

ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Курбанова Нодира Исомитдиновна

PhD доцент

БИТУ кафедры Стоматология

E-mail: nodira.isomiddinovna.78@gmail.com

Аннотация: Любому заболеванию, сопровождающемуся проявлениями на слизистой оболочке полости рта, присущи свои элементы поражения, которые условно можно разделить на первичные и вторичные.

Первичные элементы появляются на изначально здоровой слизистой оболочке, а вторичные—это результат перерождения, развития или регресса, заживления ранее возникших элементов.

Наличие одинаковых первичных элементов на слизистой оболочке считают как мономорфное высыпание, наличие двух и более первичных элементов одновременно на слизистой оболочке является истинным полиморфизмом. Присутствие на слизистой оболочке одного первичного и нескольких вторичных элементов, образующихся в процессе регресса первичного элемента называют ложным (эволюционным) полиморфизмом высыпаний Первичные элементы поражения

Мономорфное высыпание представляет собой такое поражение слизистой, при котором диагностируются одинаковые первичные элементы. Если на слизистой в процессе диагностики удастся выявить два и более различных вида первичных элементов, говорят об истинном полиморфизме. Однако если при осмотре слизистой определяется один первичный и несколько вторичных элементов, которые формируются в результате преобразования первичного элемента, речь идет о ложном полиморфизме.

Ключевые слова: Пятно, Эритема, Розеола, Геморрагии, Петехии, Телеангиоэктазии.

Annotatsiya: Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida namoyon bo'ladigan har qanday kasallik birlamchi va ikkilamchi bo'linishi mumkin bo'lgan o'ziga xos zarar elementlariga ega.

Birlamchi elementlar dastlab sog'lom shilliq qavatda paydo bo'ladi va ikkilamchi elementlar degeneratsiya, rivojlanish yoki regressiya, ilgari hosil bo'lgan elementlarning davolanishi natijasidir. Shilliq qavatda bir xil asosiy elementlarning mavjudligi monomorf toshma deb hisoblanadi, shilliq qavatda bir vaqtning o'zida ikki yoki undan ortiq asosiy elementlarning mavjudligi haqiqiy polimorfizmdir. Birlamchi elementning regressiyasi natijasida hosil bo'lgan birlamchi va bir nechta ikkilamchi elementlarning shilliq qavatida bo'lishi toshmalarining soxta (evolyutsion) polimorfizmi deb ataladi. Lezyonning asosiy elementlari

Monomorfik toshma - shilliq qavatning shikastlanishi bo'lib, unda bir xil asosiy elementlar tashxis qilinadi. Agar diagnostika jarayonida shilliq qavatdagi ikki yoki undan ortiq turdagi birlamchi elementlarni aniqlash mumkin bo'lsa, ular haqiqiy polimorfizm haqida gapirishadi. Ammo, agar shilliq qavatni tekshirishda birlamchi elementning o'zgarishi natijasida hosil bo'lgan bitta asosiy va bir nechta ikkilamchi elementlar aniqlansa, biz yolg'on polimorfizm haqida gapiramiz.

Kalit so'zlar: Spot, Eritema, Roseola, Qon ketishi, Petexiya, Telangiektaziya.

Пятно – ограниченное изменение цвета слизистой оболочки рта.

Пятна не изменяют рельеф слизистой оболочки. Различают воспалительные и невоспалительные пятна. К воспалительным пятнам относятся розеола, эритема. К невоспалительным – геморрагические и пигментные пятна.

Эритема – неограниченное, без четких контуров покраснение слизистой оболочки.

Розеола – небольшая эритема округлой формы, размером от 1,5-2 мм до 10 мм в диаметре с ограниченными контурами.

Геморрагии – пятна, возникающие в результате нарушения целостности сосудистой стенки.

Петехии – точечные геморрагии, большие геморрагии называют экхимозами. Геморрагические пятна рассасываются и исчезают без следа.

Телеангиоэктазии – пятна, возникающие вследствие стойкого невоспалительного расширения сосудов или их новообразования. Образуются они тонкими, извилистыми анастомозирующими между собой сосудами.

Пигментные пятна – пятна, обусловленные изменением количества пигмента в коже: его увеличением или уменьшением. В первом случае пятна носят название гиперпигментированных, во втором – де- или гипопигментированных.

Пигментные пятна возникают в результате гиперпигментации - отложения меланина (физиологическая пигментация, Аддисонова болезнь, поражение печени) или экзогенных пигментов при лечении (прием препаратов висмута, полоскание рта растворами антисептиков) или профессиональных вредностей, либо вследствие уменьшения количества пигмента, либо его отсутствия. Артифициальные пятна – пятна, возникающие в результате прижизненного отложения экзогенных красящих веществ.

