

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Выполнила ординатор
кафедры-клиники
стоматологии ИПО
по специальности
«стоматология детская»
Елоева Диана Васильевна
рецензент к.м.н., доцент
Тарасова Наталья
Валентиновна

Красноярск, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	2
1. Диагностика эрозивно-язвенных поражений ротовой полости	5
2. Клиника эрозивно-язвенных поражений ротовой полости.	9
3. Лечение эрозивно-язвенных поражений ротовой полости.....	10
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	16
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	18

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания слизистой оболочки рта являются одной из наиболее сложных, актуальных проблем стоматологии, и до настоящего времени наименее изученная среди других стоматологических заболеваний.

Клинико-лабораторные исследования последних лет подтверждают значение слизистой оболочки ротовой полости как важнейшего барьера на пути поступления в организм антигенов, аллергенов, канцерогенов и микроорганизмов. Особое место среди стоматологических заболеваний занимают болезни слизистой оболочки рта (СОР).

Заболевания полости рта связаны с патологическими процессами, происходящими во внутренних органах, ослаблением иммунитета, неблагоприятным воздействием внешних факторов. Причинами становятся патологии зубов, недостаточность гигиены полости рта, бессистемный прием лекарственных препаратов, травмирование слизистой вследствие употребления острой или слишком горячей пищи, обезвоживание.

Также спровоцировать заболевание могут нарушения гормонального характера, дефицит витаминов и минералов, инфекции ЛОР-органов (коклюш, скарлатина, грипп, коклюш, гайморит), различные вирусы, грибки.

Язвы во рту появляются в результате общих заболеваний организма или патологических явлений в ротовой полости. Они могут располагаться с внутренней стороны щек, под языком, на линии смыкания губ, в уголках рта, на небе и слизистой десен.

Только осмотрев пациента и оценив результаты анализов, доктор найдет истинную причину возникновения язв. Это могут быть:

- инфекционные агенты – аденовирус, герпес, стафилококки и другие патогенные микроорганизмы;
- системные заболевания с патологическими изменениями соединительной ткани – это системная красная волчанка, болезнь Бехчета, иные;

- аллергическая расположенность – при этом иммунная система может выбрасывать цитотоксические клетки и антитела, что ведет к повреждению слизистой рта;

- отрицательная наследственность по афтозному стоматиту – гены, отвечающие за заболевание, присутствуют в организме;

- заболевания печени и желудочно-кишечного тракта – при этом возможно нарушение деления и дифференцирования клеток эпителия слизистых оболочек;

- дополнительные – травмы от острых краев зубов, травмы в результате некачественно изготовленных ортопедических и ортодонтических конструкций, частое кусание щек, кислые продукты в меню, неправильное пользование электрощеткой.

При постоянном травмировании слизистой оболочки и наличии обильной микрофлоры в полости рта различные элементы поражения быстро изменяют свой первоначальный вид, внешне становятся сходными. Наибольшие затруднения у врачей-стоматологов представляют эрозивно-язвенные поражения СОПР. Наличие эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта различной локализации и интенсивности развития, активное влияние микробного фактора, быстрое распространение патологического процесса на подлежащие ткани, ухудшения общего состояния больного требуют от стоматолога своевременной, рациональной и эффективной терапией.

Цель реферата – проанализировать литературу по теме эрозивно-язвенные поражения ротовой полости.

Задачи реферата:

1. Изучить диагностику эрозивно-язвенных поражений ротовой полости;

2. Рассмотреть клинику эрозивно-язвенных поражений ротовой полости;

3. Изучить лечение эрозивно-язвенных поражений ротовой полости.

1. Диагностика эрозивно-язвенных поражений ротовой полости

Вопросы диагностики остаются самыми сложными для стоматологов и врачей других специальностей. Это обусловлено, прежде всего, тесной анатомо-физиологической взаимосвязью ротовой полости с различными системами организма. Диагностика проводится на основании клинического обследования пациента врачом-стоматологом и включает тщательный осмотр слизистой ротовой полости, консультацию у врача общего профиля и проведение лабораторных обследований.

При диагностике эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта, губ и языка, важное значение имеет правильное определение элементов поражения, понимание особенностей клинического течения, знание морфофункциональных особенностей указанных анатомических образований, связи патологии их с болезнями других органов и систем. В ряде случаев требуется привлечение специалистов не только стоматологического профиля.

