

Диференційна діагностика уражень слизової оболонки ротової порожнини при деяких шкірних захворюваннях

Н.В. Іванюшко-Назарко, І.О. Чаплик-Чижо, О.О. Сизон, С.В. Вольбин

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Слизова оболонка (СО) ротової порожнини завдяки масивній васкуляризації, іннервації, рефлекторним зв'язкам з травним трактом і багатогранним функціям є місцем прояву різноманітних шкірних захворювань.

Мета роботи — проаналізувати вітчизняні і зарубіжні літературні джерела, а також клінічні випадки пацієнтів з проявами дерматозів у ротовій порожнині.

Матеріали та методи. Опрацьовано літературні джерела за останніх 10 років та картки амбулаторних хворих, які перебували на лікуванні у Львівському обласному шкірно-венерологічному диспансері.

Результати та обговорення. Проаналізовано 34 картки амбулаторних хворих: 12 (35,29 %) — з червоним плескатым лишаєм (ЧПЛ), 13 (38,24 %) — із пупирними дерматозами, 5 (14,71 %) — з багатоформною ексудативною

еритемою та 4 (11,74 %) — із псоріазом. ЧПЛ ізольовано на СО ротової порожнини виникає більш ніж у 75 % хворих (частіше у жінок середнього віку) на ділянках щік, спинки язика та червоної облямівки губ у вигляді сірувато-білих вузликів, які зливаються і утворюють ураження у вигляді сітки, мережива, дуги, на поверхні яких візуалізуються щільно прилягаючі тонкі луски (симптом «листок папороті»). Це основна діагностична ознака, що дає можливість диференціювати ЧПЛ та інші захворювання СО ротової порожнини. Висипання, що супроводжують пухирні дерматози, найчастіше починаються з проявів на СО ротової порожнини і тільки через 2—6 міс виникають на шкірі (вульгарна пухирчатка) або обмежені тільки СО (доброякісна неакантолітична пухирчатка порожнини рота Пашкова—Шеклакова, пухирно-судинний синдром, клімактеричний гінгівіт). Основними виявами є поява внутрішньоепідермальних пухирів із серозним вмістом та щільною (пемфігоїд, герпетиформний дерматоз Дюрінга) чи в'ялою (вульгарна пухирчатка) покришкою. При вульгарній пухирчатці висипання виникають на м'якому піднебінні, нижній та боковій поверхні язика, СО щік ближче до ретромоларного простору. Вони легко травматизуються і утворюють ерозії, які можна сплутати зі змінами при афтозних стоматитах. Тому для диференційної діагностики потрібно використовувати мазки-відбитки на наявність у вмісті пухиря клітин Тцанка (вульгарна пухирчатка) або ж еозинофілів (герпетиформний дерматоз Дюрінга), відсутність клітин Тцанка та еозинофілів (пемфігоїди, доброякісна неакантолітична пухирчатка Пашкова—Шеклакова). Важливою діагностичною ознакою також є симптом Нікольського (позитивний при акантолітичних пухирчатках, негативний при дерматозі Дюрінга, афтозних стоматитах, неакантолітичних пухирчатках, пемфігоїдах). При багатформній ексудативній еритемі висипання локалізуються на губах у вигляді болючих афт, поряд з якими можуть виникати напружені пухирі на набрякло-еритематозному тлі. Симптом Нікольського негативний, акантолітичні клітини відсутні. Може погіршуватися загальний стан пацієнта, характерними є сезонність та рецидивний перебіг. Псоріаз ротової порожнини може мати безсимптомний перебіг чи проявлятися наявністю білих або сіро-жовтих бляшок з локалізацією на губах, внутрішній поверхні щік, язичі (потрісканий язик) і супроводжується болем, печінням, ускладненням жування та ковтання їжі. Проте ізольовані ураження ротової порожнини виявляють у край рідко, а на шкірі спостерігають наявність папул і бляшок в типових місцях, псоріатичної тріади та позитивний симптом Кебнера.

Висновки. Диференційна діагностика уражень СО ротової порожнини при деяких шкірних захворюваннях є надзвичайно складною та потребує співпраці дерматологів і стоматологів для встановлення діагнозу та вибору правильної тактики лікування.

Наведені дані є результатом виконання науково-дослідної роботи (номер державної реєстрації: 0120U105735).