Пузырек – полостной элемент, возникающий вследствие скопления жидкости в структуре многослойного плоского эпителия. Он имеет округлые очертания, возвышается над окружающими тканями, размер его – 1-5 мм. Его появлению предшествует внутриклеточный отек. Располагается пузырек в шиповатом слое. В связи с тем, что его стенки образованы тонким слоем эпителия, он быстро вскрывается, образуя эрозию.

Узелок – бесполостное образование, которое выступает над поверхностью слизистой оболочки и отличается от нее по цвету. Его размеры не превышают 3-4 мм. Поверхность их обычно остроконечная,

полукруглая, плоская, шаровидная и др. Чаще всего изменения наблюдаются и в эпителии и в собственной пластинке. При обратном развитии от папулы следа не остается. Слившиеся папулы образуют бляшки.

Узел - ограниченное образование плотноватой консистенции, располагается в подслизистом слое, его размер от 0,5 до 5-10 см. Возникает обычно при специфических формах поражения (туберкулез, сифилис, лепра и др.). Возможно нагноение узла с образованием свищей (при актиномикозе) или изъязвление (при сифилитической гумме). На месте распавшихся узлов образуется глубокая язва, которая заживает с образованием рубца.

Бугорок – инфильтративное бесполостное образование, захватывающее все слои слизистой оболочки и возвышающееся над ее поверхностью. Размеры его до 0,7 см. Бугорки располагаются скученно, быстро подвергаются распаду с образованием язвы. После заживления язвы образуется рубец. Бугорки могут рассасываться с образованием рубцовой атрофии.

Примером бугорковых высыпаний являются элементы при третичном сифилисе, туберкулезной волчанке и др. Гнойничок – полостное образование, выступающее над окружающими тканями, наполненное гнойным содержимым.

Возникает в результате гибели эпителиальных клеток под воздействием инфекции (стафило- или стрептококков). Возможно его развитие вследствие инфицирования пузырька. Является элементом поражения при стоматите инфекционного генеза.

Афта - представляет собой поверхностный дефект эпителия округлой формы, размером 0,3 - 0,5 см, располагается на воспаленной подлежащей основе. Афта покрыта фиброзным налетом. По периферии афта окружена ярко - красным ободком.

Долго дискутировался вопрос о том, следует ли считать афту элементарным явлением или же она возникает из пузырька. По мнению Л.

Шугар и соавт. (1980), афта возникает не из пузырька, а представляет собой элементарное явление слизистой оболочки, иммунное поражение отдалённого типа, гистологически афта скорее похожа на папулу.

Эрозии могут сливаться, образуя обширные поверхности полигональных очертаний. Эрозия травматического происхождения называется эксфолиацией. Заживает эрозия без рубца.

Язва характеризуется нарушением целостности всех слоев слизистой оболочки, имеет дно и края. Заживление происходит с образованием рубца. Язвы могут быть следствием сосудистых осложнений, новообразований, специфических заболеваний, а также травматического характера. Примером могут быть декубитальные язвы, как следствие травмирования плохо припасованными протезами, трофические язвы на фоне соматических заболеваний (нейроэндокринные, заболевания крови) и т. д.

Трещина - возникает на участках длительно существующей инфильтрации тканей в результате потери их эластичности и имеет вид линейного дефекта.

В зависимости от глубины нарушения слизистой оболочки различают поверхностные и глубокие трещины. Поверхностные трещины локализируются в пределах эпителия, глубокие - проникают в собственную пластинку слизистой оболочки.

Корка - ссохшийся экссудат содержимого пузырьков, гнойничков, трещин, язв. Цвет корок, зависит от экссудата (серозный, гнойный, геморрагический). Корки, которые выступают над поверхностью ткани, и наслаиваются друг на друга называют струпьями.

Чешуйка - представляет собой образование в виде шелушения, отторжения поверхностных слоев тканевых структур. Это тонкая пластинка, состоящая из ороговевших клеток.

Рубец - участок соединительной ткани, который замещает дефект слизистой оболочки, возникший при ее повреждении или патологическом процессе.

Гистологически участок характеризует увеличение числа волокнистых структур и уменьшение клеточных элементов.

Различают гипертрофические и атрофические рубцы.

Гипертрофические (келоидные) рубцы возникают вследствие травмы и хирургических вмешательств. Они линейной формы, плотные и часто ограничивают подвижность слизистой оболочки.

Атрофические рубцы образуются после заживления элементов туберкулеза, сифилиса, красной волчанки. Имеют неправильную форму и значительную глубину: при туберкулезной волчанке - неправильная форма и значительная глубина, после туберкулезной язвы - неглубокие, после гуммы - гладкие, втянутые. При врожденном сифилисе рубцы лучеподобной формы и располагаются вокруг рта.

Мягкая форма лейкоплакии чаще возникает у лиц молодого и среднего возраста и протекает без выраженных субъективных ощущений. Больные предъявляют жалобы на шероховатость слизистой оболочки, ее шелушение, чувство утолщенной ткани.