При обследовании пациента с патологией слизистой оболочки полости рта особое внимание уделяют следующим моментам:

- вид первичных (папула, бугорок, пузырь и др.) и вторичных (эрозия, язва и др.) элементов поражения;
- размеры, форма и окраска очага поражения;
- поверхность (гладкая, шероховатая, зернистая);
- границы (четкие, не резко выраженные, ровные, фестончатые, полициклические);
- вид налета (фибринозный, покрышка пузыря, некротический, гнойный и т.д.);
- консистенция края и основания (плотная, мягкая);
- субъективные ощущения больного (болезненность, зуд, жжение) или их отсутствие;

– распространенность, симметричность локализации очагов поражения;

– наличие очагов поражения на других слизистых оболочках или на коже.

Диагностику таких заболеваний необходимо осуществлять не только на основании клинических данных (где основным дифференциально-диагностическим признаком служат элементы поражения), но и с учётом результатов стоматоскопии, окрашивания слизистой оболочки, цитологического, гистологического, биохимического, микробиологического, иммунологического, аллергологического и других методов исследований.

Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта:

1. Поражение слизистой оболочки полости рта травматического происхождения в результате механической, физической и химической травмы (декубитальная язва, афта Беднара, ожог);

2. Заболевания слизистой оболочки полости рта, вызванные вирусной, бактериальной и грибковой инфекцией (острый герпетический стоматит, язвенно-некротический гингиво-стоматит Венсана, кандидомикоз);

3. Заболевания полости рта, вызванные специфической инфекцией (сифилис, туберкулез);

4. Поражение слизистой оболочки полости рта при дерматозах (красный плоский лишай, вульгарная пузырчатка);

5. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные аллергией (проявление лекарственной болезни в полости рта, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, хронический рецидивирующий афтозный стоматит).

6. Изменения и заболевания слизистой оболочки полости рта, являющиеся симптомами заболеваний внутренних органов и систем организма, и возникающие при:

а) острых инфекционных заболеваниях;

б) болезнях крови;

- в) патологии желудочно-кишечного тракта;
- г) сердечно-сосудистых заболеваниях;
- д) эндокринной патологии.

7. Предопухолевые заболевания слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, папилломатоз).

Заболевания полости рта в зависимости от причин, вызвавших их развитие, делятся на:

- инфекционные;
- вирусные или бактериальные;
- травматические;
- аллергические;
- грибковые;
- вызванные сопутствующими заболеваниями ЖКТ, лор-органов, сердечно-сосудистой и эндокринной систем;
- наследственные.

Среди наиболее распространенных причин возникновения заболевания можно назвать следующие:

- ослабление иммунитета в результате частых простуд или других болезней, нехватки витаминов, плохих условий жизни;
- плохой уход за полостью рта, несвоевременное лечение зубов;
- прием антибиотиков и других лекарственных препаратов.

Важной причиной заболевания является заражение различными видами инфекции. Это может произойти при несоблюдении правил гигиены (редкое мытье рук, неправильная чистка зубов, попадание в рот грязных предметов или игрушек). Инфекция проникает в слизистую оболочку рта, если прикусить щеку, травмировать десну грубой зубной щеткой или твердыми фруктами. При инфекционных заболеваниях болезнетворные микробы попадают в слизистые оболочки через кровяные и лимфатические сосуды.

Инфекция передается воздушно-капельным путем (при кашле и чихании), при пользовании общей с больным человеком посудой, ложкой, полотенцем. Нередко заражение, происходит при поцелуе.

Причиной возникновения стоматита может быть ожог десны горячим чаем, раздражение слизистой при употреблении чеснока, перца.

Наличие эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта различной локализации и интенсивности развития, активное влияние микробного фактора, быстрое распространение патологического процесса на подлежащие ткани, возможность озлокачествления, ухудшение общего состояния больного требуют от стоматолога своевременной диагностики с последующей рациональной и эффективной терапией.

По определению многих исследователей, эрозия – это дефект поверхностного слоя эпителия, не оставляющий следа после заживления, который клинически представляет собой поверхностную гиперемированную область, образующуюся при вскрытии пузырька или пузыря (вторичные эрозии).

