

- Темы: Волосатая лейкоплакия.
- Гипертрофия сосочков языка.

- Выполнила: Сактаган Д.У

Волосатая лейкоплакия — поражение слизистой оболочки полости рта в виде нитевидных образований белого цвета. Является одной из форм лейкоплакии — ороговения слизистых оболочек.



- Патология является показателем иммуносупрессии (подавления иммунитета) и наблюдается в основном при ВИЧ-инфекции и других иммунодефицитах (например, вызванных системными заболеваниями).
- Волосатая лейкоплакия — достоверный маркер ВИЧ-инфекции. Уже на ранних стадиях ВИЧ появляются первые высыпания, но в основном развитие болезни характерно для прогрессирующей стадии ВИЧ-инфекции. Очень редко волосатая лейкоплакия может сопутствовать другим заболеваниям, например, развивается на фоне приёма препаратов искусственного угнетения иммунитета при пересадке органов. Пациенты, страдающие иммунодефицитом по причине других болезней встречаются в 10 % случаев.
- Волосатая лейкоплакия в основном проявляется поражениями латеральной (боковой) поверхности языка, чаще бывает односторонним, реже — двухсторонним. Иногда поражается слизистая щёк и других областей ротовой полости. Течение заболевания практически бессимптомное. При гистологическом исследовании поверхностный слой слизистой из-за паракератоза (патологического ороговения участка слизистой с появлением отдельного слоя из ороговевших клеток) имеет "волосатый" вид, с этим и связано название болезни ↓

- Заболевание впервые описано в 1984 году у пациента со СПИДом и вирусом Эпштейна — Барр (ВЭБ). Данный вирус относится к семейству герпесвирусов (герпес 4 типа) и является одним из самых распространённых и высококонтагиозных (с большой вероятностью передачи от больных к здоровым) вирусных инфекций. Заражение ВЭБ происходит при поцелуях, воздушно-капельным или контактно-бытовым (через общие предметы обихода) путём, реже через кровь (трансмиссивным путём) и от матери к плоду.
- Источником инфекции являются только люди, в основном больные со скрытой и бессимптомной формами заболевания. В организм вирус попадает через слизистую верхних дыхательных путей, далее мигрирует в лимфоидную ткань и вызывает поражения лимфатических узлов, миндалин, печени и селезёнки.
- В 1999 году впервые появилось описание заболевания у ВИЧ-негативного пациента с иммуносупрессией на фоне острого лимфобластного лейкоза (злокачественного заболевания системы кроветворения). Для этой болезни характерно появление белого налёта. В основном идёт поражение боковых поверхностей языка, чаще одностороннее. Образуются бляшки с нечёткими краями. Могут возникать множественные поражения в виде белесоватых складок, затрагивающие слизистую щёк и других отделов ротовой полости

- При волосатой лейкоплакии идёт, как правило, одностороннее поражение боковых поверхностей языка. Но могут поражаться обе боковые стороны и другие части языка, а также щёки, дно полости рта и нёбо.



- Внешний вид налёта может меняться каждый день. Обычно это возвышающиеся участки серо-белого цвета размером до 2-3 см. Границы очага поражения чёткие, поверхность шероховатая, неровная, ворсинчатая. Поражения могут спонтанно появляться и исчезать. Субъективных ощущений у пациентов обычно не бывает, изредка больные отмечают жжение и слабую боль, изменения вкуса, дизестезию (извращение чувствительности, которое воспринимается в виде аномальных, неприятных ощущений, например, холод воспринимается как боль, а боль воспринимается как тепло).
- Появление жалоб, как правило, обусловлено присоединением кандидозной инфекции. При этом образуются округлые белесовато-серые, нечётко отграниченные мелкие узелки с гладкой поверхностью диаметром 2-3 мм. При усилении ороговения они приобретают опалово-белый цвет, бляшки становятся неправильной и даже причудливой формы диаметром до 3 см. Поверхность бляшки морщинистая (гофрированная), как будто покрыта волосками из-за нитевидных разрастаний эпителия. Участки ороговения могут быть на уровне слизистой оболочки, а могут и возвышаться. Слизистые влагиалища и ануса не повреждаются.

