

УДК 616.31-002-07

*Т.П. Скрипникова, Л.Я. Богашова, Т.А. Хміль***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРНО-СОСУДИСТОГО СИНДРОМА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Актуальность

Сердечно-сосудистая недостаточность, развивающаяся как результат ревматизма, атеросклероза, инфаркта миокарда, гипертонической болезни и других патологических процессов, сопровождается изменением цвета слизистой оболочки полости рта. Она может быть бледной либо синюшной, в ряде случаев расширяются кровеносные сосуды, повышается ломкость сосудистых стенок, появляются расстройства чувствительности: болевой, вкусовой, тактильной, неприятные ощущения в виде жжения, покалывания. Симптомы начинаются в кончике языка, а затем распространяются на весь язык, губы, небо, приобретая стойкий мучительный характер, свойственный глоссодинии [2-4;6-8].

При гипертонической болезни на языке, щеках, мягком небе периодически могут появляться одиночные пузыри с кровянистым содержанием, определяемые как пузырьно-сосудистый синдром.

По данным Е.В.Боровского и А.Л.Машкиллейсона [4], у больных с патологией сердечно-сосудистой системы, в отличие от больных пузырьными дерматозами, трение слизистой оболочки шпателем вызывает на месте травмы появление пузыря с геморрагическим содержанием. При этом пузырь возникает непосредственно после травмы слизистой оболочки. При сопоставлении симптомов возникновения, развития пузыря и течения пузырьного процесса и сердечно-сосудистой патологии установлен полный параллелизм этих процессов.

Появление пузырей у больных с патологией сердечно-сосудистой системы связано с двумя процессами: во-первых, с изменением стенок мелких сосудов слизистой оболочки, которое заключается в их проницаемости и ломкости, а во-вторых, со значительным ослаблением связи между эпителием и соединительнотканым отделом слизистой оболочки полости рта, по видимому, связанными с деструкцией базальной мембраны.

Пузырь - полостное образование более 5 мм с серозным или геморрагическим экссудатом. Он может располагаться внутриэпителиально (как результат акантолиза) и подэпителиально при воспалительных процессах.

Генез пузырей у таких больных следующий: в результате усиления проницаемости сосудистой стенки, и чаще вследствие разрыва мелких сосудов слизистой оболочки, образуется геморра-

гический экстравазат, который поднимается к поверхности слизистой оболочки у больных с деструктивными изменениями в области некоторых участков базальной мембраны, механически отслаивая эпителий от подлежащей соединительной ткани, в результате чего и образуется пузырь с геморрагическим содержанием. Так же можно объяснить и образование пузыря после травмы [14; 15].

Таким образом, согласно данным литературы патогенез возникновения пузырьно-сосудистого синдрома при патологии сердечно-сосудистой деятельности освещен в достаточной степени. Однако имеются затруднения в дифференциальной диагностике в связи с тем, что пузырь на слизистой оболочке полости рта как элемент поражения может быть как при первичных, так и симптоматических стоматитах, что требует мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению.

Цель работы - углубить дифференциальную диагностику заболеваний слизистой оболочки полости рта, сопровождающихся пузырьным синдромом.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 8 больных с пузырьно-геморрагическим синдромом, из них 2 мужчин (25%), 6 женщин (75%). Возраст пациентов был 55-67 лет. Все они страдали гипертонической болезнью разной степени тяжести и ее осложнениями. Однако лечились несистематически, часто занимаясь самолечением.

На клиническом обследовании у всех пациентов измеряли артериальное давление. На осмотре учитывали состояние видимых кожных покровов (изменение цвета кожи, наличие веррукозных проявлений, высыпания, отечность конечностей и т.д.), красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.

Фиксировали наличие зубочелюстных аномалий, зубных протезов и их состояние, потребность в ортопедическом лечении. Оценивали индексы поражения кариесом, гигиены полости рта, состояния тканей пародонта по показаниям папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА), глубины пародонтальных карманов (ПК), пробы Писарева-Шиллера, рецессии десны.

Пациенты заполняли анкеты, в которых учитывались наличие сопутствующей патологии, вредные привычки, а также характеризовалось общее и психоэмоциональное состояние.

План дополнительного обследования согласовывали с пациентом. Он включал консультацию врача-кардиолога, терапевта, панорамную рентгенографию, клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, цитологическое исследование мазка-отпечатка.

