

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

А.С.Кушнир, В.А.Кырлиг,
И.А.Тритиченко,
В.А.Тритиченко,
А.Г.Ожован

Кафедры
терапевтической
стоматологии ФУВ

Rezumat

AFECTAREA ORGANELOR BUCALE DE LUPUS ERYTHEMATOSUS

In practica medicului–stomatolog se intilnesc cazuri de afectare a organelor cavitatii bucale cu lupus erythematosus. Diagnosticul acestei boli este destul de complicat, mai ales cind este insotita de candidoza. In lucrare sunt descrise 14 cazuri a lupus erythematosus cu afectarea organelor bucale. Sunt prezentate diagnosticul si diagnosticul diferential a manifestarii lupus erythematosus.

Summary

THE AFFECTION OF MEMBERS OF MOUTH CAVITY WITH LUPUS ERYTHEMATOSUS

There're many cases of affection of members of mouth cavity in dentist's practice. The diagnostics of this disease is rather difficult especially when it's accompanied by candidiasis. In this work there're described 14 cases of lupus erythematosus with affection of members of mouth cavity. Here is diagnostics and differential diagnostics of lupus erythematosus' presentation.

Красная волчанка представляет собой хронически прогрессирующую болезнь, которая встречается у женщин в 10 раз чаще, чем у мужчин (Ю.Р.Скрипкин, Т.Д.Селицкий, С.М.Федоров, Ф.В.Хубиева, 2003). Этиология болезни пока не выяснена. Причиной красной волчанки может стать вирусная инфекция, нарушение выработки половых гормонов, психологический стресс, внешние факторы (ультрафиолетовое излучение, несбалансированное питание, курение), генетическая предрасположенность.

Некоторые ученые считают, что красная волчанка имеет аутоиммунный характер, то–есть спровоцирована аллергическими процессами особого типа, при которых в организме пациента синтезируются антитела к собственным тканям. Повреждаются фагоциты и из них выделяются нуклеопротеины, которые в плазме крови претерпевают особые изменения. Они поглощаются оставшимися лейкоцитами, изменяют их свойства, превращая в так называемые LE–клетки (lupus erythematosus) (Т.Л.Тлевинская, 1999; И.В.Халиганова, 1999).

Феномен LE впервые был обнаружен в 1948 году Харгрейвсом в виде нуклеофагоцитоза в костном мозге больных красной волчанкой.

Название болезнь получила из–за своего характерного признака — сыпи на переносице и щеках (пораженный участок по форме напоминает бабочку), которая, как считали в средние века, напоминает волчьих укусы.

Цель исследования и задачи. Диагностика красной волчанки в полости рта весьма трудная задача для практических врачей — стоматологов. В связи с этим цель настоящего исследования облегчить диагностику при одновременном поражении органов полости рта красной волчанкой и кандидозом.

Материал, методика и обсуждение. Нами изучено состояние органов полости рта у 14 больных красной волчанкой, из них мужчин–3, женщин–11 человек. Возраст больных был от 30 до 50 лет. У всех больных была дисконидная красная волчанка. Проявления болезни были в области щёк по линии смыкания зубов у 9 больных и у 5–в области красной каймы нижней губы. Поражения на коже мочки уха было у 3 человек, на лице у 8, что значительно облегчало диагностику. Одновременные поражения красной волчанкой и кандидозом было у 7 больных, при этом у 2 из них проявления на коже не было обнаружено.

Начало болезни напоминало ревматоидный артрит. Больные жаловались на повышение температуры, слабость, недомогание, быструю утомляемость, головную боль, боли в мышцах, кожные высыпания, быструю потерю веса. Наиболее часто поражались суставы кистей рук, лучезапястные и голеностопные суставы. Они припухали, были болезненные при пальпации, отмечалась скованность и деформация суставов кистей и стоп. Известно, что артропатия при красной волчанке не разрушает костную ткань, но деформирует суставы, чем отличается от ревматоидного артрита, который сопровождается значительным разрушением костной ткани суставов. Поражение суставов отмечалось у всех больных.