- По клиническим проявлениям высыпания волосатой лейкоплакии сходны с хроническим гиперпластическим кандидозом. Мягкое утолщение слизистой оболочки плотно прилежит к подлежащей основе, при поскабливании не снимается. При СПИДе на слизистой оболочке боковой поверхности языка может наблюдаться вертикальное рифление (по типу "стиральной доски") образуются мелкие папилломы в виде тонких кератиновых нитей, параллельных друг другу. При приёме антиретровирусных препаратов высыпания исчезают



- Патогенез волосатой лейкоплакии
- Волосатая лейкоплакия вызывается вирусом Эпштейна — Барр или папилломавирусом человека, возможно их сочетание. В очагах лейкоплакии обнаруживаются грибы рода *Candida*, которые постоянно присутствуют в микрофлоре полости рта. В основе развития заболевания лежит репликация (процесс внутриклеточного размножения вируса) ВЭБ в очаге поражения, что и вызывает хроническое воспаление, которое протекает с нарушением процесса ороговения. Преобладают процессы гиперкератоза (повышения ороговения участка слизистой) и паракератоза (патологического ороговения участка слизистой с появлением отдельного слоя из ороговевших клеток).
- ВЭБ сначала поражает эпителиальные клетки глотки. Там начинается его репликативная фаза, которая и обуславливает высвобождение и присутствие данного вируса в слюне инфицированного человека на всём протяжении его жизни. В глотке вирус проникает в В-клетки и переходит в латентное состояние. Т-лимфоциты удерживают вирус в латентном состоянии, хотя и не могут полностью устранить его. Поэтому при иммунодефиците, когда уменьшается количество ВЭБ-специфичных Т-лимфоцитов, количество инфицированных В-клеток увеличиваются

- Классификация и стадии развития волосатой лейкоплакии
- В международной классификации болезней 10 пересмотра волосатая лейкоплакия имеет код K13.3.
- Она относится к разделу K13 — "Другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта". Этот раздел, помимо волосатой лейкоплакии, включает еще 7 заболеваний:
- Болезни губ.
- Прикусывание щеки и губ.
- Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая язык.
- Волосатая лейкоплакия.
- Гранулёма и гранулёмоподобные поражения слизистой оболочки полости рта.
- Подслизистый фиброз полости рта.
- Гиперплазия слизистой оболочки полости рта вследствие раздражения.
- Другие и неуточненные поражения слизистой оболочки полости рта.
- Волосатая лейкоплакия также может быть обозначена кодом основного заболевания, на фоне которого она развилась (например СПИДа), так как имеется прямая этиологическая зависимость.

- Волосатая лейкоплакия имеет доброкачественное течение со спонтанными ремиссиями. Подвидов у заболевания нет. Болезнь имеет первично хроническое, рецидивирующее течение с постепенным началом. Острая стадия развития отсутствует, но выделяют несколько других стадий:
 1. Разрастание, размножение клеток.
 2. Ороговение плоского эпителия.
 3. Склерозирование клеток (замена клеток соединительной тканью)

- Осложнения волосатой лейкоплакии
- Сама по себе волосатая лейкоплакия не приводит к инвалидности и смерти. Опасность для здоровья и жизни представляют иммунодефицитные состояния, на фоне которых она развивается. Развитие волосатой лейкоплакии при иммунодефицитных состояниях не ухудшает течение основной болезни и не провоцирует возникновение осложнений, но при этом она является плохим диагностическим признаком.
- У 83 % ВИЧ-инфицированных пациентов с волосатой лейкоплакией рта в течение определённого времени развивается полная картина СПИДа ^[2]. Медиана выживаемости (время, к которому умирает 50 % больных) у таких пациентов после постановки диагноза "волосатая лейкоплакия" составляет около 20 месяцев. Исследования показали, что если пациенты одновременно заражены вирусом гепатита В, ранняя манифестация СПИДа в 4 раза больше. В настоящее время исследуется риск развития лимфомы (злокачественного новообразования лимфатической системы)