Результаты исследования

При анализе результатов исследования установлено, что пузырьно-сосудистый синдром в 3 раза чаще возникает у женщин, чем у мужчин. Во всех случаях на нижних конечностях изменен цвет кожи в области стоп, иногда голеней, резко выражен на коже венозный рисунок, в 60% случаев отмечалась отечность.

У всех пациентов пузыри возникали внезапно, часто во время приема пищи, у 50% больных неоднократно. Локализация пузырей была на мягком небе, переходе мягкого неба в твердое, на боковых поверхностях языка, щеках.

Развиваются пузыри субэпителиально, сохраняются от нескольких часов до 1-2 суток. Пузыри округлой формы, размером от 1,0 см до 1,5 см, иногда 1,5 см x 3,0 см, синюшно-красного цвета, мягкие, безболезненные. Обратное развитие происходит либо при вскрытии пузырей, либо при рассасывании их содержимого. При вскрытии пузырей образуется безболезненная эрозия, которая быстро эпителизируется. Признаков воспаления не наблюдается, симптом Никольского отрицательный [12; 15].

Цитологическая картина мазка-отпечатка представляется в виде скопления нормальных клеток различных слоев эпителия и сегментоядерных нейтрофилов [5; 9-11].

При проведении дифференциальной диагностики наряду со многими критериями учитывается характер элементов поражения. Они при различной патологии подразделяются на группы по их патоморфологическим признакам. В одну из них выделены ограниченные скопления жидкости: пузырек, пузырь, гнойничок, киста на слизистой оболочке полости рта. Они также называются полостными и относятся к первичным элементам поражения [1].

Пузырек может быть разных размеров — от булавочной головки до горошины, возвышается над уровнем слизистой оболочки, наполнен жидкостью, прозрачной или геморрагической. Он развивается в базальной мембране эпидермиса или соединительной ткани собственной пластины слизистой оболочки, что позволяет различать его как внутриэпителиальный или подэпителиальный. Пузырьки могут быть одно- и многокамерные, одиночные, множественные, иногда сливающиеся [11].

Этот элемент поражения характерен преимущественно для вирусных инфекций. Так, он проявляется при герпетических поражениях, в ряде случаев сочетанно на коже и слизистой оболочке полости рта, при опоясывающем лишае [5].

При ячуре на стадии развития заболевания

появляются пузырьковые воспаления на слизистой оболочке губ, языка, мягкого неба при резком усилении саливации [5].

Аллергический стоматит может сопровождаться, наряду с другими элементами поражения, и пузырьками. Они также определяются при стрептодермии (импетиго) поражениями кожи лица, реке слизистой оболочки полости рта и кожи [4].

Пузырь имеет разные размеры. Его развитие обусловлено дегенеративными изменениями в эпителии, он может располагаться также субэпителиально и в мембране. Может быть одно- и многокамерным, его содержимое — прозрачное (серозно-слизистая жидкость), кровянистое, мутное.

Образование пузыря возможно при ожогах слизистой оболочки полости рта [4], ее механических повреждениях. В этих случаях больной четко указывает причинные факторы.

Одна из разновидностей проявления стоматита, буллезный стоматит, является симптомом гриппозной инфекции, при котором нарушается общее состояние здоровья, отмечаются повышение температуры, лихорадка.

Дифференциальную диагностику необходимо также проводить со следующей патологией: гематома, пузырчатка, буллезный пемфигоид.

При гематоме имеются сходные признаки: может определяться единичное образование на слизистой оболочке полости рта в виде узла синюшно-красного цвета мягкой консистенции с четкими контурами. Оно не имеет ножки, определяется симптом наполнения.

При акантолитической пузырчатке первоначально на фоне хорошего общего самочувствия появляются пузыри на слизистой полости рта, возможно и на коже. Пузыри имеют тонкую крышку, содержимое вначале прозрачное, затем мутнеет. Они образуются внутриэпителиально, быстро вскрываются, длительно не эпителизируются. Симптом Никольского положительный. Постепенно нарушается общее состояние (кахексия, слабость). На цитологическом исследовании определяются акантолитические клетки Тцанка.

При буллезном пемфигоиде образуется множественное безболезненное образование пузырей с прозрачным содержимым. Возможно поражение кожи.

