**1. Паспортная часть**

Ф.И.О. больного

Пол – женский

Год рождения –

Национальность – русская

Место работы

Занимаемая должность –

Адрес –

Дата обращения на кафедру –

Диагноз – Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, I степени тяжести.

Данные расспроса больного

**2. Жалобы больного**

– наличие двух болезненных высыпаний на нижней губе,

– болезненность при разговоре, при приеме пищи,

– затруднение гигиены полости рта,

– присутствие неприятного запаха изо рта,

– общая слабость, недомогание.

**3. Анамнез настоящего заболевания**

Два дня назад больная отмечала зуд и неприятные ощущения на слизистой нижней губы, затем появились два болезненных образования на нижней губе. Также пациентка отмечает, что в течение 5 лет появлялись подобные высыпания, рецидивы происходили преимущественно весной и осенью. К врачу по поводу данного заболевания не обращалась, лечение не проводилось.

**4. Анамнез жизни**

Место рождения г. \_\_\_\_\_\_, родилась первым ребенком в семье, вскармливание грудное, материально-бытовые условия в детстве удовлетворительные. Бытовые условия в настоящий момент хорошие. Питание регулярное, в достаточном объеме.

Вредные привычки отрицает.

Перенесённые и сопутствующие заболевания: считает себя здоровой.

ВИЧ, туберкулез, гепатит отрицает. Аллергологический и наследственный анамнез со слов пациентки не отягощены.

**Осмотр больного.**

Общее состояние удовлетворительное. Конституция нормостенического типа. Выражение лица спокойное. Речь внятная. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Красная кайма губ цвет розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений. Тургор кожи нормальный. Кожа умеренной влажности. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Лицо симметрично. Открывание рта свободное.

Осмотр преддверия полости рта:

Слизистая оболочка преддверия: умеренно увлажнена, бледно – розового цвета.

Прикрепление уздечек губ и языка в норме. Глубина преддверия полости рта средняя – 8 мм. Прикус: ортогнатический.

Осмотр очага поражения:

На фоне бледно-розовой слизистой оболочки нижней губы видны две афты, размером 5 \* 8 мм, окруженные ярким венчиком воспалительной гиперемии, покрыта серо-белыми бляшками фибринозного налета. Поверхность гладкая, граница четкая, незначительно выступает над окружающей слизистой оболочкой. При пальпации патологические элементы мягкие, болезненные.

Осмотр собственно полости рта.

Слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба бледно – розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений.

Язык нормального размера, формы, слизистая оболочка спинки языка обложена незначительным количеством белого налета, умеренно увлажнена. Болезненности, жжения языка не выявляется. Состояние фолликулярного аппарата языка без патологических изменений. Зев бледно-розового цвета, нормально увлажнен. Миндалины не увеличены, не выходят за пределы небных дужек, гнойных пробок в лакунах не выявлено, налетанет.

Дополнительные методы обследования.

1. Общий анализ крови

Гемоглобин: 134 г.⁄л

Эритроциты: 4,5Ч10 12

Цветовой показатель: 0,9

Ретикулоциты: 0,5%

Тромбоциты: 290Ч10 9

СОЭ: 8 мм⁄ч

Лейкоциты: 5Ч10 9

Палочкоядерные: 2%

Сегментоядерные: 57%

Эозинофилы: 9%

Базофилы: 0%

Лимфоциты: 30%

Моноциты: 3%

2. Анализ крови на содержание глюкозы

4,5 ммоль/л

3. Биохимический анализ крови

АСТ – 12,2 ед/л

АЛТ – 21,3 ед/л

Билирубин общий – 10,3 мкмоль/л

прямой – 3,2 мкмоль/л

непрямой –

Холестерин – 3,0 мкмоль/л

Креатинин – 72,1 мкмоль/л

Мочевина – 3,8 ммоль/л

Триглицериды – 0,7 ммоль/л

Протеинограмма: общие – 74 г./л, альбумины – 46 г./л

3. Кровь на Lues: РМП – отрицательно, ИФА – отрицательно

4. Анализ на HIV, антитела к ВИЧ – отрицательно

**Обоснование диагноза:**

Диагноз: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, I степени тяжести, типичная форма.

Данный диагноз поставлен на основании –

Жалоб – наличие двух болезненных высыпаний на нижней губе, болезненность при разговоре, при приеме пищи, затруднение гигиены полости рта, присутствие неприятного запаха изо рта, общую слабость, недомогание.