В результате травматических повреждений слизистой оболочки ротовой полости и красной каймы губы эрозии часто появляются без предварительного образования пузыря, после травматизации отечного и мацерированного эпителия папул (первичные эрозии). Поверхностный дефект слизистой оболочки, возникающий при механическом повреждении, называют эксфолиацией.

Образованием эрозий и язв сопровождается целый ряд заболеваний слизистой оболочки рта и проявлений на ней кожных, инфекционных и общесоматических заболеваний:

- акантолитическая пузырчатка;
- аллергические реакции;
- многоформная экссудативная эритема (МЭЭ);
- хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС);
- острый герпетический стоматит;

- хронический рецидивирующий герпес;
- опоясывающий герпес;
- красная волчанка;
- механического, физического и химического происхождения;
- лейкоплакия;
- красный плоский лишай;
- туберкулез;
- сифилис;
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- поражение СОР при длительном приеме некоторых лекарственных веществ (например, метотрексата при ревматоидном артрите);
- болезни крови;
- СПИД;
- злокачественные новообразования и целый ряд других заболеваний.

2. Клиника эрозивно-язвенных поражений ротовой полости

Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки ротовой полости (СОРП) – поражения, объединенные по морфологическому признаку, представленные афтой, эрозией, язвой.

Афта – поверхностный дефект эпителия круглой или овальной формы, окруженный по периферии ярко-красным ободком и покрытый белесоватым налетом, располагающийся на воспаленном участке слизистой рта.

Эрозия (erosio) – повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия, возникающее после вскрытии пузырька, пузыря или развивающееся на месте папулы, бляшки, а также в результате травмы. Заживает без рубца.

Язва (ulcus) – дефект, затрагивающий все слои эпителия, включая базальную мембрану, заживает с образованием рубца. В повседневной

практике врача-стоматолога эрозии и язвы встречаются чаще других элементов поражения слизистой оболочки ротовой полости.

Следует отметить, что термины эрозия и язва часто ошибочно используют при одном и том же патологическом процессе. Известно, что клинически эрозию иногда трудно дифференцировать с поверхностной язвой. Уникальность язвенных повреждений на слизистой оболочке ротовой полости заключается в однотипной гистологической картине при различных причинах, их вызывающих. Так, язва на слизистой оболочке в ротовой полости подвергается раздражению ротовой жидкостью и микрофлорой рта, что инициирует развитие острого или хронического воспаления. Развитие воспалительного процесса маскирует наиболее характерные гистологические признаки первоначальных патологических изменений.

Эти поражения всегда очень болезненны, имеют частые рецидивы и обострения.

К эрозивно-язвенным поражениям относятся:

- аллергический контактный стоматит;
- злокачественное эпителиальное новообразование (рак);
- красная волчанка (эрозивно-язвенная форма);
- красный плоский лишай (эрозивно-язвенная форма);
- рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты (афтоз Сеттона);
- синдром Бехчета (болезнь Бехчета);
- стоматит Венсана (язвенно-некротический гингивостоматит);
- твердый шанкр (первичная сифилома);
- травматическая эрозия;
- трофическая язва;
- туберкулёзная язва (милиарно-язвенный туберкулёз);
- хронический рецидивирующий афтозный стоматит;
- шанкриформная пиодермия.

Классификация эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта Л.Н. Дедова, И.Н. Федорова

