанием. Количество подобных образований может быть различным: от 1-2 до 5-6. Располагаются они одиночно на небольшом расстоянии друг от друга или компактно – гнездно. Типичная поверхность бородавки, которая обычно формируется как бы из отдельных долек, покрытых сплошными участками кератоза, протекающего по типу гладкой или возвышающейся формы лейкоплакии. При ощупывании элементы поражения плотны, безболезненны и не спаяны с подлежащи-

ми участками слизистой оболочки. При образовании трещин как в области вершины, так и у оснований бородавок появляются болевые ощущения от термических и химических раздражителей.

Эрозивно-язвенная форма фактически является осложнением простой или веррукозной лейкоплакии. Больные жалуются на болезненность, усиливающуюся под влиянием всех видов раздражителей (разговор, прием пищи и др.). Обычно на фоне очагов простой или веррукозной лейкоплакии возникают одиночные эрозии, реже язвы, которые располагаются отдельно или вблизи друг от друга. Эрозии трудно эпителизируются и часто рецидивируют. Иногда в складках между бляшками возникают трещины, как правило, вызываемые травмирующим фактором. Особенно беспокоят больных эрозии и язвы на ороговевшем участке красной каймы губ. Под воздействием инсоляции и других факторов они увеличиваются в размере, не проявляя тенденции к заживлению. При этом усиливаются болевые ощущения. Эрозивно-язвенная форма дает наибольший процент озлокачиваний, поэтому появление эрозий, язв или трещин считают одним из признаков этого неблагоприятного процесса. Признаки озлокачивания эрозии или язвы – уплотнение их основания, появление рядом с ними разрастаний ткани, быстрое увеличение размеров самого дефекта. Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии характеризуется наличием эрозий, трещин или язв на фоне патогистологической картины, характерной для веррукозной лейкоплакии. Озлокачивание этой формы лейкоплакии происходит в 21,4 % случаев. Признаками озлокачивания служат появление уплотнения у основания бляшки, усиление процесса ее ороговения, увеличение размеров веррукозных элементов и их плотности, появление незаживающих трещин и изменений в цвете – побурение.

Лечение. В комплекс лечебных мероприятий при лейкоплакии следует включать тщательную санацию полости рта, устранение протезов из разнородных металлов, лечение системных заболеваний, прекращение курения. Рекомендуются исключить острую и раздражающую пищу. Различные медикаментозные воздействия на лейкоплакию приносят весьма незначительный эффект, особенно при веррукозной лейкоплакии. Следует остерегаться обработки участков поражения прижигающими медикаментозными средствами. Наиболее эффективными являются хирургическое иссечение лейкоплакии с последующим гистологическим анализом, электрокоагуляция, криотерапия. Весьма важным и необходимым является постоянное

диспансерное наблюдение за больными, страдающими лейкоплакией, с целью ранней диагностики малигнизации.

Мягкая лейкоплакия наблюдается преимущественно в молодом и среднем возрасте, несколько чаще у женщин и обычно протекает без выраженных субъективных ощущений. Обнаруживается обычно во время лечения зубов или при профилактических осмотрах полости рта. Иногда больные жалуются на шероховатость слизистой оболочки, ее шелушение, чувство утолщенной, мешающей ткани. При осмотре элементы поражения представляют собой слегка отечные участки шелушения с мягким, гиперплазированным «налетом» белого или сероватого цвета. Иногда в патологический процесс вовлекаются обширные участки слизистой оболочки щек и губ, поверхность которых становится мозаичной, разрыхленной, пористой, покрыта множеством чешуек. В некоторых случаях подобный процесс характеризуется диффузным помутнением слизистой оболочки щек, губ, а иногда и образованием возвышающихся над ее поверхностью белых опалесцирующих линий на щеках на уровне смыкания зубов. Она становится мутно-белой, пастозной. По клиническому течению различают две формы мягкой лейкоплакии – типичную и атипичную. Основной отличительной особенностью атипичной формы является отсутствие шелушения.

Медикаментозное лечение с применением витаминизированных эмульсий не дает должного результата. В случаях выраженного проявления заболевания показано хирургическое иссечение пораженных участков слизистой оболочки.

§ 2. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти.

Обычно поражение представляется в виде овальной или неправильной формы эрозии, часто с гладкой, как бы полированной поверхностью, имеющей насыщенно красный цвет. У некоторых больных поверхность эрозии бывает, как бы покрыта прозрачным истонченным эпителием. Довольно часто на поверхности эрозии образуются корки. Снятие корок вызывает небольшое кровотечение, в то время как легкая травматизация эрозий, лишенных корок, кровотечения обычно не вызывает. Уплотнения тканей вокруг эрозии и в области ее основания обычно не отмечается. Уплотнение в основании эрозий появляется при начинающейся трансформации процесса в рак. Эрозии чаще располагаются в боковой части губы, реже в центре. В ряде случаев эрозия располагается на слегка гиперемирован-

ном и инфильтрированном основании, при этом воспалительная реакция обычно распространяется на 1 – 1,5 см от границ эрозии. Иногда воспалительный процесс имеет распространенный характер. Это фоновое воспаление представляется в виде небольшой застойной гиперемии и инфильтрации красной каймы. У части больных эрозии, раз появившись, существуют, иногда немного увеличиваясь, длительное время, чаще они спонтанно эпителизируются, но затем довольно быстро рецидивируют на том же самом или на другом месте.

Этиология и патогенез абразивного преканкрозного хейлита не выяснены. Совершенно четкую роль в возникновении этого заболевания играет возраст. У людей более пожилого возраста с плохой регенеративной способностью эпителия в ответ на различные внешние раздражения возникают деструктивные, вяло текущие процессы, например, хейлит Манганотти. У более молодых в ответ на такое же раздражение возникают изменения по типу ограниченных пролифератов без деструкции тканей. У пожилых значительные дистрофические изменения дермы и некоторое расширение сосудов глубоких отделов стромы на этих участках и утолщение их стенок. Эти дистрофические изменения создают, во-первых, почву для возникновения деструктивных процессов на красной кайме, а во-вторых, резко понижают регенеративные способности тканей этой области. Из раздражающих, канцерогенных факторов имеющих значение в возникновении абразивного прекацерозного хейлита Манганотти, прежде всего следует назвать инсоляцию. Значение метеорологического фактора и особенно инсоляции усугубляется тогда, когда больные одновременно страдают и glandулярным хейлитом. В ряде случаев хейлит Манганотти развивается на месте однократной травмы. Первоначально изменяется мезенхима, причем процесс начинается с изменения сосудов, вслед за этим возникают дегенеративные изменения коллагеновых волокон, нарушаются отношения между стромой и эпителием, после чего эпителий претерпевает ряд изменений, которые завершаются у части больных раком.

Течение хейлита Манганотти торпидное, хроническое и у значительного процента больных заканчивается переходом процесса в рак. За время болезни эрозия у некоторых больных спонтанно может эпителизироваться, но спустя некоторое время (от нескольких дней до нескольких месяцев) появляться вновь на том же самом или на другом месте. Такие рецидивы могут повторяться. Клиническими признаками, указывающими на возможное начало трансформации

процесса в рак, являются возникновение уплотнения в основании и вокруг эрозии, появление кровоточивости эрозии после легкой травматизации, появление на поверхности эрозии сосочковых разрастаний, появление значительного ороговения непосредственно вокруг эрозии, отсутствие терапевтического эффекта после длительного лечения. Следует иметь в виду, что иногда, при отсутствии каких-либо клинических симптомов, указывающих на озлокачествление процесса, при гистологическом исследовании обнаруживается картина спиноцеллюлярного рака.

Лечение абразивного преканкрозного хейлита Манганотти заключается в применении средств, стимулирующих эпителизацию эрозии и, естественно, в устранении или значительном уменьшении действия раздражающих факторов. К последней группе воздействий относится лечение различных изменений желудочно-кишечного тракта, грандулярного и метеорологического хейлита и пр.

Полезным является назначение концентрата витамина А примерно по 10 капель 3 раза в день, больших доз рибофлавина, тиамина, никотиновой кислоты и пиридоксина. Значительно уменьшает чувствительность тканей красной каймы к ультрафиолетовым лучам назначение синтетических антималярийных препаратов типа резохина по 0,25 г в день периодически в течение длительного времени. Местно - аппликации из концентрата витамина А или из смеси концентратов витаминов А и D₂, витаминной мази, линола. Целесообразно также назначать местные аппликации из цитотоксических средств (демеколцин, тиоколцеран, метотрексат и др.). Применение мазей, содержащих кортикостероиды или антибиотики, оказывается обычно неэффективным. Смазывание эрозий прижигающими веществами способствует трансформации процесса в рак. Мы не рекомендуем применение криотерапии и рентгенотерапии при этом заболевании. В случаях, когда эрозия не поддается консервативной терапии или когда появляются признаки возможного озлокачествления процесса, следует производить хирургическое удаление очага поражения в пределах здоровых тканей с обязательным последующим гистологическим послойным исследованием. Лица, страдающие абразивным преканцерозным хейлитом, должны находиться под диспансерным наблюдением с явкой к врачу раз в 2 месяца.

§ 3. Бородавчатый, или узелковый, предрак красной каймы губ.

Бородавчатый предрак по сравнению с абразивным преинвазивным хейлитом Манганотти встречается несколько чаще у более молодых людей. Это, вероятнее всего, связано со значительным уменьшением резистентности и регенеративных способностей тканей к внешним раздражителям у более пожилых людей, почему у них в ответ на внешнее раздражение и развиваются скорее деструктивные, чем пролиферативные процессы.

Клинически поражение имеет резко ограниченный характер. Элемент диаметром от 4 мм до 1 см, обычно полушаровидной формы, выступает над окружающей красной каймой на 3 – 5 мм и имеет плотноватую консистенцию. Окраска варьирует от цвета почти нормальной красной каймы губ до застойно-красного. У большинства больных поверхность узелка была покрыта небольшим количеством плотно сидящих тонких чешуек, которые не снимались при поскабливании. В этих случаях поверхность элемента принимала серовато-красный цвет. Таким образом, внешне данное поражение напоминает бородавку или папиллому. Пальпация узелка обычно безболезненна. В большинстве случаев он располагался на внешне неизменной красной кайме губ, гораздо реже – на фоне небольшого воспаления красной каймы губ. В этих случаях красная кайма губ была застойно гиперемирована. В ее окраске преобладали синюшно-красные тона, она была несколько инфильтрирована и местами покрыта единичными тонкими, обычно плотно сидящими чешуйками. Из фоновых воспалительных процессов, сопутствующих или являющихся причиной этого заболевания можно выделить метеорологический хейлит и glandулярный хейлит.

Этиология и патогенез. Развитию заболевания способствуют инсоляция. В возникновении бородавчатого предрака нельзя исключить также роль хронической термической травмы.

Течение бородавчатого предрака довольно быстрое, т.е. озлокачествление процесса может произойти уже спустя 1 – 2 месяца после начала заболевания.

Из сказанного ясно, что *прогноз* при этом заболевании неблагоприятный, если вовремя не произвести хирургическое удаление очага поражения в пределах здоровых тканей.

Лечение бородавчатого предрака красной каймы губ состоит в полном хирургическом удалении участка поражения с последующим

обязательным гистологическим исследованием. При этом следует удалять участок поражения с обязательным захватом здоровой ткани. Лучше всего в этих случаях производить клиновидное иссечение. Так как очаг поражения не столь уж велик, то обычно его удаляют в пределах красной каймы губ, без захвата кожи, в связи с чем образующийся небольшой рубец не деформирует губу. Удаление лучше всего производить электроножом. Ни в коем случае при бородавчатом предраке нельзя пользоваться электрокоагуляцией или криотерапией, так как отсутствие гистологического исследования в этих случаях не дает возможности судить о характере процесса и последующего лечения. Рентгенотерапию следует назначать лишь после того, как гистологически будет установлен диагноз рака, без чего применение этого метода лечения при бородавчатом предраке недопустимо.

§ 4. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ.

Клинически представляет собой резко ограниченный участок, который часто имеет полигональную форму. Размеры очага от 0,2 X 0,2 см до 1 x 1,5 см. Поверхность очага покрыта очень тонкими плотно сидящими чешуйками и имела серовато-белый цвет. У большинства больных очаг не возвышался над уровнем окружающей красной каймы губ, а часто даже казался слегка запавшим и как бы окруженным тоненьким беловатым валиком. Но при растяжении красной каймы губ этот кажущийся валик, который несколько напоминает валик, наблюдающийся при базалиоме, исчезает. При поверхностной пальпации уплотнение обычно не определяется, но при боковом сдавлении очага часто определяется поверхностное пластинчатое уплотнение. Это уплотнение обусловлено гиперкератотическими чешуйками, имеющимися на поверхности элемента. Локализуется преимущественно на нижней губе. Часто ему не сопутствуют фоновые изменения красной каймы губ. У части больных участок ограниченного гиперкератоза был застойно гиперемированный, чуть инфильтрированный, причем границы этих изменений обычно резкие.

Патогистологическая картина при ограниченном гиперкератозе сводится к очаговой пролиферации эпидермиса в виде тяжелой, проникающих далеко за его физиологическую границу. В соединительной ткани под очагом пролиферации всегда определяется полиморфно-

клеточная инфильтрация с большим количеством плазматических и тучных клеток, которые местами разрушают базальную мембрану.

Патогенез ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ имеет много общего с узелковой формой предрака красной каймы губ. Из факторов, которые играют важную роль в возникновении этого процесса, ведущими являются инсоляция и травма и особенно их сочетание. Отчетливым подтверждением роли инсоляции в возникновении ограниченного гиперкератоза является также преимущественная локализация очага поражения на красной кайме нижней губы. При этом и на нижней губе очаг обычно располагался в верхней ее части, сбоку от центра, т.е. в области, на которую попадает больше всего солнечных лучей. Изменение эластических волокон, сопровождающее ограниченный гиперкератоз, также свидетельствует о роли инсоляции в этиологии и патогенеза этого процесса. Состояние эластических волокон кожи и красной каймы губ, сгущение и особенно гомогенизация эластических волокон сосочкового слоя дермы в области красной каймы губ наблюдается в результате длительного солнечного облучения. Иногда ограниченный гиперкератоз может развиваться на месте бывшего простого пузырькового лишая. Гландулярный хейлит, являясь дополнительным раздражающим фактором, естественно, способствует возникновению предраковых изменений, в том числе и ограниченного гиперкератоза.

Течение ограниченного предракового гиперкератоза не столь быстрое, как при узелковой форме предрака. Появившись, участок поражения не увеличивается обычно в размере и существует в первоначальном виде иногда в течение нескольких лет, но в части случаев озлокачествление может наступить и в течение первого года болезни и даже в течение первых месяцев.

Диагностика ограниченного гиперкератоза не представляет больших трудностей, особенно когда клиническая картина четко выражена; очаг слегка западает, имеет полигональную форму и небольшие размеры, а поверхность его покрыта тонкими, плотно сидящими чешуйками. Но в тех случаях, когда чешуек бывает больше и очаг не кажется запавшим, поражение приходится дифференцировать с лейкоплакией, эксфолиативным хейлитом, с красной волчанкой и красным плоским лишаем.

При осмотре больного ограниченным предраковым гиперкератозом красной каймы губ сложным является решение вопроса о том, произошло ли уже озлокачествление процесса. Нет достоверных

клинических данных, позволяющих уловить начало злокачественного роста. Из клинических признаков, которые могут помочь при такой диагностике, можно назвать три: усиление процесса ороговения, эрозирование и появление уплотнения в основании элемента. Но эти признаки часто появляются уже довольно много времени спустя после начала озлокачествления. Поэтому единственно надежным способом диагностики является биопсия, которую следует производить как можно раньше.

Лечение ограниченного предракового гиперкератоза заключается в хирургическом удалении очага поражения в пределах здоровой ткани. Целесообразно проводить клиновидное иссечение, но не затрагивая кожи. Рану зашивают кетгутовыми швами; косметический эффект очень хороший. Удаленная ткань обязательно должна подвергаться гистологическому исследованию, от результатов которого зависит дальнейшая терапия. Применение электрокоагуляции и криотерапии при ограниченном предраковом гиперкератозе противопоказаны.

§ 5. Болезнь Боуэна.

Проявляется в виде пятна застойно-красного цвета с гладкой или бархатистой поверхностью. Чаще имеется один очаг поражения, реже – два и более. Вследствие атрофии слизистой оболочки очаг несколько западает по сравнению с окружающими участками. При локализации элементов на языке в месте поражения исчезают сосочки. Заболевание продолжается неопределенное время. В некоторых случаях быстро наступает инвазивный рост, в других – элемент остается неизменным годами.

Возникает ограниченное, медленно увеличивающееся по периферии пятнисто-узелковое поражение размером от 1 см в диаметре и больше. Иногда поражение представляется похожим на лейкоплакию, причем в этих случаях поверхность очага обычно имеет мелкобугристый характер. У ряда больных поверхность поражения бывает покрыта мелкими сосочковыми разрастаниями; иногда высыпания образуют рисунок, напоминающий красный плоский лишай. Чаще поверхность участка поражения представляется гиперемизированной, гладкой или бархатистой – с мелкими сосочковыми разрастаниями. При длительном существовании поражения выявляется легкая атрофия слизистой оболочки и тогда очаг кажется слегка западающим, втянутым. Когда

имеется одновременно несколько очагов поражения и некоторые из них сливаются между собой, то образуются бляшки неправильных, часто, полициклических очертаний. Иногда поверхность очага местами эрозируется. Атипичные формы характеризуются лишь небольшой гиперемией маленького участка слизистой оболочки или клинически неотличимы от лейкоплакии. Иногда поражение представляется в виде лихеноподобной эфлоресценции с подчеркнутым рисунком или складчатостью слизистой оболочки в очаге. При этом процесс обычно не сопровождается воспалительными изменениями и больше походил на лейкоплакию. Такой характер изменений встречается при локализации процесса на слизистой оболочке щек. Таким образом, клиническая картина болезни Боуэна довольно разнообразна.

При патогистологическом исследовании обнаруживают картину внутриэпителиального спиноцеллюлярного рака, полиморфизм клеток шиповидного слоя, увеличение числа митозов, неправильность их, гигантские и многоядерные клетки, акантоз в некоторых случаях – гиперкератоз и паракератоз. Базальная мембрана сохранена, в верхней части стромы определяется небольшой инфильтрат из лимфоцитов и плазмоцитов.

Клиническая диагностика основывается на присущих очертаниях очагов поражения, которые имеют вид диска или бляшки, чуть выступающих или, наоборот, слегка западающих по отношению к окружающей слизистой оболочке. Характерен застойно-красный, иногда с вишневым оттенком цвет очага или окраска, напоминающая лейкоплакию. В ряде случаев при сильном поскабливании очага шпателем этот беловато-серый налет удаётся соскоблить. Иногда поверхность поражения представляется бархатистой. По внешнему виду участки поражения при болезни Боуэна могут напоминать лейкоплакию, красную волчанку и туберкулезную волчанку с частичным исходом в атрофию и др.

Прогноз без лечения плохой. В литературе отсутствуют указания на возможность спонтанной регрессии этих процессов, хотя теоретически это и возможно.

Лечение болезни Боуэна заключается прежде всего в полном удалении участка поражения. При этом обязательно должна быть удалена и широкая полоса внешне здоровой слизистой оболочки вокруг очага. При удалении следует стремиться захватить как можно больше подлежащих тканей.

Больные должны находиться под тщательным диспансерным наблюдением. Это в полной мере относится и к тем пациентам, у которых уже было произведено удаление очагов преканцероза. Последнее обусловлено в первую очередь возможностью образования у этих больных новых очагов предрака. При этом предраковые изменения, появляющиеся на новых местах, клинически могут отличаться от существовавших прежде.

§ 6. Папиллома.

Доброкачественная опухоль, состоящая из покровного эпителия слизистой оболочки полости рта и соединительнотканной стромы. Напоминает бородавку или цветную капусту. Папилломы обычно имеют тонкую ножку, но могут быть и на широком основании. При тонкой ножке папиллома подвижна, в других случаях папиллома всем своим основанием прилежит к подлежащим тканям. В случаях, когда папиллома не имеет ножки, она имеет вид полушаровидной различной степени плотности опухоли, на 0,5 – 1 см выступающей над уровнем окружающей ткани. Ороговение папиллом может достигать значительных размеров, и тогда папиллома приобретает фарфорово-серый цвет, что в ряде случаев создает сходство с лейкоплакией. Размеры их от 1-2 мм до 1-2 см. наблюдаются как единичные папилломы, так и множественные. В полости рта папилломы чаще всего локализуются на языке и небе, реже на губе и щеках. При наличии множества мелких папиллом говорят о папилломатозе. Цвет папилломы зависит от наличия или отсутствия на ее поверхности ороговения. Неороговевшая папиллома по цвету не отличается от нормальной слизистой оболочки, а при наличии ороговения имеет серовато-белый цвет. При пальпации папилломы обычно мягкой консистенции. Появление уплотнения у основания указывает на возможность малигнизации. Кроме того, об этом свидетельствуют изъязвления, кровоточивость папилломы и ее увеличение. На нижней поверхности языка папилломы чаще возникают по сторонам от уздечки, т.е. опять в местах, травмирующихся зубами. Озлокачествление папиллом и папилломатоза наблюдается примерно в 7-10% случаев. О начинающемся или уже происшедшем озлокачествлении папилломы свидетельствуют следующие клинические признаки: уплотнение папилломы, усиление процессов ороговения на ее по-

верхности, расширение и уплотнение ножки папилломы, уплотнение тканей в основании папилломы, появление болезненности. Но, как и при других формах предрака, иногда при гистологическом исследовании, казалось бы, совершенно «доброкачественной» папилломы обнаруживаются отдельные участки трансформации папилломы в рак. Таким образом, хотя папилломы и являются доброкачественными опухолями, они несут в себе потенциальную возможность озлокачествления. Патогистологически папиллома состоит из многослойного эпителия и рыхлой или более плотной соединительной ткани, часто с повышенным содержанием кровеносных сосудов.

Прогноз при папилломах слизистой оболочки полости рта в основном благоприятный, особенно если произведено радикальное их удаление, а участок, где были папилломы, не раздражается вновь.

Лечение папиллом заключается в полном удалении с обязательным захватом окружающей клинически неизменной слизистой оболочки. Удаленный материал следует послойно исследовать гистологически. Удаляя папилломы при помощи глубокой электрокоагуляции, следует придавать значение удалению основания папилломы. С целью профилактики рецидива после такого удаления следуют закрыть дефект, сшивая края образовавшейся раны. Простое отсечение папиллом или прижигание различными химическими средствами мы считаем противопоказанными, так как такие меры не предупреждают рецидивы, а каждый последующий рецидив папилломы в одном и том же месте увеличивает возможность озлокачествления.

§ 7. Кожный рог

Он относится к группе кератозов, т.е. кожных заболеваний невоспалительного характера, которые характеризуются утолщением рогового слоя. Кожный рог представляет собой участок ограниченной гиперплазии эпителия с огромным гиперкератозом, который клинически имеет вид большего или меньшего рогового выступа. В большинстве случаев это заболевание возникает на коже, причем в основном на открытых участках, реже на красной кайме губ. Возникает этот процесс преимущественно у пожилых людей, обычно после 60 лет и чаще у мужчин. Нижняя губа поражается несравненно чаще, чем верхняя. Нередко кожный рог сочетается с другими формами старческого кератоза. Некоторые авторы склонны считать кожный рог одной из форм старческого кератоза.

Поражение представляется в виде резко ограниченного очага, имеющего диаметр от нескольких миллиметров до 1 см и более. От этого основания отходит конусообразной формы рог, высота которого при расположении на красной кайме губ обычно не превышает 0,5-1 см, в то время как на коже описаны случаи гигантского кожного рога высотой в 4 см и более. Образование имеет грязновато-серый или коричневатого-серый цвет, плотную консистенцию, оно плотно спаяно со своим основанием. В ряде случаев основание кожного рога немного приподнимается над окружающей красной каймой губ. На красной кайме губ обычно кожный рог имеет один роговой конус, но бывает, что он состоит из нескольких выступов. Чаще развивается один очаг, но могут быть два и более очага поражения. Кожный рог нередко развивается на фоне измененной каймы губ. Он может возникнуть в очагах лейкоплакии, красной и туберкулезной волчанки, на рубцах и пр. (так называемый ложный кожный рог). Это, конечно, не исключает появления кожного рога на внешне неизменной красной кайме (так называемый истинный кожный рог).

Клинически о начавшемся озлокачествлении кожного рога в первую очередь свидетельствует появление воспаления вокруг его основания и уплотнение последнего. Некоторое значение в этом плане имеет внезапное усиление ороговения. Но окончательно этот вопрос может быть решен только после гистологического исследования. Кожный рог является преинвазивным состоянием, в литературе имеется сравнительно много описаний трансформации этого процесса в рак.

Гистологически кожный рог представляет собой ограниченную гиперплазию эпителия красной каймы губ с толстым слоем роговых масс, находящихся в состоянии гиперкератоза без разрыхления, местами имеются зоны паракератоза. Эти роговые массы конусообразно поднимаются над уровнем эпителия.

В его возникновении определенная роль принадлежит травмирующим моментам, инсоляции, возрасту и пр. Значительная роль принадлежит и хроническим воспалительным процессам, таким, как лейкоплакия, красная волчанка и пр.

Течение заболевания хроническое. Появившись, рог увеличивается медленно, достигает в высоту примерно 0,5 см и больше обычно не увеличивается. Периодически роговые массы частично могут отторгаться или больные сами их срезают, но спустя некоторое время рог восстанавливается. Трансформация кожного рога в рак возможна в любой момент его существования. Она, по-видимому, менее всего

связана с длительностью существования кожного рога. В этом процессе на первое место выступают этиологические моменты и в первую очередь хроническая травматизация участка поражения, включая фоновые процессы (лейкоплакия, красная волчанка и пр.).

Диагностика кожного рога не представляет трудностей, так как клиническая картина этого процесса весьма характерна. На красной кайме губ не встречается заболеваний, кроме кожного рога, при которых имелось бы такое мощное ороговение. Но если рог выражен незначительно - выступает над окружающей красной каймой губ на 2-3 мм , его можно спутать с узелковым или бородавчатым предраком и кератоакантомой. В отличие от этих процессов при кожном роге вся выступающая над поверхностью губы часть состоит из роговых масс и не имеет вида узелкового образования, что присуще названным двум формам.

Лечение кожного рога заключается в хирургическом удалении в пределах здоровых тканей.

§ 8. Кератоакантома

Кератоакантома представляет собой быстро развивающуюся и спонтанно регрессирующую эпидермальную доброкачественную опухоль, довольно часто трансформирующуюся в рак.

Клиника кератоакантомы весьма типична независимо от ее локализации. В зависимости от стадии заболевания различают стадию роста, стадию расцвета или стабилизации и регрессивную стадию.

Заболевание начинается с образования полушаровидного Узелка серовато-красного цвета или цвета нормальной красной каймы. Узелок плотный, в центральной его части хорошо заметно небольшое воронкообразное вдавление. Такой элемент образуется за 8-10 дней, затем рост его значительно ускоряется. В течение месяца он обычно достигает на красной кайме губ значительных размеров – до 2,5 X 1 см. В центральной части этой опухоли имеется хорошо выраженное углубление, которое заполнено плотной роговой массой. Она как пробка закрывает это воронкообразное углубление. Весь элемент имеет обычно серовато-кирпичный цвет, а роговые массы – серый цвет. Роговые массы можно удалить без особого усилия, после чего обнажается сухая кратерообразная полость и становится хорошо заметным плотноватый валик, располагающийся по краю воронкообразного углубления. Кера-

тоакантома не спаяна с подлежащими тканями, подвижна. При сдавливании она может быть слегка болезненна.

Одним из основных свойств кератоакантомы является ее способность к самопроизвольному исчезновению. Регрессирование кератоакантомы длится несколько недель. На месте элемента остается атрофический, иногда пигментированный рубчик. Другой исход кератоакантомы – это трансформация в рак.

Гистология кератоакантомы представляет собой резко отграниченную, несколько выступающую над окружающими тканями, как бы вдавленную эпителиальную опухоль с большой роговой пробкой, имеющей иногда периферические ответвления. Эпителий на дне кратерообразного углубления, занятого роговой пробкой, обычно находится в состоянии неравномерного акантоза, причем часто образуются длинные эпителиальные выросты, глубоко внедряющиеся в подлежащую строму. В эпителиальных тяжах очень часто имеются клетки с гиперхромными ядрами и слабо красящейся протоплазмой, клеточный полиморфизм, митотические фигуры, иногда видны явления дискератоза.