Красная волчанка возникает нередко после пребывания на солнце, на открытых участках тела. Для дискоидной красной волчанки характерна триада: эритема, гиперкератоз, атрофия. Первичным признаком является эритема с четкими границами. На эритематозных участках образуются бляшки, покрытые плотно сидящими чешуйками. Удаление их сопровождается болью (симптом Бенье–Мещерского). После стихания воспаления в центре очага формируется атрофия. По периферии обнаруживаются телеангиэктазии, зоны пигментации и депигментации (Джеймс Е. Фитцпатрик, Джон Эллинг, 1999).

На красной кайме губ появляются резко ограниченные воспалительные, слегка инфильтрированные очаги с запавшим атрофическим центром. По периферии отмечается ороговение в виде белых полосок с опаловыми перламутровыми наслоениями, а на красной кайме губ образуются язвы и эрозии. На слизистой оболочке щёк по линии смыкания зубов на фоне гиперемизированных участков образуются болезненные язвы, кровоточащие при дотрагивании, при приёме пищи. Процесс обостряется под воздействием гальванического тока, который возникает при протезировании разноимёнными металлами (Данилевский А.Ф. и соавт., 1998; Потекаев Н. С., 2004).

Красную волчанку слизистой полости рта и красной каймы губ необходимо дифференцировать от лейкоплакии, красного плоского лишая, сифилитических папул, многоформной экссудативной эритемы, туберкулёзной волчанки и кандидоза и псориаза.

Красная волчанка при локализации на красной кайме губ относится к факультативным предраковым состояниям.

Клиническими признаками начинающегося озлокачествления красной волчанки на красной кайме губ является возникновение уплотнения в основании очага или на одном его участке, усиление процессов ороговения проявляющееся увеличением количества плотно сидящих чешуек. Всегда должны настораживать врача внезапное появление новых эрозий. Появляется кровоточивость эрозий при легкой травме. Однако бы-

вают случаи когда у некоторых больных с озлокачествлением волчаночного процесса все эти симптомы отсутствуют, а раковое перерождение обнаруживается случайно при гистологическом исследовании. Отсутствие клинических признаков озлокачествления можно объяснить тем, что трансформация процесса в рак возникает не сразу на всем протяжении очага поражения, а только в одном участке. За тем постепенно этот процесс распространяется горизонтально, а уже позднее вертикально. Предполагается, что лишь при определенной степени трансформации появляются клинические признаки озлокачествления волчаночного очага поражения, а до этого клиническая диагностика начинающего озлокачествления во многих случаях невозможно. В связи с этим при отсутствии улучшения у больных красной волчанкой на красной кайме губ после 2—3 недель лечения, для исключения начинающегося озлокачествления, необходимо проводить гистологическое исследования уплотненных участков поражения.

Папулезные сифилиды имеют вид возвышающихся серо-белых образований округлой или овальной формы разного размера. Белый налет на поверхности папул при поскабливании снимается, в результате чего образуются четкие округлые эрозии. Белые сифилиды и эрозии окружены узким венчиком гиперемии, другие участки слизистой оболочки не изменены. Для сифилиса характерна «штампованность» элементов, типичная локализация поражения в зеве, где определяется картина папулезной ангины. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненные при пальпации, могут быть высыпания на коже туловища, ладоней, подошв, волосистой части головы, очаговое выпадение волос, осиплость голоса. Процесс всегда рецидивирует. В соскобе обнаруживают бледные спирохеты. Серологические реакции на сифилис положительные.

Лейкоплакия (истинная) травматическая встречается преимущественно у лиц, злоупотребляющих курением или в ответ на хроническую травму. Очаги лейкоплакии располагаются на неизменной слизистой оболочке имеют вид булыжной мостовой. Чаще всего локализуется на слизистой оболочке полости рта, дорзальной поверхности языка, твердого неба, дна полости рта. В анамнезе отсутствуют указания на тяжелые заболевания, прием антибиотиков и кортикостероидов. У больных СПИДом описана новая нозологическая форма лейкоплакией– волосатая. Она характеризуется шероховатыми участками белого цвета, которые возвышаются над окружающими тканями и располагаются на боковых поверхностях языка. Она похожа как на истинную так и на кандидозную лейкоплакию. Однако при волосатой лейкоплакии устранение травмирующих факторов и антикандидозная терапия не дают эффекта. Волосатую лейкоплакию рассматривают как

вирусный процесс, индуцированный вирусами герпеса и человеческой папилломы на фоне приобретенного иммунного дефицита.