	Признак	Характеристика признака
1	Вид поражения слизистой оболочки рта	1.1. Эрозия – дефект поверхностного слоя эпителия, не оставляющий следа после заживления. 1.2. Язва – дефект слизистой оболочки за пределами базальной мембраны, заживающий с образованием рубца. 1.3. Сочетанный
2	Локализация по топографическим зонам	2.1. Красная кайма губ 2.2. Угол рта 2.3. Слизистая губы и переходной борозды 2.4. Слизистая щеки 2.5. Слизистая щечных переходных борозд (верхней и нижней) 2.6. Слизистая оболочка ретромолярной области 2.7. Слизистая оболочка небных дужек 2.8. Слизистая оболочка твердого и мягкого неба 2.9. Десна 2.10. Слизистая оболочка языка 2.11. Дно ротовой полости
3	Цвет поражения	3.1. Красный (эритематозный) 3.2. Белый (некротический) 3.3. Неясный
4	Количество поражений	4.1. Одиночные 4.2. Групповые 4.3. Множественные
5	Контур поражения	5.1. Округлый, овальный 5.2. Полигональный
6	Размер (диаметр) поражения	6.1. До 5 мм 6.2. 5-10 мм 6.3. Более 10 мм
7	Глубина поражения	7.1. В пределах эпителиального слоя 7.2. В пределах соединительнотканного слоя 7.3. В пределах мышечного слоя
8	Течение	8.1. Острое 8.2. Хроническое 8.3. Рецидивирующее 8.4. Перманентное
9	Причинный фактор	9.1. Травматический 9.2. Симптоматический 9.3. Сочетанный 9.4. Невыясненный
10	Стадии развития воспаления	10.1. Альтерация 10.2. Экссудация 10.3. Пролиферация
11	Степень тяжести	11.1. Легкая 11.2. Средняя 11.3. Тяжелая

Местные изменения в ротовой полости при инфекционных заболеваниях носят преимущественно воспалительный характер. Они по-разному выражены в зависимости от общего состояния организма, от степени его реактивности и сопротивляемости.

Перед высыпанием пузырьков нередко наблюдается повышение температуры, озноб, головная боль, потеря аппетита, иногда рвота, артралгии, миалгии и пр. С начального этапа болезни происходит появление симптомов лимфаденита разной степени тяжести. Катаральный период характеризуется вовлечением в патологический процесс слизистых оболочек организма с различной степенью генерализации: слизистой оболочки полости рта, зева, верхних дыхательных путей, глаз, гениталий. На слизистой оболочке неба, альвеолярного отростка, языка, губ, щек ощущается зуд, жжение или боль, затем появляются гиперемия и высыпания пузырьков диаметром 1-2 мм с прозрачным содержимым.

Обязательным симптомом является гиперсаливация, слюна становится вязкой и тягучей, отмечается запах изо рта. Уже в катаральном периоде заболевания часто возникает выраженный гингивит, который в дальнейшем, особенно при тяжелой форме, приобретает эрозивно-язвенный характер.

Отмечается выраженная кровоточивость десен и слизистой оболочки полости рта. В крови с тяжелой формой заболевания обнаруживают лейкопению, палочкоядерный сдвиг влево, эозинофилию, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов. Иногда в моче появляется белок.

Эрозивно-язвенный стоматит является более тяжелой формой медикаментозного поражения. Больных беспокоит боль, затруднены прием пищи, речь. Степень выраженности болевых ощущений зависит от распространенности патологических изменений, локализации эрозий и язв. Появлению эрозий предшествуют везикулярные или буллезные высыпания, располагающиеся на гиперемизированном и отечном основании. Определенной локализации элементов обычно нет. Поражается слизистая оболочка щек,

губ, языка и др. Общее состояние больных нарушено: отмечаются повышенная температура тела (37,5-38,5 °C), общая слабость, понижение аппетита и другие симптомы. Эрозивно-язвенный стоматит может сочетаться с экзематозным, эксфолиативным дерматитом и другими проявлениями аллергической реакции.

Поражение полости рта нередко напоминает клиническую картину многоформной экссудативной эритемы. Диагностика этих заболеваний особенно затруднена при наличии сходных кожных проявлений (полиморфизм высыпаний). Важное значение приобретает анамнез.

3. Лечение эрозивно-язвенных поражений ротовой полости

Среди патологических процессов, локализующихся на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ, эрозивно-язвенные поражения занимают особое место. Это обусловлено тем, что при их лечении практическому врачу нередко приходится сталкиваться с трудностями, связанными с наличием у больных длительного, упорного течения данных заболеваний с часто возникающими рецидивами.

Планирование лечения таких пациентов согласовывается с врачами других специальностей (терапевтом, инфекционистом, гематологом, онкологом). Комплексное лечение данной патологии включает мероприятия, направленные на уменьшение боли, снятие воспаления и ускорение процессов регенерации после максимально возможного устранения причинных факторов. Однако возможность использования медикаментозного и физиотерапевтического лечения у данных пациентов часто ограничена из-за наличия сопутствующих общесоматических заболеваний.