Развивается кератоакантома быстро. Она особенно быстро растет в первый месяц своего существования, а затем рост ее почти прекращается, с тем чтобы в дальнейшем смениться регрессией. Рецидивы кератоакантомы как после спонтанного излечения, так и после их удаления или рентгенотерапии наблюдали через различные сроки.

Лечение кератоакантомы хирургическое, причем следует удалять опухоль в пределах здоровых тканей. Электрокоагуляция и выскабливание острой ложкой делают невозможным гистологическое исследование кератоакантомы, что, понятно, является нежелательным.

§ 9. Фиброма.

Это доброкачественная опухоль, располагающаяся на слизистой оболочке щек, губ, твердом небе, альвеолярном отростке челюсти. Фиброма – более плотное образование, чем папиллома; имеет хорошо очерченные границы, покрыта нормальным эпителием. При пальпации безболезненна, подвижна. В случае травмирования фиброма может воспалиться, что ведет к быстрому ее увеличению или изъязвлению. Как и папиллома, фиброма может озлокачиваться. Патогистологически обнаруживаются зрелые элементы соединительной ткани с небольшим количеством сосудов.

§ 10. Гемангиома.

Доброкачественное образование из кровеносных сосудов. Различают простую, или капиллярную, и кавернозную (пещеристую) гемангиомы. Простая (капиллярная) гемангиома имеет вид красного или темно-красного пятна, которое при надавливании теряет свою окраску. Ангиома состоит из обильного скопления капилляров и артерий, переплетающихся между собой, с прослойками соединительной ткани. Кавернозная (пещеристая) гемангиома состоит из нескольких неодинаковой величины полостей, наполненных венозной кровью и связанных друг с другом анастомозами и соединительнотканными перегородками. Разрастаясь, гемангиомы занимают обширные участки мягких тканей лица, полости рта, языка и др.

§ 11. Лимфангиома.

Новообразование из лимфатических сосудов. Морфологически и клинически мало отличается от гемангиом – они более светлые.

§ 12. Эпулид.

Доброкачественное метапластическое образование, локализующееся на альвеолярном отростке при наличии зубов. Различают фиброматозные, ангиоматозные и гигантоклеточные эпулиды. Фиброматозный эпулид наиболее плотный на ощупь, по окраске приближается к обычному цвету слизистой оболочки десны, располагается преимущественно на широком основании, вершина его направлена к режущей или жевательной поверхности зубов. Ткань гигантоклеточного эпулида отечна, интенсивно окрашена в ярко-красный цвет, поверхность образования бугристая, кровоточит при механическом раздражении, зона роста располагается в надкостнице альвеолярного отростка. Патогистологически эпулид представляет собой соединительнотканное образование с большим количеством гигантских многоядерных клеток.

Ангиоматозный эпулид. Сосудистое образование ярко-красного цвета или более темной окраски с синюшным оттенком, мягкой консистенции, длительно кровоточит, по строению иногда напоминает виноградную гроздь. При патогистологическом исследовании на фоне фиброзной ткани определяется большое количество сосудов.

§ 13. Эозинофильная гранулема.

Сравнительно редко встречающееся заболевание – очаговое поражение костей в виде разрастания ретикулярных клеток, между которыми располагаются эозинофилы. Одни исследователи рассматривают эозинофильную гранулему как опухоль, исходящую из кроветворной ткани, другие являются сторонниками воспалительной природы этого заболевания. Заболевание чаще наблюдается в детском и юношеском возрасте, реже у взрослых. Клинически у больных с эозинофильной гранулемой отмечается отек десневых сосочков, образование кровоизлияний в слизистой оболочке десен. Шейки зубов обнажены, зубы подвижны. Патогистологически при эозинофильной гранулеме образуется своеобразная грануляционная ткань, основными элементами которой являются крупные ретикулярные клетки. Среди них встречаются двух-, трех- и многоядерные гигантские формы. Эозинофильные лейкоциты рассеяны среди ретикулярных лейкоцитов или образуют скопления. Костная ткань подвергается остеокластической резорбции.

§ 14. Ретенционная киста.

Возникает в результате закупорки выводного протока мелкой слюнной железы. Располагается на дне полости рта, верхней или нижней губе. Имеет синеватый оттенок. Особенностью кисты является ее постепенное увеличение до определенных размеров, после чего происходит выход содержимого в виде густой тягучей жидкости. Киста на время спадается, а затем появляется снова.

Вопросы для самоконтроля к главе 3

1. Расскажите о классификации заболеваний слизистой оболочки полости рта?
2. Какие заболевания относятся к предраковым заболеваниям и новообразованиям полости рта?
3. Расскажите о клинических видах лейкоплакии.
4. Особенности течения Абразивного преканцерозного хейлита Манганотти,
5. Как лечить узелковый предрак красной каймы губ.
6. Особенности болезни Боуэна.
7. Часто встречающееся доброкачественный опухоль напоминающее цветную капусту.
8. Расскажите о кожном роге как о хроническом заболевании.
9. Кератоакантома, типичная клиническая картина.
10. Расскажите клиническое течение эпюлида.
11. Особенности развития эозинофильной гранулёмы.

Темы для рефератов и докладов к главе 3

1. Опухолевые заболевания слизистой оболочки полости рта.
2. Лечение предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и губ.
3. Лейкоплакия клинические формы, клиника картина, течение заболевания.
4. Клинические проявления кератоакантомы слизистых оболочек полости рта.
5. Особенности течения болезни Боуэна в слизистых оболочках полости рта.

Тестовые задания к главе 3

1. Одновременное воспалительное поражение разных участков слизистой оболочки полости рта называется:
 - 1) Стоматит
 - 2) Гингивит
 - 3) Глоссит
 - 4) Палатинит

2. Травматическим поражениям этиологического фактора классификации слизистых оболочек не относится:

- 1) Механическая
- 2) Химическая
- 3) Медикаментозная
- 4) Физическая

3. Аномалиям и заболеваниям языка не относится:

- 1) Складчатый
- 2) Ромбический
- 3) Черный
- 4) Аллергический

4. Облигатным предраковым заболеваниям относится:

- 1) Болезнь Боуэна
- 2) Лейкоплакия
- 3) Кожный рог
- 4) Пострентгеновский стоматит

5. Укажите заболевание не относящийся к предраковым заболеваниям слизистых оболочек рта:

- 1) Фиброма
- 2) Болезнь Боуэна
- 3) Лейкоплакия
- 4) Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

6. Факультативным предраковым заболеваниям относится:

- 1) Папиллома и папилломатоз нёба
- 2) Бородавчатый предрак красной каймы губ
- 3) Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти
- 4) Болезнь Боуэна

7. Какое заболевание не относится к доброкачественным заболеваниям?

- 1) Фиброма
- 2) Гемангиома
- 3) Лимфангиома
- 4) Болезнь Боуэна

8. Ороговение слизистой оболочки полости рта при ее хроническом течении - ...

- 1) Болезнь Боуэна
- 2) Лейкоплакия
- 3) Фиброма
- 4) Гемангиома

9. Стадиям кератоакантомы не относится:

- 1) Роста
- 2) Расцвета
- 3) Регрессивная
- 4) Прогрессирующая

10. Ретенционная киста не располагается на ...

- 1) дне полости рта
- 2) верхней губе
- 3) мягкой нёбе
- 4) нижней губе

11. Укажите доброкачественное образование из кровеносных сосудов:

- 1) Гемангиома
- 2) Фиброма
- 3) Лимфангиома
- 4) Болезнь Боуэна

12. Формам гемангиомы не относится:

- 1) Простая
- 2) Капиллярная
- 3) Кавернозная
- 4) Бородавчатая

13. Как называется заболевание появившееся из лимфатических сосудов?

- 1) Фиброма
- 2) Гемангиома
- 3) Эозинофильная гранулёма
- 4) Лимфангиома

14. Что такое Эпулид?

- 1) Доброкачественное заболевание появившиеся из лимфатических сосудов
- 2) Доброкачественное образование из кровеносных сосудов
- 3) Доброкачественное метапластическое образование, локализующееся на альвеолярном отростке при наличие зубов
- 4) Закупорка выводного протока мелкой слюнной железы.

Ситуационные задачи к главе 3

Задача №1. К дерматологу в консультацию обратился мужчина 34 лет с жалобами на высыпания в ротовой полости. Болеет в течение 3 месяцев. Свое заболевание ни с чем не связывает.

Объективно: В слизистой оболочке полости рта наблюдается очаги ороговения различной формы и величины, с четкими границами, не возвышающиеся над уровнем нормальной слизистой оболочки. Очаги поражения напоминают участки ожога от ляписа. Цвет очага серовато-белый.

Субъективные ощущения не отмечаются.

Вопрос.

1. О каком заболевании надо думать?
2. От чего следует остерегаться больным?
3. Какое лечение применяют для данного заболевания?

Задача №2. К дерматологу обратилась женщина 56 лет с жалобами на высыпания в области губ. Элемент существует в течение 3 лет.

Объективно: В боковой части губы отмечается овальной формы эрозия с гладкой, полированной поверхностью красного цвета, покрытой прозрачной истонченной эпителием. На поверхности эрозии образовался корка, снятие которого вызывает небольшое кровотечение. При пальпации очаг не отличается от окружающей ткани.

Субъективные ощущения не отмечаются.

Вопрос.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие препараты неэффективны в лечении данного заболевания?
3. Какие препараты можно применяют наружно.
4. Какое лечение применяют для данного заболевания, когда появляются признаки озлокачествления?

Задача №3. Молодой человек обратился дерматологу с жалобами на высыпание в области губ. Элемент появились не давно. Не лечился.

Объективном осмотре на не измененной красной кайме губ наблюдается серовато-красного цвета безболезненные, плотноватой консистенции узелок диаметром 5 мм, полушаровидной формы, выступающее над окружающей красной каймой на 4 мм. На поверхности узелка отмечается плотно сидящий тонкий чешуйки, которые при поскабливании не снимаются.

Вопрос.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику данного заболевания?
3. Какое лечение применяют для данного заболевания?

Задача №4. Стоматологу обратился больной на образование появившиеся на слизистой оболочке полости рта. Появился не давно, по поводу данного заболевания не лечился.

Объективно: На слизистой оболочке наблюдаются застойно-красного цвета с гладкой поверхностью пятна. На щеках вследствие атрофии некоторые из них несколько западавшие по сравнению с окружающей участками. Некоторые элементы выглядят виде лихеноподобного эффоресценции складчатостью слизистой оболочки.

Гистологически: полиморфизм клеток шиповидного слоя, увеличение числа митозов, обнаружено гигантские и многоядерные клетки, акантоз, гиперкератоз паракератоз. Базальная мембрана сохранена, верхней части стромы определяется небольшой инфильтрат, состоящий из лимфоцитов и плазмоцитов.

Вопрос.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое лечение применяют для данного заболевания?

Глава 4. Хейлиты

Хейлит – собирательный термин, означающий воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ. Воспаление губ может развиваться от разных воздействий эндогенного и экзогенного порядка. Хейлиты можно разделять по характеру клинического течения на острый и хронический, по глубине поражения – на поверхностный и глубокий. Существуют самостоятельная группа хейлитов и заболевания губ, связанные с системными поражениями организма, нарушениями питания и обмена.

§ 1. Катаральный хейлит.

Это наиболее легкая форма воспаления губ, развивающаяся вследствие механического, физического, химического воздействия либо являющаяся симптомом общих заболеваний организма. Клиническое проявление характеризуется гиперемией слизистой оболочки, истончением эпителия губ. Субъективные ощущения заключаются в чувстве легкого жжения.

§2. Эксфолиативный хейлит.

Это заболевание характеризуется деструктивными изменениями эпителия красной каймы губ. В ее классификации выделены сухая и экссудативная формы эксфолиативного хейлита. Сухая форма часто сопровождает экзематозный хейлит либо экзему кожи приротовой области, характеризуется появлением на границе красной каймы и слизистой оболочки губ тонких светло-желтых чешуек, сухостью губ. Участок красной каймы губ, прилежащий к коже, не повреждается, поражается исключительно зона Клейна. Экссудативной форме хейлита нередко предшествует сухая. Эта форма заболевания развивается остро; отмечаются отек и появление на красной кайме корок серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета в зоне Клейна. Вследствие постоянной экссудации и ссыхания экссудата корки напластовываются друг на друга. Они неплотно соединяются с эпителием, под ними поверхность эпителия ярко-красного цвета, гладкая. После отторжения корок эрозий под ними не образуется. Патогистологически в эпителии отмечаются светлые клетки. Базальный слой не поврежден. В соединительной ткани имеется круглоклеточ-

ная инфильтрация. Несмотря на постоянное отторжение корок, отмечается утолщение шиповидного слоя эпителия.

Дифференциальный диагноз следует проводить с экссудативной эритемой, листовидной пузырчаткой, актиническим хейлитом, эрозивной формой красного плоского лишая и красной волчанки. Дифференцировать эксфолиативный хейлит следует с экземой, актиническим хейлитом, красной волчанкой. Эксфолиативный хейлит занимает только половину красной каймы губ – от зоны перехода слизистой оболочки в красную кайму губы (зона Клейна) до середины ее, не спускаясь на кожу губы и подбородка. Кроме того, после удаления с красной каймы губ экссудативных наслоений обнаруживается гиперемизированная, как бы полированная, слегка отечная поверхность, но без образования каких-либо элементов, характерных для экземы.

При лечении применяются индифферентные мази (борная, борно-салициловая). Назначаются внутрь поливитамины, проводится десенсибилизирующая терапия. При функциональных расстройствах нервной системы назначаются препараты брома, в тяжелых случаях – пограничные лучи Букки.

§3. Метеорологический хейлит.

Это заболевание характеризуется диффузным воспалением губ под воздействием инсоляции, ветра, высокой или низкой температуры окружающей среды. В условиях Дагестана ведущим провоцирующим фактором является воздействие ветренной и влажной окружающей среды. Он часто отмечается у взрослых мужчин, работающих на открытом воздухе, альпинистов на высокогорных маршрутах. Клиническая картина поражения зависит от степени гиперчувствительности к повреждающему метеорологическому агенту. Клинические признаки мало чем отличаются от экзематозного и эксфолиативного хейлита. Наблюдаются застойная гиперемия красной каймы губ, их инфильтрация и лихенизация с появлением трещин, главным образом в углах рта. Нередко имеют место везикулярные элементы и мокнутие прилегающих кожных покровов. Субъективно отмечается нерезко выраженный зуд. Чаще поражается красная кайма нижней губы. При длительном течении заболевания может развиться макрохейлия. При лечении назначают рибофлавин, витамины В, В6, В12, А. Местно применяются гормональные мази синафлан, фторокорт. В целях профилактики используют фотозащитные крема, бесцветную губную помаду.

§4. Гландулярный хейлит.

Это заболевание представляет собой воспаление «перемещенных» в красную кайму губы слизистых желез. Оно развивается под влиянием хронической травмы губ зубами, что способствует инфицированию и воспалению губ, обуславливая развитие glandularного хейлита. Поражение слизистых губных желез может наблюдаться при остром и хроническом афтозном стоматите, экссудативной эритеме. Заболевание проявляется после 40-50 лет. Существует три формы glandularного хейлита: простая, гнойная и фиброзная. Простой glandularный хейлит Пуэнтэ-Асеведо. Характеризуется гетеротопией в зоне Клейна слизисто-серозных желез или их протоков, увеличенным количеством желез губы, их гиперплазией и гиперфункцией. Клинические проявления – зияющие выводные протоки желез с обильным выделением секрета в виде капель «росы». Может осложняться серозным или гнойным воспалением. Патогистологически определяются резкая гиперплазия желез, кистозное расширение отдельных их ацинусов и выводных протоков. Соединительнотканная основа железистых комплексов и подлежащая соединительная ткань отечны и разрыхлены.

Гнойный glandularный хейлит. Развивается вследствие проникновения в расширенные протоки слюнных желез пиогенной инфекции. Характеризуется болезненностью, отеком губы, которая покрыта плотно фиксированными толстыми корками желто-зеленого или буро-черного цвета. В окружности устьев эктопированных выводных протоков локализуются эрозии, трещины, гнойные выделения. Иногда устья выводных протоков желез могут быть закупорены гнойным экссудатом, что приводит к множественному или одиночному абсцедированию. При патогистологическом исследовании устанавливается гиперплазия желез, набухший эпителий, ядра гиперхромны. В соединительнотканной основе железистых комплексов определяются отек, диффузная лейкоцитарная инфильтрация.

При фиброзной форме glandularного хейлита выводные протоки слюнных желез часто обтурируются, что может явиться причиной образования подэпителиальных кистозных полостей. В окружении выводных протоков отмечается кератинизация эпителия. Течение этой формы заболевания более длительное и сопровождается постоянным увеличением губы вследствие ее фиброза. Дифференциальный диагноз следует проводить с отеком Квинке, гранулематозным хейлитом Мишера, аллергическим отеком губ. При лечении фиброзной формы применяются тепловые процедуры, назначается внутрь 3% раствор йодида калия.

§5. Экзематозный хейлит.

Это заболевание носит аллергический характер вследствие гиперчувствительности к химическим веществам, содержащимся в губной помаде, зубным пастам, лекарственным препаратам и др. Аллергенами могут быть микробы, грибы. В развитии экзематозного хейлита имеет значение атопическая форма аллергии. Предрасполагающим фактором является недостаточность витаминов группы В. Различают себорейную, микробную, контактную формы экзематозного хейлита.

Себорейный экзематозный хейлит – проявление общего себорейного экзематозного процесса. Заболевание этой формой составляет 46,5% случаев, наблюдается в возрасте от 4 до 15 лет. В клинической картине наблюдаются застойная гиперемия красной каймы губ, их инфильтрация и лихенизация с появлением трещин, главным образом в углах рта. Нередко имеют место везикулярные элементы и мокнутие прилежающих кожных покровов. Субъективно отмечается нерезко выраженный зуд. Обострения заболевания наблюдаются в осенне-зимний период, чему способствуют нарушение питания, гиповитаминозы, влияние метеорологических факторов. В весенне-летний период клиническое течение заболевания улучшается. Наивысшая активность патологического процесса наблюдается в возрасте 6-9 лет. В возрасте 15-18 лет может наступить регрессирование заболевания, однако с началом трудовой деятельности при воздействии производственных вредностей у некоторых больных экзематозный процесс возникает вновь.

При лечении наилучший эффект получен при назначении поливитаминов, антигистаминных препаратов, мазей, содержащих кортикостероиды (синалар, локакортен, оксикорт, преднизолон). В упорных случаях назначаются лучи Букки (курсовая доза 1500-2000 Р).

Микробная форма экзематозного хейлита отмечается с периода полового созревания и продолжается до глубокой старости. В углах рта отмечаются хронические трещины, в окружении которых кожа гиперемирована, отечна, инфильтрирована, отмечается ее шелушение, нередко углы рта покрываются корками. В клинической картине заболевания играют роль снижение прикуса (при полной адентии), длительное пользование полными съемными протезами, аномалии зубочелюстной системы. В материале из трещин выделяется большое количество стрептококков и стафилококков, являющихся диагностическим признаком данного вида патологии.

При лечении назначаются мази, содержащие стероиды и антибиотики, анилиновые красители. При необходимости показано протезирование с целью восстановления физиологического прикуса.

Контактная форма экзематозного хейлита является следствием воздействия на губы некоторых химических веществ, в частности, содержащихся в губных помадах у людей с гиперчувствительностью к этим веществам. Клиническая картина характеризуется застойной гиперемией губ, отеком, шелушением. Характерным субъективным симптомом является жжение губ.

При лечении экзематозного хейлита устраняют воздействие химического агента, применяют кортикостероидные мази в течение нескольких дней, недель. У больных с гиперчувствительностью к акриловым материалам целесообразно изготовление нового протеза из индифферентного материала.

§6. Хронические рецидивирующие трещины губ.

Могут возникать как на нижней, так и на верхней губе и локализуются чаще в средней части, иногда в углах рта. Впервые возникшие трещины представляют собой щелевидной формы дефект эпителия и собственно слизистой оболочки губы, окруженный гиперемизированной красной каймой и кровянистыми корочками. Часто трещины, упорно сохраняющиеся на одном и том же участке, на короткий срок заживают, но вновь рецидивируют. Их края со временем уплотняются, огрубевают. Вследствие длительного течения и повторных разрывов эпителиального и соединительнотканного слоев, что чередуется с неоднократными заживлениями, в области трещины развивается участок рубцовой атрофии, плотный на ощупь, с белесоватым оттенком. Длительное существование трещины ведет к уплотнению ее краев, углублению и превращению в язву с ороговевшими краями, что в дальнейшем может привести к злокачественному перерождению.

Патогистологическое исследование обнаруживает разной глубины дефект эпителия и собственно слизистой оболочки. Роговой слой часто утолщен и наплывает на края дефекта. В окружающей соединительной ткани определяется круглоклеточная инфильтрация. В более глубоких слоях собственно слизистой оболочки имеется фиброз.

Лечение хронических трещин без хирургического их иссечения является весьма трудной задачей. Если трещины губ, существующие в течение нескольких лет, не удастся залечить применением мазей с

кортикостероидами и антибиотиками, новокаиновыми блокадами, лучами Букки, то требуется хирургическое удаление в пределах здоровых тканей. Хороший терапевтический и косметический эффект наблюдается после удаления трещин. Этот метод лечения одновременно является и профилактикой рака. Целесообразно и после удаления трещин длительно назначать больным лечебные дозы витаминов А и группы В. При наличии glandулярного хейлита следует провести всевозможные меры для его устранения.

§7. Лимфедематозный макрохейлит

Относится к группе заболеваний, связанных с нарушением лимфообращения. Клинически макрохейлит проявляется безболезненным увеличением губы. Периодически отек губы уменьшается, но не исчезает полностью. После каждого обострения нарастает деформация – гигантизм губы. Для патогистологической картины характерны резкий отек с разволокнением соединительной ткани, кистозное расширение лимфатических сосудов, лимфоэктазии, в поздней – глубокая дистрофия ткани губы.

§8. Трофедема Мейжа.

Является синдромом ограниченного рецидивирующего отека, который характеризуется тенденцией к хроническому течению. Кожа в участке отека бледная, реже красноватая с цианотичным оттенком, плотная при пальпации. Чаще трофедема начинается с отека губ и развивается относительно быстро. Через несколько часов или дней отек уменьшается, но остается уплотненный участок кожи. Повторные отеки появляются на том же участке и вызывают более выраженное уплотнение. Лимфедематозный макрохейлит и трофедему Мейжа следует дифференцировать с макрохейлитом при синдроме Мелькерсона-Розенталя, когда наряду с отеком губ имеются складчатый язык и неврит лицевого нерва.

Вопросы для самоконтроля к главе 4

- 1.Расскажите о хейлитах и его формах.
- 2.Как протекает катаральный и эксфолиативный хейлит?
- 3.Расскажите хейлит экзематозной формы.
- 4.Особенности течения хронической рецидивирующей трещины губ.

Темы для рефератов и докладов к главе 4

- 1.Хейлиты, классификация, клиническая картина, течение, лечение.
- 2.Хейлиты связанные с нарушением лимфообращения.
- 3.Особенности лечения различных форм хейлита.

Тестовые задания к главе 4

1. Воспаление красной каймы губ, слизистой оболочки и кожи губ –
 - 1) Гайморит
 - 2) Глоссит
 - 3) Хейлит
 - 4) Парадонтит
2. По характеру клинического течения хейлиты бывают:
 - 1) Острой, хронической
 - 2) Поверхностной, глубокой
 - 3) Прогрессирующей, стационарной
 - 4) Регрессивной, ремиссия
3. По глубине поражения хейлиты бывают:
 - 1) Острой, хронической
 - 2) Поверхностной, глубокой
 - 3) Субэпидермальные, под мембранные
 - 4) Регрессивной, ремиссия
4. Дифференциальную диагностику эксфолиативного хейлита не проводят:
 - 1) Актиническим хейлитом
 - 2) Листовидной пузырьчаткой
 - 3) Экссудативной эритемой
 - 4) Разноцветным лишаем

5. Заболевание, характеризующееся диффузным воспалением губ, развивающаяся под воздействием инсоляции, ветра, высокой или низкой температурой окружающей среды называется ...:

- 1) Гландулярный хейлит
- 2) Экзематозный хейлит
- 3) Метеорологический хейлит
- 4) Эксфолиативный хейлит

6. Заболевание, представляющее собой воспаление «перемещенных» красную кайму губы слизистых желез называется ...:

- 1) Гландулярный хейлит
- 2) Экзематозный хейлит
- 3) Метеорологический хейлит
- 4) Эксфолиативный хейлит

7. Дифференциальную диагностику glandularного хейлита проводят с...:

- 1) Actinic хейлитом
- 2) Листовидной пузырчаткой
- 3) Экссудативной эритемой
- 4) Отеком Квинке

8. Какая форма не встречается у экзематозного хейлита?

- 1) себорейная
- 2) листовидная
- 3) микробная
- 4) контактная

9. При экзематозном хейлите наилучший лечебный эффект получают после применения мазей ...

- 1) Кортикостероидов
- 2) Цитостатиков
- 3) Противовирусных
- 4) Противогрибковых

10. При хроническом рецидивирующем трещинах губ хороший терапевтический и косметический эффект получают после ...

- 1) хирургического удаления трещин
- 2) применения кортикостероидов и антибиотиков

- 3) применения новокаиновых блокад
- 4) применения лучей Букки

11. При каком заболевании встречается гигантизм губы?

- 1) Гландулярный хейлит
- 2) Экзематозный хейлит
- 3) Метеорологический хейлит
- 4) Лимфедематозный макрохейлит

12. Где располагается зона Клейна?

- 1) зоны перехода слизистой оболочки в красную кайму губ
- 2) область красной каймы губ
- 3) верхняя часть красной каймы губ
- 4) нижняя часть красной каймы губ

13. Не существующая форма glandулярного хейлита:

- 1) Простая
- 2) Гнойная
- 3) Сложная
- 4) Фиброзная

14. Какая форма экзематозного хейлита не существует?

- 1) Себорейная
- 2) Микробная
- 3) Интертригинозная
- 4) Контактная

15. Предрасполагающим фактором в развитии экзематозного хейлита является:

- 1) Микробы
- 2) Грибы
- 3) Лекарственные препараты
- 4) Недостаточность витаминов группы В

16. В каких дозах лучи Букки назначают упорных случаях себорейном экзематозном хейлите?

- 1) 800-1000 Р
- 2) 1000-1400 Р
- 3) 1500-2000 Р
- 4) 2100-2500 Р

17. Чем отличается макрохейлит при синдроме Мелькерсона-Розенталя от трофедемы Мейжа?

- 1) складчатостью языка и невритом лицевого нерва
- 2) отеком губ
- 3) инфильтрацией
- 4) цианотичностью

18. Для патогистологической картины лимфедематозного макрохейлита не характерна:

- 1) Отек разволокнением соединительной ткани
- 2) Кистозное расширение сосудов
- 3) Лимфоэктазия
- 4) Акантолизис

Ситуационные задачи к главе 4

Задача №1. К дерматологу в консультацию обратилась женщина 38 лет с жалобами на высыпания на красной кайме губ. Болеет в течение недели. Свое заболевание связывает с новой губной помадой.

Объективно: Губы опухшие, красные с четкими краями, возвышающиеся над уровнем нормальной слизистой оболочки и кожи. Очаги поражения напоминают участки ожога.

Субъективные ощущения: отмечается легкое жжение.

Вопрос.

1. О каком заболевании надо думать?
2. От чего следует остерегаться больной?
3. Какое лечение назначают для данного заболевания?

Задача №2. К дерматологу обратилась женщина 36 лет с жалобами на высыпания в области губ и ротовой полости. Высыпания беспокоят больную 2 день.

Объективно: На границе красной каймы и слизистой оболочке губ наблюдаются тонкие светло-желтые чешуйки, сухость губ. Прилежащий к коже участок красной каймы губ не повреждена, но повреждения отмечается в зоне Клейна.

В гистологическом исследовании: в эпителии имеются светлые клетки, утолщение шиповидного слоя, базальный слой без изменений. В соединительной ткани отмечается круглоклеточная инфильтрация.

Субъективные ощущения: отмечается незначительный зуд.

Вопрос.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями надо дифференцировать данное заболевание?
3. Ваша лечебная тактика.

Задача №3. Стоматологу обратился больной 40 лет, на высыпания, появившиеся на губах. Высыпания появились не давно, по поводу данного заболевания больной не лечился.

Объективно: На губах наблюдаются её отёчность, болезненность. Они покрыты плотно сидящими фиксированными, толстыми корками, желто-зеленого цвета. В окружности устьев выводных протоков губных желез отмечается эрозии, трещины, гнойные выделения. Некоторых местах появились абсцессы.

Вопрос.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение применяют для данного заболевания?