В лучах Вуда участки кератоза светятся мутно-белым цветом, при эритематозной форме отмечается коричневое окрашивание эрозий и язв.

При красном плоском лишае больные жалуются на чувства стянутости, иногда боль, жжение кровоточивость которая усиливается во время еды. В анамнезе отмечаются нервно-психические перегрузки, стрессовые ситуации.

На фоне гиперемии видны слегка возвышающиеся мелкие, беловатого цвета папулы, которые сливаются и образуют сетчатый узор (сетка Уикхема). Бляшки или сплошной очаг поражения располагаются преимущественно в задних отделах щек, на боковой поверхности языка и под ним. Поражения слизистой оболочки полости рта как правило симметричны. Иногда наряду с папулезными высыпаниями возникает выраженная гиперемия слизистой оболочки (экссудативно-гиперемическая форма красного плоского лишая). В других случаях появляются эрозии и язвы (эрозивно-язвенная форма) или возникают пузырьки с толстой оболочкой (буллезная форма). Однако при всех формах красного плоского лишая по периферии участков поражения можно обнаружить полигональные папулы, характерные для этого заболевания.

На коже появляются красно-розовые папулы с восковидным центром, которые часто локализуются на внутренней поверхности предплечий, голеней, иногда на гениталии, такие высыпания особого дискомфорта не вызывают.

При освещении люминесцентной лампой участки гиперкератоза дают беловато-голубое свечение.

При многоформной экссудативной эритеме больные жалуются на головную боль, недомогания, плохой сон, отсутствие аппетита, боли в суставах, повышенную температуру. Отмечается резкая болезненность во рту в связи с появлением язв на слизистой оболочке полости рта, губ. Иногда появляется резь в глазах и при мочеиспускании. В анамнезе могут быть прием барбитуратов, сульфаниламидов, употребление алкоголя, курение, переохлаждение организма. На слизистой оболочке полости рта видны обширные эрозии, покрытые белесоватой корочкой, пленкой или кровянистой корочкой в сочетании с эритематозными пятнами. Поражаются передние участки полости рта, губы, щеки, язык, дно полости рта.

Стоматит может сочетаться с кожным поражением в виде синюшно-красных пятен (симптом кокарды). Чаще всего поражается кожа разгибательных поверхностей конечностей, больше всего на кистях, иногда на коже лица.

Многоформная экссудативная эритема в основном притекает остро и длится 2—3 недели. Боли в суставах не сопровождаются деформацией.

Псориаз обычно протекает бессимптомно, отмечается синхронность появления высыпания на коже и слизистой оболочки полости рта. Болезнь связана с наследственностью, с состоянием центральной нервной системой, иммунным дефицитом. Вульгарный псориаз проявляется на щеках, губах, языке серовато-белыми папулами, бляшками окруженными гиперемизированным ободком, резко ограниченный от окружающей тканей, слегка выступают над уровнем слизистой оболочки. Могут быть покрыты рыхлым серебристо-белым налетом (чешуйки), легко снимающиеся, после чего образуется ярко-красная поверхность с явлением точечного кровоизлияния— симптом «кровавой россы».

На коже образуются резко ограниченные розовые бляшки, покрытые наслоением серебристо-белых чешуек, локализирующихся на туловище, голове, разгибательных поверхностях конечностей, локтевых и коленных суставах, которые периодически исчезают и появляются вновь.

Туберкулёзная волчанка отличается от красной волчанки тем, что для неё характерны симптомы яблочного желе и проба с зондом (симптом Поспелова). При наложении предметного стекла на участок поражений красной каймы губ видны некротические ткани в виде жёлто-коричневых узелков, что напоминает яблочное желе. При надавливании пуговчатым зондом на бугорок зонд проваливается в люпому — (симптом Поспелова). Регионарные лимфоузлы при туберкулёзной волчанке увеличены, спаяны, болезненные при пальпации. Всего этого нет при красной волчанке.