Местное симптоматическое лечение включает четыре последовательных этапа:

1. Обезболивание осуществляется с помощью ротовых ванночек или аппликаций растворов местных анестетиков (0,5% р-р новокаина, 0,25 - 0,5% р-р лидокаина). При аппликационной анестезии обезболивающий эффект наступает через 20-30 секунд и продолжается в течение 10-15 минут.

2. Удаление налета или некротизированных тканей с поверхности очага поражения обеспечивает доступ к пораженной поверхности лекарственных препаратов. Налет можно удалить механическим способом – гладилкой, скальпелем или экскаватором. Мягкий, не фиксированный налет можно снять с поверхности очага поражения ватным тампоном, смоченным раствором антисептика. Эффективным и физиологичным способом удаления налета и некротизированных тканей является применение растворов протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин).

3. Обработка очага поражения и полости рта растворами антисептиков позволяет воздействовать на микрофлору, снизить риск воспалительных осложнений, улучшить гигиеническое состояние полости рта. Для этой цели обычно применяют кислород и хлорсодержащие препараты: 0,5-1% р-р перекиси водорода, 0,1% р-р перманганата калия, 0,03-0,06% р-р гипохлорита натрия, 0,05% раствор хлоргексидина биглюконата. Антисептики применяют в виде ротовых ванночек, аэрозолей, полосканий, аппликаций на очаг поражения. Обработка проводится каждые 2 часа с экспозицией 1-3 минуты.

4. Применение кератопластических средств и препаратов, стимулирующих регенерацию, начинают после стихания острых явлений, очищения очага поражения, появления признаков гранулирования и эпителизации. Для этих целей применяют аппликации следующих препаратов: масло шиповника, масло облепихи, масляные растворы витаминов А и Е, «Аевит», 1% раствор цитраля на персиковом масле; «Солкосерил дентальная адгезивная паста» (в виде аппликаций с водой для создания адгезивной пленки 2-3 раза в день в течение 10-14 дней).

Кератопластики используются 3 раза в день с экспозицией 7-10 минут после еды и предварительной антисептической обработки полости рта.

Устранение местных раздражающих факторов является обязательным компонентом местного лечения эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта, которые могут провоцировать и поддерживать развитие патологического процесса.

Большое значение имеют рациональное питание и обильное витаминизированное питье. Пища должна быть теплой, не раздражать слизистую оболочку рта. Ее следует употреблять в жидком или полужидком виде. Из рациона исключают острые и соленые блюда. Назначаются противовоспалительные, жаропонижающие, противовирусные, антигистаминные препараты.

Важное значение в оценке эффективности лечения имеют:

- оценка общего состояния пациента;
- нормализация показателей лабораторных тестов;
- заживление и исчезновение элементов поражения, характерных для данного заболевания;
- восстановление нормальной структуры слизистой оболочки рта;
- переход заболевания из тяжелых форм в более легкие.

Приоритетным направлением в медицине становится разработка и применение таких методик и лекарственных препаратов, которые сочетают в себе максимальную безопасность и высокую биологическую активность по отношению к тканям организма. В данном контексте очень важным звеном в лечении эрозивно-язвенных поражений могут являться методы локальной стимуляции процессов регенерации тканей, слизистой оболочки полости рта. В последние годы появились новаторские технологии – различные методики направленной регенерации тканей и материалы.

Используются клеточные культуры, которые повышают активность регенеративных процессов – фибробласты, тромбоцитарная плазма. Эта относительно новая биотехнология – одно из направлений тканевой

инженерии и клеточной терапии, которые в настоящее время привлекают все большее внимание медицинской общественности. Кроме того, применение аутологичной плазмы исключает возможность инфицирования и аллергических реакций. Использование плазмы с содержанием тромбоцитов представляет сегодня одну из немногих возможностей модулировать и улучшать заживление ран и противостоять инфицированию без применения лекарственных средств. Преимущества данного метода – плазма с высоким содержанием тромбоцитов, способная ускорять восстановление костной, хрящевой и эпителиальной тканей, поскольку процесс регенерации универсален и отличается лишь длительностью процесса. Еще одним преимуществом данного метода является улучшение микроциркуляции и обмена веществ, что стимулирует местный иммунитет. К тому же, тромбоцитарные факторы роста не способны вызывать онкологическое заболевание, поскольку они не являются мутагенами.