При буллезной форме красного плоского лишая также появляются множественные пузыри субэпителиально, с прозрачным содержимым. Вследствие воспалительной реакции пузыри и эрозии располагаются на гиперемированной слизистой оболочке на фоне папул, образующих нежный сетчатый рисунок. Эрозии резко болезненны, с нечеткими контурами. В этиологии и патогенезе красного плоского лишая большое значение имеют нарушения функции нервной системы, психоэмоциональный стресс.

Сходная клиническая картина возможна при аллергическом стоматите. При этом могут появ-

латься множественные пузыри с прозрачным содержимым на гиперемированной слизистой оболочке. Они возникают после приема лекарств. После вскрытия пузыря определяются резко болезненные эрозии, сопровождающиеся изменениями общего состояния больного. В основе лежат аллергические реакции замедленного типа.

Пузыри могут быть при многоформной экссудативной эритеме, синдроме Стивенса – Джонсона.

Полостным образованием является киста. Она имеет соединительную капсулу с эпителиальной выстилкой. Эта ее морфологическая особенность определяет необходимость хирургического лечения.

В дифференциальную диагностику следует включить варикоз. Варикоз вен полости рта, языка, губ имеет видимую сходную клиническую картину: образование синюшного цвета, четких контуров, безболезненное; не имеет симптома наполнения, не имеет ножки. Как правило, развивается у больных, страдающих варикозом вен конечностей.

Пузырный синдром не требует немедленного хирургического вмешательства, так как через 1-2 суток пузырь исчезает самостоятельно в результате рассасывания содержимого или спонтанного вскрытия пузыря.

У наших пациентов на повторном осмотре через 2 дня пузыри не были обнаружены. На их месте были эрозия и участки свободноежащего эпителия. Эрозия безболезненная или слабо болезненная. Эрозию обработали 1% раствором диоксидина. Рекомендована щадящая диета, полоскание отваром трав (ромашка, календула, шалфей), необходимо лечение у врача-кардиолога.

Таким образом, на основании данных литературы, проведенной дифференциальной диагностики и собственных исследований можно заключить, что пузырно-сосудистый синдром сопровождается следующий триадой симптомов:

а) сердечно-сосудистая недостаточность, возникающая как осложнение гипертонической болезни;

б) повышение проницаемости артериальных кровеносных сосудов, ломкости сосудистой стенки, способствующей образованию пузырей;

в) положительный симптом периферической отслойки.

Вместе с тем характеристика элементов поражения, давность, кратность их возникновения, причинность, локализация, болезненность, сроки эпителизации, наличие сопутствующей патологии, общее состояние здоровья пациента, результаты дополнительных методов исследования позволяют проводить достаточно обширную дифференциальную диагностику для установления точного диагноза.

Литература

1. Анисимова И.В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ / И.В. Анисимова, В.Б. Недосеко, Л.М. Ломиашвили. - М.: Мед.книга, 2008. - 191 с.
2. Заболевания слизистой оболочки полости рта / [Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несин, Ж.И. Рахний]. - М.: ОАО "Стоматология", 2001. - 271 с.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта ; под ред. Л.М. Лукиных. - Н.Новгород: Изд-во Нижегородской гос. мед. академии, 2000. - 367 с.
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ ; под ред. Е.В. Боровского, А.Л. Машкилллейсона. - М.:МЕДпресс, 2001. - С. 133-134.
5. Изменения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях: учебное пособие / Р.В. Казакова, Н.В. Нейко, Г.Б.Матейко [и др.]. - Львов: ГалДент, 2009. - 168 с.
6. Калюжна Л.Д. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ: навчальний посібник / Л.Д. Калюжна, Г.Ф. Білоклицька. - К.:Грамота, 2007. - 271 с.
7. Ласкарис Джордж. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта: руководство для врачей / Джордж Ласкарис. - М.: Мед.информ, 2006. - 304 с.
8. Луцкая И.К. Проявление на слизистой оболочке полости рта заболеваний внутренних органов и СПИДа / И.К. Луцкая // Медицинские новости. - 2008. - №5. - С. 24-32.
9. Микробиология и иммунология для стоматологов / [Ричард Дж. Ламонт, Роберт А. Берне, Мэрилин С. Лантц, Дональд Дж. Лебланк]. - М.: Практическая медицина, 2000. — 504 с.
10. Очерки иммунобиологии слизистой оболочки полости рта / [И.П.Кайдешев, В.И. Шинкевич, Д.М. Король и др.].-Полтава: Полимет, 2008. - 216 с.
11. Протоколи надання медичної допомоги. Стоматологія. - К.: МНІПЦ мед. статистика "Медінформ", 2000. - С. 18-32.
12. Пузырно-сосудистый синдром [Электронный ресурс]. Режим доступа к статье http://stomatolog.ru/publik/rot/puzyrno-sosudistyj_sindrom.html
13. Трахун Д.И. Изменение органов и тканей полости рта при заболеваниях внутренних органов / Д.И. Трухан, И.А. Викторова, Л.Ю. Трухан. — М.: Практическая медицина, 2012. - 204 с.
14. Хоружая Р.Е. Состояние слизистой оболочки полости рта и тканей пародонтального комплекса у пациентов пародонтологического профиля / Р.Е. Хоружая, М.Е. Хоружий, С.В. Исаков // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2011. - Т. 12, № 2. - С. 287-290.
15. Regezi Joseph A. Oral pathology. Clinical pathological correlation / Joseph A. Regezi, James J. Sciubba, Richard C. K. Jordan. - Saunders Elsevier, 2008. - 148 p.