Данных анамнеза заболевания – два дня назад больная отметила зуд и неприятные ощущения на слизистой нижней губы, затем появились два болезненных образования на нижней губе. Также пациентка отмечает, что в течение 5 лет появлялись подобные высыпания, рецидивы происходили преимущественно весной и осенью. К врачу по поводу данного заболевания не обращалась, лечение не проводилось.

Данные анамнеза жизни – место рождения г. \_\_\_\_\_, родилась первым ребенком в семье, вскармливание грудное, материально-бытовые условия в детстве удовлетворительные. Бытовые условия в настоящий момент хорошие. Питание регулярное, в достаточном объеме. Вредные привычки отрицает. Перенесённые и сопутствующие заболевания: считает себя здоровой. ВИЧ, туберкулез, гепатит отрицает. Аллергологический и наследственный анамнез со слов пациентки не отягощены.

Данные объективного обследования – Осмотр очага поражения:

На фоне бледно-розовой слизистой оболочки нижней губы видны две афты, размером 5 \* 8 мм, окруженные ярким венчиком воспалительной гиперемии, покрыта серо-белыми бляшками фибринозного налета. Поверхность гладкая, граница четкая, незначительно выступает над окружающей слизистой оболочкой. При пальпации патологические элементы мягкие, болезненные.

Данных дополнительного обследования –

1. Общий анализ крови

Гемоглобин: 134 г.⁄л

Эритроциты: 4,5Ч10 12

Цветовой показатель: 0,9

Ретикулоциты: 0,5%

Тромбоциты: 290Ч10 9

СОЭ: 8 мм⁄ч

Лейкоциты: 5Ч10 9

Палочкоядерные: 2%

Сегментоядерные: 57%

Эозинофилы: 9%

Базофилы: 0%

Лимфоциты: 30%

Моноциты: 3%

2. Анализ крови на содержание глюкозы

4,5 ммоль/л

3. Биохимический анализ крови

АСТ – 12,2 ед/л

АЛТ – 21,3 ед/л

Билирубин общий – 10,3 мкмоль/л

прямой – 3,2 мкмоль/л

непрямой –

Холестерин – 3,0 мкмоль/л

Креатинин – 72,1 мкмоль/л

Мочевина – 3,8 ммоль/л

Триглицериды – 0,7 ммоль/л

Протеинограмма: общие – 74 г./л, альбумины – 46 г./л

3. Кровь на Lues: РМП – отрицательно, ИФА – отрицательно

4. Анализ на HIV, антитела к ВИЧ – отрицательно

Дифференциальная диагностика

|  |  |
| --- | --- |
| Общие признаки | Отличительные признаки от ХРАС |
| **Хронический рецидивирующий герпетический стоматит** | |
| Болезненные афты, окруженные гиперемированный венчиком | 1. Начало заболевания: появление зудящихся пузырьков. Элементы поражения при ХРГС: пятно, пузырек, пузырь, эрозия, корка и трещина (на красной кайме и коже лица).  2. Элементы поражения при ХРАС: пятно, афта, язва, Никогда не поражается красная кайма и кожа лица, афты не сливаются. |
| **Хроническая травматическая эрозия** | |
| Наличие эрозий, афт, язв на слизистой оболочке полости рта. | Локализация афты соответствует травмирующему фактору, гиперемия выражена незначительно, менее болезненные. Устранение травмы приводит к эпителизации элементов в течение 5 –7 дней. |
| **Многоформная экссудативная эритема** | |
| Наличие эрозий, афт на слизистой оболочке полости рта. | Острое начало заболевания. Характерен полиморфизм высыпаний: пузырьки, пузыри, папулы, эрозии, язвы. На губах: корки, трещины. На теле кокардоформные элементы. Эрозии имеют тенденцию к слиянию. |
| **Вторичный папулезный сифилис, сифилитическая ангина** (при переходе  I периода во II период наблюдается субфебрилитет, общее недомогание, кожные высыпания). | |
| Наличие в полости рта эрозий, окруженных венчиком гиперемии | 1. При эрозировании папул – безболезненные эрозии, располагаются на плотном основании, цвет мясо–красный, при снятии налета эрозия гладкая, блестящая.  2. Выражен подчелюстной лимфаденит.  3. В соскобе с элементов – бледные трепонемы.  4. Положительные реакции: РИФ, РИБТ, Вассермана |
| **Медикаментозный стоматит (токсико-аллергическая форма)** | |
| Множественные эрозии на гиперемированной слизистой | 1. Характерный признак: катаральное воспаление всей слизистой.  2. Элементы: пузыри и пузырьки, эрозии, язвы.  3. Наблюдаются проявления на коже в виде крапивницы. |
| **Афты, эрозии при ВИЧ** | |
| Афты, эрозии | Элементы, неподдающиеся лечению, длительно незаживающие. |
| **Большой афтоз Турена** | |
| Афты | Афтозные поражения не только слизистой оболочки полости рта, но и слизистой гортани, кишечника, анально-генитальной области, а также глаз. |
| **Синдром Бехчета** | |
| Афты | Тройной симптомокомплекс: афтозные поражения СОПР, конъюнктивиты и поражение половых органов |