Задача №4. Молодая девушка 15 лет обратилась дерматологу с жалобами на высыпание в области губ. Элементы появились давно. Несколько раз лечилась. Обострение наблюдается осенью, а весной наступает как бы выздоровление.

Объективно: В очаге красной кайме губ наблюдаются застойная гиперемия, инфильтрация, лихенизация, пузырьковые элементы и мокнутие, а также трещины в углах рта. Также на не измененной красной кайме губ наблюдается серовато-красного цвета безболезненные, плотноватой консистенции узелок диаметром 5 мм, полушаровидной формы, выступающее над окружающей красной каймой на 4 мм. На поверхности узелка отмечается плотно сидящий тонкий чешуйки, которые при поскабливании не снимаются.

Субъективно: не резко выраженный зуд.

Вопрос.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение применяют для данного заболевания?

Задача № 5. Кожно-венерологический диспансер обратилась женщина с жалобами на отеки в области губ. Отек быстро появляется, через несколько дней уменьшается, но на месте очага остается

уплотнение. Повторные отеки появляются на том же участке. После того как рассасывается отек уплотнение еще резко уплотняется.

Объективно: на губах отмечается бледноватый отек плотный при пальпации. Иногда он становится красноватой с цианотичным оттенком. Нижняя часть губы уплотнена более чем верхняя.

Вопрос.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику данного заболевания?

Глава 5. Поражение слизистой оболочки полости рта при дерматозах.

На слизистой оболочке полости рта заболевание начинает проявляться болезненностью в дистальном отделе полости рта, далее развиваются явления острого воспаления по типу «геморрагического» стоматита. Поражаются также слизистая оболочка и красная кайма губ. Высыпания полиморфные, появляются пузыри на фоне яркой эритемы. Пузыри быстро вскрываются с образованием болезненных эрозий, по периферии которых имеются обрывки оставшегося эпителия. В силу геморрагического типа воспаления при разрешении и подсыхании пузырей на красной кайме губ видны бурые кровянистые корки. Заболевание отличается рецидивным характером течения. Длительность отдельных приступов - 7 – 12 дней. Высыпания в полости рта, как правило, сочетаются с высыпаниями на коже. Однако возможны случаи изолированной эритемы в полости рта.

Диагноз основывается на характерных клинических проявлениях. При этом необходимо учитывать поражение кожи, характерных клинических проявлениях. При этом необходимо учитывать поражение кожи, характеризующееся полиморфной сыпью с преимущественной локализацией на тыле кистей, предплечьях голеньях. Здесь располагаются эритематозно-отечные пятна различных размеров, округлых очертаний, центр которых постепенно приобретает синюшный оттенок и западает. По периферии участков поражения нередко образуются буллезные элементы. В ряде случаев везикулезные и буллезные высыпания локализуются преимущественно в центральных зонах поражения.

§ 1. Синдрома Стивенса-Джонсона

Синдрома Стивенса-Джонсона это злокачественный тип многоформной экссудативной эритемы. Клиническая картина характеризуется тяжестью общей симптоматики: высокой температурой, слабостью, генерализацией процесса с поражением обширных участков кожи, слизистой оболочки полости рта, а также глаз. На слизистой оболочке полости рта отмечаются диффузная гиперемия, обширные эрозивные участки, возможны язвенное поражение и обильные пленчатые налеты, обильная саливация. Нередко вокруг носовых ходов и на губах появляются герпетические высыпания. Нередко поражение половых органов. Пузыри носят геморрагический характер.

В лечении многоформной экссудативной эритеме назначают антибиотики широкого спектра действия (в случаях инфекционно-аллергической этиологии), десенсибилизирующие средства, витаминотерапию, антигистаминные препараты. В тяжелых случаях необходима кортикостероидная терапия в сочетании с десенсибилизирующей и дезинтоксикационной терапией (изотонический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой и др.). В случаях лекарственного происхождения многоформной экссудативной эритемы важно исключение лекарственного вещества, обусловившего заболевание. При инфекционно-аллергическом генезе необходима санация очагов хронической инфекции, назначают диету с ограничением острых, копченых соленых блюд, обильное питье.

Для проведения десенсибилизирующей терапии бактериальными препаратами (лучше в период ремиссии) применяют нативный стафилококковый анатоксин (при резко положительной реакции на стафилококковый аллерген) либо соответствующие бактериальные аллергены (стрептококковый, стафилококковый или протейный).

Аллергены вводят внутрикожно 2 раза в неделю. Слизистую оболочку обрабатывают водным раствором красителя, аэрозоль-оксикортом, фурациллином и перманганатом калия. Применяют полоскания растворами календулы, 10% раствором буры в глицерине, перекиси водорода, кератопластические средства. Все манипуляции в полости рта проводятся под прикрытием обезболивающих средств (ванночки из 5-10% раствора анестезина, 1-2% раствора пиромекаина).

§2. Пузырчатка.

Различают следующие ее виды.

А. Истинная злокачественная пузырчатка. Истинная (акантолитическая), вульгарная, листовидная, себорейная.

Б. Доброкачественная пузырчатка. Собственно, неакантолитическая (буллезный пемфигоид Левера), слизисто-синехиальный атрофирующий буллезный дерматит (пузырчатка глаз), доброкачественная неакантолитическая пузырчатка слизистой оболочки только полости рта.

Для врачей - стоматологов наибольший интерес представляет вульгарная пузырчатка. При которой происходит поражение полости рта у 75% больных. При вульгарной пузырчатке патологический процесс может локализоваться изолированно в полости рта, на коже или проявляться как сочетанное поражение кожи и слизистой оболочки рта. Первичное поражение возникает на неизмененном участке. Характерным клиническим признаком пузырчатки является пузырь с серозным или геморрагическим содержимым; на его месте образуется длительно не заживающая эрозия. Видеть пузыри в полости рта удается редко. Так как они быстро вскрываются. Чаще обнаруживаются остатки бывшего пузыря. Поражаются при пузырчатке различные участки: чаще щеки, небо, губы, реже язык. В процесс могут вовлекаться слизистая оболочка носа, носоглотки, а также участки кожи лица. Размеры эрозий при пузырчатке бывают различны: от небольших до значительных; при их слиянии поражается обширная поверхность щек, языка, неба. На эрозиях, как правило. Налета нет; располагаются они на неизменной или маловоспаленной слизистой оболочке. При акантолитической пузырчатке выражен симптом Никольского: потягивание за край пузыря вызывает отслоение эпителиального покрова с участка видимо неизменной слизистой оболочки. Течение болезни, как правило, хроническое или подострое.

Для диагностики данного заболевания важное значение имеет цитологическое исследование. В мазках-отпечатках или соскобах со дна пузырей получают так называемые акантолитические клетки пузырчатки (клетки Тцанка). Они округлой формы, меньше нормальных клеток шиповидного слоя; ядро большое, цитоплазма двухслойная, светлая, перинуклеарная зона и темно-синяя периферическая. Встречаются также гигантские многоядерные клетки.

Дифференциальный диагноз истинной пузырчатки проводят с многоформной экссудативной эритемой, различными формами неаканто-

литической пузырьчатки, лекарственной аллергией, буллезной формой красного плоского лишая, герпетиформным дерматитом Дюринга.

Доброкачественная неакантолитическая пузырьчатка (только слизистой оболочки полости рта). Характеризуется отсутствием акантолиза в клетках эпителия, более доброкачественным течением. Клинически проявляется образованием субэпителиальных пузырей во рту. На фоне отека и гиперемии слизистой оболочки полости рта возникают напряженные пузыри с серозным или геморрагическим содержимым. Они быстро лопаются, образуя эрозии. В отличие от акантолитической пузырьчатки эрозии эпителизируются через 10-15 дней без образования рубцов и атрофий, но могут вновь возникать через определенное время. Излюбленной локализацией эрозий при неакантолитической пузырьчатке являются граница твердого и мягкого неба, щеки. Заболевание длится месяцы и годы, может спонтанно исчезать или переходить в акантолитическую злокачественную форму пузырьчатки. Иногда патологический процесс локализуется на десне. При этом слизистая оболочка десневого края с вестибулярной поверхности гиперемированна, отечна. Возможна кровоточивость десневого края. Как правило, симптом Никольского положительный, однако акантолитические клетки не обнаруживаются. Течение заболевания упорное и длительное.

Неакантолитическая пузырьчатка (доброкачественная). Образование субэпителиальных пузырей не сопровождается образованием акантолитических клеток, симптом Никольского отрицателен. Прогноз заболевания благоприятный, если не имеется вторичныхотяжающих осложнений. Собственно, неакантолитическая пузырьчатка наблюдается у пожилых людей, имеет хроническое течение. Начало характеризуется появлением напряженных пузырей на слизистой оболочке полости рта, реже – губ. Пузыри развиваются на гиперемированном или на неизмененном основании и могут долго не вскрываются. При вскрытии пузырей эрозии заживают без образования рубцов атрофических участков.

§3. Герпетиформный дерматит (болезнь Дюринга).

Герпетиформный дерматит (болезнь Дюринга) характеризуется полиморфизмом высыпаний: на гиперемированной и отечной коже появляются папулы, волдыри, пузыри, пузырьки, пустулы. Иногда образуются только пузыри, что придает картине болезни сходство с

пузырчаткой. Изолированного поражения слизистой оболочки полости рта не наблюдается, но наряду с поражением кожи возникают изменения в полости рта. Особенностью больных герпетическим дерматитом является их повышенная чувствительность к препаратам йода. При даче внутрь 3-5% раствора йодида калия отмечается острая, иногда генерализованная вспышка высыпаний, а при наложении на кожу мази, содержащей 50% йодида калия в тех местах, где ранее были высыпания, вновь возникают типичные высыпания для герпетического дерматита.

Слизисто-синехиальный атрофирующий буллезный дерматит (пузырчатка глаза) протекает доброкачественно, поражает слизистую оболочку глаза или полости рта с образованием рубцов. Первые пузыри могут возникнуть на слизистой оболочке полости рта. В отличие от обыкновенной пузырчатки эрозии не имеют по периферии бахромки отслаивающегося эпителия и не склонны к периферическому росту. Они не кровоточат и малоболезненны. Часто наблюдаются хронический ринит, поражение пищевода, спайки либо атрофия слизистой оболочки наружных половых органов. На кожных покровах пузыри встречаются примерно у трети больных.

Доброкачественная некантолитическая пузырчатка только полости рта не сопровождается нарушением общего состояния больного. На слизистой оболочке появляются мелкие напряженные пузыри с прозрачным либо геморрагическим содержимым, при вскрытии которых образуются малоболезненные и быстроэпителизирующиеся эрозии. Симптом Никольского, как правило, отрицательный. В период эпителизации эрозий отсутствуют рубцы, спайки, атрофии. Пузыри обычно рецидивируют на фиксированных участках.

В настоящее время для лечения пузырчатки используются большие дозы кортикостероидных гормонов (50-60 мг преднизолона в сутки с постепенным снижением дозы до поддерживающей). Широко используются комбинации кортикостероидных средств с иммунодепрессантами (метатриксат, биосупрессин и др.). при обширных эрозиях на слизистой оболочке полости рта рекомендуют ежедневные ванночки со слабым раствором перманганата калия, лактата этикридина, фурациллина, отваром ромашки. При поражении губ применяются окклюзионные повязки из 1-5% синтомициновой эмульсии. При резкой болезненности слизистой оболочки применяется 0,25-0,5% раствор новокаина, анестезин в комбинации с витаминсодержащими маслами (шиповника, персикового, облепихи).

§4. Врожденный эпидермолиз (врожденная пузырчатка).

Врожденный эпидермолиз (врожденная пузырчатка) начинается в раннем детстве и продолжается в течение всей жизни. Проявляется образованием вяло протекающих пузырей на местах, подвергающихся механическому трению. Чаще поражается кожа, однако в 15-20% случаев в процесс вовлекаются слизистые оболочки, в первую очередь полости рта. Пузыри чаще всего появляются на языке, но могут располагаться на слизистой оболочке щек, неба, десен, губ. На месте заживления эрозий могут возникать рубцы.

§5. Красный плоский лишай.

Высыпания при красном плоском лишае на слизистой оболочке полости рта вследствие ороговения эпителия и постоянного смачивания слюной они приобретают беловато-серый цвет. Сливаясь, папулы могут образовывать бляшки, но чаще возникает рисунок кружева, кругов, сетки, древовидных разветвлений. В связи с разнообразием клинических проявлений красного плоского лишая в полости рта принято различать следующие его формы: типичную (простая), экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную и буллезную, или пемфигоидную.

Типичная (простая) форма встречается чаще других. Папулы располагаются отдельно или в виде узоров на видимо неизменной слизистой оболочке. Часто протекает бессимптомно, но может проявляться в виде жжения, усиливающегося под влиянием раздражителей, ощущения стянутости.

Экссудативно-гиперемическая форма встречается реже. Папулы располагаются на гиперемированной слизистой оболочке. При выраженном воспалении рисунок теряет четкость. Клинически заболевание проявляется жжением или болями при воздействии различных раздражителей.

Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая характеризуется образованием эрозий, реже неглубоких язв в центре очагов поражения. Вокруг эрозий и язв резко выражена воспалительная реакция с характерным расположением папул. Возникновению эрозий и язв способствует травма слизистой оболочки полости рта. Больные жалуются на резкую болезненность под влиянием всех видов раздражителей.

Буллезная, или пемфигоидная, форма красного плоского лишая встречается редко. Характеризуется появлением во рту пузырей, по-

сле вскрытия которых образуются эрозии. По их периферии располагаются папулы.

Красный плоский лишай нередко характеризуется упорным течением. Описаны случаи перерождения красного плоского лишая в рак при длительном существовании эрозий и язв. Диагноз основывается на анамнезе и осмотре слизистой оболочки полости рта и кожных покровов. Рекомендуется применять дексаметазон по 2,5-3 мг в сутки в течение 4-6 нед, комбинации преднизолона (20-30 мг/сут) с далагиллом (1-2 таблетки в сутки) в течение 4-6 нед. Лечение проводится под контролем состава крови и артериального давления. Наилучший терапевтический эффект при лечении экссудативно-типеремической и эрозивно-язвенной форм заболевания наблюдается при терапии, включающей стероиды, антималярийные препараты, гистоглобулин или пирогенал и средства симптоматического действия. Инъекции стероидных средств под элементы поражения дают лишь временный эффект. При показаниях необходимо иссечение элементов поражения.

§6. Псориаз

Псориаз, или чешуйчатый лишай часто встречающееся хроническое заболевание кожи, характеризующееся наличием мономорфной сыпи в виде узелков. Излюбленная локализация высыпаний – разгибательные поверхности конечностей, локтевые и коленные суставы. Иногда в процесс вовлекается слизистая оболочка полости рта. Очаги поражения располагается на слизистой губ, преимущественно нижней, и в углах рта в виде ограниченных шелушащихся чешуйчатых наслоений. Поверхность слизистой оболочки под ними мелкобугристая, более плотная, слегка выступает над общим уровнем.

§7. Красная волчанка.

Очаговая красная волчанка возникает на коже лица, а затем распространяется на красную кайму губ и слизистую оболочку полости рта. Изолированные поражения слизистой оболочки встречаются реже. В полости рта изолированно такие элементы поражения чаще встречаются на десне в области резцов и клыков, на верхней губе и твердом небе. На красной кайме губ различают три формы хронической очаговой, или дискоидной, красной волчанки: 1) типичную; 2) без клинически выраженной атрофии и гиперкератоза; 3) эрозивно-язвенную. При типичной

форме красной волчанки на красной кайме губ образуются очаги овальных очертаний. Поверхность поражения сухая, багрово-красного цвета, со стойко расширенными сосудами и ясно выраженным инфильтратом. Очаги покрыты ровным налетом с плотно сидящими чешуйками, при насильственном удалении которых появляются кровотоочивость и значительная болезненность. В центре поражения отмечается атрофия красной каймы губ и кожи. Форма красной волчанки без клинически выраженной атрофии и гиперкератоза характеризуется возникновением на красной кайме губ диффузной застойной гиперемии с чешуйками на их поверхности, которые довольно легко отслаиваются. Выраженный гиперкератоз отсутствует. Эрозивно-язвенная форма красной волчанки на красной кайме губ проявляется резко выраженным воспалением, очаги ярко-красного цвета, отечные, эрозии и трещины покрыты кровянисто-гнойными корочками. Больные жалуются на жжение и зуд. После заживления на месте очагов поражения остаются атрофические рубцы. Красную волчанку дифференцируют с лейкоплакией, красным плоским лишаем, актиническим хейлитом, абразивным преканцерозным хейлитом. Известны случаи, когда длительно существовавшие очаги красной волчанки, особенно красной каймы губ, чаще подвергающейся раздражению, перерождались в рак.

Методом лечения является применение антималярийных препаратов и поливитаминов. При отсутствии эффекта добавляют кортикостероиды. Хингамин назначают по 0,25 г 2 раза в день после еды в течение 10 дней. Курс повторяют после 2 – 3-дневного перерыва в зависимости от клинического течения заболевания. Преднизолон назначают по 10-20 мг в сутки, под контролем клинико-лабораторных анализов. Неплохое действие оказывает обкалывание участков поражения 5-10% раствором хингамина в количестве 1-2 мл через 2-3 дня. Обкалывание проводят в фазе стихания острых явлений. Местную терапию проводят препаратом, содержащим стероиды – преднизолоновой, синаларовой или другой мазью. Местная терапия оказывает кратковременный эффект, выражающийся в устранении острых воспалительных явлений. Профилактика заболевания заключается в защите от солнечных лучей с использованием фотозащитных кремов.

§8. Пиодермиты.

На изолированных участках слизистой оболочки полости рта встречаются поверхностные стрептококковые поражения. При этом образуются тонкостенные дряблые пузыри с серозным содержимым. Импетиго часто поражает губы, особенно углы рта (импетигиозный хейлит). Импетигиозный хейлит, или импетигиозная заеда, проявляется в виде желтоватых (медовых) корок, которые по форме больше напоминают мелкие гранулы и легко снимаются с подлежащей слизистой оболочки. Под ними обнаруживается эрозия с увлажненной поверхностью, обильным выделением лимфы. Широкое открывание рта постоянно приводит к образованию трещин и кровоточивости. Стрептококковые заеды необходимо дифференцировать с кандидозными заедами, сифилитическими папулами, заедами при арибофлавинозе и себорейной экземе.

§9. Туберкулез

Туберкулез слизистой оболочки полости рта развивается в результате проникновения туберкулезных микобактерий через поврежденный эпителий. Туберкулезный процесс чаще всего возникает как вторичное появление прогрессирующего туберкулеза легких. Поражаются главным образом постоянно травмируемые участки слизистой оболочки на щеках, языке, твердом небе и дне полости рта. На месте внедрения микобактерий туберкулеза развиваются типичные туберкулезные бугорки. После их распада вначале образуется небольшая язва, которая затем увеличивается в размере. Язва не очень глубокая, дно зернистое, края неровные, подрытые, нередко отечные и мягкие на ощупь. При локализации на языке и переходной складке язва может иметь щелевидную форму. Больные жалуются на резкую болезненность язвы; регионарные лимфатические узлы увеличены и также болезненны. Резко страдает общее состояние: наблюдаются исхудание, повышенная потливость, субфебрильная температура. Характерны изменения в лейкоцитарной формуле крови, повышена СОЭ. Туберкулезную язву следует дифференцировать с сифилитической, травматической и трофической язвами, а также раком полости рта. Решающим в постановке диагноза является цитологическое исследование, при котором в соскобах с язв определяются гигантские клетки Лангханса и эпителиальные клетки. Лечение проводится в специализированных медицинских учреждениях. Боль-

шое внимание уделяется санации полости рта, устранению всевозможных травмирующих слизистую оболочку агентов.

§10. Лепра

Лепрозный процесс в толще слизистой оболочки носа может распространяться на слизистую оболочку твердого неба; поражение кожи губ может распространяться вследствие контактного роста лепрозных элементов на слизистую оболочку губ и преддверие рта. Лимфатическое метастазирование осуществляется по лимфатическим путям. Анатомическая связь лимфатических сосудов полости носа и мягкого неба определяет локализацию лепрозных поражений в задней трети неба. По лимфатическим анастомозам происходит распространение лепрозной инфекции в различные отделы полости рта. Не исключено гематогенное и интраканаликулярное метастазирование палочки Ганзена соответственно через верхне-челюстную артерию и трахею и глотку. Проявление лепры полости рта весьма разнообразно по клинической картине. Лепрозные поражения слизистой оболочки полости рта претерпевают 4 стадии развития: инфильтрацию, бугорки, язвы, рубцы. Нередко в полости рта одного больного можно наблюдать все 4 стадии лепрозного поражения. Несмотря на полиморфизм проявления лепрозного поражения, каждая из стадий характеризуется определенными признаками. Лепрозное поражение рта начинается с образования ограниченного инфильтрата. Слизистая оболочка утолщается и возвышается, принимает серо-белую, а иногда темно-синюю окраску. В отличие от кожных покровов инфильтрация слизистой оболочки полости рта расположена поверхностно. В продолжении лепрозного процесса на слизистой оболочке полости рта развиваются бугорки диаметром 0,1-0,5 см, располагающиеся бессистемно. Вначале они плотные, в дальнейшем размягчаются. Их цвет вначале матово-розовый, светлее окружающей слизистой оболочки, поверхность блестящая. Гистопатологически бугорки представляют ограниченные друг от друга инфильтраты, состоящие из эпителиоидных клеток с обильным количеством микобактерий. Места локализации бугорков – твердое и мягкое небо, язык и губы. Язвенная стадия развития лепрозного поражения является следствием распада бугорков, однако бугорки иногда не изъязвляются и при регрессировании рубцуются. Язвы вначале своего развития располагаются на бугорках и имеют небольшие размеры. Ос-

нование их бугристое, серо-белого цвета, края неравномерно приподняты, мягкой консистенции. В выделяемом язв большое количество микобактерий Ганзена. При прогрессировании изъязвления возможно повреждение подлежащих костных структур в основании язвы, что особенно бывает заметно при локализации язв на деснах (развивается пародонтоз). Стадия рубцевания может развиваться без предшествующего изъязвления бугорков, когда инфильтрат бугорков размягчается и замещается соединительной тканью, однако рубцевание чаще является следствием заживления язв. Лепрозные рубцы круглые или в виде полос – лучистые, гладкие, блестящие, белого цвета. В зависимости от размеров и локализации рубцов могут отмечаться деформации мягких тканей (мягкого неба, язычка и т.д.). Патогистологически рубцовая соединительная ткань бедна клеточными элементами, содержит остатки лепрозного инфильтрата. В зависимости от локализации патологического процесса отмечаются особенности лепрозного поражения. Микобактерии лепры могут попасть на губы через поцелуй, пищевые продукты, посуду и т.д., однако лепра губ наблюдается при наличии лепрозных элементов в других органах. Часто поражаются обе губы вместе. Отмечается сильно выраженный инфильтрат, образующий лепрозный элевантиаз. Губа становится плотной, утолщенной, малоподвижной. Кожа губ и красная кайма не отличаются друг от друга по цвету либо губа принимает бледно-желтый цвет, иногда красная кайма имеет синюшный оттенок. Лепрозные изменения на слизистой оболочке губ начинаются с диффузной красноты, появления синюшных пятен; эпителий утолщается. Лепрозные бугорки, резко выраженные на красной кайме губ, на внутренней поверхности губ встречаются реже и располагаются в подслизистом слое. Они долгое время остаются без изменений, но при изъязвлении образуют поверхностные безболезненные язвы. Отделимое язв ссыхается, образуя светло-желтые корки. Рубцевание язвенных поражений сопровождается деформацией губ, губа истончается, ротовое отверстие сужается.

Лепрозные изменения на деснах чаще обнаруживаются на верхней челюсти и появляются после поражения других органов. Лепрозные поражения десен развиваются чаще вследствие контактного метастазирования. Десневой край может служить воротами для инфекций благодаря наличию десневых карманов, частичной отслойке и травме десневого края. Лепрозное поражение начинается с инфильтрации, десна набухает, становится рыхлой, красной, иногда

цианотичной, кровоточит, безболезненна. В последующем слизистая оболочка десны принимает матовый оттенок, на ее поверхности образуются эрозии, которые в последующем рубцуются, что приводит к сморщиванию десневого края и ретракции десны, сопровождающейся обнажением корней зубов. При поражении кости альвеолярного отростка развивается лепрозный пародонтоз. Лепрозное поражение твердого и мягкого неба развивается вслед за поражением кожи и слизистой оболочки носовой полости. Начальные инфильтративные изменения твердого неба в последующем сопровождаются появлением зернышек или бугорков диаметром 0,1 см, напоминающих высыпания при туберкулезе. Они изъязвляются. На мягком небе поражение начинается с гиперемии, переходящей в инфильтрат. Язычок инфильтрируется, набухает и увеличивается одновременно с мягким небом. На инфильтрированных участках появляются беловато-серые бугорки. Частой локализацией бугорков является передняя поверхность язычка. Бугорки распадаются с образованием язвочек, которые в последующем сливаются, образуя сплошную язвенную поверхность серо-белого цвета. Изъязвление нередко разрушает часть или весь язычок; на твердом небе оно сопровождается повреждением кости, что приводит к образованию сообщения полости рта с полостью носа. Однако обычно язвенный процесс на твердом и мягком небе заканчивается рубцеванием. Рубцы круглые или плоские, чаще в виде лучистых или звездчатых полос. Они бывают поверхностные, блестящие, беловатого цвета. Рубцы на мягком небе часто образуют дугу, выпуклой поверхностью обращенную вперед. Рубцевание мягкого неба заканчивается нередко его деформацией. Лепрозное поражение языка развивается вслед за лепрозными изменениями в глотке. Элементом поражения является бугорок, располагающийся на спинке языка по средней линии. На боковых поверхностях языка бугорки наблюдаются редко. Язык инфильтрируется, увеличивается в размере, его подвижность затруднена, речь становится невнятной. На инфильтрированной поверхности языка бугорки плотные, поверхность их плоская, основание широкое; поверхность бугорков блестящая и бывает покрыта беловатым налетом вследствие слущивания эпителия. Проникновение бугорков в толщу языка, образование на спинке языка валикообразных возвышений с глубокими бороздами приводят к развитию лепрозного глоссита. При язвенном распаде бугорков образуются язвы с зубчатыми, подрывными, инфильтрированными краями, неглубоким, шероховатым, по-

крытым серым налетом дном. При регрессировании лепрозных поражений образуются рубцы (бледные, блестящие, поверхностные), имеющие различную форму. Лепрозные поражения слизистой оболочки щек встречаются редко, бугорки располагаются в линии смыкания моляров и на ретромолярных участках.

В диагностике заболевания важное значение имеет отсутствие болезненности даже выраженных лепрозных поражений (объясняется поражением чувствительных нервных волокон). как правило, лепрозные изменения слизистой оболочки полости рта появляются вслед за поражением кожи и слизистой носовой полости. Микроскопирование отделяемого язв, гистопатологическая диагностика позволяют обнаружить микобактерии Ганзена и специфические лепрозные клетки.

Дифференциальный диагноз проводится с различными формами стоматитов, неспецифических изъязвлений, поражениями слизистой оболочки полости рта при туберкулезе, сифилисе, опухолевыми поражениями.

Лепрозные поражения слизистой оболочки полости рта лечат в специально оборудованных стоматологических кабинетах при лепрозориях с учетом контагиозности лепры. Санация и гигиена полости рта – неперенные мероприятия до и после появления лепрозных поражений.

§11. Простой герпес.

Простой герпес вызывается вирусом и поражает кожу, слизистые оболочки полости рта, глаз, половых органов и т.д. Клинически в полости рта герпетическая инфекция проявляется в двух формах: 1) хронический рецидивирующий герпес; 2) острый герпетический (острый афтозный) стоматит – первичная герпетическая инфекция.

Хронический рецидивирующий герпес проявляется высыпанием одиночных или группы тесно расположенных мелких пузырьков на красной кайме губ, коже губ, крыльях носа, а также на слизистой оболочке переднего отдела неба, глаза, половых органов. Как правило, возникновение элементов герпеса в указанных участках сопровождается жжением, а появление эрозивных поверхностей вызывает болезненность вследствие действия внешних раздражителей.

§12. Острый герпетический (острый афтозный) стоматит.

