# ПУЗЫРНО-СОСУДИСТЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА И ТЕРАПЕВТА

■ Л. И. Глебова, ■ Г. А. Терехов, ■ К. В. Фирфаров,
Московский медицинский медико-стоматологический университет им. А.И.Евдакимова;
Стоматологическая поликлиника №56 г. Москвы.

**Заболевания, сопровождающиеся пузырными высыпаниями с поражением кожи или без него весьма разнообразны (акантолитическая пузырчатка, буллёзный пемфигоид, дерматит Дюринга, красный плоский лишай, многоформная экссудативная эритема и др.). Клиника этих заболеваний хорошо известна. Однако возможны другие причины образования пузырей только на слизистой оболочки полости рта, чаще всего это поражения кровеносных сосудов у лиц с гипертонической болезнью, другими сосудистыми заболеваниями.**

Изменения проницаемости стенок кровеносных сосудов играют важную роль в патогенезе гипертонической болезни. Часты случаи кровоизлияний из капилляров в слизистые оболочки вследствие повышения венозного давления.

В литературе описаны наблюдения над лицами с гипертонической болезнью, у которых периодически возникали пузыри с геморрагическим содержимым на слизистой оболочки полости рта.

В 1972 г. группа авторов ( А.Л. Машкиллейсон, Е.И. Абрамова, Т.Н. Антонова) назвали эти изменения слизистый пузырно-сосудистым синдромом.

Из поликлиник города стоматологи направляют таких больных с разными диагнозами: ангиома, гемангиома, пузырчатка, пемфигоид, кровоизлияния и т.д. Значительное количество больных направляется без диагноза.

Наибольшее количество больных в возрасте старше 50 лет.

Чаще всего пузыри локализуются на мягком нёбе, на боковой поверхности языка, на слизистой щёк. Частота высыпаний у разных больных варьировала от одного раза в четыре года, до 3-4 раз в год, а у отдельных больных даже 2-3 раза в месяц.

Большинство больных отмечало связь появления пузырей с кровянистым содержимым с повышением кровяного давления.

Среди сопутствующих заболеваний преобладали гипертоническая болезнь I-II степени, атеросклероз, кардиосклероз.

Обычно больные обращаются с жалобами на наличие пузыря или эрозии на слизистой оболочке рта, неприятные ощущения, колющую боль в момент образования пузыря, незначительную боль при еде после образования эрозии.

Появление пузыря больше отмечали во время еды, при кашле. Некоторые указывали на возможную травму зубами, протезом, костью и т.д. Покрышка пузыря сохранялась на мягком нёбе в течение нескольких часов, на языке - до 2-3 дней. После вскрытия пузыря с геморрагическим содержимым наблюдали эрозию овальной формы разного размера (от 0,5 до 2-3 см в диаметре), которая была покрыта беловато-серым налетом. Слизистая по периферии не изменена, бледно-розовой окраски.

Симптом Никольского у всех больных был отрицательным. В мазках-отпечатках со дна эрозии акантолитических клеток не было.

Многие больные носили съёмные протезы. Однако установить связь между травмой протезом и возникновением пузыря не удавалось, так как геморрагический пузырь локализовался ниже участка слизистой оболочки нёба, граничащей с краем протеза. Среди других возможных травмирующий факторов отмечены кариес, острые края зубов и др.

Эпителизация эрозий на слизистой происходит довольно быстро, за 3-5 дней.

Механизм образования пузыря следующий: вследствие повышенной проницаемости и ломкости кровеносных сосудов происходит разрыв сосуда, жидкость скапливается под эпителием. Размеры пузыря зависят от величины сосуда и сопротивляемости слизистой оболочки. Важное значение имеют возрастные изменения слизистой оболочки (истончение эпителия, дистрофические изменения, нарушения связи базальной мембраны с эпителием).

При дифференциальной диагностике обращается внимание на отличие пузырно-сосудистого синдрома от гемангиомы.

Общее- это единичный пузырь синюшного цвета, но гемангиома (капиллярная) относится к опухолевым процессам, имеет мягкую консистенцию. Растет гемангиома медленно.

Пузырно-сосудистый синдром образуется быстро, внезапно вскрывается, быстро эпителизируется, то есть по механизму образования эти два вида высыпаний на слизистой оболочке резко отличаются друг от друга.

Пиогенная гранулёма (ботриомикома) имеет некоторые сходные признаки: это единичный элемент синюшного цвета и в анамнезе возможна микротравма. Но пиогенная гранулёма относится к опухолям. В основе её образования лежит травма и внедрение стафилококков и стрептококков, что сопровождается своеобразным гиперпластическим процессом. Это образование округлой формы красновато-синюшного цвета, мягкое при пальпации, склонна к увеличению в размере. Лечение только хирургическое (иссечение).

Акантолитическая пузырчатка также характеризуется появление пузырей на слизистой оболочке рта, преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста. Покрышка пузыря тонкая, пузыри неединичные, содержимое их прозрачное.

Пузыри в полости рта быстро вскрываются, слизистая легко отслаивается (положительный симптом Никольского). В мазках-отпечатках обнаруживаются акантолитические клетки.

Для буллёзного пемфигоида и пузырно-сосудистого синдрома сходным является образование пузырей на слизистой полости рта у лиц старше 60 лет.

Однако при буллёзном пемфигоиде возникает несколько пузырей с прозрачным содержимым, эрозии эпителизируются очень медленно, неделями. Симптом Никольского отрицательный, акантолитические клетки не определяются. Прогноз и течение этого заболевания благоприятные.

Буллёзная форма красного плоского лишая имеет больше различий, чем сходства.

Пузыри неединичные, с прозрачным содержимым. Эрозии, после вскрытия пузырей, располагаются на фоне папул, образующий нежный сетчатый рисунок. Эрозии резко болезненные, на фоне гиперемированной слизистой, не склонные к эпителизации.

Медикаментозный стоматит также может протекать с образование пузырей на слизистой полости рта. Эрозии после вскрытия пузырей резко болезненные с нечеткими контурами.

Лечение пузырно-сосудистого синдрома предусматривает устранение основной причины и предрасполагающих факторов. Все больные требуют наблюдения у терапевта с проведение курсов лечения гипертонической болезни, профилактики кризов, лечения других сердечно - сосудистых заболеваний.

Для уменьшения сосудисто-тканевой проницаемости больным назначали аскорутин. Показаны препараты никотиновой кислоты, как улучшающие обменные процессы в стенке сосудов. Назначать никотиновую кислоту надо только по согласованию с терапевтом.

Необходимо устранить возможные травмирующие факторы (пломбирование кариозных полостей, сошлифовывание острых краёв зубов, лечение пародонта, замена протезов).

Для профилактики вторичной инфекции можно использовать растворы с противовоспалительным действием (хлоргексидин, «Асепта», Мексидол, стоматофит).

МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ - 2015
24-27 МАРТА 2015
г. Уфа
Специализированные выставки:
ФАРМАЦИЯ
УХОД И РЕАБИЛИТАЦИЯ
КУРОРТОЛОГИЯ: ЛЕЧЕНИЕ И ОТДЫХ
ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЁНКА
СЕКРЕТЫ ДОЛГОЛЕТИЯ:
ЗДОРОВЬЕ И КРАСОТА
выставочный центр ЛИГАС LIGAS
тел./факс: (347) 253-76-05
253-77-11
www.ligas-ufa.ru