**Теоретическая часть.**

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (stomatitis aphtosa chronica recidiva) – это аллергическое заболевание, проявляющееся высыпаниями одиночных афт, которые рецидивируют в основном без определенной закономерности, и отличаются длительным, на протяжении многих лет течением.

Факторы, способствующие возникновению ХРАС –

1. Стафилококк, стрептококк
2. Аденовирусы
3. Аллергия (пищевая, микробная, медикаментозная)
4. Иммунные/аутоиммунные нарушения
5. Заболевания органов ЖКТ, печени
6. Нервно-трофические нарушения
7. Генетическая предрасположенность
8. Профессиональные/промышленные вредности (соединения хрома, цемент, бензин, фенол, материалы зубных протезов).

Классификация ХРАС по клиническим формам (Р.А. Байкова, М.И. Лялина, Н.В. Терехова, 1975 год)

1. Гландулярная

2. Лихеноидная

3. Фибринозная

4. Типичная

5. Язвенная (рубцующаяся)

6. Деформирующая

Классификация ХРАС по степени тяжести

1. легкая (1–3 афты)
2. средняя (4–7)
3. тяжелая (7 и более элементов поражения)

Патогенез:

Причиной развития ХРАС являются очаги хронической инфекции в организме (хронический тонзиллит, фарингит, ХРГ, заболевания ЖКТ), а также влияние ряда неблагоприятных факторов (хронические стрессовые ситуации, частая смена климатических поясов, проф. вредности).

У больных при нарушении иммунологического статуса на фоне ослабления фагоцитарной активности лимфоцитов к большинству микробных аллергенов отмечено её усиление к Str. salivarius и C. аlbicans. Также происходит нарушение местных факторов защиты: в слюне наблюдается снижение лизоцима, секреторного иммуноглобулина А. Нарушается защита СОПР от микроорганизмов, что влечет за собой сдвиг количественного и качественного состава микрофлоры полости рта, повышается её количество и вирулентность. В результате появляются кишечные палочки, грибы, ассоциации их со стафилококком, стрептококком, которые в свою очередь способствуют угнетению факторов иммунной защиты, развитию гиперчувствительности замедленного типа к бактериальным и тканевым антигенам. В патогенезе развития заболевания – перекрестная иммунологическая реакция: генетически детерминировано нарушение распознавания клеток – мишеней Т – лимфоцитами. Антитела атакуют эпителиальные клетки, которые по своей антигенной структуре сходны с некоторыми бактериями, в результате чего на СОПР появляются афты.

Процесс начинается с повышения проницаемости сосудов, что приводит к отеку и периваскулярной инфильтрации шиповатого слоя эпителия. Затем наблюдается спонгиоз и образование микрополостей. Фаза альтерации превалирует над фазой экссудации. Альтеративные изменения заканчиваются некрозом эпителия и эрозированием слизистой оболочки. Дефект эпителия заполняется фибрином, который прочно спаивается с подлежащими тканями.

Цикл существования афты 7–10 дней. Афта через 4 – 6 дней очищается от фибринозного налета, а в последующие 2–3 суток эпителизируется, оставляя на своем месте гиперемию.

**Лечение.**

Лечение пациентов с ХРАС комплексное, патогенетическое, зависит от периода развития заболевания.

Местное –

1. Обезболивание СОПР – аппликации 2 – 5% пиромекаиновой мази.

2. Для устранения и ослабления влияния вторичного инфицирования применяют: – 0,06% раствор хлоргекседина биглюконата, 3. Для очищения поверхности элементов при наличии фибринозного или некротического налета проводят 1 раз в день на 10 – 15 мин аппликации р-ров ферментов: трипсин.

4. Кортикостероидные мази: 1% гидрокортизоновая,

5. Гепариновая мазь – улушает микроциркуляцию (антикоагулянт).