- Диагностика волосатой лейкоплакии
 - Для диагностики волосатой лейкоплакии нет единого метода исследования. Результаты разных методов должны соответствовать клинической картине и дополнять друг друга.
1. Гистологическая диагностика. Существует 5 гистологических признаков волосатой лейкоплакии. Наличие каждого признака по отдельности не считается диагностическим показателем.
 2. Гиперкератоз – патологическое ороговение верхнего эпителиального слоя вследствие избыточного содержания кератина. Характеризуется возникновением нитеподобных кератиновых образований, которые и придают "лохматый" или "волосатый" внешний вид.
 3. Паракератоз – нарушение процессов ороговения, при котором клетки эпидермиса теряют способность вырабатывать кератогиалин (предшественник кератина), в результате чего происходит неполное ороговение клеток эпидермиса.
 4. Акантоз – увеличение количества и толщины рядов шиповатого и зернистого слоёв эпителия. Также удлиняются эпидермальные отростки.
 5. В эпителии и субэпителиальных тканях отсутствует воспаление или оно незначительно выражено.
 6. В базальном слое гистологически патологий не выявляется.
 7. При иммуногистохимическом методе исследования должен выявляться ВЭБ.
 8. Обязательно проводить диагностику на ВИЧ-инфекцию, тесты в большинстве случаев положительные.
 9. Исследование мазков на наличие кандидоза (грибковая инфекция сопутствует в 25 % случаев).
 10. Исследование крови на определение Т-лимфоцитов-хелперов, функция которых усиливать иммунный ответ организма.

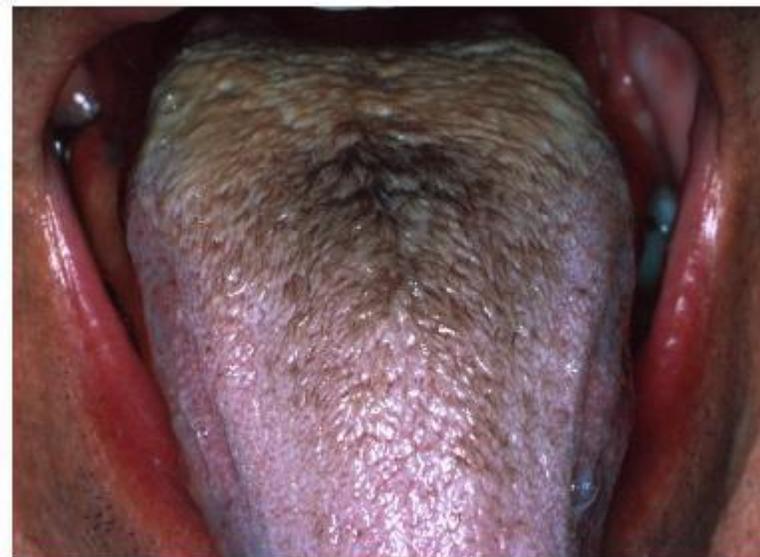
- При волосатой лейкоплакии снижается количество Т-хелперов. Первое обнаружение волосатой лейкоплакии происходит при их абсолютном количестве 235-468 клеток/мкл (норма 600-1000 клеток/мкл). При абсолютном количестве менее 468 клеток/мкл вероятность клинических проявлений волосатой лейкоплакии до развития клиники СПИДа и проявления его маркеров очень высока.
- Дифференциальная диагностика проводится с кандидозом, гипертрофией сосочков языка, кератозом слизистой, вызванным трением, а также заболеваниями, которые относятся к группе других "белых" лейкоплакий (разнообразных болезней, включая хорошо изученные самостоятельные нозологические формы, которые клинически проявляются как белые пятна или бляшки на слизистой оболочке полости рта) с остроконечными кондиломами, вызванными вирусом папилломы человека