Острый герпетический (острый афтозный) стоматит часто встречается как у взрослых, так и у детей. В последнее время острый герпетический стоматит рассматривают как проявление первичного инфицирования вирусом простого герпеса в полости рта. В связи с тем что при данной вирусной инфекции в отличие от других герпетических заболеваний, проявляющихся на слизистой оболочке полости рта, элементы поражения напоминают афты (афтозные элементы), многие авторы рассматривают это заболевание как острый афтозный стоматит инфекционного происхождения. Характерным элементом поражения слизистой оболочки полости рта при остром герпетическом стоматите является афта, возникающая на фоне катарального воспаления слизистой оболочки. Заболевание контагиозно для лиц, ранее не инфицированных вирусом. Болеют чаще дети, а также лица молодого возраста. Болезнь протекает по типу острого инфекционного процесса с высокой температурой и выраженными нарушениями общего состояния. В патогенезе заболевания наблюдаются четыре периода: продромальный, катаральный, высыпаний и угасания болезни. По тяжести различают легкую, среднетяжелую и тяжелую формы. При легкой форме симптомы интоксикации организма отсутствуют. Болезнь начинается с повышения температуры до 37-37,5 С при удовлетворительном общем состоянии. Слизистая оболочка рта, особенно десневого края, отечна, гиперемирована. На различных ее участках появляются почти одновременно в течение суток одиночные или сгруппированные (2-3) небольшие афты. Эпитализация их наступает быстро; новых высыпаний обычно не наблюдается.

Среднетяжелая форма болезни характеризуется выраженными симптомами токсикоза. В продромальном периоде наблюдаются недомогание, слабость, головная боль, тошнота, исчезает аппетит. Температура тела достигает 38-38,5 С. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Слизистая оболочка отечна, гиперемирована, слюна вязкая, тягучая. На 4-5-й день заболевания появляются множественные высыпания афтозных элементов.

При тяжелой форме острого герпетического стоматита в продромальном периоде выражены все признаки инфекционного заболевания: апатия, адинамия, головная боль, тошнота, иногда рвота и др. В катаральном периоде болезни температура повышается до 39-40 С. Слизистая оболочка отечна, гиперемирована и покрыта большим ко-

личеством афтозных элементов, которые рецидивируют. Поражаются губы, щеки, язык, небо, десневой край. Если уход за полостью рта недостаточный, катаральный гингивит может перейти в язвенный. В крови определяется лейкопения, увеличивается количество палочко-ядерных нейтрофилов, реакция слюны кислая (рН 5,8-6,4). Цитологически в мазках-отпечатках удается выявить полиморфноядерные нейтрофилы в различной стадии некробиоза и лимфоциты.

§13. Опоясывающий лишай (herpes zoster, zona).

Опоясывающий лишай (herpes zoster, zona) вызывается вирусом, идентичным вирусу ветряной оспы. Полагают, что вирус опоясывающего лишая отличается нейротропными свойствами и способностью распространяться по нервным стволам. Первоначально он развивается в нервных ганглиях. Передается вирус контактным или воздушно-капельным путем. Заболевание возникает чаще осенью и зимой. Проявляется оно недомоганием, головной болью, ознобом, повышением температуры до 38-39 °С. Иногда общие симптомы заболевания отсутствуют. Одновременно с этими симптомами появляются невралгические боли по ходу II-III ветвей тройничного нерва. Через 1-4 дня появляются эритематозно-везикулярные высыпания на коже и слизистой оболочке полости рта по ходу пораженных чувствительных нервов. Для опоясывающего лишая характерна односторонность высыпаний элементов. В полости рта, чаще на фоне обычной или слегка отечной и гиперемизированной слизистой оболочки, появляются множественные пузырьки, диаметр которых не превышает 1-2 мм. Располагаются они в виде цепочки или гирлянд. Пузырьки вскоре лопаются, и на их месте возникают эрозии сначала без налета, а затем покрытые незначительным количеством фибринозного налета. По периферии элементов имеется гиперемизированный ободок (по типу афт). Эрозии резко болезненны и почти никогда не сливаются. Наряду с поражением слизистой оболочки возможно поражение кожи соответственно зоне иннервации той или другой ветви тройничного нерва. На месте лопнувших пузырьков на коже вскоре образуются корочки, а после их отпадения – рубец. Возникновение элементов сопровождается резкой болезненностью, усиливающейся при еде, разговоре. Регионарные лимфатические узлы увеличены. При более тяжелом течении не исключается развитие лимфаденита.

§14. Вирусные бородавки

Вирусные бородавки развиваются при локальном внедрении вируса. Поражают в основном кожу, но иногда могут располагаться и непосредственно в полости рта. Обычно наблюдаются единичные или множественные бородавки, расположенные на губах, деснах, твердом небе. Как правило, они не причиняют беспокойства больным, но иногда возникает зуд или даже болезненность в местах их появления. Вирусные бородавки представляют собой небольших размеров образования, выступающие над уровнем слизистой оболочки. Поверхность вершин их мелкозерниста.

§15. Кандидоз.

Кандидоз вызывается патогенными грибами рода *Candida* (*Oidium*, *Monilia*). Дрожжевые грибы широко распространены в природе. В норме они являются сапрофитами и в неактивной форме часто встречаются в полости рта. При определенных условиях они могут становиться патогенными. На протяжении многих лет изучение дрожжеподобных поражений слизистой оболочки полости рта было связано с молочницей у детей. Затем была изучена клиника дрожжевых поражений.

Клинически проявления кандидоза отличаются большим разнообразием, что зависит от ряда факторов: вида гриба, возраста больного, защитных сил организма. Имеет значение наличие других патологических процессов в полости рта (туберкулез, рак, пузырчатка) а также сопутствующие заболевания (диабет, болезни системы крови и др.), прием лекарственных веществ (антибиотики, кортикостероиды и др.). Отягощающими факторами являются и биохимические сдвиги в средах организма, недостаток витаминов, особенно С и группы В, хронические травмирующие факторы во рту. Доказано скопление колоний паразитирующего гриба *Candida albicans* и др. На прилегающих к слизистой оболочке поверхностях съемных протезов из акриловых пластмасс. Различают острую и хроническую формы кандидоза полости рта. Острая форма – острый псевдомембранозный кандидоз (молочница), самая частая форма поражения. Проявляется образованием белых или синевато-белых пятен на слизистой оболочке полости рта. Иногда налет напоминает творожистое образование, скопление которого на различных участках неодинаково. Особенно оно выражено в ретенционных зонах. Картина рисунка постоянно меняется вследствие постоянной вегетации

и механического удаления во время приема пищи. В легких случаях заболевания пятна легко соскабливаются, после чего под ними обнаруживается гиперемизированный участок (эритема). В тяжелых случаях образуется плотный налет, который соскабливается с трудом, обнажая эрозивную и кровоточащую поверхность. Белесоватый налет при грибковом стоматите состоит из десквамированных клеток эпителия, кератина, фибрина, остатков пищи, бактерий, нитей мицелия. Поражаются все участки слизистой оболочки, но чаще щеки, небо, язык, губы. Процесс может распространяться на гортань, глотку и пищевод. Такая клиническая картина наблюдается в тех случаях, когда причиной молочницы является грибок *Candida albicans*. Если среди грибковой флоры преобладает грибок *Pseudo tropicalis*, то на слизистой оболочке полости рта определяется пленчатый налет. Если острый псевдомембранозный кандидоз не лечить, он может перейти в острую атрофическую форму, при которой возникают сильная болезненность, жжение и сухость в полости рта. В таких случаях слизистая оболочка рта резко гиперемизирована, огненно-красного цвета, сухая. Хронический гиперпластический кандидоз характеризуется появлением на гиперемизированной слизистой оболочке полости рта плотно спаянных бляшек, иногда с неровной поверхностью. Часто налет располагается на спинке языка в области, типичной для ромбовидного глоссита. При хроническом атрофическом кандидозе может поражаться слизистая оболочка протезного ложа. Больные жалуются на сухость в полости рта. Слизистая оболочка гиперемизирована и отечна. Возможна атрофия сосочков языка. Эта форма кандидоза напоминает простую или веррукозную лейкоплакию. Однако в отличие от лейкоплакии налет при кандидозе хотя и с трудом, но снимается. Диагноз ставится на основании исследования соскоба под микроскопом и обнаружения спор или мицелия грибов. Правильность диагноза подтверждается эффективностью противогрибковой терапии.

Условием успешной терапии является выявление и лечение патологии, особенно желудочно-кишечного тракта, нормализация углеводного обмена, лечение сопутствующих заболеваний, слизистой оболочки, на фоне которых развился кандидоз, т.е. учет патогенетических факторов. При признаках кандидоза следует отменить антибиотики, а если этого сделать нельзя, то применять их под «прикрытием» нистатина; то же самое относится к другим лекарственным средствам, могущим быть фактором патогенеза кандидоза. Необходима тщательная санация полости рта с исключением одонтогенных очагов инфекции, а также инфекционных очагов в зоне лимфоглоточного кольца.

Важным является рациональное протезирование, особенно у больных с патологией органов пищеварения и эндокринной системы. Людей, уже болевших кандидозом, не следует протезировать конструкциями из разных металлов, чтобы избежать последствий неравномерного распределения электрохимического потенциала. Несъемные протезы из нержавеющей стали следует хромировать для исключения контакта с окисляющимся припоем. В зарубежной медицинской прессе все больше рекомендуются различные покрытия базиса съемного протеза. Для лечения больных кандидозом применяются препараты йода, анилиновые красители, ряд противогрибковых средств (нистатин, леворин, трихомицин и др.). при появлении начальных признаков кандидоза слизистую оболочку полости рта обрабатывают бурой в глицерине в соотношении 5:20 (ватным тампоном 3 раза в день после еды). С целью нейтрализации кислой среды полости рта рекомендуется полоскание 2-3% раствором соды 5-6 раз в день. Нистатин целесообразно назначать в виде водной суспензии, особенно детям (содержит 250 000 ЕД нистатина); суспензию нужно задерживать во рту. При поражении губ и углов рта применяют также 30% прополисную мазь, которая наносится тонким слоем на 10-15 мин 3-4 раза в день. Анилиновые красители применяют в виде 1-2% водного раствора, чередуя их для предупреждения привыкания грибов к препарату. Перед употреблением красителей слизистую оболочку высушивают. Положительный эффект оказывают следующие составы: бриллиантовый зеленый 2,0 мл, генциановый фиолетовый 1,0 мл, лактат этакридина 0,25 мл, бензойная кислота 4,0 мл, вода 100 мл, а также смесь жидкости Кастеллани и водных солей нафтенных кислот. При кандидамикотических глосситах и стоматитах назначают карамели, содержащие декамин, в течение 2-3 недель. Для смазывания губ (при хейлите и заеде) можно применять 2-5% мазь каприлата аммония. Применяют и 3% водно-глицериновый раствор карбалкината в виде аппликаций и протирания поврежденных участков слизистой оболочки в течение 2-3 недель. Смоченные карбалкином стерильные марлевые салфетки накладывали на пораженные участки слизистой оболочки полости рта на 10-20 мин 3 раза в день в течение 19-22 дней.

В комплексном лечении кандидоза необходимо применение десенсибилизирующих и антигистаминных средств (хлорид кальция 10%, димедрол, супрастин, диазолин). Для ощелачивания среды полости рта и задержки роста грибов можно применять окись магния. Для терапии хронической формы кандидоза применяются поливалентные моновалентные вакцины, аутовакцины. В 1 мл вакцины со-

держится 200 млн. дрожжевых клеток, убитых при температуре 70° С в течение часа. Вакцины вводят внутривенно (0,1-0,2-0,3-0,5-0,8-1,0 мл) либо внутримышечно, начиная с дозы 0,1-0,3 мл с последующим повышением дозы постепенно до 2,0 мл на инъекцию. Курс – 10 инъекций, не более 2 инъекций в неделю. Курсы можно чередовать: первая половина курса проводится инъекциями внутривенно, вторая – внутримышечно. При наличии у больных кандидозной и стафилококковой инфекции вводят полиаутовакцину. При кандидозе широко применяются противогрибковые антибиотики. Нистатин назначается по 4-7 млн. ЕД в сутки, курс 5-10 дней. При генерализованном кандидозе проводится 4 курса. Натриевая соль нистатина обладает более выраженным фунгицидным свойством и применяется в виде аэрозоля при сочетании кандидоза полости рта и верхних дыхательных путей. Больным кандидозом рекомендуется комплекс витаминов, особенно витамины группы В, лактобациллин и колибактерии. Следует ограничивать продукты питания, содержащие углеводы (хлеб, кондитерские изделия, картофель). В рацион питания нужно включать гречневую крупу, цветную капусту, лук, лимоны, яблоки, молочные продукты.

Профилактика. В родильных домах профилактика кандидоза имеет особенно важное значение. С этой целью предложена дородовая санация беременных. Для профилактики кандидоза новорожденным в рот глазной пипеткой вводят суспензию нистатина (100 000 ЕД/мл); эту суспензию можно вводить на 2-5-й день жизни ребенка. Следует помнить, что кандидоз контагиозен и новорожденные, больные кандидозом, представляют опасность для окружающих детей. Поэтому большое значение имеют соблюдение строгого санитарно-гигиенического режима, своевременная дезинфекция белья и всех предметов ухода за детьми, а также предупреждение опрелости. Посуду, бывшую в употреблении у больных кандидозом, нужно кипятить в течение 10-20 мин.

В профилактике кандидоза слизистой оболочки полости рта большое значение имеют современная санация полости рта и лечение тонзиллита.

Вопросы для самоконтроля к главе 5

1. Какие изменения наблюдаются в слизистой оболочке полости рта при различных дерматозах?
2. Какие изменения отмечаются при синдроме Стивенсона-Джонсона?
3. Чем отличается синдром Стивенсона-Джонсона от синдрома Лайелла?
4. При какой форме пузырчатки чаще поражается слизистая оболочка полости рта?
5. С какими заболеваниями надо дифференцировать истинную пузырчатку?
6. Какие симптомы наблюдаются у больных пузырчаткой?
7. Какие исследования проводят для подтверждения диагноза пузырчатка?
8. Как протекает клиническая картина доброкачественной неакантолитической пузырчатки?
9. Расскажите клиническую картину герпетиформного дерматоза Дюринга.
10. Клиническое течение пузырчатки глаза (слизисто-синехиальный атрофирующий буллезный дерматит).
11. Расскажите клинику врожденной пузырчатки (врожденный эпидермолиз).
12. Расскажите клинику различных форм красного плоского лишая.
13. Дифференциальная диагностика красного плоского лишая.
14. Особенности течения красной волчанки с поражением слизистой оболочки и губ.
15. Какими препаратами лечат красную волчанку.
16. Расскажите клиническую картину импетигиозной заеды.
17. Особенности течения туберкулёза слизистой оболочки ротовой полости.
18. Поражения слизистой оболочки полости рта у больных лепрой.
19. Дифференциальная диагностика лепры.
20. Особенности клинического течения вирусных дерматозов с поражением слизистой оболочки полости рта.
21. Кандидозы слизистой оболочки полости рта.
22. Особенности лечения кандидоза полости рта.

Темы для рефератов и докладов к главе 5

1. Особенности изменений в слизистой оболочке полости рта при различных дерматозах.
2. Клиническое течение акантолитической пузырчатки с поражением слизистой оболочки полости рта.
3. Современные методы лечения акантолитической и неакантолитической пузырчатки.
4. Лепра с поражением полости рта.
5. Герпесы с профилактикой будущего.
6. Лечение вирусных дерматозов с поражением слизистой оболочки полости рта.
7. Особенности течения поражений слизистых оболочек у больных кандидозом.
8. Современная терапия кандидоза слизистых оболочек полости рта.

Тестовые задания к главе 5

1. Характерный симптом для многоформной экссудативной эритемы:
 - 1) Симптом Никольского
 - 2) Симптом «Яблочного желе»
 - 3) Симптом «Птичьего глаза»
 - 4) Симптом «Груши»
2. Укажите форму диссеминированного кожного туберкулёза:
 - 1) Лихеноидный туберкулёз
 - 2) Туберкулёзная волчанка
 - 3) Скрофулодерма
 - 4) Индуративная эритема Базена
3. Укажите патогномичный для туберкулезной волчанки проявление:
 - 1) признак Пospelова
 - 2) симптом Ядоссона
 - 3) Феномен Кебнера
 - 4) сетка Уикхема

4. Укажите заболевание, с которым необходимо дифференцировать туберкулезную волчанку:

- 1) Красный плоский лишай
- 2) Дискоидная красная волчанка
- 3) Розовый лишай Жибера
- 4) Склеродермия

5. Укажите первичный морфологический элемент, характерный для лепраматозного типа лепры:

- 1) Пузырь
- 2) Узел
- 3) Папула
- 4) Пустула

6. Укажите тип реакции пробы у больных лепроматозным типом лепры:

- 1) Проба Ядассона
- 2) проба Минора
- 3) Проба Бальцера
- 4) Проба Никольского

7. Укажите типичную форму псориаза:

- 1) Нуммулярная
- 2) эксудативная
- 3) интертригинозная
- 4) Псориатическая эритродермия

8. Укажите клинический признак, нехарактерный для прогрессирующей стадии псориаза:

- 1) Расширение периферического края роста
- 2) Псевдолейкодерма
- 3) Положительная изоморфная реакция Кебнера
- 4) Милиарные папулы

9. Где располагаются высыпания при пустулёзном псориазе типа Барбера?

- 1) Локтевой сустав
- 2) Волосистая часть головы
- 3) ладони и подошвы
- 4) туловище

10. Укажите характерный для красного плоского лишая первичный морфологический элемент:

- 1) эпидермальная папула
- 2) эпидермодермальная папула
- 3) дермальная папула
- 4) бугорок

11. Укажите заболевание, с которым нет необходимости дифференцировать красный плоский лишай:

- 1) псориаз
- 2) Лихеноидный туберкулёз кожи
- 3) Сифилитическая папула
- 4) розовый лишай Жибера

12. Не характерный вторичный морфологический элемент для истинной пузырчатки:

- 1) Рубец
- 2) пигментация
- 3) эрозия
- 4) корка

13. Укажите разновидность истинной пузырчатки при котором появление пузыря незаметно:

- 1) Вульгарная
- 2) Себорейная
- 3) вегетирующая
- 4) листовидная

14. С каким заболеванием не дифференцируются истинная пузырчатка?

- 1) Розовый лишай Жибера
- 2) Герпетиформный дерматоз Дюринга
- 3) Синдром Лайелла
- 4) Пемфигоид Левера

15. Характерный признак герпетиформного дерматоза Дюринга:

- 1) Обнаружение акантолитических клеток на мазке
- 2) Понижение количества хлоридов в моче
- 3) накопление IgG на сосочковом слое эпидермиса
- 4) накопление IgA на базальной мембране

16. Не характерный первичный морфологический элемент для герпетиформного дерматоза Дюринга:

- 1) Эритематозное пятно
- 2) Везикула
- 3) Пигментное пятно
- 4) Волдырь

17. Не характерный признак при многоформной экссудативной эритеме:

- 1) Заразность
- 2) Острое течение
- 3) полиморфизм элементов
- 4) сезонность

18. С каким заболеванием не дифференцируются синдром Стивенса-Джонсона:

- 1) Розовый лишай Жибера
- 2) Синдром Лайелла
- 3) Вульгарная пузырчатка
- 4) Герпетиформный дерматоз Дюринга

19. Не входит в клиническую разновидность хронической красной волчанки:

- 1) Диссеминированная
- 2) Болезнь "белых пятен"
- 3) Центробежная эритема Биета
- 4) форма Ирганга-Капоши

20. Укажите характерный вторичный морфологический элемент при хронической красной волчанки:

- 1) Эрозия
- 2) вегетация
- 3) Корка
- 4) Гиперпигментация

21. При синдроме Стивенса-Джонсона пузыри носят ... характер.

- 1) Геморрагический
- 2) Серозный
- 3) Гнойный
- 4) Экссудативный

22. Для лечения больных синдромом Стивенса-Джонсона не применяют:

- 1) Кортикостероиды
- 2) Десенсибилизирующие
- 3) Дезинтоксикационная терапия
- 4) Антималарийные

23. Слизистые оболочки при синдроме Стивенса-Джонсона не обрабатывают:

- 1) Водными растворами красителя
- 2) Аэрозоль-оксикортом
- 3) Фурациллином
- 4) Спиртовыми растворами красителя

24. Доброкачественной пузырьчатке не относится:

- 1) Буллёзный пемфигиод Левера (неакантолитическая)
- 2) Синдром Сенира-Ашера
- 3) Пузырчатка глаз
- 4) Доброкачественная неакантолитическая пузырьчатка слизистой оболочки только полости рта.

25. Какой формы слизистых оболочек красного плоского лишая не различают:

- 1) типичную
- 2) экссудативно-гиперемическую
- 3) пемфигиодную
- 4) геморрагическую

26. Редкая локализация псориаза:

- 1) Очаг поражения на слизистой нижней губы и в углах рта
- 2) Разгибательные поверхности конечностей
- 3) Локтевые суставы
- 4) Коленные суставы

27. Какой формы красной каймы губ дискоидной красной волчанки не различают:

- 1) Типичную
- 2) Без клинически выраженной атрофии и гиперкератоза
- 3) Эрозивно-язвенную
- 4) Вульгарную

28. Какой форме бывает язва при туберкулёзе слизистой оболочки при локализации на языке:

- 1) Щелевидной
- 2) Овоидной
- 3) Округлой
- 4) Твердой

29. Возбудителем лепры является:

- 1) Микобактерия Ганзена
- 2) Микобактерия Коха
- 3) Бледная трепонема
- 4) Тельца Боровского

30. Простой герпес клинически в полости рта проявляется двух формах:

- 1) Хронический рецидивирующий герпес и острый герпетический стоматит
- 2) Буллёзный рецидивирующий герпес и простой герпес
- 3) Геморрагический герпес и серозный герпес
- 4) Гнойный герпес и острый язвенный стоматит

31. По тяжести течения острый афтозный стоматит не бывает:

- 1) Легкий
- 2) Среднетяжелый
- 3) Тяжелый
- 4) Подострый

32. Препараты, применяемые для лечения кандидоза:

- 1) Флуконазол, нистатин, леворин
- 2) Пенициллин, ампициллин, амоксациклин
- 3) Ацикловир, валцикловир, гиповир
- 4) Делагил, плаквенил, аминохинол

Ситуационные задачи к главе 5

Задача №1. Больная А., 20-х лет, студентка, обратилась к врачу с жалобами на высыпания в области лица, которые появились впервые летом 3 года назад после длительного пребывания на солнце.

При осмотре: на коже спинки носа и щек имеются розово-красного цвета пятна, с четкими границами, напоминающие "бабочку", на поверхности их серовато-белого цвета плотно сидящие чешуйки. В центре очагов - рубцовая атрофия, по периферии очагов телеангиэктазии, гиперпигментация.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования следует провести?
3. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз
4. Наметьте план лечения.

Задача №2. Больной Д., 28 лет, шофёр, обратился к врачу по поводу высыпаний на коже лица, груди, умеренного зуда. Заболел впервые 3 месяца назад.

При осмотре на коже щек, волосистой части головы, открытой части груди, шеи множество розово-красного цвета пятен, бляшек величиной от чечевицы до монеты, границы очагов четкие. На поверхности большинства очагов поражения имеются плотно сидящие серого цвета чешуйки, которые при поскабливании снимаются с трудом, вызывая болезненность.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Какие специальные дерматологические исследования надо провести для подтверждения диагноза?
3. Перечислите основные группы медикаментов для лечения красной волчанки.
4. Нуждается ли пациент в рациональном трудоустройстве и почему?

Задача №3. Больная М., 27 лет обратилась к ВОП с жалобами на общую слабость, раздражительность, повышение температуры, боли в суставах и высыпания на коже. Подобное патологическое состоя-

ние наступило через месяц после родов. В анамнезе есть указание на дискоидную красную волчанку.

Объективно: температура 37,8° С, на коже носа, щек, груди розово-красного цвета бляшки, покрытые сероватого цвета плотно сидящими чешуйками, в центре очагов рубцовая атрофия. На ногтевых фалангах (ладонной поверхности) имеются пятна розово-синюшного цвета. Мелкие суставы (кистях, стоп, лучезапястные, локтевые) отечны, кожа над ними гиперемирована, функция их нарушена.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Каких органов следует исследовать?
4. Ваша тактика лечения.

Задача №4. Больная Н., 28 лет – рабочая фермера, страдает дискоидной формой красной волчанки в течение 3-х лет. Последнее обострение наступило летом этого года.

Дерматологический статус: на коже левой щеки бляшка розово-красного цвета, с четкими границами, в центре рубцовая атрофия, по периферии очаг покрыт плотно сидящими серыми чешуйками.

Вопросы:

1. Какие из перечисленных ниже препаратов назначите больной? Почему? В какой дозе?
а/ пенициллин; б/ сульфадимезин; в/ стафилококковая вакцина; г/ делагил; д/ преднизолон; е/ димедрол;
2. Какие препараты из выше описанных не назначаются и почему?
3. Нуждается ли больная в диспансерном наблюдении?
4. Перечислите основные звенья диспансерного наблюдения.

Задача №5. Больная К., 50 лет обратилась к дерматологу с жалобами на поражение кожи лица. Больна в течение пяти месяцев. За помощью не обращалась.

Объективно: на коже щеки слева определяются бугорки, размером до горошины, цвет коричневатого-красный, консистенция тестоватая, поверхность первичного элемента гладкая, блестящая, на поверхности отмечается незначительное шелушение, бугорки расположены изолированно.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какое специфическое дерматологическое исследование нужно провести для подтверждения диагноза?
3. Ваша дальнейшая тактика.

Задача №6. Больной 40 года, 8 лет страдал кожным заболеванием. Высыпания постоянные, локализуются на коже локтей, коленей и волосистой части головы. В летнее время высыпания распространяются на кожу туловища и нижних конечностей. Последнее обострение – 14 дней назад.

Объективно: на коже волосистой части головы, туловище и конечностях обильное количество папул и бляшек ярко-розового цвета, с четкими границами округлых и фестончатых очертаний, покрытых серебристо-белыми чешуйками. На местах расчесов наблюдаются новые высыпания. Субъективно зуд.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования надо провести для постановки окончательного диагноза?

Задача №7 Больная А., 40 лет, обратилась к врачу по поводу высыпаний на коже лица, конечностей.

При осмотре: на коже щек, лба, предплечий, паховых и подмышечных складках на резко гиперемизированном фоне имеется множество папул величиной от просыаного зерна до горошины, папуловезикулы располагаются сгруппировано. Субъективно: сильный зуд в очагах поражения.

Вопрос:

1. Ваш предварительный клинический диагноз.
2. Какие специальные дерматологические исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. Какие лабораторные исследования следует провести?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Назначьте лечение.

Задача №8. Больной С., 53 лет, получил курс лечения в условиях стационара по поводу, крупнопузырной формы дерматоза Дюринга, с упорным течением, трудно поддающийся терапии. Врач стаци-

онара рекомендовал пациенту в амбулаторных условиях продолжить прием поддерживающей дозы дапсон - 0,05 в сутки и обследование для исключения патологии внутренних органов.

Вопросы:

1. Какие лабораторные исследования необходимо регулярно проводить при лечении сульфоновых препаратов?
2. К каким специалистам направите больного для исключения патологии внутренних органов?

Задача №9. Больной К., 57 лет, поступил повторно в стационар в связи с обострением герпетиформного дерматоза Дюринга.

При осмотре: на коже разгибательной поверхности предплечий, голеней, живота на отечном, эритематозном фоне сгруппировано располагаются пузырьки, пузыри величиной от вишни до сливы, эрозии, корки. Субъективно: выраженный зуд, жжение.

Вопросы:

1. Какие из перечисленных ниже медикаментов можно назначить больному? В какой дозе? а) ДДС, авлосульфон, дапсон; б) полькортолон; в) йодистый калий; г) витамины (групп В, А, С).
2. Какие из перечисленных выше медикаментов назначить нельзя? Почему?
3. Какую диету рекомендуют пациенту?

Задача №10. На прием к врачу терапевту обратился больной, 50 лет, с жалобами на резкие боли в левой половине грудной клетки. Болен 5 дней, боли постепенно усиливаются.

При осмотре на коже левой половины грудной клетки, в области сердца по ходу межреберных нервов располагается линейный очаг поражения. Кожа в нем отечна, гиперемирована. На этом фоне располагаются множественные сгруппированные везикулы с прозрачным содержимым, отмечается появление свежих высыпаний.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какое необходимо назначать лечение?

Задача №11. Врач-хирург при лечении ожогового больного 56 лет, обратил внимание на отсутствие болевой реакции у пациента на перевязках.

Из анамнеза: служил в Каракалпакии в течение 10 лет, затем после авиакатастрофы был комиссован, и переведен на наземную службу в гражданскую авиацию, разведен.

Дерматологический статус: При исследовании больного выявлено резкое снижение болевой, температурной и тактильной чувствительности по всему кожному покрову утолщение и болезненность локтевых нервов, легкая атрофия мышц предплечий и голеней, инфильтраты в надбровных областях и мочках ушей, амимичное лицо. Последние 5 лет страдает импотенцией.

Вопрос:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Наметьте план обследования пациента.
3. Ваши лечебные действия после установления диагноза?

