

СОДЕРЖАНИЕ




Ключевые позиции	6
Предисловие	8
История кафедры	9
Список сокращений и условных обозначений	11
Общие представления о нозологии	12
Коды по МКБ-10	12
Классификация	12
Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта (Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. и др., 1984)	12
Нозологический профиль и факторы риска	15
Эпидемиология	15
Факторы риска	16
Морфология. Патогенез, патоморфогенез	17
Общая характеристика	18
Функциональная характеристика	19
Гистологическая характеристика	19
Физиологические функции слизистой оболочки полости рта	24
Протоколы и методы лечения по условиям оказания медицинской помощи	26
Основы диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ	26
Первичные морфологические элементы	28
Вторичные морфологические элементы	35
Методы диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ	40
Аллергические заболевания слизистой оболочки полости рта	43
Аллергический контактный стоматит	43

Токсико-аллергические стоматиты	45
Крапивница и отек Квинке	50
Многоформная экссудативная эритема	52
Поражение слизистой оболочки полости рта при некоторых дерматозах	59
Красный плоский лишай	59
Псориаз	69
Пузырчатка	71
Группа пемфигоида	79
Синдром пузырьно-сосудистый	88
Хроническая (дискоидная) красная волчанка	90
Острая (системная) красная волчанка	98
Хейлиты	99
Хейлит эксфолиативный	100
Хейлит glandулярный	104
Хейлит метеорологический	106
Хейлит актинический	108
Хейлит контактный простой	110
Хейлит контактный аллергический	110
Хейлит экзематозный	112
Хейлит атопический	114
Синдром Мелькерссона–Розенталя	116
Хроническая трещина губы	123
Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ	124
Болезнь Боуэна	125
Лейкоплакия	128
Папилломатоз	134
Постлучевой стоматит и хейлит	136
Бородавчатый предрак	140
Ограниченный предраковый гиперкератоз	142
Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти	143
Инфекционные заболевания слизистой оболочки полости рта и губ	147
Гнойничковые заболевания (пиодермии)	147
Микозы слизистой оболочки полости рта и губ	154

Вирусные заболевания	163
Заболевания предположительно вирусной этиологии	169
Синдром Бехчета	169
Невусы и эпителиальные дисплазии слизистой оболочки полости рта и губ	173
Белый губчатый невус Кеннона	173
Гранулы Фордайса	176
Венерические болезни	178
Поражение слизистой оболочки полости рта в различные периоды сифилиса	178
Первичный сифилис	179
Вторичный сифилис	185
Третичный сифилис	194
Врожденный сифилис	200
Поражение слизистой оболочки полости рта при ВИЧ-инфекции	205
«Волосатая» лейкоплакия	208
Кандидоз слизистой оболочки полости рта	209
Саркома Капоши	214
Косметология для стоматологов	213
Возрастные изменения кожи лица	213
Механизмы старения кожи	214
Основные возрастные изменения в области лица	214
Типы морщин	214
Другие возрастные изменения	216
Изменение архитектоники лица	218
Методы коррекции возрастных изменений	219
Доказательная информация (Кохрановские обзоры, золотые стандарты, рандомизированные клинические исследования и др.)	219
Приложения, ссылки	220
Перечень практических навыков	220
Литература	221

Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ

БОЛЬШАЯ ГРУППА НОЗОЛОГИЙ = ВАЖНАЯ ПРОБЛЕМА

-  высокая распространенность
-  склонность к прогрессированию
-  неоднозначные результаты лечения

Актуальная проблема современной стоматологии

В этом руководстве

14 разделов:

- нормы и патологии
- морфологии и физиологии
- основы и методы диагностики



 требует от врача

обширные знания в узкой специальности

знания общеклинических дисциплин



Трудность в диагностике

высыпания на слизистой оболочке полости рта

Причины

локализованный процесс

проявления кожных заболеваний

Наиболее распространенные нозологии

приводящие к поражению слизистой оболочки полости рта

при кожных и венерических заболеваниях

РУКОВОДСТВО ПРЕДНАЗНАЧЕНО



для студентов стоматологических факультетов



для врачей-стоматологов



для дерматовенерологов



для слушателей курсов последипломного образования

ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НОЗОЛОГИИ

В случае если причиной локальных поражений слизистой оболочки полости рта является какой-либо системный процесс (инфекционный, системный аутоиммунный и др.), указываются также соответствующие коды основного заболевания.