- Лечение волосатой лейкоплакии
- В первую очередь проводится **немедикаментозное лечение**, которое подразумевает полную санацию ротовой полости (лечение зубов, дёсен, слизистой) в клинике и нормализацию личной гигиены ротовой полости.
- Пациента на уроках по гигиене обучают правильной технике чистки зубов в домашних условиях:
- Чистка зубов должна проводиться ежедневно 2 раза в день: утром после завтрака и вечером перед сном.
- Продолжительность чистки должна составлять 2-3 минуты.
- Щётку необходимо держать в руке так, чтоб щетина была направлена под углом 45° к поверхности зубов. Это позволяет улучшить качество чистки.

Гипертрофия сосочков языка

- - черный "волосатый" язык;
 - гипертрофия (нитевидных) сосочков языка;
 - ворсинчатый язык;
 - обложенность языка;
 - "клубничный" язык.

- **Черный "волосатый" язык** (*lingua villosa nigra*) - хроническая гиперплазия нитевидных сосочков, сопровождающаяся замедлением или отсутствием слущивания ороговевших клеток эпителия, которые принимают черный или коричневый цвет. Появление ворсинок связано нарушением десквамации нитевидных сосочков, а черный цвет обусловлен жизнедеятельностью хромогенных бактерий и некоторых грибков. Измененный участок, как правило, находится на задней трети языка и может иметь овальную или треугольную форму. Длина сосочков может достигать 1-3 см, а диаметр - 2-3 мм.



- Предрасполагающими к гиперплазии нитевидных сосочков факторами выступают заболевания пищеварительного тракта, в частности - анацидный гастрит, гипоацидный гастрит, колит, инфекционные заболевания.
- В некоторых случаях формирование черного "волосатого" языка может происходить на фоне гипорибофлавиноза, конституциональных особенностей языка, влияющих на трофику и вызывающих нарушения обменных процессов в эпителии языка.
В некоторых случаях окраска языка приобретает зеленый цвет, что может быть обусловлено хлорофилловыми грибами.

Черный "волосатый" язык может выявляться:

- при туберкулезе легких;
- при болезни Аддисона;
- при папиллярно-пигментной дистрофии;
- вследствие приема некоторых лекарственных препаратов (особенно антибиотиков);
- при употреблении некоторых пищевых продуктов;
- у лиц, злоупотребляющих курением и алкоголем.

- **Обложенность языка** обуславливается нарушением отторжения ороговевающих эпителиальных клеток нитевидных сосочков языка. К роговым массам нитевидных сосочков на языке добавляются колонии микроорганизмов (бактериальные и грибковые), пищевые остатки. Обложенность языка может возникать в результате желудочно-кишечной патологии (острый и хронический гастрит, язвенная болезнь, рак желудка) или общих нарушений состояния организма (инфекционные заболевания). Местные условия, возникающие в полости рта (недостаточный акт жевания, плохая гигиена полости рта) также способствуют нарушению слущивания эпителиальных клеток нитевидных сосочков и скоплению их на спинке языка.
- В период обострения заболевания желудочно-кишечного тракта обложенность языка увеличивается, при этом для язвенной болезни желудка более характерно накопление налета в дистальных отделах спинки языка. В состоянии ремиссии язык приобретает нормальный вид.

- **"Клубничный" язык** относится к глосситам, которые проявляются гиперплазией грибовидных сосочков. Белый "клубничный" язык: белый налет на языке, через который проступают гиперпластические грибовидные сосочки. Красный "клубничный" язык возникает после того, как белый налет исчезает и открывается темно-красная, эритематозная поверхность с гиперплазированными грибовидными сосочками.

Белый "клубничный" язык выявляется иногда в начале скарлатины, через 4-5 дней он сменяется картиной красного "клубничного" языка.

"Клубничный" язык может наблюдаться при болезни Кавасаки (часто у детей в возрасте до 5) и синдроме токсического шока.

Красный "клубничный" язык может имитировать другие виды глоссита или "лакированный" красный язык, то есть атрофию сосочков, например при дефиците витамина В12.