Задача №12. Больная У., 15 лет обратилась к дерматологу с жалобами на поражение кистей. Больна около недели, не лечилась.

Объективно: на коже кистей единичные пузыри, дряблые, с гнойным содержимым, изолированные друг от друга, некоторые из них подсыхают в гнойную корочку.

Вопрос:

1. Ваш диагноз.
2. Какое лечение назначите и какие рекомендации дадите больной.

Задача №13. На прием обратился пациент с жалобами на появление высыпаний, сопровождающихся зудом и почесыванием.

При осмотре: в области правого угла рта, на эритематозном отечном фоне сгруппированные мелкие везикулы, наполненные прозрачным серозным содержимым, и мелкие эрозии.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Назначьте лечение.

Задача №14. К врачу на прием обратился пациент, у которого семь дней назад появились приступообразные боли в левой половине грудной клетки, общая слабость, лихорадка и головная боль, высыпания на коже груди.

Дерматологический статус: При осмотре больного слева по ходу 3-4 межреберьев на эритематозно-отечном фоне имеются множественные сгруппированные пузырьки с напряженной покрывкой,

наполненные прозрачным содержимым, имеющие величину 2-4 мм в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Консультацию каких специалистов необходимо получить?

Задача №15. Пациент К., 45 лет, доставлена в стационар на машине скорой помощи.

Дерматологический статус: общее состояние больной тяжелое, активные движения из-за болей затруднены, температура тела 38,6 С. Из-за болей рот открывается плохо, на красной кайме губ обилие геморрагических корок. На коже живота, в складках под грудными железами, в подмышечных впадинах, пахово-бедренных множество обширных эрозий, покрытых грязным налетом и на поверхности видны папилломатозные разрастания. По периферии очагов поражения видны пузыри на фоне здоровой кожи. Симптомы Никольского, Щеклакова, Асбо-Ганзена положительные.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение.

Задача №16. Пациент Е., 62 лет, неожиданно заметила у себя эрозии на слизистой оболочке полости рта, которые вначале спонтанно эпителизировались и исчезали, а затем через некоторое время появлялись вновь. Затем появились пузыри на внешне неизменной коже живота, спины. Пузыри крупные с серозным содержимым, напряженные, имеют тенденцию к слиянию между собой. Легкая травма приводит разрушению пузырей, они быстро вскрываются, образуя эрозии с сочным красным дном. По периферии имеются лоскуты пузыря. Эрозии эпителизируются медленно.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие симптомы помогут в диагностике?
3. Какие лабораторные исследования следует провести?

Задача №17. Больной 22 лет, по поводу простудного заболевания принимал самостоятельно аспирин и сульфадиметоксин. К первоначальным симптомам заболевания (головная боль, общая слабость, боли в горле, мышцах, суставах) через несколько дней, после приема лекарств, появились высыпания на коже. Высыпания на туловища, слизистой рта, красной кайме губ тыла кистей и стоп, разгибательных поверхностей предплечий и голени представлены в виде пятен или плоских папул розово-красного цвета, размером 2-3 см. Центральная часть этих элементов слегка западает, и приобретает синюшный оттенок, а периферическая часть сохраняет розово-красный цвет. Некоторых местах имеются также пузыри, с серозным и единичные - с геморрагическим содержимым. Субъективно: жжение, умеренный зуд. Симптомы Никольского, Щеклакова, Асбо-Ганзена отрицательны. В лабораторных показателях существенных изменений нет (незначительное повышение СОЭ).

Вопрос:

1. Ваш диагноз.
2. Ваш план лечения.

Задача №18. Пациент А., 40 лет, поступила в кожное отделение с диагнозом: Красный плоский лишай. Жалобы при поступлении: поражение волосистой части головы, туловища, чувство стягивания и жжения в очагах поражения, шелушение очагов поражения. Анамнез: страдает заболеванием около 2 лет. Ежегодно лечилась в санаториях. Отмечает значительное улучшение состояния и стойких эффект в течение 7-8 месяцев. Последнее обострение наступило после внезапной простуды.

Объективно: поражение носит распространенный характер с излюбленной локализацией на волосистой части головы, разгибательной поверхности коленных и локтевых суставов, а также на коже спины, груди, боковых поверхностях туловища. Определяются узелки, четко отграниченные от здоровой кожи, ярко-красного на вид цвета, покрытые рыхлыми крупнопластинчатыми чешуйками серебристо-белого цвета, различного размера, правильной формы, на периферии элементов наблюдаются валик роста в виде эритемы. Симптомы псориатической триады (Ауспитца) и Кебнера положительны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите диагностические признаки стадии заболевания.

Задача №19. Женщина 40 лет, поступила с жалобами на поражение слизистой оболочки рта и кожи верхних конечностей сопровождающееся зудом постоянного характера в течение всех суток. По поводу 2-х сторонней пневмонии лечилась в стационаре. Находится на учете у гастроэнтеролога по поводу заболевания печени.

Объективно: на коже конечностей – в сгибательной поверхности определяется мономорфная сыпь. Наблюдается плоские папулы с вдавлением в центре, полигональной формы, размером от 0,5 до 1 см в диаметре, фиолетово-красного цвета с восковидным блеском, плотноватой консистенции. В некоторых местах наблюдаются единичные бляшки. При смазывании папулы (бляшки) вазелиновым маслом на поверхности определяются белесовато-опаловые цвета тонкие и пересекающиеся в виде сетки линии. На передней поверхности голени определяется положительная изоморфная реакция Кебнера и сетка Уикхема. На слизистой оболочке полости рта (особенно на языке, губах) определяются 3 бляшки до 1 см в диаметре покрытые серо-белым "налетом".

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите диагностические признаки, подтверждающие ваш диагноз.

Глава 6. Сифилис - проявление в полости рта.

Твердый шанкр, или первичная сифилома, появляется через 3-4 недели после заражения (инкубация инфекции) на месте внедрения бледных трепонем и сопровождается регионарными лимфангоитом и лимфаденитом. Частой является локализация в полости рта, а именно на губах, в углах рта, деснах, языке, миндалинах, мягком небе, реже на щеках. Твердый шанкр на половых органах представляет собой эрозию или же язву округлых очертаний с ровными краями и гладким мясо-красного цвета блестящим дном с серозными отделяемым, размером 0,5 – 1 см в диаметре. Шанкр приподнимается над уровнем слизистой оболочки. В его основании прощупывается плотный инфильтрат. Характерно отсутствие болезненности в области поражения. Развитие первичной сифиломы в полости рта начинается с небольшой ограниченной красноты, которая увеличивается, появляется уплотнение, формируется воспалительный инфильтрат. В последующем отмечается размягчение центральной части инфильтрата и обра-

зование язвы. Шанкр возвышается над уровнем слизистой оболочки, имеет размеры 1-1,5 см в диаметре, плотную хрящевую консистенцию, дно блестящее, розового, красного, иногда серо-желтого цвета. В зависимости от локализации форма первичной сифиломы различна: на губе и языке – округлое, на десне – овальное, в углах рта – в виде инфильтрированной трещины. Трудности в распознавании шанкра возникают при локализации его дистальном отделе полости рта, особенно в случаях сочетания шанкра с обострением тонзиллита. При локализации шанкра в полости рта, как правило, возникает увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов, отличающихся плотной эластической консистенцией, безболезненных при пальпации, не спаянных с окружающими тканями. Кожа над ними не изменена. По наличию склераденита можно установить локализацию шанкра в полости рта. Серологические реакции становятся положительными через 2-3 недели после появления первичной сифиломы.

Во вторичном периоде сифилиса сифилитическая розеола наблюдается у 75-80% больных. На слизистой оболочке полости рта розеолезная сыпь наблюдается часто, но при этом она, как правило, располагается не изолированно, как на коже, а сливается в сплошные участки эритемы с синюшным оттенком в области мягкого неба, миндалин с резкими границами (эритематозная сифилитическая ангина). Субъективные ощущения отсутствуют. Папулезные высыпания на слизистой оболочке полости рта сифилитические папулы чаще располагаются на щеках по линии смыкания зубов, а также на твердом небе, миндалинах, на слизистой оболочке губ, уздечке и боковых поверхностях языка. Они характеризуются плотными, слегка возвышающимися, округлыми элементами с гладкой белесоватой поверхностью. Папулы могут эрозироваться или реже – изъязвляться. В результате постоянного раздражения папулезные высыпания на слизистой оболочке полости рта, особенно в области неба, могут сливаться в сплошные эрозивные бляшки с неровными границами, нередко покрывающимися сероватым налетом. Нередко аналогичные высыпания распространяются на область гортани и обуславливают осиплость голоса (сифилитическую дисфонию). Субъективные ощущения обычно отсутствуют.

На слизистых оболочках эрозивно-язвенный сифилид отличается круглыми эрозиями, нередко весьма похожими на банальные афты. Изъязвления могут располагаться в области мягкого неба, миндалин. Язвы могут быть глубокими, покрытыми гнойным налетом, сопровождаться болезненностью и повышением температуры тела. В

третичном периоде сифилиса высыпания на коже и слизистых оболочках представлены в виде бугорков и гумм.

Бугорковый сифилид – твердое, округлое, диаметром до 0,5 см, реже – большое образование багрово – синюшного цвета с гладкой поверхностью с выраженной тенденцией к изъязвлению вследствие некроза инфильтрата. После заживления язвы на месте бугорка остается пигментированный рубец, на котором никогда не возникают новые бугорки. Сифилитическая гумма представляет узел диаметром 1-1,5 см и более, плотный безболезненный, не спаянный с тканями в начале развития. По мере увеличения гуммы она спаивается с окружающими тканями, центральная ее часть размягчается, и гумма скрывается. При распаде гуммы образуется гуммозная язва округлых очертаний и с плотными краями. По мере очищения язвы от омертвевшего инфильтрата ее дно заполняется грануляционной тканью. В последующем здесь образуется плотный, втянутый в центре рубец. Бугорковый сифилид при расположении на слизистой оболочке в полости рта чаще локализуется в области твердого и мягкого неба, небной занавески, язычка, реже на языке. При этом бугорки могут располагаться изолированно или в виде быстро изъязвляющихся инфильтратов с неровными краями. Гуммы слизистой оболочки в полости рта представлены обычно в виде узлов размером до 2 см, окруженных отечной гиперемизированной зоной, при изъязвлении которых наблюдается обширное разрушение тканей (включая костную), нередко с перфорацией твердого неба, разрушением языка, небной занавески. В дальнейшем язвенные дефекты заживают грубыми рубцами, приводящими к деформации твердого неба, затруднению приема пищи, нарушению речи.

Гумма языка (гуммозный глоссит) располагается в подслизистой ткани и в толще мышцы языка. При распаде гумм образуются глубокие язвы с некротическим дном, обрывистыми краями, нередко осложняющимися вторичной инфекцией. Иногда в третичном периоде развивается склеротический глоссит, при котором специфический сифилитический инфильтрат рубцуется без стадии изъязвления. Язык в начале становится отечным, гладким, затем синюшным, плотным, «деревянным» (в результате склерозирования), уменьшившимся в размере. При этом патологический процесс может захватить часть языка или всю его толщу. Нарушается речь, прием пищи, язык легко травмируется.

ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА. Для лабораторной диагностики сифилиса применяются прямые и непрямые методы. Прямые методы диагностики выявляют самого возбудителя или его генетический ма-

териал. К непрямым методам диагностики сифилиса относятся тесты, выявляющие антитела к возбудителю сифилиса в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости. Абсолютным доказательством наличия заболевания является обнаружение бледной трепонемы в образцах, полученных из очагов поражений, с помощью микроскопического исследования в темном поле зрения, иммуногистохимического исследования с использованием моноклональных или поликлональных антител, а также выявление специфической ДНК и РНК возбудителя молекулярно-биологическими методами с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации. Прямые методы используются для диагностики ранних форм заболевания (первичный и вторичный сифилис) с клиническими проявлениями (эрозивно-язвенные элементы), для подтверждения врожденного сифилиса (ткань пуповины, плаценты, органы плода, отделяемое слизистой оболочки носа, содержимое пузырей, отделяемое с поверхности папул).

Серологические методы диагностики, рекомендуемые для исследования сыворотки крови.

Нетрепонемные тесты:

- реакция микропреципитации (РМП) с плазмой и инаktivированной сывороткой или ее аналоги;
- RPR (ППР) – тест быстрых плазменных реагенов (Rapid Plasma Reagins), или экспресс-тест на реагены плазмы;
- VDRL – Venereal Disease Research Laboratory test – тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний;
- TRUST – тест с толуидиновым красным и непрогретой сывороткой (Toluidin Red Unheated Serum Test);
- USR – тест на реагены с непрогретой сывороткой (Unheated Serum Reagins);

Общая характеристика нетрепонемных тестов:

- применяется антиген нетрепонемного происхождения (стандартизованный кардиолипиновый антиген);
- позитивизируются через 1-2 недели после образования первичной сифиломы;
- имеют невысокую чувствительность (до 70–90% при ранних формах сифилиса и до 30% - при поздних), могут давать ложноположительные результаты (3% и более).

Преимущества нетрепонемных тестов:

- низкая стоимость;

- техническая простота выполнения;
- быстрота получения результатов.

Показания к применению нетрепонемных тестов:

- проведение скрининга населения на сифилис;
- определение активности течения инфекции (определение титров антител);
- контроль эффективности терапии (определение титров антител).

Трепонемные тесты:

– ИФА (иммуноферментный анализ) - высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность при первичном и вторичном сифилисе – 98-100%, специфичность – 96-100%. Дает возможность дифференцированного и суммарного определения IgM и IgG антител к возбудителю сифилиса; – иммуноблоттинг является модификацией ИФА. Чувствительность и специфичность – 98-100%. Может применяться для подтверждения диагноза, в особенности при сомнительных или противоречивых результатах других трепонемных тестов.

Относительно новыми для использования в Российской Федерации являются методы выявления трепонемоспецифических антител, основанные на методах иммунохемилюминесценции (ИХЛ) и иммунохроматографии (ИХГ).

– метод ИХЛ (иммунохемилюминесценции), обладающий высокой чувствительностью и специфичностью (98-100%), дает возможность количественного определения уровня антител к возбудителю сифилиса, может быть использован для подтверждения сифилитической инфекции и скрининга. Ограничения применения: не может быть использован для контроля эффективности терапии, может давать ложноположительный результат.

– ПБТ (простые быстрые тесты у постели больного, или иммунохроматографические тесты) позволяют проводить быстрое определение содержания трепонемоспецифических антител к возбудителю сифилиса в образцах сыворотки и цельной крови без использования специального лабораторного оборудования и применяться при оказании первичной медико-санитарной помощи, в том числе по эпидемиологическим показаниям. Ограничения применения: не могут быть использованы для контроля эффективности терапии, могут давать ложноположительный результат.

– РПГА (реакция пассивной гемагглютинации) – высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность метода при первичном сифилисе – 76%, при вторичном - 100%, при скрытом –

94-97%, специфичность – 98-100% ; – РИФ (реакция иммунофлуоресценции, в том числе в модификациях РИФабс и РИФ200) – достаточно чувствительна на всех стадиях сифилиса (чувствительность при первичном сифилисе – 70-100%, при вторичном и позднем – 96-100%), специфичность – 94-100%. РИФ применяется для дифференциации скрытых форм сифилиса и ложноположительных результатов исследований на сифилис;

– РИБТ (РИТ) (реакция иммобилизации бледных трепонем) – классический тест для выявления специфических трепонемных антител; чувствительность (суммарно по стадиям сифилиса) составляет 87,7%; специфичность – 100%. Трудоемкий и сложный для постановки тест, требующий значительных средств для проведения тестирования. Сфера применения РИБТ сужается, однако она сохраняет свои позиции как «реакция-арбитр» при дифференциальной диагностике скрытых форм сифилиса с ложноположительными результатами серологических реакций на сифилис.

Общая характеристика трепонемных тестов:

- применяется антиген трепонемного происхождения;
- чувствительность – 70-100% (в зависимости от вида теста и стадии сифилиса);
- специфичность – 94-100% .

РИФ, ИФА, иммуноблоттинг (ИБ) становятся положительными с 3-й недели от момента заражения и ранее, РПГА и РИБТ — с 7-8-й.

Преимущества трепонемных тестов: высокая чувствительность и специфичность.

Показания к применению трепонемных тестов:

- подтверждение положительных результатов нетрепонемных тестов;
- подтверждение в случае расхождения результатов скринингового трепонемного теста и последующего нетрепонемного теста, а также скринингового и подтверждающего трепонемных тестов;
- проведение методами ИФА, РПГА, ИХЛ, ПБТ скрининга отдельных категорий населения на сифилис (доноры, беременные, больные офтальмологических, психоневрологических, кардиологических стационаров, ВИЧ-инфицированные).

Примечания:

- трепонемные тесты не могут быть использованы для контроля эффективности терапии, т.к. антитрепонемные антитела длительно

циркулируют в организме больного, перенесшего сифилитическую инфекцию;

- трепонемные тесты дают положительные результаты при невенерических трепонематозах и спирохетозах;

- трепонемные тесты могут давать ложноположительные реакции у больных с аутоиммунными заболеваниями, лепрой, онкологическими заболеваниями, эндокринной патологией и при некоторых других заболеваниях.

В зависимости от целей серологическое обследование населения на сифилис осуществляется с использованием разных методов.

ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА.

Цели лечения.

Специфическое лечение проводят с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемоцидной концентрации антимикробного препарата в крови и тканях.

Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев.

Профилактическое лечение проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса: а) беременным женщинам, лечившимся по поводу сифилиса до беременности, но у которых в нетрепонемных серологических тестах сохраняется позитивность; б) беременным, которым специфическое лечение сифилиса проводилось во время беременности; в) новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной во время беременности матери (специфическое лечение начато после 32-й недели беременности, нарушение или изменение утвержденных схем лечения); г) новорожденным, матери которых, при наличии показаний во время беременности, не получили профилактического лечения.

Пробное лечение (лечение *ex juvantibus*) в объеме специфического проводят при подозрении на специфическое поражение внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата, когда диагноз не представляется возможным подтвердить убедительными серологическими и клиническими данными.

Схемы лечения

Превентивное лечение – бициллин-5 (В) 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 2 инъекции или – бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в

течение 7 суток. Предпочтительным является однократное введение дюрантного пенициллина (бензатин бензилпенициллина): неудач лечения не описано, в то же время он обладает наибольшей комплаентностью: – бициллин-1 (А) 2,4 млн. ЕД внутримышечно однократно (препарат вводится по 1,2 млн. ЕД в каждую большую ягодичную мышцу, разводится 1% р-ром лидокаина)

Лечение больных первичным сифилисом – бициллин-1 (А) 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции или – бициллин-5 (В) 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 5 инъекций или – бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 20 суток] или – бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 20 суток. Препарат выбора - дюрантный пенициллин (бензатин бензилпенициллин), как наиболее удобный в применении. Препараты средней дюрантности или водорастворимый пенициллин используют при необходимости лечения больного в стационаре (при осложненном течении заболевания, соматически ослабленных больных и др.).

Лечение больных вторичным и ранним скрытым сифилисом – бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 дней или – бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток или – бициллин-1 (А) 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 6 инъекций. У больных с давностью заболевания более 6 месяцев рекомендуется использовать бензилпенициллина новокаиновую соль или бензилпенициллина натриевую соль кристаллическую.

Лечение больных третичным, скрытым поздним и скрытым неуточненным сифилисом – бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая (В) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 28 суток, через 2 недели

- второй курс лечения бензилпенициллина натриевой солью кристаллической в аналогичных дозах в течение 14 суток, либо одним из препаратов «средней» дюрантности (бензилпенициллина новокаиновая соль) или

– бензилпенициллина новокаиновая соль (С) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 28 суток, через 2 недели - второй курс лечения бензилпенициллина новокаиновой солью в аналогичной дозе в течение 14 суток

Профилактика сифилиса включает: санитарно-просветительскую работу; скрининговое обследование определенных групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования, либо тех групп, в которых заболевание ведет к опасным социальным и медицинским последствиям, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением.

Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайного незащищенного полового контакта может быть осуществлена самостоятельно с помощью индивидуальных профилактических средств (хлоргексидина биглюконат, мирамистин).

Вопросы для самоконтроля к главе 6

1. Особенности течения первичного сифилиса в слизистой оболочке полости рта.
2. Где может располагаться твердый шанкр в слизистой оболочке полости рта?
3. Чем отличается твердый шанкр расположенная в миндалинах от банальной ангины?
4. Особенности клиники сифилитической розеолы в слизистой оболочке полости рта.
5. Расскажите о сифилитической дисфонии.
6. Расскажите об эрозивно-язвенных сифилидах слизистой оболочки полости рта.
7. Как протекает бугорковое поражение слизистых оболочек полости рта при сифилисе?
8. Течение гуммозного глоссита.

Темы для рефератов и докладов к главе 6

1. Этиология, этиопатогенез и современная классификация сифилиса.
2. Особенности изменений в слизистой оболочке полости рта при сифилисе.
3. Клиника первичного сифилиса.
4. Высыпные элементы вторичного сифилиса, особенности их течения в слизистой оболочке полости рта.
5. Элементы третичного сифилиса, клинические проявления в слизистой оболочке полости рта.

Тестовые задания к главе 6

1. Для первичного серонегативного сифилиса не характерно:
 - 1) положительный КСР
 - 2) твердый шанкр
 - 3) склераденит
 - 4) лимфоцит
2. Ученые рекомендовавшие реакцию РИБТ:
 - 1) Вассерман, Нейссер
 - 2) Нельсон, Майер
 - 3) Брук, В. Магонеу
 - 4) Эрлих, Флеминг
3. Каким путём не передаётся сифилис?
 - 1) бытовой контакт
 - 2) половой контакт
 - 3) Лимфогенный
 - 4) гемотрансфузионный
4. Клиническое проявление, не касающееся эрозивного твёрдого шанкра:
 - 1) не беспокоит болезненность
 - 2) округлой формы
 - 3) края блюдцеобразные
 - 4) дно красновато мясного цвета
5. Инкубационный период при сифилисе:
 - 1) 3-4 недели
 - 2) 1-2 недели
 - 3) 2-3 недели
 - 4) 4-5 недели
6. Которая из ниже указанной сифиломы является болезненной?
 - 1) гигантский шанкр,
 - 2) шанкр-амигдалит,
 - 3) индуративный шанкр
 - 4) шанкр панариций,

7. С каким заболеванием не дифференцируется твёрдый шанкр?

- 1) эрозивный баланит
- 2) вульгарное импетиго
- 3) острый вульвовагинит Чапина-Люпшица
- 4) Шанкроформная пиодермия

8. Какой из ниже указанных первичных элементов встречается при вторичном периоде сифилиса:

- 1) бугорок
- 2) узел
- 3) узелок
- 4) волдырь

9. Что не является клинической разновидностью сифилитического узелка:

- 1) зернистый
- 2) широкая кондилома
- 3) нуммулярный
- 4) милиарный

10. На каком месяце после заражения сифилисом появляются признаки вторичного рецидивного сифилиса:

- 1) 1-2 месяце
- 2) 2-3 месяце
- 3) 3-4 месяц
- 4) 4-5 месяце

11. Какой тип вторичного папулёзного сифилида является заразным?

- 1) Ладонно-подошвенные папулы
- 2) Милиарные папулы
- 3) Мокнущие эрозивные папулы
- 4) Лентикулярные папулы

12. Что не является специфичным милиарным папулам?

- 1) быстро всасывается
- 2) мелкие конусообразная
- 3) Соединенные волосными фолликулами
- 4) После себя оставляют мелкие рубцы

13. Не является клиническим признаком импетигиозного сифи-
лида:

- 1) в основании находится папулы
- 2) зуд и жжение
- 3) Гнойничок в быстро превращается в корку
- 4) Не зарастает в периферии

14. Не является клиническим признаком папулёзных высыпаний
слизистых оболочек:

- 1) встречаются признаки интоксикации
- 2) Резко ограниченное
- 3) Плотный, незначительно возвышается
- 4) Цвет бледный, эрозивный

15. Покажите разновидность лейкодермии:

- 1) Милиарная
- 2) мелко очаговый
- 3) пятнистая
- 4) коркообразный

16. Не является клиническим признаком сифилитического бугорка:

- 1) Полушаровидной формы
- 2) Красного цвета
- 3) Плотной консистенции
- 4) превращается в эрозию

17. Какой первичный элемент появляется при гуммозном сифилисе:

- 1) узел
- 2) узелок
- 3) бугорок
- 4) волдырь

18. С каким заболеванием не дифференцируется гуммозный си-
филис:

- 1) рак
- 2) лейшманиоз кожи
- 3) бугорковым сифилисом
- 4) твёрдый шанкр

19. Какой антибиотик считается резервным препаратом в лечении сифилиса:

- 1) Эритромицин
- 2) Бициллин-1
- 3) Бициллин-5
- 4) Новокаиновая соль пенициллина

20. Какой из ниже указанных считается осложнением висмутовых препаратов:

- 1) аллергический насморк
- 2) токсикодермия
- 3) Ринит
- 4) гингивит, стоматит

Ситуационные задачи к главе 6

Задача №1. На прием к врачу обратился больной 20 лет с проявлениями фимоза недельной давности. Месяц назад был в половой связи с незнакомой женщиной. При осмотре: проявление фимоза. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластичные, безболезненны, с кожей и между собой не спаяны. Кожа над лимфоузлами не изменена.

Вопросы: 1. Какой диагноз следует ставить больному?

2. Какие анализы следует проводить для подтверждения диагноза?

Задача №2. В роддом госпитализирована женщина 21 год. Диагноз: Беременность 24-26 недель. Опасность выкидыша. Спустя 10 часов после госпитализации произошел выкидыш.

Вопросы: 1) О каком заболевании следует думать?

2) Какие меры должен принимать врач?

Задача №3. К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на язвочку образовавшихся в половом члене. Половой контакт с незнакомой женщиной было 35 дней назад.

При осмотре: у больного наблюдаются на головке полового члена язва округлой формы, ровными краями, блюдцеобразным краем, скудным серозным отделяемым, без воспалительных явлений. На основании язвы отмечается плотноэластический инфильтрат. Лимфоузел на правой паховой области увеличен, кожа над ним не изменена. При пальпации отмечается инфильтрат плотноэластической консистенции. Субъективные ощущения не отмечаются.

Вопросы: 1.

Ваш диагноз?

2. Какие исследования проводят для подтверждения диагноза?

Задача №4. К стоматологу обратился больной с жалобами на высыпания вокруг ануса.

При осмотре больного обнаружена мокнущие, эрозированные высыпные элементы в виде цветной капусты на слизистой оболочке полости рта. Цвет элементов бледно-розовый, размер до 5 см.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Какой специалист должен проконсультировать больного?

3. Какие лабораторные анализы должны быть проведены?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В учебном пособии мы коснулись актуальной раздела дерматовенерологии – поражение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, изложенной в нескольких главах.

Можно сказать, что первая глава посвящена строению и возрастным особенностям биоценоза и физиологии слизистой оболочки и красной каймы губ.

В ней подробно изложено строение слизистой оболочки дна полости рта, переходных складок, губ, щек, десны, твердого неба, губы и слюнных железы. Отражена микрофлора различных участков полости рта, которая изменяется с возрастом, роль в этом стрептококков, лактобактерий, лизоцима слюны, активности различных гидролаз. В главе освещены вопросы возрастной эволюции эпителия, подслизистого слоя и слюнных желез.

Во второй главе представлена классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта, основанная на этиологическом факторе.

В третьей главе подробно изложена клиника и подходы к терапии предраковых заболеваний и новообразований полости рта. Акцент сделан на их проявлении в области красной каймы губ, как наиболее травмируемой области.

Четвертая глава посвящена хейлитам. В основу их идентификации положены клинические признаки, которые подробно изложены в главе. Уделено внимание терапии и профилактике хейлитов.

Пятая глава посвящена изменениям слизистой оболочки при дерматозах. Манифестация их на слизистой оболочке подробно изложена в главе с акцентом на дифференциальную диагностику и особенности подхода к их терапии. В учебном пособии представлены и такие общеизвестные и распространённые заболевания, как псориаз и красный плоский лишай. Стоматологи ознакомлены с проявлением пузырчатки на слизистой оболочке, где она преимущественно и появляется. Больные пузырчаткой часто обращаются именно к стоматологу. Своевременно выставленный диагноз и терапия определяют продолжительность жизни больного пузырчаткой, что делает актуальным изучение этой темы.

Проявлениям сифилиса на слизистой оболочке посвящена шестая глава учебного пособия. В ней даны манифестные проявления сифилиса во всех стадиях инфекционного процесса. Указаны осо-

бенности элементов на слизистой, вызванные влажной средой и постоянным смачиванием слюной.