6. Эпителизирующие средства – 5% метилурациловая мазь, 8. Местная неспецифическая иммунотерапия – Имудон.

7. Санация полости рта. Рациональная и профессиональная гигиена полости рта.

Общее лечение

1. Неспецифическая десенсибилизация: внутривенно: тиосульфат натрия 30% – 10 мл. Внутрь: кетотифен.

2. Для улучшения обменного процесса, повышения резистентности организма назначают: аскорутин.

3. С целью нормализации клеточного метаболизма лимфоцитов назначают метаболические препараты, стимулирующие обменные процессы на уровне митохондрий – пантотенат Са 2 мл 20% раствора в/мышечно.

4. Седативные средства по показаниям

5. Иммунокоррегирующая терапия по показаниям.

6. Санация хронических очагов инфекции.

7. Рекомендуют нераздражающую, гипоаллергенную диету – богатую витаминами, запрещается употребление острой, пряной, грубой пищи, спиртных напитков.

**Дневник:**

1 посещение

Обезболивание СОПР – 5% пиромекаиновая мазь

Rp.: Unguentum Pyromecaini 5% 30.0

D.S. для обезболивания СОПР

Антисептическая обработка – 0,06% раствор хлоргексидина биглюконата

Rp.: Sol. Chlorhexidini bigluconatis 0.06% 200 ml

D.S. для антисептической обработки полости рта

Удаление фибринозного налета – химотрипсин

Rp.: Chymotrypsini crystallisati 0.01

D.t.d. N. 6

S. содержимое флакона растворить в 10 мл изотонического раствора NaCl, нанести на область поражения на 15 минут

Противовоспалительный препарат –

Rp.: Ung. Hydrocortizoni 5% 5.0

D.S. наносить на пораженный участок слизистой 2 раза в день, курс 5 дней

2 посещение

Обезболивание, антисептическая обработка, удаление фибринозного налета

3 посещение

Антисептическая обработка,

Эпителизирующий препарат – метилурациловая мазь

Rp.: Ung. Мethyluracili 5% 25.0

D.S. наносить на пораженную СОПР 2 раза в день, курс – 2–3 дня.

**Эпикриз**

Больная \_\_\_\_\_\_, 1974 года рождения обратилась на кафедру терапевтической стоматологии СГМУ 11.10.11 с жалобами на наличие двух болезненных высыпаний на нижней губе, болезненность при разговоре, при приеме пищи, затруднение гигиены полости рта, присутствие неприятного запаха изо рта, общую слабость, недомогание. Из анамнеза заболевания установлено, что два дня назад больная почувствовала зуд и неприятные ощущения на слизистой нижней губы, затем появились два болезненных образования на нижней губе. Также пациентка отмечает, что в течение 5 лет появлялись подобные высыпания, рецидивы происходили преимущественно весной и осенью. К врачу по поводу данного заболевания не обращалась, лечение не проводилось. Из анамнеза жизни выявлено – место рождения г. Саратов, родилась первым ребенком в семье, вскармливание грудное, материально-бытовые условия в детстве удовлетворительные. Бытовые условия в настоящий момент хорошие. Питание регулярное, в достаточном объеме. Вредные привычки отрицает. Перенесённые и сопутствующие заболевания: считает себя здоровой. ВИЧ, туберкулез, гепатит отрицает. Аллергологический и наследственный анамнез со слов пациентки не отягощены. На основании данных объективного обследования – осмотр очага поражения: на фоне бледно-розовой слизистой оболочки нижней губы видны две афты, размером 5 \* 8 мм, окруженные ярким венчиком воспалительной гиперемии, покрыта серо-белыми бляшками фибринозного налета. Поверхность гладкая, граница четкая, незначительно выступает над окружающей слизистой оболочкой. При пальпации патологические элементы мягкие, болезненные. Был поставлен диагноз – хронический рецидивирующий афтозный стоматит, I степени тяжести, типичная форма. После проведенного комплексного – этиотропного и патогенетического лечения патологические элементы на слизистой губ устранены. Рекомендовано диспансерное наблюдение 1–2 раза в год у стоматолога и гастроэнтерелога.

**Прогноз.**

Ближайший и отдаленный прогнозы для жизни благоприятный.

**Литература**

1. Боровский Е.В., «Терапевтическая стоматология», Москва 1997 год.

2. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И., «Заболевания слизистой оболочки полости рта», 2001 год.

3. Рыбаков А.И., «Эпидемиология стоматологических заболеваний», Москва 1993 год.