Кандидоз отличается от красной волчанки тем, что налёт снимается, под ним отмечаются эритема и эрозия, которые кровоточат. При микробиологическом исследовании обнаруживаются клетки грибка *Candida* и псевдомицелий. В анамнезе больных кандидозом полости рта отмечается приём антибиотиков, снижена сопротивляемость организма, поражение органов полости рта более обширны, захватывают слизистую щёк, твёрдого и мягкого нёба, языка, поражаются слизистые носоглотки. Однако в последнее время отмечаются одновременные поражения слизистой оболочки полости рта красной волчанкой и кандидозом. Такое сочетанное поражение затрудняют не только диагностику, но и лечение. В клинике сочетанного поражения органов полости рта красной волчанкой и кандидозом в начале преобладают жалобы на сухость, жжение, боли, а позже отмечаются жалобы на сильнейшие боли в полости рта, образование обширных эрозий и язв. Клиническая картина болезни ещё больше усугубляется при наличии в полости рта кариозных зубов, травмы слизистой острыми краями зубов, наличие гальваноза.

Заключение и выводы.

Таким образом, диагностика поражения органов полости рта и красной каймы губ красной

волчанкой является весьма трудной задачей и требует от врача большого внимания, знаний клиники других сходных заболеваний. При одновременном поражении органов полости рта красной волчанкой и кандидозом, диагностику и лечение следует начать с последнего.

Литература:

1. Главинская Г.А. «Особенности клиники генеза и терапии красной волчанки.» Вестн. дерм. 1999. №5, с. 6–7
2. Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. «Заболевания

слизистой оболочки полости рта». Киев, «Здоров'я» 1998. 406 стр.

3. Потекаев Н.С. «Дерматовенерология — синтез науки и практики. Избранные труды.» М. 2004. 559 стр.
4. Скрипкин Ю.К., Селицкий Т.Д., Фёдоров С.М., Хубиева Ф.В. «Болезни кожи и инфекции, передаваемые половым путём.» Справочник. М. 2003. 542с.
5. Хамаганова И.В. «Применение мометазона фууроата (элокома) в комплексном лечении красной волчанки.» Вестн. дермотол. 1999. №5, с. 44–45.
6. Джеймс Е. Фитцпатрик, Джон Л. Эллинг. «Секреты дерматологии» М. 1999. 511 стр.

UNELE ASPECTE DE DIAGNOZĂ, TRATAMENT ȘI PROFILAXIE ALE EROZIUNILOR DENTARE

Rezumat

Depistarea precoce, înlăturarea cauzei și profilaxia eroziunilor dentare ar trebui să formeze un sistem de menținere al integrității dentare. Cunoașterea și respectarea unor particularități ale igienei orale ar contribui semnificativ la micșorarea numărului afecțiunilor erozive, iar tratamentul lor ar putea fi efectuat în stadiile incipiente, cu evitarea distrucțiilor majore.

Summary

SOME ASPECTS OF THE DIAGNOSIS, TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF THE DENTAL EROSION.

Early revealing, causes removal and prophylaxis of the dental erosion which should form a maintenance system of the dental integrity. The knowledge and the observing of some peculiarities of the oral hygiene could significantly contribute to the number decrease of the erosive affection, but their treatment could be accomplished at the incipient stage avoidaning major destruction.

Actualitatea temei

Pierderea țesutului dentar dur poate fi consecința afecțiunilor dentare carioase, cât și a distrofiilor dentare. Determinarea corectă a diagnozei poate contribui la evitarea expunerii factorilor cauzali, iar controlul lor permanent ar menține stabilitatea sistemului dento-maxilar.

Din cauza mecanismului de dezvoltare, diagnosticul, tratamentul și profilaxia distrofiilor dentare prezintă unele dificultăți. O anamneză bine studiată și sistematizată este cheia confirmării acestor afecțiuni.

Managementul eroziunilor dentare constă din două componente esențiale: prevenirea și tratamentul. Păstrarea integrității dintelui de distrucții ireversibile, ce survin în rezultatul factorilor etiologici, trebuie să fie punctul primordial în menținerea bunăstării cavității bucale.

Scopul lucrării

Țesuturile dentare dure, incluzând smalțul, dentina și cementul, sunt importante pentru integritatea dintelui, iar pierderea acestor țesuturi pot avea consecințe neplăcute pentru dantură. Aspectul clinic al eroziunilor dentare include concavități întinse pe suprafața netedă a smalțului și transparență incizală mărită, ce pot avea implicații estetice nedorite. Mai mult decât atât, pierderea smalțului poate duce la expunerea dentinei și la hipersensibilitate dentară, iar în cazuri extreme, progresând chiar până la dezgolire pulpară.

Adriana Vasiłașcu
*Catedra stomatologie
terapeutică FPM*