Необходимо отметить, что предупредить осложнение заболевания даже с финансово-экономических позиций более целесообразно, нежели его лечение. Именно овладеть навыками своевременной диагностики на основании особенностей анамнеза и жалоб пациента должен будущий стоматолог. Своевременная диагностика и лечение является вторичной профилактикой и именно профилактическое направление является одним из приоритетных в здравоохранении страны.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни (электронный ресурс). Учебник. М., «Геотар-медиа», 2012, 544с.

Дополнительная:

1. Папий Н.А., Папий Т.А. Медицинская косметология. Руководство для врачей. М., «МИА»; 2013, 594 с.
2. Гаджимурадов М.Н. Основы профилактики в дерматовенерологии. М., «Инфра-М»; 2018. 95 с.
3. Гребенников В.А. Фармакологический справочник дерматолога и косметолога. М., «Феникс», 2017, 348 с.
4. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней. Руководство для врачей в 2 томах. М., «МИА (Медицинское информационное агентство)», 2016, 1792с.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Глава 1. Слизистая оболочки полости рта и красной каймы губ

Ответы на тестовые задания

1.4); 2.4); 3.1); 4.3); 5.4); 6.1); 7.1); 8.2); 9.1); 10.2); 11.1).

Ситуационные задачи

Задача №1. Ответы: 1. О признаках дезорганизации эпителия. 2. В 60 лет.

Задача №2. Ответы: 1. О возрастных изменениях слизистой оболочки полости рта. 2. После 40 лет.

Задача №3. Ответы: 1. Пузырь, пузырек, поверхностный гнойничок. 2. Корка, шелушение, пигментация.

Задача №4. Ответы: 1. Узел, бугорок, глубокий гнойничок. 2. Рубец.

Глава 3. Предраковые заболевания и новообразования

Ответы на тестовые задания

1.1); 2.3); 3.4); 4.1); 5.1); 6.1); 7.4); 8.2); 9.4); 10.3); 11.1); 12.4); 13.4); 14.3).

Ситуационные задачи

Задача №1. Ответы: 1. Простая или плоская форма лейкоплакии. 2. Обработку участков поражения прижигающими медикаментозными средствами. 3. Хирургическое иссечение с последующим обязательным гистологическим исследованием, электрокоагуляция, криотерапия.

Задача №2. Ответы: 1. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти. 2. Мази содержащие кортикостероиды и антибиотики. 3. Аппликации из концентрата витамина А, D, линола, цитотоксических средств. 4. Хирургическое удаление очага поражения, с последующим обязательным гистологическим исследованием.

Задача №3. Ответы: 1. Узелковый или бородавчатый предрак красной каймы губ. 2. Бородавки и папилломы. 3. Хирургическое удаление очага поражения, с последующим обязательным гистологическим исследованием.

Задача №4. Ответы: 1. Болезнь Боуэна. 2. Хирургическое удаление очага поражения, с последующим обязательным гистологическим исследованием.

Глава 4. Хейлиты

Ответы на тестовые задания

1.3); 2.1); 3.2); 4.4); 5.3); 6.1); 7.4); 8.2); 9.1); 10.1); 11.4); 12.1); 13.3); 14.3); 15.4); 16.3). 17.1); 18.4).

Ситуационные задачи

Задача №1. Ответ: 1. Катаральный хейлит. 2. От химических, физических, механических воздействий. 3. Устранить причину заболевания. Назначение десенсибилизирующих и антигистаминных средств, наружно – кортикостероидные мази или кремы.

Задача №2. Ответ: 1. Эксфолиативный хейлит, сухая форма. 2. Экссудативная эритема, листовидная пузырчатка, актинический хейлит, эрозивная форма красного плоского лишая, экзема и др. 3. Наружно назначается индифферентные мази (борная, борно-салициловая). Внутрь поливитамины, десенсибилизирующая терапия, в тяжелых случаях – лучи Букки.

Задача №3. Ответ: 1. Гнойный glandулярный хейлит. 2. Антибиотики и противовоспалительные препараты, мази антибиотики, кортикостероидные мази с антибиотиками, комбинированные мази в составе которых имеются антибиотик, антимикотический препарат и кортикостероид.

Задача №4. Ответ: 1. Себорейный экзематозный хейлит. 2. Назначают поливитаминовые, антигистаминные препараты, мази содержащие кортикостероиды. Если наблюдается упорное течение заболевания, тогда к лечению добавляют лучи Букки.

Задача № 5. Ответ: 1. Трофодема Мейжа. 2. Лимфедематозный макрохейлит, макрохейлитом при синдроме Мелькерсона-Розенталя.

Глава 5. Поражение слизистой оболочки полости рта при дерматозах

Ответы на тестовые задания

1.3); 2.1); 3.1); 4.2); 5.2); 6.2); 7.1); 8.2); 9.3); 10.2); 11.4); 12.1); 13.2); 14.1); 15.4); 16.3); 17.1); 18.1); 19.2); 20.4); 21.1); 22.4); 23.4); 24.2); 25.4); 26.1); 27.4); 28.1); 29.1); 30.1); 31.4); 32.1).

Ситуационные задачи

Задача №1. Ответы: 1. Дискоидная красная волчанка. 2. Обнаружение LE - клеток, общий анализ крови, мочи, иммунограмма. 3. Фотодерматит, рубромикоз, туберкулезная волчанка. 4. Делагил (плаквенил, аминохинол и др.), витамины В₆, В₁₂, аевит, фотозащитные кремы.

Задача №2. Ответы: 1. Диссеминированная форма красной волчанки. 2. Определить наличие симптомов "дамского каблучка", Бенье-Мещерского, Хачатурьяна. При исследовании лампой Вуда - беловато-снежное свечение очагов атрофии. 3. Делагил (плаквенил, аминохинол и др.), витамины В₆, В₁₂, аевит, фотозащитные кремы. 4. Работа в закрытых помещениях.

Задача №3. Ответы: 1. Диссеминированная красная волчанка. 2. LE - клетки, иммунограмма, общий анализ крови, мочи. 3. Необходимо исследовать состояние сердечно-сосудистой системы, легких, почек, печени, костно-мышечной системы. 4. Хининовые препараты (делагил, плаквенил, аминохинол и др.), пресоцил, витаминотерапия, местно: кортикостероиды.

Задача №4. Ответы: 1. Делагил 0,25 2 раза в день циклами по 5 дней с пятидневным перерывом (до 20-25 г на курс). Обладает противовоспалительным и иммуносупрессивным действием (Можно аминохинол, плаквенил и др. хининовые препараты). 2. Не назначаются антибиотики, вакцины, сульфаниламиды, так как могут спровоцировать волчаночный процесс. 3. Обязательна диспансеризация с обследованием и профилактическим лечением 3-4 раза в год.

Задача №5. Ответы: 1. Туберкулезная волчанка. 2. Определение симптома Пospelова и «феномена яблочного желе»; 3. Консультация фтизиатра для исключения поражения внутренних органов.

Задача №6. Ответы: 1. Вульгарный псориаз, зимний тип, прогрессирующая стадия. 2. Проводят граттаж для выявления псориатической триады.

Задача №7. Ответы: 1. Герпетиформный дерматоз Дюринга. 2. Проба Ядассона. 3. Исследование эозинофилов крови и пузырной жидкости. 4. Токсикодермия, акантолитическая пузырчатка, герпес. 5. ДДС, дапсон, авлосульфон.

Задача №8. Ответы: 1. Исследование крови и мочи для выявления функции печени, почек, проявлений анемии. 2. Терапевт, гастроэнтеролог, нефролог.

Задача №9. Ответы: 1. ДДС (Дапсон, Авлосульфон) по 0,05 - 0,1 г 2 раза в день циклами по 5-6 дней с перерывом 1 день; всего 3 - 5 циклов. 2. Йодистый калий, потому что вызывает обострение процесса. 3. Исключить рыбные продукты, продукты, содержащие глютен (мучные изделия).

Задача №10. Ответы: 1. Опоясывающий лишай. 2. Консультация инфекциониста, невропатолога; ацикловир, вамцикловир, герпевир внутрь; местно - анилиновые красители, подсушивающие пасты.

Задача №11. Ответы: 1. Лепра, туберкулез кожи, неврологическая патология. 2. Соскоб со слизистой носа, постановка лепроминовой пробы, обследование на туберкулез, консультация невропатолога. 3. При установлении диагноза проводится специфическое лечение в лепрозории.

Задача №12. Ответы: 1. Стрептококковое импетиго. 2. Местно: Анилиновые красители, мази с содержанием антибиотиков (гентамициновая, тетрациклиновая). Исключить контакт с водой, нельзя употреблять сладкое.

Задача №13. Ответы: 1. Простой герпес. 2. Анилиновые красители; при начальных симптомах - противовирусные мази.

Задача №14. Ответы: 1. Опоясывающий лишай. 2. Инфекциониста, невропатолога.

Задача №15. Ответы: 1. Акантолитическая пузырьчатка, вегетирующая форма. 2. Мазки-отпечатки для обнаружения акантолитических клеток, прямая иммунофлюоресценция для обнаружения фиксированных IgG в межклеточных пространствах. 3. Синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла, хроническая доброкачественная пузырьчатка Хейли-Хейли. 4. Преднизолон до 80 мг в сутки; местно - симптоматическое лечение.

Задача №16. Ответы: 1. Вульгарная пузырьчатка (истинная, акантолитическая). 2. Симптомы Никольского, Асбо-Хансена. 3. а) Мазки-отпечатки со дна эрозий на акантолитические клетки; б) гистологическое исследование; в) метод непрямой иммунофлюоресценции.

Задача №17. Ответы: 1. Многоформная экссудативная эритема. 2. Преднизолон (или дексаметазон) 30-40 мг в сутки или дипроспан 1 мл внутримышечно; дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин или др.) по 400 мл внутривенно капельно; на слизистую полости рта - раствор Калий перманганата 1:8000; 2% раствор борной кислоты, настойка ромашки; на красную кайму губ - эритромициновая или тетрациклиновая мази.

Задача №18. Ответы: 1. Распространенный вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия, зимний тип. 2. Ярко-красный цвет папулезных высыпаний, покрыты серебристо-белым чешуйками, определяется периферический валик роста в виде эритемы, положительные симптомы псориатической триады и феномена Кебнера.

Задача №19. Ответы: 1. Распространенный красный плоский лишай, гиперкератотическая форма, прогрессирующая стадия. 2. Папулы полигональной формы с вдавлением в центре, с восковидным блеском, бляшки, положительный симптом Уикхема, Кебнера.

Глава 6. Сифилис - проявление в полости рта

Ответы на тестовые задания

1.1); 2.2); 3.3); 4.1); 5.1); 6.4); 7.2); 8.3); 9.1); 10.4); 11.3); 12.1); 13.2); 14.1); 15.3); 16.4); 17.1); 18.3); 19.1); 20.4).

Ситуационные задачи

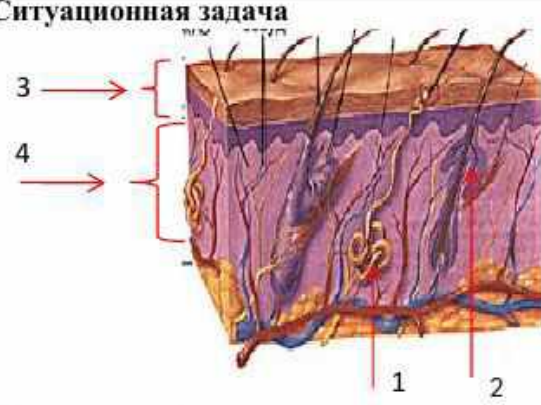
Задача №1. Ответы: 1) Первичный серонегативный сифилис. 2) Исследование на бледную спирохету, КСР.

Задача №2. Ответы: 1) О сифилисе. 2) Исследование женщины (роженицы), мертворожденного плода и плаценты на сифилис.

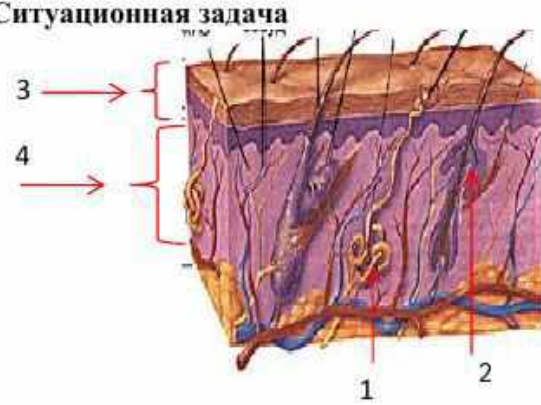
Задача №3. Ответы: 1) Вторичный свежий сифилис. 2) КСР, берут материал из язвы и исследуют на бледную спирохету.

Задача №4. Ответы: 1. Вторичный рецидивный сифилис. 2. Венеролог. 3. Берут материал из эрозированных, мокнущих элементов для исследования на бледную спирохету, кровь на КСР, реакцию Вассермана.

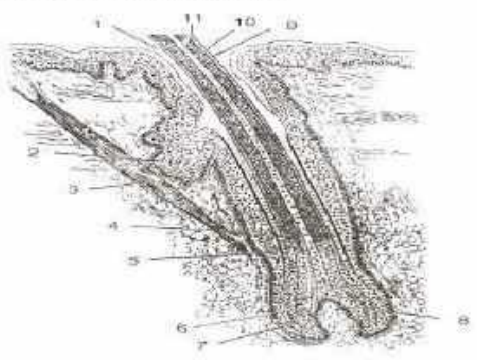
Ассессмент (Assessment). Тема: Строение кожи. 1- и 2 – морфологические элементы. Пример №1

Тесты 1. Назовите слои кожи: а) гранулёзная, дерма, базальная б) эпидермис, дерма, гиподерма в) эпидермис, шиповатый, гиподерма г) эпидермис, дерма, блестящий 2. Сколько слоев имеется в эпидермисе: а) 3 б) 4 в) 5 г) все ответы не правильные 3. Функциями кожи считаются: а) образование пигмента кератин б) образование пигмента меланин в) дыхательная г) все ответы правильные.	Ситуационная задача  Под номером 1 показан ... Под номером 2 показан ... Под номером 3 показан ... Под номером 4 показан ...
Клиника-симптомы (элементы): Перечислите первичные морфологические элементы?	Практические навыки После каких первичных элементов образуется корька?

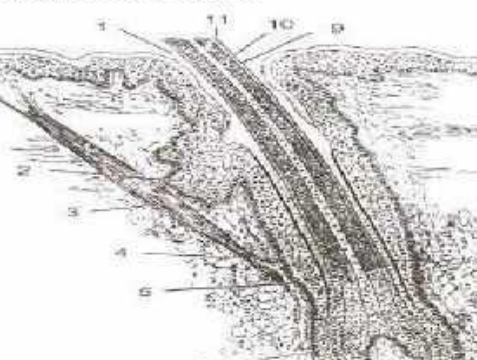
Ответы:

Тесты 1. Назовите слои кожи: а) гранулёзная, дерма, базальная б) эпидермис, дерма, гиподерма в) эпидермис, шиповатый, гиподерма г) эпидермис, дерма, блестящий 2. Сколько слоев имеется в эпидермисе: а) 3 б) 4 в) 5 г) все ответы не правильные 3. Функциями кожи считаются: а) образование пигмента кератин б) образование пигмента меланин в) дыхательная г) все ответы правильные Ответы: 1. б. 2. в. 3. г. 0-5 балл	Ситуационная задача  Под номером 1 показан ... Апокриновая железа Под номером 2 показан ... Сальные железы Под номером 3 показан ... Эпидермис Под номером 4 показан ... Дерма 0-5 балла
Клиника-симптомы (элементы): Перечислите первичные морфологические элементы? Пятно (macula), узелок (papula), узел (nodus), бугорок (tuberculum), волдырь (urtica), пузырек (везикула, vesicula), пузырь (bulla), пустула (гнойничок, pustula) 0-5 балл	Практические навыки После каких первичных элементов образуется корька? Пузырек (везикула), пузырь (булла), пустула (гнойничок) 0-5 балл

Пример № 2

Тест 1.Как называется 2 слой эпидермиса? а) гранулёзный б) базальный в) шиповатый г) блестящий 2.Как называется один из слоев дермы: а) сосочковый б) роговой в) блестящий г) все ответы правильные 3. Который, из ниже перечисленный не относится к физиологическим функциям кожи: а) образование пигмента кератин б) образование пигмента меланин в) расщепление пищи г) дыхательная	Ситуационная задача  1.Под номером 2 показан ... 2.Под номером 3 показан ...
Симптомы (элементы) Перечислите первичные морфологические элементы образующие полость?	Практические навыки После каких первичных морфологических элементов образуется эрозия?

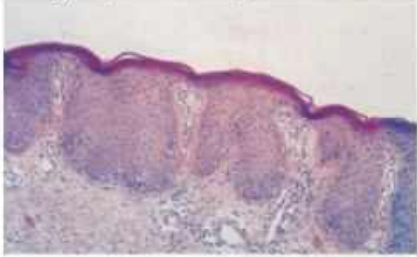
Ответы

Тест 1.Как называется 2 слой эпидермиса? а) гранулёзный б) базальный в) шиповатый г) блестящий 2.Как называется один из слоев дермы: а) сосочковый б) роговой в) блестящий г) все ответы правильные 3. Который, из ниже перечисленный не относится к физиологическим функциям кожи: а) образование пигмента кератин б) образование пигмента меланин в) расщепление пищи г) дыхательная Ответы: 1. в) 2. а) 3. в) 0-5 балла	Ситуационная задача  1. Под номером 2 показан ... сальная железа 2.Под номером 3 показан ... мышцы поднимающие волосы 0-5 балла
Симптомы (элементы) Перечислите первичные морфологические элементы образующие полость? Пузырек (vesicula), пузырь (bulla), гнойничок (pustule). 0-5 баллов	Практические навыки После каких первичных морфологических элементов образуется эрозия? узелок (папула, papula), пузырек (vesicula), пузырь (bulla), гнойничок (pustule) 0-5 балла

Пример №3

Тест 1 Дайте определение слову гранулёз? а) утолщение шиповатого слоя за счёт увеличение количество клеток б) утолщение блестящего слоя за счёт увеличение количество клеток в) утолщение рогового слоя г) утолщение зернистого слоя за счёт количество количество клеток. 2 Какой слой не относится слоям дермы: а) сосочковый б) сетчатая в) блестящая г) все ответы правильные 3. Какой пигмент не образуется на коже? а) правильного ответа нет б) меланин в) глюкоза г) кератин	Ситуационная задача  1.Какое патогистологическое изменение наблюдается? 2.При каких заболеваниях встречается это изменение?
Клиника-симптомы (элементы) Перечислите вторичные морфологические элементы?	Практический навык После каких первичных морфологических элемент ов образуется язва?

Ответы:

Тест 1 Дайте определение слову гранулёз? а) утолщение шиповатого слоя за счет увеличение количество клеток б) утолщение блестящего слоя за счёт увеличение количество клеток в) утолщение рогового слоя г) утолщение зернистого слоя за счёт количество количество клеток. 2 Какой слой не относится слоям дермы: а) сосочковый б) сетчатая в) блестящая г) все ответы правильные 3. Какой пигмент не образуется на коже? а) правильного ответа нет б) меланин в) глюкоза г) кератин Ответы: 1. г) 2. в) 3. в) 0-5 балла	Ситуационная задача  1.Какое патогистологическое изменение наблюдается? 2.При каких заболеваниях встречается это изменение? Ответы. 1. Акантоз. 2. Псориаз. 0-5 балла
Клиника-симптомы (элементы) Перечислите вторичные морфологические элементы? Вторичные пятна, чешуйка, язва, эрозия, корки, вегетация, лихенификация, экскориация, трещина, рубец. 0-5 балла	Практический навык После каких первичных морфологических элементов образуется язва? Бугорок (tuberculum), узел (nodus), гнойничок (pustula), узелок (papula) 0-5 балла

Тема: Пиодермии. Пример 4.

Тест 1. Какое заболевание не относится к стафилококковым пиодермитам встречающихся только у детей? а) эпидемическая пузырчатка новорожденных б) эксфолиативный дерматит Риттер фон Риттерсхайна в) фурункул г) псевдофурункулёз 2. К стрептококковым пиодермитам не относится: а) стрептококковое импетиго б) гидраденит в) панариций г) ангулярный стоматит 3. Дифференциальную диагностику шанкриформной пиодермии не проводят с: а) твердым шанкром б) мягким шанкром в) гонококковой эрозией г) псориаз	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратилась женщина с жалобами на высыпания на теле ребенка. На теле 10 дневного новорожденного наблюдается дряблые, вялые пузыри с размером горошины. Содержимое пузырей серозно-гнойное. Пузыри окружены слабым венчиком воспалительной гиперемии. На месте вскрывшихся пузырей образовались эрозии, окруженные остатками покрывки по периферии. Высыпания локализованы на животе, спине. 1. Ваш диагноз? 2. Какой микроорганизм вызывает это заболевание? 3. Какие препараты применяют для наружного лечения?
Клиника-элементы Какие морфологические элементы наблюдаются у больных пиодермитами ? 1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Лечение Какие препараты назначают для лечение пиодермитов?

Ответы:

Тест 1. Какое заболевание не относится к стафилококковым пиодермитам встречающихся только у детей? а) эпидемическая пузырчатка новорожденных б) эксфолиативный дерматит Риттер фон Риттерсхайна в) фурункул г) псевдофурункулёз 2. К стрептококковым пиодермитам не относится: а) стрептококковое импетиго б) гидраденит в) панариций г) ангулярный стоматит 3. Дифференциальную диагностику шанкриформной пиодермии не проводят с: а) твердым шанкром б) мягким шанкром в) гонококковой эрозией г) псориаз	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратилась женщина с жалобами на высыпания на теле ребенка. На теле 10 дневного новорожденного наблюдается дряблые, вялые пузыри с размером горошины. Содержимое пузырей серозно-гнойное. Пузыри окружены слабым венчиком воспалительной гиперемии. На месте вскрывшихся пузырей образовались эрозии, окруженные остатками покрывки по периферии. Высыпания локализованы на животе, спине. 1. Ваш диагноз? 2. Какой микроорганизм вызывает это заболевание? 3. Какие препараты применяют для наружного лечения? Ответы: 1. Эпидемическая пузырчатка новорожденных 2. Золотистый стафилококк 3. Анилиновые красители (1-2 % растворы бриллиантовый зеленый и метиленовый си-
---	---

Ответы 1. в 2. б 3. г. 0-5 балл Клиника-элементы Какие морфологические элементы наблюдаются у больных пиодермитами ? 1. Первичные элементы: воспалительное пятно, пустулы, фликтены, 2. Вторичные элементы: эрозии, язвы, корки, рубцы, пигментация. 0-5 балл	ний, растворы Кастеллани). 0-5 балл Лечение Какие препараты назначают для лечения пиодермитов? 1. Антибиотики (препараты пенициллинового ряда, тетрациклина, цефалоспорины, макролиды и др.) 2. Иммунопрепараты (т-тактивин, метилурацил, септилин, имунорикс, иммуномодулин, левамизол, тималин, гемалин и др.) 3. Витамины (группы В, С и др). 4. ГКС. 5. Анилиновые красители (1-2 % раствор бриллиантовый зеленый и метиленовый синий, растворы Кастеллани). 6. Мази с антибиотиками. 0-5 балл
---	--

Тема: Микозы. Пример 5.

Тест 1. Какое заболевание не относится к дерматомикозам? а) микроспория б) трихофития в) актиномикоз г) рубромикоз 2. Возбудителем инфильтративно-нагноительной трихофитии является: а) <i>epidermophyton inguinale</i> Sabonr and б) <i>Tr. mentagrophytes</i> (<i>Tr. gypseum</i> варианты) в) <i>Microsporum furfur</i> г) <i>Tr. tonsurans</i> (<i>crateriforme</i>) 3. При каком заболевании применяется проба Бальцера: а) поверхностной трихофитии б) микроспории в) фавусе г) разноцветном лишае	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратилась женщина с жалобами на высыпания волосистой части головы ребенка. При осмотре волосистой части головы у 10 летнего ребенка наблюдается воспалительные узлы. Очаг поражения выступает над окружающей кожей в виде опухолевидного образования. Фолликулах отмечается гнойное расплавление, из их отверстий выделяется гной, как мед из сотов («медовые соты»), при этом волосы самопроизвольно выпадают. У ребенка увеличены и болезненные при пальпации шейные и затылочные лимфоузлы. 1. Ваш диагноз? 2. Какой микроорганизм вызывает это заболевание? 3. Какие препараты применяют для наружного лечения? Ответы:
Клинико (Элементы) Какие морфологические элементы наблюдаются у больных разноцветным лишаем ? 1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Практические навыки Какие практические навыки проводятся у больных разноцветным лишаем? 1. Откуда берут материал при грибковых заболеваниях? 1. Какое свечение на очаге поражения наблюдается у больных микроспорией? 1.

Ответы.

Тест 1. Какое заболевание не относится к дерматомикозам? а) микроспория б) трихофития в) актиномикоз г) рубромикоз 2. Возбудителем инфильтративно-нагноительной трихофитии является: а) <i>epidermophyton inguinale</i> Sabonrand б) <i>Tr. mentagrophytes</i> (<i>Tr. gypseum</i> варианты) в) <i>Microsporum furfur</i> г) <i>Tr. tonsurans</i> (<i>crateriforme</i>) 3. При каком заболевании применяется проба Бальцера: а) поверхностной трихофитии б) микроспории в) фавусе г) разноцветном лишае Ответы 1. в 2. б 3. г. 0-5 балл	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратилась женщина с жалобами на высыпания волосистой части головы ребенка. При осмотре волосистой части головы у 10 летнего ребенка наблюдается воспалительные узлы. Очаг поражения выступает над окружающей кожей в виде опухолевидного образования. Фолликулах отмечается гнойное расплавление, из их отверстий выделяется гной, как мед из сотов («медовые соты»), при этом волосы самопроизвольно выпадают. У ребенка увеличены и болезненные при пальпации шейные и затылочные лимфоузлы. 1. Ваш диагноз? 2. Какой микроорганизм вызывает это заболевание? 3. Какие препараты применяют для наружного лечения? Ответы: 1. Эпидемическая пузырчатка новорожденных 2. Золотистый стафилококк 3. Анилиновые красители (1-2 % раствор бриллиантовый зелени и метиленовый синий, растворы Кастеллани и витодерм). 0-5 балл
Клинико (Элементы) Какие морфологические элементы наблюдаются у больных разноцветным лишаем? 1. Первичные элементы: не воспалительное пятно (розовое, депигментированное, коричневое) 2. Вторичные элементы: мукоидное шелушение. 0-5 балл	Практические навыки Какие практические навыки проводятся у больных разноцветным лишаем? 1. Техника взятия материала на грибки, пробы Ядассона. Откуда берут материал при грибковых заболеваниях? 1. С краю очага поражения, с чешуек, волос и ногтей. Какое свечение на очаге поражения наблюдается у больных микроспорией? 1. Зеленое свечение. 0-5 балл

Тема: Чесотка. Педикулёз. Пример 6.

Тест 1. Укажи паразитарное заболевание кожи: А) псориаз Б) лепра В) чесотка Г) сифилис 2. При каком заболевании применяют препарат бензилбензоат? А) педикулёз	Ситуационная задача  1. Какой возбудитель показан на картинке? 2. Какое заболевание вызывает это возбудитель? 3. Сколько дней составляет инкубационный период при этом заболевании?
--	---

Б) псориаз В) чесотка С) пузырьчатка 3. Какой вид вещей не бывает: А) лобковая Б) головная В) платяная С) промежности	Ответ :
Лечение (симптом) Какие препараты применяют для лечения <i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>h. om. inis</i>. 1.	Практические навыки Какие методы лабораторной диагностики <i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>h. om. inis</i> вы знаете: 1.

Ответы.