При осмотре выявлены отечные участки шелушения с мягким «налетом» белого или серого цвета. Поверхностные слои кератизированного участка слизистой оболочки частично снимаются шпателем.

Диагноз: диагноз ставится на основании данных анамнеза, клинического и гистологического исследования. Дифференциальная диагностика: красный плоский лишай, красная волчанка, папулезные сифилиды, гиперпластический кандидоз.

Лечение: должно быть комплексным. В первую очередь необходимо ликвидировать раздражающие факторы. Пациентам назначаются консультации других специалистов (гастроэнтеролог, эндокринолог) с

целью выявления и лечения сопутствующих заболеваний, которые могут играть важную роль в развитии лейкоплакии. Пациентам назначают различные виды исследований, включающие микологическое исследование, ПЦР-диагностику соскоба со слизистой рта с целью выявления этиологических факторов развития лейкоплакии. В случае выявления вирусов, грибов или большого количества других микроорганизмов назначают соответствующее лечение.

Медикаментозное лечение проводится общее и местное. Общее лечение включает прием внутрь масляных растворов витаминов А (3,44% ретинол ацетат) и Е (30% токоферол) либо комбинированный препарат Ае-78 вит в течение 1 месяца. Также рекомендуется назначение витаминов группы В (В1, В12, мильгама), седативных препаратов. Местное лечение заключается в аппликациях кератопластических препаратов.

При лечении веррукозной формы лейкоплакии, в случае если она не переходит в плоскую форму проводится хирургическое лечение с последующим гистологическим исследованием. При эрозивной форме помимо указанного выше лечения назначаются антибактериальные препараты (0,05% хлоргексидин и др.), ферменты, местные обезболивающие средства, противовоспалительные и противомикробные препараты («Холисал» гель, «Метрогил Дента» и др.).

Если консервативное лечение в течение 2 недель оказывается не эффективным, не наблюдается тенденции к заживлению, проводится хирургическое лечение с последующим гистологическим исследованием. Отдельно следует выделить мягкую лейкоплакию («лейкоэдема», «щечное кусание»). Данное заболевание чаще возникает у лиц молодого и среднего возраста и протекает без выраженных субъективных ощущений. В развитии заболевания важную роль играют эмоциональные факторы (невротическое скусывание слизистой, покусывание губ).

Больные предъявляют жалобы на шероховатость слизистой оболочки, ее шелушение, чувство утолщенной ткани. Клинически мягкая лейкоплакия проявляется набуханием, шелушением, мацерацией слизистой рта без признаков выраженного воспаления. Часто локализуется по линии смыкания зубов, эпителий имеет бахромчатый вид в виде мягких, белесоватых участков. Лечение мягкой лейкоплакии включает в первую очередь назначение седативной терапии, также необходимо назначение витаминов В1, В12. Местное лечение заключается в назначении антисептических полосканий и аппликаций кератопластических средств.

Литература

1. Курбанова Н.И. Пародонт касалликларини замонавий даволаш суллари // Тиббиётда янги кун. – 2019. – № 4 (28). – С. 423-425. (14.00.00; № 22)
2. Хабибова Н.Н., Курбанова Н.И. Профилактика стоматологической заболеваемости у работников шелкомотального производства // Тиббиётда янги кун. – 2020. – № 2 (30). – С. 250-252. (14.00.00; № 22)
3. Qurbonova N.I., Khabibova N.N., Ikhtiyarova G.A. Hygienic condition of the oral cavity and the level of hygienic knowledge of silk motor workers // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – № 07 (03). – P. 3027-3033. (Scopus)
4. Qurbonova N.I. Dental prevention of morbidity in silk-welding workers // ACADEMICIA. – 2020. – № 10 (5). – P. 1667-1669. (Impact Factor: 7.13)
5. Qurbonova N.I., Xabibova N.N. The results of working conditions of workers in the silk industry // Journal for innovative development in pharmaceutical and technical science. – 2021. – № 4 (3). – P. 35-37. (Impact Factor: - 6.011)
6. Курбанова Н.И. Ипакни қайта ишлаш саноатида ишчиларнинг меҳнат шaroитларини ўрганиш натижалари // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2021. – № 6 (132). – С. 45-48. (14.00.00; № 19)
7. Qurbonova N.I. Diagnosis of dental diseases and developmen of regulations for implementation of dental services among the employees of silk spinning enterprises // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2022. – № 12 (2). – P. 217-222. (14.00.00; № 2)
8. Курбанова Н.И. Ипак йигирув корхоналари ишчилари орасида стоматологик касалликларни аниқлаш // Тиббиётда янги кун. – 2022. – № 1 (39). – 217-224 б. (14.00.00; № 22) .