**Стаття надійшла
01.03.2017 р.**

Резюме

Согласно данным литературы патогенез пузырьно-сосудистого синдрома при патологии сердечно-сосудистой деятельности освещен в достаточной степени. Однако имеются затруднения в дифференциальной диагностике.

Цель работы - углубить дифференциальную диагностику болезней слизистой оболочки полости рта, сопровождающихся пузырьным синдромом.

Наблюдения проведены на 8 больных с пузырьно-геморрагическим синдромом, из них 2 мужчин (25%), 6 женщин (75%) в возрасте 55-67 лет, страдающих гипертонической болезнью. В результате анализа данных литературы, проведенной дифференциальной диагностики и собственных исследований можно заключить, что пузырьно-сосудистый синдром сопровождается следующей триадой симптомов: сердечно-сосудистая недостаточность, возникающая как осложнение гипертонической болезни; повышение проницаемости артериальных кровеносных сосудов, ломкости сосудистой стенки, способствующей образованию пузырей; положительный симптом периферической отслойки.

Ключевые слова: пузырьно-сосудистый синдром, дифференциальная диагностика.

Резюме

Згідно з даними літератури патогенез пухирно-судинного синдрому при патології серцево-судинної діяльності висвітлено достатньою мірою. Однак є труднощі в диференційованій діагностиці.

Мета роботи - поглибити диференційовану діагностику хвороб слизової оболонки порожнини рота, що супроводжується пухирним синдромом.

Спостереження проведені на 8 хворих із пухирно-геморагічним синдромом, із них 2 чоловіків (25%), 6 жінок (75%) у віці 55-67 років, які страждали на гіпертонічну хворобу. За результатами аналізу даних літератури, диференційованої діагностики і власних досліджень можна зробити висновок, що пухирно-судинний синдром супроводжується характерною тріадою симптомів: серцево-судинна недостатність, яка виникає як ускладнення гіпертонічної хвороби; підвищення проникності артеріальних кровеносних судин, ламкість судинної стінки, що сприяє утворенню пухирців; позитивний симптом периферичного відшарування.

Ключові слова: пухирно-судинний синдром, диференційована діагностика.

UDC616.31-002-07

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF THE VESICO-VASCULAR SYNDROME OF THE ORAL MUCOSA

Skripnikova T.P., Bogashova L.Ya., Khmil T.A.

HSEE of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy"

Summary

According to the literature, the pathogenesis of vesico-vascular syndrome in the pathology of cardiovascular activity is adequately covered. However, there are difficulties in differential diagnosis.

The aim of the work is to deepen the differential diagnosis of diseases of the oral mucosa accompanied by a vesico-vascular syndrome.

Observations were carried out on 8 patients with vesico-vascular syndrome, of which 2 men (25%) and 6 women (75%) at the age of 55-67 years who suffered from hypertension. As a result of analysis of literature data, differential diagnosis and own research, it can be concluded that vesico-vascular syndrome is accompanied by the following triad of symptoms: cardiovascular insufficiency, which arises as a complication of hypertension; increased permeability of arterial blood vessels, fragility of the vascular wall, conducive to the formation of blisters; positive symptom of peripheral detachment.

Key words: vesico-vascular syndrome, differential diagnostics.