Тест 1. Укажи паразитарное заболевание кожи: А) псориаз Б) лепра В) чесотка Г) сифилис 2. При каком заболевании применяют препарат бензилбензоат? А) педикулёз Б) псориаз В) чесотка С) пузырьчатка 3. Какой вид вещей не бывает: А) лобковая Б) головная В) платяная С) промежности Ответ: 1. в. 2. в. 3. с. 0-5 балла	Ситуационная задача  1. Какой возбудитель показан на картинке? 2. Какое заболевание вызывает это возбудитель? 3. Сколько дней составляет инкубационный период при этом заболевании? Ответ : 1. Чесоточный клещ (<i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>h. om. inis</i>) 2. Чесотку (scabies). 3. 7-14 дней 0-5 балла
Лечение (симптом) Какие препараты применяют для лечения <i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>h. om. inis</i>. 1. 10-33% серная мазь, 2. 20% суспензия или мазь бензилбензоата, 3. Метод Демяновича (4-6% раствор соляной кислоты, 40-60% раствор тиосульфата натрия), 4. Спрей Спрегал, 5. Ивермектин 6 мг, 6. Линдан, 7. Перметрин (медифокс). 0-5 балл	Практические навыки Какие методы лабораторной диагностики <i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>h. om. inis</i> вы знаете: 1. Традиционное извлечение клеща иглой из слепого конца чесоточного хода, с последующей микроскопией возбудителя. Данный метод малоэффективен при исследовании старых полуразрушенных папул. 2. Метод тонких срезов участков рогового слоя эпидермиса в области чесоточного хода при микроскопии позволяет выявить не только клеща, но и его яйца. 3. Метод послойного соскабливания из области слепого конца чесоточного хода до появления крови. С последующей микроскопией материала. 4. Метод щелочного препарирования кожи, с

	нанесением на кожу щелочного раствора, с последующей аспирацией мацерированной кожи и микроскопией. 0-5 балл
--	---

Тема: Лепра. Лейшманиоз. Пример 7.

ТЕСТ 1.Какой тип лепры не существует? а) бляшковидный б) лепраматозный в) туберкулоидный Г) недифференцированный 2.Какой первичный элемент наблюдается при лепре ? а) лепрома б) лейшманиома в) гумма г) люпома 3. Дифференциальную диагностику лепры проводят с : а) псориазом б) третичным сифилисом в) пузырчаткой г) экземой	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на высыпания лице. При осмотре: на лице, тыле кистей, предплечьях, голених, ягодицах и бедрах наблюдаются ограниченные, плотноэластические узлы и разлитые инфильтраты. Цвет их варьирует от розового до синюшно-красного. поверхность гладкая и блестящая, некоторых местах определяется отрубевидные чешуйки.. Узлы полушаровидно возвышаются над поверхностью кожи. Тесно прилегая друг к другу, элементы образовали сплошные бугристые инфильтраты. На одутловатом и лоснящемся фоне лица определяется множество лепром красновато-оранжевого цвета, группирующихся в области надбровных дуг; губы и нос увеличены. Выпадают брови, ресницы. Лицо похоже на «львиное лицо» (<i>fades leonina</i>). В очагах поражения нарушение чувствительность кожи. 1.Ваш диагноз? 2.Какие пробы нужно провести для подтверждения диагноза? Ответы
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных лепрой? 1.Первичные элементы: 2.Вторичные элементы:	Практические навыки Какую пробу проводят у больных лепрой? 1. Какие препараты применяют для лечения лепры? 1.

Ответы.

ТЕСТ 1.Какой тип лепры не существует? а) бляшковидный б) лепраматозный в) туберкулоидный Г) недифференцированный 2.Какой первичный элемент наблюдается при лепре ? а) лепрома б) лейшманиома в) гумма	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на высыпания лице. При осмотре: на лице, тыле кистей, предплечьях, голених, ягодицах и бедрах наблюдаются ограниченные, плотноэластические узлы и разлитые инфильтраты. Цвет их варьирует от розового до синюшно-красного. поверхность гладкая и блестящая, некоторых местах определяется отрубевидные чешуйки.. Узлы полушаровидно возвышаются над по-
---	--

г) люпома 3. Дифференциальную диагностику лепры проводят с : а) псориазом б) третичным сифилисом в) пузырчаткой г) экземой Ответы: 1. а. 2. а. 3. б. 0-5 балла	верхностью кожи. Тесно прилегая друг к другу, элементы образовали сплошные бугристые инфильтраты. На одутловатом и лоснящемся фоне лица определяется множество лепром красновато-оранжевого цвета, группирующихся в области надбровных дуг; губы и нос увеличены. Выпадают брови, ресницы. Лицо похоже на «львиное лицо» (<i>fades leonina</i>). В очагах поражения нарушена чувствительность кожи. 1.Ваш диагноз? 2.Какие пробы нужно провести для подтверждения диагноза? Ответы 1.Лепроматозный тип лепры 2.Проба Минора, определит тактильную, температурную, болевую чувствительность. 0-5 балла
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных лепрой? 1.Первичные элементы: узел, бугорок, депигментированное пятно 2.Вторичные элементы: язва, рубец. 0-5 балла	Практические навыки Какую пробу проводят у больных лепрой? 1. Пробу Минора Какие препараты применяют для лечения лепры? 1.ДДС; 2. Авлосульфон; 3. Дапсон 0-5 балла

Пример 8.

ТЕСТ 1.Какой тип кожного лейшманиоза не существует? а) Поздноизъязвляющийся б) Остронекротизирующий в) металеишманиоз г) недифференцированный 2.Какой первичный элемент наблюдается при кожном лейшманиозе? а) лепрома б) лейшманиома в) гумма г) люпома 3. Дифференциальную диагностику кожного лейшманиоза не проводят с: а) туберкулёзной волчанкой б) третичным сифилисом в) пузырчаткой г) лепрой	Ситуационная задача Появляется ограниченный, островоспалительный болезненный инфильтрат красного цвета величиной 2—4 мм. Вначале он плоский, затем принимает конусообразную форму, похожую на начальную стадию фурункула, отличаясь от него меньшими плотностью и болезненностью. Инфильтрат очень быстро растет, увеличивается по периферии и уже ко 2—3-му дню достигает 8—10 мм и даже 15—20 мм в диаметре. По мере роста инфильтрата увеличивается и окружающий воспалительный отек кожи, который в некоторых случаях достигает значительной величины. Субъективно: отмечается болезненность в очагах поражения. 1.Ваш диагноз? 2.Какой симптом наблюдается при этом заболевании?
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных кожным лейшманиозом?	Практические навыки Какой симптом определяется у больных кожным лейшманиозом? 1

1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Какие препараты применяют для лечения кожного лейшманиоза?
--	--

Ответы.

ТЕСТ 1. Какой тип кожного лейшманиоза не существует? а) Поздноизъязвляющийся б) Остронекротизирующий в) металеишманиоз г) недифференцированный 2. Какой первичный элемент наблюдается при кожном лейшманиозе? а) лепрома б) лейшманиома в) гумма г) люпома 3. Дифференциальную диагностику кожного лейшманиоза не проводят с: а) туберкулёзной волчанкой б) третичным сифилисом в) пузырчаткой г) лепрой Ответы: 1. в 2. б 3. в 0-5 балла	Ситуационная задача Появляется ограниченный, островоспалительный болезненный инфильтрат красного цвета величиной 2—4 мм. Вначале он плоский, затем принимает конусообразную форму, похожую на начальную стадию фурункула, отличаясь от него меньшими плотностью и болезненностью. Инфильтрат очень быстро растёт, увеличивается по периферии и уже ко 2—3-му дню достигает 8—10 мм и даже 15—20 мм в диаметре. По мере роста инфильтрата увеличивается и окружающий воспалительный отек кожи, который в некоторых случаях достигает значительной величины. Субъективно: отмечается болезненность в очагах поражения. 1. Ваш диагноз? 2. Какой симптом наблюдается при этом заболевании? Ответы 1. Остронекротизирующий тип лейшманиоза, сельский тип 2. Симптом «рыбий икры» 0-5 балла
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных кожным лейшманиозом? 1. Первичные элементы: бугорки 2. Вторичные элементы: язва, рубцы 0-5 балла	Практические навыки Какой симптом определяется у больных кожным лейшманиозом? 1. Симптом «рыбий икры» Какие препараты применяют для лечения кожного лейшманиоза? 1. Вибромицин, доксициклин; 2. Ламизил 3. Делагил, плаквенил, аминохинол (противомаларийные препараты) 0-5 балла

Пример 9.

ТЕСТ 1. Особенности течения лепры у детей: а) заражение детей происходит в большинстве случаев внутри семьи; б) мальчики болеют в 3 раза чаще, чем девочки; в) в детском возрасте заболевание наиболее часто начинается в виде туберкулоидного или недифференцированного типов; г) первыми проявлениями на коже являются мелкие депигментированные пятна; д) все ответы верны. 2. Возбудителем антропонозного (городско-	Ситуационная задача Врачу обратился больной с жалобами на высыпания в разгибательных поверхностях конечностей, туловище, ушных раковинах плотных, полушаровидных, изолированных папул розовато-синюшного цвета, почти безболезненных, размером от просыаного зерна до горошины располагающиеся в толще кожи. В центральной части элемента имеется своеобразная ложная пустула, содержащая некротические крошковатые массы, по отторжении которых образовался буроватая или грязно-серого цвета корочка, в некото-
---	--

го) типа лепры является: а) <i>L. tropica minor</i> ; б) <i>Pityrosporum orbiculare</i> ; в) <i>L. tropica major</i> ; г) <i>Epidem ophyton floccosum</i> .	рых местах отмечается гладкий «штампованный» рубчик. Однако местами наблюдается остаточная пигментация. Высыпания элементов происходит волнообразно. 1. Ваш диагноз? 2. Препараты применяемые при этом заболевании. Ответы
Лечение Основные препараты применяемые в лечении туберкулёза? 1.	Практические навыки Какие симптомы определяются у больных туберкулёзной волчанкой? Какие практические навыки проводят у больных лепрой?

Ответы.

ТЕСТ 1. Особенности течения лепры у детей: а) заражение детей происходит в большинстве случаев внутри семьи; б) мальчики болеют в 3 раза чаще, чем девочки; в) в детском возрасте заболевание наиболее часто начинается в виде туберкулоидного или недифференцированного типов; г) первыми проявлениями на коже являются мелкие депигментированные пятна; д) все ответы верны. 2. Возбудителем антропонозного (городского) типа лепры является: а) <i>L. tropica minor</i> ; б) <i>Pityrosporum orbiculare</i> ; в) <i>L. tropica major</i> ; г) <i>Epidem ophyton floccosum</i> . Ответы: 1. д; 2. а 0-5 балла	Ситуационная задача Врачу обратился больной с жалобами на высыпания в разгибательных поверхностях конечностей, туловище, ушных раковинах плотных, полушаровидных, изолированных папул розовато-синюшного цвета, почти безболезненные, размером от просыаного зерна до горошины располагающиеся в толще кожи. В центральной части элемента имеется своеобразная ложная пустула, содержащая некротические крошковатые массы, по отторжении которых образовался буроватая или грязно-серого цвета корочка, в некоторых местах отмечается гладкий «штампованный» рубчик. Однако местами наблюдается остаточная пигментация. Высыпания элементов происходит волнообразно. 1. Ваш диагноз? 2. Препараты применяемые при этом заболевании. Ответы 1. Папулонекротический туберкулёз 2. Противотуберкулёзные препараты: рифампицин, стрептомицин и др. 0-5 балла
Лечение Основные препараты применяемые в лечении туберкулёза? 1. Противотуберкулёзные препараты: Стрептомицин, рифампицин и др. 0-5 балла	Практические навыки Какие симптомы определяются у больных туберкулёзной волчанкой? 1. Симптомы «Зонда Поспелова» и «Яблочного желе» Какие практические навыки проводят у больных лепрой? 1. «Проба Минора» и определение чувствительности кожи (болевой, тактильной и температурной). 0-5 балла

Пример 10.

ТЕСТ 1. Что относится к очаговому вторичному туберкулезу кожи? а) туберкулезная волчанка; б) скрофулодерма; в) индуративная эритема; г) язвенный туберкулез кожи и слизистых оболочек. 2. Что относится к диссеминированному туберкулезу кожи? а) лихеноидный папулонекротический туберкулез; б) скрофулодерма; в) индуративная эритема; г) папулонекротический туберкулез. 3. Назовите основной путь передачи лепры: а) половой; б) трансфузионный; в) воздушно-капельный; г) бытовой.	Ситуационная задача  1. Ваш диагноз? 2. Какие симптомы наблюдаются при этом заболевании? Ответы 1.
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных лепрой? 1. Первичные элементы; 2. Вторичные элементы:	Лечение Какие препараты применяют в лечении лепры?

Ответы.

ТЕСТ 1. Что относится к очаговому вторичному туберкулезу кожи? а) туберкулезная волчанка; б) скрофулодерма; в) индуративная эритема; г) язвенный туберкулез кожи и слизистых оболочек. 2. Что относится к диссеминированному туберкулезу кожи? а) лихеноидный папулонекротический туберкулез; б) скрофулодерма; в) индуративная эритема; г) папулонекротический туберкулез. 3. Назовите основной путь передачи лепры: а) половой; б) трансфузионный; в) воздушно-капельный; г) бытовой. Ответы: 1. а, б, г; 2. а, в, г; 3. в; 0-5 балла	Ситуационная задача  1. Ваш диагноз? 2. Какие симптомы наблюдаются при этом заболевании? Ответы 1. Туберкулёзная волчанка 2. Симптомы «Зонда Пospelова» и «Яблочного желе» 0-5 балла
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных лепрой?	Лечение Какие препараты применяют в лечении лепры?

1. Первичные элементы: пятна, бугорки, узлы 2. Вторичные элементы: язва, рубцы 0-5 балла	1.ДДС, 2. Дапсон, 3. Авлосульфон; 4.Рифампицин. 0-5 балла
---	--

Тема: Псориаз. Красный плоский лишай. Пример 11.

ТЕСТ 1.Какие атипичные формы псориаза знаете? а) Нуммулярная, каплевидная, географическая б) Артропатическая, эритродермическая, пустулёзная, экссудативная, в) микробная, пустулёзная, артропатическая Г) лентикулярная, нуммулярная, артропатическая 2.К стадиям псориаза не относится: а) корковая б) прогрессирующая в) стационарная г) регрессирующая 3. Дифференциальную диагностику псориаза не проводят: а) красным плоским лишаем б) папулёзным сифилидом в) узловатая эритема г) парapsoriasis	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на сыпь по всему телу. При осмотре: по всей поверхности кожи больного наблюдаются окруженные красным ободком округлой формы папулёзные элементы, покрытые белесовато-серыми чешуйками. Некоторые папулы увеличиваются в размере, сливаясь образуя бляшки. На местах инъекций в ягодичной области наблюдаются появление новых папул. Больного беспокоит незначительный зуд. 1.Ваш диагноз? 2.Какой симптом нужно провести для подтверждения диагноза? 3. Какой признак наблюдается у данного больного?
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных псориазом 1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Практические навыки Какой симптом определяют у больных псориазом? 1. Какие патогистологические изменения наблюдаются при псориазе?

Ответы.

ТЕСТ 1.Какие атипичные формы псориаза знаете? а) Нуммулярная, каплевидная, географическая б) Артропатическая, эритродермическая, пустулёзная, экссудативная, в) микробная, пустулёзная, артропатическая Г) лентикулярная, нуммулярная, артропатическая 2.К стадиям псориаза не относится: а) корковая б) прогрессирующая в) стационарная г) регрессирующая 3. Дифференциальную диагностику псориаза не проводят: а) красным плоским лишаем	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на сыпь по всему телу. При осмотре: по всей поверхности кожи больного наблюдаются окруженные красным ободком округлой формы папулёзные элементы, покрытые белесовато-серыми чешуйками. Некоторые папулы увеличиваются в размере, сливаясь образуя бляшки. На местах инъекций в ягодичной области наблюдаются появление новых папул. Больного беспокоит незначительный зуд. 1.Ваш диагноз? 2.Какой симптом нужно провести для подтверждения диагноза? 3. Какой признак наблюдается у данного больного?
---	--

б) папулёзным сифилидом в) узловатая эритема г) парапсориазом Ответы 1. б); 2. а); 3. в). 0-5 балла	Ответы 1. Вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия; 2. Псориагическую триаду; 3. Феномен Кебнера (изоморфная реакция) 0-5 балла
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных псориазом 1. Первичные элементы: папулы, бляшки 2. Вторичные элементы: чешуйки, псевдолейкодермы (вторичные депигментированные пятна). 0-5 балла	Практические навыки Какой симптом определяют у больных псориазом? 1. Псориагическую триаду (стеариновое пятно, терминальная плёнка, точечное кровотечение, симптом Ауспитца) Какие патогистологические изменения наблюдаются при псориазе? 1. Паракератоз; 2. Акантоз; 3. Папилломатоз 0-5 балл

Пример 12.

ТЕСТ 1. Какие формы красного плоского лишая знаете? а) Нуммулярная, каплевидная б) прогрессирующая, регрессирующая в) атрофическую, бородавчатую, г) пустулёзную, артропатическую 2. К стадиям красного плоского лишая не относятся: а) прогрессирующая б) атрофическая в) стационарная г) регрессирующая 3. Дифференциальную диагностику красного плоского лишая не проводят: а) псориаз б) папулёзным сифилидом в) чесотка г) парапсориазом	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на сыпь по всему телу. При осмотре: по всей поверхности кожи больного наблюдаются полигональной формы папулёзные элементы, на поверхности которых наблюдается пупковидное вдавление. На местах инъекций в локтевой области наблюдаются появление новых папул. Субъективных ощущений нет. 1. Ваш диагноз? 2. Какой симптом нужно провести для подтверждения диагноза? 3. Какой признак наблюдается у данного больного? Ответы
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных красным плоским лишаем 1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Практические навыки Какой симптом определяют у больных красным плоским лишаем? 1. Какое патогистологическое изменение наблюдается при красном плоском лишае? 1.

Ответы.

ТЕСТ 1. Какие формы красного плоского лишая знаете? а) Нуммулярная, каплевидная б) прогрессирующая, регрессирующая в) атрофическую, бородавчатую,	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на сыпь по всему телу. При осмотре: по всей поверхности кожи больного наблюдаются полигональной формы папулёзные элементы, на поверхности
--	---

г) пустулёзная, артропатическая 2.К стадиям красного плоского лишая не относится: а) прогрессирующая б) атрофическая в) стационарная г) регрессирующая 3. Дифференциальную диагностику красного плоского лишая не проводят: а) псориаз б) папулёзный сифилидом в) чесотка г) параспориозом Ответы 1. в) 2. б) 3. в) 0-5 балла	которых наблюдается пупковидное вдавление. На местах инъекций в локтевой области наблюдаются появление новых папул. Субъективных ощущений нет. 1.Ваш диагноз? 2.Какой симптом нужно провести для подтверждения диагноза? 3. Какой признак наблюдается у данного больного? Ответы 1.Красный плоский лишай, прогрессирующая стадия. 2.Сетка Уикхема 3.Феномен Кёбнера (изоморфная реакция) 0-5 балла
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных красным плоским лишаем 1. Первичные элементы: папулы, бляшки 2. Вторичные элементы: чешуйки, пигментированные пятна. 0-5 балла	Практические навыки Какой симптом определяют у больных красным плоским лишаем? 1.Сетка Уикхема Какое патогистологическое изменение наблюдается при красном плоском лишае? 1. Гранулёз. 0-5 балл

Тема: Коллагенозы. Пример 13.

ТЕСТ 1.Какое заболевание не относится к коллагенозам? а) склеродермия б) красная волчанка В) Печесуха Г) дерматомиозит 2.Сколько зон определяется в очаге поражения у больных дискоидной красной волчанкой? А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4 3. Какая форма красной волчанки не существует: А) острая Б) подострая В) хроническая Г) бляшечная	Ситуационная задача  1.Ваш диагноз? 2.Какие зоны различают в очаге поражения у данного заболевания? 3. Какие исследования проводят у больных данным заболеванием? Ответы:
Симптом Какие высыпные элементы отмечают при дискоидной форме красной волчанки?	Практические навыки Какие симптомы наблюдаются у больных дискоидной формой красной волчанки?

Ответы.

ТЕСТ 1.Какое заболевание не относится к кол-	Ситуационная задача
--	-----------------------------------

лагенозам? а) склеродермия б) красная волчанка В) Пчесуха Г) дерматомиозит 2.Сколько зон определяется в очаге поражения у больных дискоидной красной волчанкой? А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4 3. Какая форма красной волчанки не существует: А) острая Б) подострая В) хроническая Г) бляшечная Ответы 1) В; 2) В; 3) Г) 0-5 баллов	 1.Ваш диагноз? 2.Какие зоны различают в очаге поражения у данного заболевания? 3. Какие исследования проводят у больных данным заболеванием? Ответы: 1.Дискоидная форма красной волчанки 2.Эритемы, фолликулярный гиперкератоз (шелушение, чешуйки), рубцовая атрофия; 3.Исследование на LE -клетки, гистологические и иммунологические исследования, общий анализ крови, биохимический анализ, ревмопробы и др. 0-5 баллов
Симптом Какие высыпные элементы отмечаются при дискоидной форме красной волчанки? Эритема, чешуйки, рубцовая атрофия 0-5 балла	Практические навыки Какие симптомы наблюдаются у больных дискоидной формой красной волчанки? Симптом «Дамского каблучка» («канцелярской кнопки») Симптом «Бенье-Мещерского» Симптом Хачатуряна. 0-5 балла

Пример 14.

ТЕСТ 1.Какое заболевание не относится к коллагенозам? а) склеродермия б) красная волчанка В) Пчесуха Г) дерматомиозит 2.Сколько зон определяется в очаге поражения у больных дискоидной красной волчанкой А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4 3. Какая форма красной волчанки не существует: А) острая Б) подострая В) хроническая	Ситуационная задача  1.Ваш предварительный диагноз? 2.Какие стадии различают в очаге поражения у данного заболевания? 3. Какие препараты применяют для лечения у больных данным заболеванием?
---	---

Г) бляшечная	
Симптом Какие высыпные элементы отмечаются при Склеродермии?	Практические навыки Какие симптомы наблюдаются у больных дискоидной формой красной волчанки?

Ответы.

ТЕСТ 1.Какое заболевание не относится к коллагенозам? а) склеродермия б) красная волчанка в) Пчесуха г) дерматомиозит 2.Сколько зон определяется в очаге поражения у больных дискоидной красной волчанкой А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4 3.Какая форма красной волчанки не существует: А) острая Б) подострая В) хроническая Г) бляшечная Ответы 1) В; 2) В; 3) Г) 0-5 баллов	Ситуационная задача  1.Ваш предварительный диагноз? 2.Какие стадии различают в очаге поражения у данного заболевания? 3. Какие препараты применяют для лечения у больных данным заболеванием? Ответы: 1.Склеродермия бляшечная форма; 2. 3 стадии. 3.Лидаза, ронидаза и др. (ферменты), сосудорасширяющие и др. 0-5 баллов
Симптом Какие высыпные элементы отмечаются при Склеродермии? Эритема, атрофия 0-5 балла	Практические навыки Какие симптомы наблюдаются у больных дискоидной формой красной волчанки? Симптом «Дамского каблучка» («канцелярской кнопки») Симптом «Бенье-Мещерского» Симптом Хачатуряна. 0-5 балла

Тема: Акантолитическая пузырчатка. Герпетиформный дерматит Дюринга. Пример 15.

ТЕСТ 1.Клиническим формам акантолитической пузырчатки относится? а) вульгарная, вегетирующая, листовидная, эритематозная б) листовидная, вегетирующая, артропатическая, себорейная в) вегетирующая, микробная, листовидная, вульгарная г) синдром Сенир-Ашера, вульгарная, леп-	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на сыпь по всему телу. При осмотре: у больного наблюдаются на внешне неизменной коже и слизистых оболочках вялые, дряблые пузыри величиной с горошину, лесной орех и более, с прозрачным, постепенно мутнеющим содержимым. На месте вскрывшихся пузырей, образовались ярко-красные эрозии, в не которых
--	--

роматозная, микробная 2.Какой первичный морфологический элемент наблюдается при вульгарной пузырчатке: а) пузырь б) пузырек в) пятно г) бугорок 3. Дифференциальную диагностику пузырчатки не проводят с: а) герпетиформным дерматозом Дюринга б) псориазом в) синдромом Лайелла г) синдромом Стивенсона-Джонсона	местах образовались корки. 1.Ваш диагноз? 2.Какие симптомы подтверждают диагноза? Ответ:
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных акантолитической пузырчаткой? 1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Практические навыки Какие симптомы определяют у больных акантолитической пузырчаткой? 1. Какое патогистологическое изменение наблюдается при акантолитической пузырчатке?

Ответы.

ТЕСТ 1.Клиническим формам акантолитической пузырчатки относится? а) вульгарная, вегетирующая, листовидная, эритематозная б) листовидная, вегетирующая, артропатическая, себорейная в) вегетирующая, микробная, листовидная, вульгарная г) синдром Сенир-Ашера, вульгарная, лепроматозная, микробная 2.Какой первичный морфологический элемент наблюдается при вульгарной пузырчатке: а) пузырь б) пузырек в) пятно г) бугорок 3. Дифференциальную диагностику пузырчатки не проводят с: а) герпетиформным дерматозом Дюринга б) псориазом в) синдромом Лайелла г) синдромом Стивенсона-Джонсона Ответы 1. а); 2. а); 3. б). 0-5 балла	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на сыпь по всему телу. При осмотре: у больного наблюдаются на внешне неизменной коже и слизистых оболочках вялые, дряблые пузыри величиной с горошину, лесной орех и более, с прозрачным, постепенно мутнеющим содержимым. На месте вскрывшихся пузырей, образовались ярко-красные эрозии, в не которых местах образовались корки. 1.Ваш диагноз? 2.Какие симптомы подтверждают диагноза? Ответ: 1.Вульгарная пузырчатка 2.Симптомы Щеклакова, Асбо-Ганзена, Никольского . 0-5 балла
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных акантолитической пузырчаткой ?	Практические навыки Какие симптомы определяют у больных акантолитической пузырчаткой? 1. Симптом Никольского

1. Первичные элементы: пузырь, пятно 2. Вторичные элементы: эрозия, вегетация, корки, шелушение, пигментация 0-5 балла	2. Симптом Асбо-Ганзена 3. Симптом Щеклакова Какое патогистологическое изменение наблюдается при акантолитической пузырьчатке? 1. Акантолизис 0-5 балла
--	---

Пример 16.

ТЕСТ 1. Клиническим формам герпетиформного дерматоза Дюринга относится? а) вульгарная, вегетирующая б) мелкопузырчатая, крупнопузырная в) микробная, листовидная г) синдром Сенир-Ашера, лепроматозная 2. Какой первичный морфологический элемент не встречается при герпетиформном дерматозе Дюринга: а) пузырь б) пузырек в) пятно г) бугорок 3. Дифференциальную диагностику герпетиформного дерматоза Дюринга не проводят с: а) акантолитическая пузырьчатка б) чесоткой в) синдромом Лайелла г) синдромом Стивенсона-Джонсона	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на сыпь по всему телу. При осмотре: у больного наблюдаются на коже полиморфная сыпь, нередко симметричные, склонной к группировке. Высыпания локализованы на теле, конечностях кожного покрова, за исключением ладоней и подошв. В очагах поражения наблюдаются эритематозные, папулезные, уртикарные, везикулезные и буллезные высыпания. Результате сильного зуда и расчесов: на месте пузырьков и пузырей образовались эрозии, серозные и геморрагические корки, эксфолиации от расчесов, шелушение. На месте регрессировавших высыпаний на коже наблюдается гиперпигментация. Больных беспокоит зуд. 1. Ваш диагноз? 2. Какая проба подтверждает диагноза?
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных герпетиформным дерматозом Дюринга? 1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Практические навыки Какую пробу проводят у больных герпетиформным дерматозом Дюринга? 1. Какие лабораторные исследования нужно провести для подтверждения диагноза?

Ответы.

ТЕСТ 1. Клиническим формам герпетиформного дерматоза Дюринга относится? а) вульгарная, вегетирующая б) мелкопузырчатая, крупнопузырная в) микробная, листовидная г) синдром Сенир-Ашера, лепроматозная 2. Какой первичный морфологический элемент не встречается при герпетиформном дерматозе Дюринга: а) пузырь б) пузырек в) пятно г) бугорок	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на сыпь по всему телу. При осмотре: у больного наблюдаются на коже полиморфная сыпь, нередко симметричные, склонной к группировке. Высыпания локализованы на теле, конечностях кожного покрова, за исключением ладоней и подошв. В очагах поражения наблюдаются эритематозные, папулезные, уртикарные, везикулезные и буллезные высыпания. Результате сильного зуда и расчесов: на месте пузырьков и пузырей образовались эрозии, серозные и геморрагические корки, эксфоли-
--	--

3. Дифференциальную диагностику герпетического дерматоза Дюринга не проводят с: а) акантолитическая пузырьчатка б) чесоткой в) синдромом Лайелла г) синдромом Стивенса-Джонсона Ответы: 1. б. 2. г. 3. б. 0-5 балла	ации от расчесов, шелушение. На месте регрессировавших высыпаний на коже наблюдается гиперпигментация. Больных беспокоит зуд. 1.Ваш диагноз? 2.Какая проба подтверждает диагноза? Правильные ответы: 1.Герпетический дерматоз Дюринга 2.Проба Ядассона 0-5 балла
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных герпетическим дерматозом Дюринга? 1.Первичные элементы: эритематозные, папулезные, уртикарные, везикулезные и буллезные, пустулезные высыпания 2.Вторичные элементы: эрозии, серозные и геморрагические корки, эскориации, шелушение, гиперпигментации. 0-5 балла	Практические навыки Какую пробу проводят у больных герпетическим дерматозом Дюринга? 1. Пробу Ядассона Какие лабораторные исследования нужно провести для подтверждения диагноза? 1. Анализ крови на эозинофилию 2. Анализ содержимого пузыря на эозинофилию 3. ИФА анализ 0-5 балла

Тема: Дерматиты. Токсикодермия. Пример 17.