Если консервативное лечение эрозивно-язвенных поражений в течение 10-14 дней оказывается неэффективным и не наблюдается тенденции к их заживлению после устранения источника острого или хронического раздражения СОР, следует применить хирургическое иссечение очага поражения с обязательным предварительным гистологическим исследованием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эрозивно-язвенные поражения – это поражения, объединенные по морфологическому признаку, представленные афтой, эрозией, язвой. Эрозивно-язвенные поражения могут быть проявлениями на слизистой оболочке полости рта самостоятельных заболеваний, инфекционных

болезней или следствием отягощенного развития «белых» или пузырьных заболеваний.

Эрозивно-язвенные заболевания слизистой оболочки полости рта представляют собой источники постоянного дискомфорта, сопряженного с болевым синдромом, осложняющим полноценный прием пищи, общение с окружающими и тем самым существенно снижающим качество жизни. Некоторые из них, особенно хронически и перманентно протекающие с явлениями выраженного воспаления и деструкции тканей способствуют формированию хронических очагов интоксикации и сенсибилизации.

Современная терапия не всегда дает хороший результат. В связи с этим ведется научный поиск новых методов и средств, повышающих эффективность терапевтического воздействия на патологический очаг воспаления в слизистой полости рта, способствующих скорейшему заживлению эрозивно-язвенных поражений и восстановлению репаративно-регенераторных функций слизистой полости рта.

При неправильной диагностике и отсутствии своевременных рациональных лечебных мер болезнь часто рецидивирует, течение становится продолжительным и тяжелым, вызывая различные осложнения в организме, вплоть до хронической вирусогенной сенсибилизации и интоксикации, что впоследствии влечет возникновение аутоиммунных заболеваний.

Эффективность организации стоматологической помощи и её планирование зависят от изучения структуры заболеваемости слизистой оболочки полости рта в зависимости от пола и гендерных признаков.

Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и профилактика их рецидивов представляют значительные трудности и часто бывают малоэффективными.

Наличие эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта различной локализации и интенсивности развития, активное влияние микробного фактора, быстрое распространение патологического процесса на

подлежащие ткани, возможность озлокачествления, ухудшение общего состояния больного требуют от стоматолога своевременной диагностики с последующей рациональной и эффективной терапией.

При обследовании пациента с патологией СОР необходимо решить следующие задачи: установить вид, форму, тяжесть, характер течения заболевания, выявить общие и местные этиологические и патогенетические факторы, вызвавшие заболевание. В ряде случаев требуется привлечение специалистов не только стоматологического профиля.

При диагностике эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки рта, губ и языка важное значение имеют правильное определение элементов поражения, понимание особенностей клинического течения, знание морфофункциональных особенностей указанных анатомических образований, связи патологии их с болезнями других органов и систем. Диагностику таких заболеваний необходимо осуществлять не только на основании клинических данных (где основным дифференциально-диагностическим признаком служат элементы поражения), но и с учетом результатов стоматоскопии, окрашивания слизистой оболочки, цитологического, гистологического, биохимического, микробиологического, иммунологического, аллергологического и других методов исследований.

Таким образом, диагностика и лечение эрозивно-язвенной патологии слизистой оболочки полости рта представляет сложную задачу, требует тесного сотрудничества врача-стоматолога, пациента, терапевта и врачей узких специальностей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 286 с.
2. Лукиных, Л.М. Болезни полости рта. – Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2016. – 413 с.

3. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / Под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 912 с.

4. Терапевтическая стоматология / под ред. проф. Е.В. Боровского. – М: МИА, 2017. – 840 с.

5. Третьякович А.Г., Борисенко Л.Г., Пищинский И.А. Дифференциальная диагностика и принципы лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта: Учеб.-метод. пособие.- 2-е изд., перераб. и доп..- Мн.: БГМУ, 2015.- 166 с.

6. Цепов Л.М., Михеева Е.А., Нестерова М.М. Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки рта, языка и губ. Тактика врача-стоматолога // Дентал Юг. – 2018. - № 8. – С. 10-13.

7. Цепов Л.М., Цепова Е.Л. Диагностическое значение изменений губ, слизистой оболочки рта и языка при различных заболеваниях и патологических состояниях // Дентал Юг. – 2018. - № 6. – С.14-16.