Тест 1.Фактор не вызывающий простой контактный дерматит? А) антибиотики Б) физические В) химические Г) биологические 2. Тяжелой формой токсикодермии является: А) синдром Стивенса-Джонсона Б) синдром Ханта В) синдром Лайелла Г) синдром Мелкерсона-Розенталя 3. Один из основных групп препаратов в лечении токсикодермии: А) Кортикостероиды Б) Иммуностимуляторы В) Гепатопротекторы Г) Цитостатики	Ситуационная задача 1.Ваш предварительный Диагноз? 2. Предварительная причина возникновения заболевания ? 
Клиника (симптомы) Клинические разновидности токсикодермии:	Практический навык 1.Какие практические навыки применяют у больных аллергодерматитами? 2.Какие симптомы наблюдаются у больных синдромом Лайелла?

Ответы.

Тест 1.Фактор не вызывающий простой контактный дерматит? А) антибиотики Б) физические	Ситуационная задача 1.Ваш предварительный Диагноз? 
--	---

В) химические Г) биологические 2. Тяжелой формой токсикодермии является: А) синдром Стивенса-Джонсона Б) синдром Ханта В) синдром Лайелла Г) синдром Мелкерсона-Розенталя 3. Один из основных групп препаратов в лечении токсикодермии: А) Кортикостероиды Б) Иммуностимуляторы В) Гепатопротекторы Г) Цитостатики 1. А. 2. В. 3. А. Баллы 0-5	2. Предварительная причина возникновения заболевания ? Ответы: 1. Фиксированная эритема. 2. Сульфаниламиды. Баллы 0-5
Клиника (симптомы) Клинические разновидности токсикодермии: <u>ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ</u> <i>Пятнистые токсикодермии;</i> <i>Папулезные токсикодермии;</i> <i>Узловатые токсикодермии;</i> <i>Везикулёзные токсикодермии;</i> <i>Пустулезные токсикодермии;</i> <i>Буллёзные токсикодермии;</i> <i>Фиксированная токсикодермия;</i> <i>Синдром Лайелла.</i> баллы 0-5	Практический навык 1. Какие практические навыки применяют у больных алергодерматитами? 2. Какие симптомы наблюдаются у больных синдромом Лайелла? 1. Аллергические пробы: Капельная, скарификационные, интрадермальные, аппликационные. 2. Симптом Никольского, возникают симптомы «смоченного белья» (эпидермис под пальцем сдвигается, скользит и сморщивается), симптомы «перчатки», «носков» (эпидермис отслаивается, сохраняя форму пальцев, ступни). Баллы 0-5

Тема: Многоформная экссудативная эритема. Экзема. Пример 18.

Тест 1. Укажите характерный симптом для многоформной экссудативной эритемы? А) симптом Ауспица Б) симптом «Птичьего глаза» В) симптом Пospelова Г) симптом «пятна Рилля» 2. При каком заболевании встречается симптом «папиросной бумаги»? А) синдром Стивенса-Джонсона Б) синдром Ханта В) синдром Лайелла Г) розовый лишай Жибера 3. Сколько стадий наблюдается у больных истинной экземой? А) 7 Б) 3 В) 5 Г) 9	 Ситуационная задача 1. Ваш предварительный Диагноз? 2. Какой симптом отмечает-ся у этого больного?
Клиника (симптомы) Дифференциальный диагноз многоформной экссудативной эритемы следует проводить с:	Лечение 1. Какие препараты применяют для местной терапии у больных розовым лишаем Жибера?

	ра?
--	-----

Ответы.

Тест 1. Укажите характерный симптом для многоформной экссудативной эритемы? А) симптом Ауспица Б) симптом «Птичьего глаза» В) симптом Пospelова Г) симптом «пятна Рилля» 2. При каком заболевании встречается симптом «папиросной бумаги»? А) синдром Стивенса-Джонсона Б) синдром Ханта В) синдром Лайелла Г) розовый лишай Жибера 3. Сколько стадий наблюдается у больных истинной экземой? А) 7 Б) 3 В) 5 Г) 9 1. Б. 2. Г. 3. А. Баллы 0-5	Ситуационная задача 1. Ваш предварительный Диагноз? 2. Какой симптом отмечается у этого больного? Ответы: 1. Многоформная экссудативная эритема. 2. Симптом «Птичьего глаза». Баллы 0-5
Клиника (симптомы) Дифференциальный диагноз многоформной экссудативной эритемы следует проводить с: - Токсико-аллергическим дерматитом, - Пузырчаткой, - Герпетиформным дерматитом Дюринга. Баллы 0-5	Лечение 1. Какие препараты применяют для местной терапии у больных розовым лишаем Жибера? Кортикостероиды: мази – Преднизолон, Гидрокортизон, Синафлан, Бетаметазон, Клобетазол, Целестодерм В, Лоринден А, Флюцинар, Фторокорт, Болтушка баллы 0-5

Пример 19.

Тест 1. Укажите характерный симптом для истинной экземы? А) симптом «серозных колодцев» Б) симптом «Птичьего глаза» В) симптом Пospelова Г) симптом «пятна Рилля» 2. При каком заболевании встречается симптом «Архипелага»? А) истинная экзема Б) синдром Ханта В) синдром Лайелла Г) розовый лишай Жибера 3. Четвертая стадия у больных истинной экземой называется:	Ситуационная задача 1. Ваш предварительный Диагноз? 2. Какие виды этого заболевания вы знаете ? 3. Симптомы встречающиеся при этом заболевании:
---	---

А) выздоровление Б) мокнутия В) эритемы Г) шелушение	
Клиника (симптомы) Виды микробной экземы:	Лечение Какие препараты применяют для местного лечения у больных мокнущим очагом?

Ответы.

Тест 1. Укажите характерный симптом для истинной экземы? А) симптом «серозных колодцев» Б) симптом «Птичьего глаза» В) симптом Поспелова Г) симптом «пятна Рилля» 2. При каком заболевании встречается симптом «Архипелага»? А) истинная экзема Б) синдром Ханта В) синдром Лайелла Г) розовый лишай Жибера 3. Четвертая стадия у больных истинной экземой называется: А) выздоровление Б) мокнутия В) эритемы Г) шелушение Ответы: 1. А. 2. А. 3. Б. Баллы 0-5	Ситуационная задача  1. Ваш предварительный Диагноз? 2. Какие виды этого заболевания вы знаете ? 3. Симптомы встречающиеся при этом заболевании: Ответы: 1. Истинная экзема. 2. Дисгидротическая, пруригинозная. 3. Симптомы «Серозных колодцев», «Архипелага». Баллы 0-5
Клиника (симптомы) Виды микробной экземы: ❖ Паратравматическая; ❖ Экзема сосков и дужек; ❖ Варикозная; ❖ Нуммулярная; ❖ Сикозиформная. Баллы 0-5	Лечение Какие препараты применяют для местного лечения у больных мокнущим очагом? Примочки: 2% растворы борной кислоты, танина, растворы резорцина, риванола, 0,25% растворы нитрата серебра и др. Баллы 0-5

Тема: Микозы. Пример 20.

ТЕСТ 1. Какое заболевание относится к кератомикозам? а) туберкулёзная волчанка б) сифилис В) разноцветный лишай Г) фавус 2. Какой клинический признак характерен для разноцветного лишая: А) Медовые соты Б) твердая консистенция В) пятно с кофе с молоком Г) болезненность 3. Дифференциальную диагностику разноцветного лишая проводят:	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на высыпания в области вокруг шеи. При осмотре: у больного на коже шеи, груди и плеча наблюдаются коричневые, розовые и депигментированные пятна. На поверхности пятен отмечается мукоидное шелушение. Лимфатические узлы не увеличены, кожа над ними не изменена. Субъективные ощущения: зуд, жжение. 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие исследования проводят для подтверждения диагноза? 3. Ваша лечебная тактика?
--	--

А) псориаз Б) розеолами при сифилисе В) фурункул Г) эрозивными поражениями при гонорее	
Клиника-Симптомы Какие высыпные элементы отмечаются при данном микозе?	Практические навыки Какие практические навыки проводят у больных с этим грибковым заболеванием?

Ответы.

ТЕСТ 1.Какое заболевание относится к кератомикозам? а) туберкулёзная волчанка б) сифилиса В) разноцветный лишай Г) фавус 2.Какой клинический признак характерен для разноцветного лишая: А) Медовые соты Б) твердая консистенция В) пятно с кофе с молоком Г) болезненность 3. Дифференциальную диагностику разноцветного лишая проводят: А) псориаз Б) розеолами при сифилисе В) фурункул Г) эрозивными поражениями при гонорее Ответы : 1. В) 2. В) 3. Б) 0-5 балла	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на высыпания в области вокруг шеи. При осмотре: у больного на коже шеи, груди и плеча наблюдаются коричневые, розовые и депигментированные пятна. На поверхности пятен отмечается мукоидное шелушение. Лимфатические узлы не увеличены, кожа над ними не изменена. Субъективные ощущения: зуд, жжение. 1.Ваш предварительный диагноз? 2.Какие исследования проводят для подтверждения диагноза? 3. Ваша лечебная тактика? Ответы. 1. Разноцветный лишай 2. Проведение пробы Бальцера, выявление симптома Бенъе. Микроскопическое исследование очага поражения на грибки. 3. После подтверждения диагноза больному назначается противогрибковое лечение (тербинофин, микозолон, ламизил, клотримазол, микосептин, серная мазь 33% и др.). 0-5 баллов
Клиника-Симптомы Какие высыпные элементы отмечаются при данном микозе? Пятно коричневые, розовые, депигментированные, кофе с молоком; Шелушение (мукоидное). 0-5 балла	Практические навыки Какие практические навыки проводят у больных с этим грибковым заболеванием? 1.Микроскопическое исследование. Взятие материалы на грибки с пораженного участка кожи (волосы, ногти, кожа). 2.Проба Бальцера. Симптом Бенъе. 3.Осмотр больного под лампой Вуда. 0-5 баллов

Пример 21.

ТЕСТ 1.Какое заболевание не относится к дерматомикозам? а) микроспория б) трихофития В) разноцветный лишай Г) фавус	Ситуационная задача  1) ... 2) ... 3) ...
--	--

2.Какой клинический признак характерен для глубокой трихофитии: А) Медовые соты Б) твердая консистенция В) пятно с кофе с молоком Г) симптом Бенъе 3. Дифференциальную диагностику трихофитии проводят с: А) псориазом Б) красным плоским лишаем В) фурункулом Г) микроспорией	1.Какие заболевания приведены на фотографии? 2.Перечислите по номерам приведенные заболевания:
Симптом Какие высыпные элементы отмечают при трихофитии гладкой кожи?	Практические навыки Какие практические навыки проводят у больных с этим грибковыми заболеваниями?

Ответы.

ТЕСТ 1.Какое заболевание не относится к дерматомикозам? а) микроспория б) трихофития В) разноцветный лишай Г) фавус 2.Какой клинический признак характерен для глубокой трихофитии: А) Медовые соты Б) твердая консистенция В) пятно с кофе с молоком Г) симптом Бенъе 3. Дифференциальную диагностику трихофитии проводят с: А) псориазом Б) красным плоским лишаем В) фурункулом Г) микроспорией Ответы: 1. В) 2. А) 3. Г) 0-5 баллов	Ситуационная задача  1) ... 2) ... 3) ... 1.Какие заболевания приведены на фотографии? 2.Перечислите по номерам приведенные заболевания: 1) Микроскопия 2) Трихофития 3) Фавус 0-5 баллов
Симптом Какие высыпные элементы отмечают при трихофитии гладкой кожи? Воспалительное пятно, папула, везикула, корки. 0-5 баллов	Практические навыки Какие практические навыки проводят у больных с этим грибковыми заболеваниями? Взятие материалы на грибки с пораженного участка кожи (волосы, ногти, кожи). Проба Бальцера. Симптом Бенъе. Осмотр больного под лампой Вуда. 0-5 баллов

Пример 22.

ТЕСТ	Ситуационная задача
-------------	----------------------------

1.Какое заболевание не относится к Нейродерматозам? а) Кожный зуд б) Себорейный дерматит В) Почесуха Г) Нейродермит 2.Какая зона не наблюдается в патологическом очаге на коже у больных ограниченной формой нейродермита: А) Гиперпигментация Б) Лихенификация В) Папулёзная инфильтрация Г) Отечная 3. Дифференциальную диагностику почесухи не проводят с: А) псориаз Б) нейродермит В) кожный зуд Г) чесотка	 1.Ваш диагноз? 2.Какие зоны различают в очаге поражения у данного заболевания? 3. Какой дермографизм наблюдается у больных данным заболеванием?
Клиника-Симптом Какие высыпные элементы отмечаются при кожном зуде?	Практические навыки Какие практические навыки проводят у больных нейродерматозами?

Ответы.

ТЕСТ 1.Какое заболевание не относится к Нейродерматозам? а) Кожный зуд б) Себорейный дерматит В) Почесуха Г) Нейродермит 2.Какая зона не наблюдается в патологическом очаге на коже у больных ограниченной формой нейродермита: А) Гиперпигментация Б) Лихенификация В) Папулёзная инфильтрация Г) Отечная 3. Дифференциальную диагностику почесухи не проводят с: А) псориаз Б) нейродермит В) кожный зуд Г) чесотка Ответы: 1) Б); 2) Г); 3) А. Баллы 0-5	Ситуационная задача  1.Ваш диагноз? 2.Какие зоны различают в очаге поражения у данного заболевания? 3. Какой дермографизм наблюдается у больных данным заболеванием? Ответы: 1. Ограниченная форма нейродермита. 2. Наружная – гиперпигментация, средняя – папулёзная инфильтрация, внутренняя (центральная) – лихенификация. Баллы 0-5
Клиника-Симптом Какие высыпные элементы отмечаются при кожном зуде? Корки, эскориации. Баллы 0-5	Практические навыки Какие практические навыки проводят у больных нейродерматозами? 1.Определение дермографизма. 2.Мышечно-волосистой рефлекс. Баллы 0-5

Пример 23.

ТЕСТ 1. При каких заболеваниях наблюдается сильный зуд? а) Псориаз, красный плоский лишай, сифилис б) чесотка, гонорея, пузырчатка в) почесуха, нейродермит, чесотка г) пиодермия, опоясывающий лишай, кожный зуд 2. Какой клинический симптом характерен для чесотки: а) симптом Горчакова-Арди б) симптом Никольского, в) симптом Птичьего глаза г) симптом Бенъе-Мещерского 3. Дифференциальную диагностику нейродермита не проводят с: а) кожным зудом б) почесухой в) чесоткой г) все ответы не правильные	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами высыпания в половом члене. Половой контакт с незнакомой женщиной было 15 дней назад. При осмотре: у больного на коже полового члена наблюдаются папуло-везикулёзные высыпания, с эктимой. Лимфаузлы не увеличены, кожа над ними не изменена. Субъективные ощущения: зуд на коже полового члена, усиливающиеся ночное время. 1. Ваш диагноз? 2. Какие исследования проводят для подтверждения диагноза?
Клинико-Симптом Какие высыпные элементы отмечаются при заболеваниях протекающих зудом? 1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Практические навыки Какие практические навыки проводят у больных зудящими дерматозами?

Ответы.

ТЕСТ 1. При каких заболеваниях наблюдается сильный зуд? а) Псориаз, красный плоский лишай, сифилис б) чесотка, гонорея, пузырчатка в) почесуха, нейродермит, чесотка г) пиодермия, опоясывающий лишай, кожный зуд 2. Какой клинический симптом характерен для чесотки: а) симптом Горчакова-Арди б) симптом Никольского, в) симптом Птичьего глаза г) симптом Бенъе-Мещерского 3. Дифференциальную диагностику нейродермита не проводят с: а) кожным зудом б) почесухой в) чесоткой г) все ответы не правильные Ответы: 1. в. 2. а. 3. г. 0-5 балла	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами высыпания в половом члене. Половой контакт с незнакомой женщиной было 15 дней назад. При осмотре: у больного на коже полового члена наблюдаются папуло-везикулёзные высыпания, с эктимой. Лимфаузлы не увеличены, кожа над ними не изменена. Субъективные ощущения: зуд на коже полового члена, усиливающиеся ночное время. 1. Ваш диагноз? 2. Какие исследования проводят для подтверждения диагноза? Ответы: 1. Чесотка осложненной пиодермией. 2. Взятия материала на чесоточный клещ. 3. Также можно – взятия материала на бледную спирохету. 4. Кровь на КСР. 0-5 балла
Клинико-Симптом	Практические навыки

Какие высыпные элементы отмечаются при заболеваниях протекающих зудом? 1. Первичные элементы: папула, везикула 2. Вторичные элементы: эскориация, лихенификация, эрозия. 0-5 балла	Какие практические навыки проводят у больных зудящими дерматозами? 1. Определение дермографизма 2. В зависимости от кожного процесса – Материал на чесоточный клещ 0-5 балла
---	---

Пример 24.

ТЕСТ 1.Какие высыпные элементы наблюдаются при нейродермите? а) пятна, папулы, везикулы, узлы б) папулы, лихенификации, эскориации, эрозии в) бугорки, лихенификации, узлы, эрозии г) язвы, эрозии, папулы, трещины 2.Какой дермографизм определяется при атопическом дерматите : а) Белый б) Красный в) Желтый г) все выше перечисленные 3. Дифференциальную диагностику чесотки не проводят с: а) кожным зудом б) почесухой в) пузырьчаткой г) все ответы не правильные	Ситуационная задача  1.Ваш диагноз. 2.Какие препараты назначаются?
Клинико-Симптом Какие высыпные элементы отмечаются при токсикодермии? 1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Практические навыки Какой практический навык проводят у больных чесоткой?

Ответы.

ТЕСТ 1.Какие высыпные элементы наблюдаются при нейродермите? а) пятна, папулы, везикулы, узлы б) папулы, лихенификации, эскориации, эрозии в) бугорки, лихенификации, узлы, эрозии г) язвы, эрозии, папулы, трещины 2.Какой дермографизм определяется при атопическом дерматите : а) Белый б) Красный в) Желтый г) все выше перечисленные 3. Дифференциальную диагностику чесотки не проводят с:	Ситуационная задача  1.Ваш диагноз. 2.Какие препараты назначаются? Ответ : 1. Фиксированная эритема. 2. Десенсибилизирующие препараты (Натрий тиосульфат, кальций хлорид и глюконат); 3. Антигистаминные (димедрол, диазолин, тавегил, цетиризин, лоратадин и др);
--	---

а) кожным зудом б) почесухой в) пузырьчаткой г) все ответы не правильные Ответы: 1. б. 2. а. 3. в. 0-5 балла	4. Кортикостероиды (преднизолон, дипро- спан, полкортолон); 5. Местное лечение (анилиновые красители, кортикостероидные мази). 0-5 балла
Клинико-Симптом Какие высыпные элементы отмечаются при токсикодермии? 1. Первичные элементы: пятна, папула, ве- зикула, пузыри, волдыри; 2. Вторичные элементы: эрозия, корки, чешуйки, вторичные депигментные пятна. 0-5 балла	Практические навыки Какой практический навык проводят у больных чесоткой? Взятия материала на чесоточный клещ 0-5 балла

Пример 25.

ТЕСТ 1.Сколько завитков наблюдаются в блед- ной спирохете? а) 16-20 б) 6-16 в) 20-22 г) 4-6 2.Как называется первичная сифилома: а) мягкий шанкр б) гумма в) твердый шанкр г) эктима 3. Дифференциальную диагностику твер- дого шанкра не проводят с: а) мягким шанкром б) чесоточной эктимой в) рак кожи г) чешуйчатый лишай	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на язвочку образовавшихся в по- ловом члене. Половой контакт с незнакомой женщиной было 35 дней назад. При осмотре: у больного наблюдаются на головке полового члена язва округлой фор- мы, ровными краями, блюдцеобразным кра- ем, скудным серозным отделяемым, без вос- палительных явлений. На основании язвы отмечается плотноэластический конси- стенции инфильтрат. Лимфаузел на правой пахов- вой области увеличен, кожа над ним не из- менена. При пальпации отмечается инфиль- трат плотноэластической консистенции. Субъективные ощущения не отмечаются. 1.Ваш диагноз? 2.Какие исследования проводят для под- тверждения диагноза?
Симптомы (клиника) Какие морфологические элементы наблю- даются у больных сифилисом? 1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Практические навыки Какие практические навыки проводят у больных сифилисом?

Ответы.

ТЕСТ 1.Сколько завитков наблюдаются в блед- ной спирохете? а) 16-20 б) 6-16 в) 20-22 г) 4-6 2.Как называется первичная сифилома: а) мягкий шанкр б) гумма	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на язвочку образовавшихся в по- ловом члене. Половой контакт с незнакомой женщиной было 35 дней назад. При осмотре: у больного наблюдаются на головке полового члена язва округлой фор- мы, ровными краями, блюдцеобразным кра- ем, скудным серозным отделяемым, без вос- палительных явлений. На основании язвы
---	--

в) твердый шанкр г) эктима 3. Дифференциальную диагностику твердого шанкра не проводят с: а) мягким шанкром б) чесоточной эктимой в) раке кожи г) чешуйчатый лишай Ответы 1. б); 2. в); 3. г). 0-5 балла	отмечается плотноэластический консистенции инфильтрат. Лимфоузел на правой паховой области увеличен, кожа над ним не изменена. При пальпации отмечается инфильтрат плотноэластической консистенции. Субъективные ощущения не отмечаются. 1. Ваш диагноз? 2. Какие исследования проводят для подтверждения диагноза? Ответ : 1. Первичный серонегативный сифилис. 2. Взятия мазка с твердого шанкра на бледную спирохету. 3. Делают пункцию лимфатического узла и берут материал для исследования на бледную спирохету. 4. Кровь на КСР, реакция Вассермана. 0-5 балла
Симптомы (клиника) Какие морфологические элементы наблюдаются у больных сифилисом? 1. Первичные элементы: пятно, папула 2. Вторичные элементы: твердый шанкр, язва, эрозия, рубец. 0-5 балла	Практические навыки Какие практические навыки проводят у больных сифилисом? 1. Взятия мазка с твердого шанкра на бледную спирохету. 2. Делают пункцию лимфатического узла и берут материал для исследования на бледную спирохету. 3. Пальпация лимфатических узлов. 4. Двухмоментное введение противосифилитических препаратов. 0-5 балла

Пример 26.

ТЕСТ 1. Какие сифиломы наблюдаются у больных вторичным периодом сифилиса? а) розеола, папула, везикула, пустула б) бугорок, язва, папула, пустула в) эрозия, узел, папула г) все выше перечисленные сифиломы 2. Какая форма лейкодермы не наблюдается при сифилисе: а) сетчатая б) пятнистая в) мраморная г) псевдолейкодерма 3. Дифференциальную диагностику сифилитической алопеции не проводят с: а) микроспорией б) трихофитией в) пузырчаткой г) вульгарной алопецией	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на высыпания вокруг ануса. Половой контакт с незнакомой женщиной было 5 месяцев назад. При осмотре: у больного вокруг ануса наблюдаются гипертрофированные папулы, широкие кондиломы, на основании которых пальпируется плотноэластический консистенции инфильтрат. Отмечается скудное серозное отделяемое. Все лимфоузлы увеличены, кожа над ним не изменена. При пальпации отмечается инфильтрат плотноэластической консистенции. Субъективные ощущения не отмечаются. Реакция Вассермана, микрореакции положительны. 1. Ваш диагноз? 2. Какие исследования проводят для подтверждения диагноза?
Клиника	Практические навыки

Какие морфологические элементы наблюдаются у больных вторичным периодом сифилиса? 1. Первичные элементы: 2. Вторичные элементы:	Какие практические навыки проводят у больных сифилисом?
--	--

Ответы.

ТЕСТ 1.Какие сифиломы наблюдаются у больных вторичным периодом сифилиса? а) розеола, папула, везикула, пустула б) бугорок, язва, папула, пустула в) эрозия, узел, папула г) все выше перечисленные сифиломы 2.Какая форма лейкодермы не наблюдается при сифилисе: а) сетчатая б) пятнистая в) мраморная г) псевдолейкодерма 3. Дифференциальную диагностику сифилитической алопеции не проводят с: а) микроспорией б) трихофитией в) пузырчаткой г) вульгарной алопецией Ответы 1. а); 2. г); 3. в). 0-5 балла	Ситуационная задача К врачу дерматологу обратился больной с жалобами на высыпания вокруг ануса. Половой контакт с незнакомой женщиной было 5 месяцев назад. При осмотре: у больного вокруг ануса наблюдаются гипертрофированные папулы, широкие кондиломы, на основании которых пальпируется плотноэластический инфильтрат. Отмечается скудное серозное отделяемое. Все лимфоузлы увеличены, кожа над ним не изменена. При пальпации отмечается инфильтрат плотноэластической консистенции. Субъективные ощущения не отмечаются. Реакция Вассермана, микрореакции положительны. 1.Ваш диагноз? 2.Какие исследования проводят для подтверждения диагноза? Ответы. 1. Вторичный рецидивный сифилис. 2.Взятия материала с широких кондилом, гипертрофированных папул на бледную спирохету. Взятия крови больного на МР, РИФ, РИБТ. Пальпация лимфатических узлов. 0-5 балла
Клиника Какие морфологические элементы наблюдаются у больных вторичным периодом сифилиса? 1. Первичные элементы: розеола, папула, везикула, пустула, лейкодерма 2. Вторичные элементы: эрозия, язва, корка, рубец. 0-5 балла	Практические навыки Какие практические навыки проводят у больных сифилисом? 1.Взятия материала с широких кондилом, гипертрофированных папул на бледную спирохету. 2.Взятия крови больного на КСР, МР, РИФ, РИБТ. 3.Двухмоментное введение лекарственных препаратов. 4.Пальпация лимфатических узлов. 0-5 балла

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. Слизистая оболочки полости рта и красной каймы губ	5
§1. Строение слизистой оболочки и красной каймы	5
§2. Возрастные особенности биоценоза и физиологии слизистой оболочки полости рта	10
Глава 2. Классификация заболеваний слизистой	20
оболочки полости рта.	20
Глава 3. Предраковые заболевания и новообразования	21
§1. Лейкоплакия.	21
§2. Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти.	25
§3. Бородавчатый, или узелковый, предрак красной каймы губ.	28
§4. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ.	29
§5. Болезнь Боуэна.	31
§6. Папиллома.	33
§7. Кожный рог	34
§8. Кератоакантома	36
§9. Фиброма.	37
§10. Гемангиома.	38
§11. Лимфангиома.	38
§12. Эпулид.	38
§13. Эозинофильная гранулема.	39
§14. Ретенционная киста.	39
Глава 4. Хейлиты	45
§1. Катаральный хейлит.	45
§2. Эксфолиативный хейлит.	45
§3. Метеорологический хейлит.	46
§4. Гландулярный хейлит.	47
§5. Экзематозный хейлит.	48
§6. Хронические рецидивирующие трещины губ.	49
§7. Лимфедематозный макрохейлит	50
§8. Трофодема Мейжа.	50
Глава 5. Поражение слизистой оболочки полости рта при дермато- зах.	56
§1. Синдрома Стивенса-Джонсона	57
§2. Пузырчатка.	58
§3. Герпетический дерматит (болезнь Дюринга).	59
§4. Врожденный эпидермолиз (врожденная пузырчатка).	61

§5. Красный плоский лишай.	61
§6. Псориаз	62
§7. Красная волчанка.	62
§8. Пиодермиты.	64
§9. Туберкулез	64
§10. Лепра	65
§11. Простой герпес.	68
§12. Острый герпетический (острый афтозный) стоматит.	69
§13. Опоясывающий лишай (herpes zoster, zona).	70
§14. Вирусные бородавки	71
§15. Кандидоз.	71
Глава 6. Сифилис - проявление в полости рта.	89
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	103
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	105
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	106
АССЕССМЕНТ (Assessment)	111

Под авторской редакцией

Сдано в набор 13.01.2021 г. Подписано в печать 20.01.2021 г.
Формат 60*84 1/16. Бумага офсетная. Печ. л. 7.
Тираж 100. Заказ 2.

Издательско-полиграфический центр ДГМУ
г. Махачкала, ул. Абдуллы Алиева, 1.