КОДЫ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10-ГО ПЕРЕСМОТРА

K00–K14	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей
----------------	---

КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта (Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. и др., 1984)

Представленная ниже классификация не является общепринятой, но достаточно хорошо обобщает возможные поражения и их механизмы.

I. **Травматические поражения** вследствие действия:

- механических факторов;
- высоких и низких температур;
- излучения;
- неблагоприятных метеорологических факторов;
- химических веществ и др.

II. Инфекционные заболевания.

1. Поражения слизистой оболочки рта при **острых и хронических инфекционных заболеваниях**:
 - корь, скарлатина, ветряная оспа;
 - вирус иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);
 - туберкулез;
 - сифилис;
 - лепра и др.
2. Собственно **инфекционные** и **паразитарные заболевания** слизистой оболочки рта и губ:
 - вирусные (ВИЧ-инфекция, герпес, бородавки и др.);
 - фузоспирохетоз;
 - бактериальные (стрепто- и стафилококковые и др.);
 - грибковые (кандидоз, актиномикоз и др.).

III. Аллергические и токсико-аллергические заболевания.

1. **Контактный аллергический стоматит, гингивит, глоссит, хейлит** (от медикаментов, пластмасс и других материалов, используемых в стоматологии; красителей, зубных паст, эликсиров и других химических веществ, ультрафиолетовых лучей, контактирующих со слизистой оболочкой или губами).
2. **Фиксированные и распространенные токсико-аллергические поражения** (от медикаментов, пищевых веществ и других аллергенов, поступающих в организм различными путями).
3. **Дерматозы с поражением слизистой оболочки рта токсико-аллергического генеза** (многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса–Джонсона, синдром Лайелла, первичные системные васкулиты).

IV. Заболевания с аутоиммунным компонентом патогенеза:

- рецидивирующий афтозный стоматит, включая рубцующийся афты;
 - синдром Бехчета;
 - синдром Шегрена;
 - дерматозы с поражением слизистой оболочки рта (пузырчатка, пемфигоид, красная волчанка, склеродермия и др.).
- V. **Кожно-слизистая реакция** (красный плоский лишай).

VI. Изменения слизистой оболочки рта при **экзогенных интоксикациях** (профессиональные вредности).

VII. Изменения слизистой оболочки рта и красной каймы губ при патологии **различных органов и систем организма и нарушениях обмена веществ**:

- при висцеральной и эндокринной патологии;
- при гипо- и авитаминозах;
- при болезнях крови и кроветворных органов;
- при патологии нервной системы;
- при беременности.

VIII. **Врожденные и генетически обусловленные заболевания.**

1. Невусы и эпителиальные дисплазии:

- сосудистые невусы;
- бородавчатые и пигментные невусы;
- белый губчатый невус (мягкая лейкоплакия);
- наследственный доброкачественный интраэпителиальный дискератоз;
- складчатый язык, ромбовидный глоссит;
- дерматозы с поражением слизистой оболочки рта и губ.

IX. **Предраковые заболевания, доброкачественные и злокачественные новообразования.**

1. Облигатный предрак:

- болезнь Боуэна;
- бородавчатый предрак красной каймы губ;
- ограниченный гиперкератоз красной каймы губ;
- абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.

2. Факультативный предрак:

- лейкоплакия;
- ороговевающая папиллома и папилломатоз;
- кератоакантома и др.;
- доброкачественные новообразования;
- рак.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ФАКТОРЫ РИСКА

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В течение последнего десятилетия проблеме профилактики и лечения хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта уделяется значительное внимание отечественных и зарубежных исследователей. Это в первую очередь обусловлено увеличением негативного влияния на организм человека иммунодепрессивных факторов окружающей среды, широким и не всегда обоснованным использованием медикаментов с антибактериальными свойствами.

Определенную трудность в диагностике создает также тот факт, что высыпания на слизистой оболочке полости рта могут быть как локализованным процессом, так и проявлениями ряда кожных заболеваний, таких как красный плоский лишай, группа пузырчатки, пемфигоиды, красная волчанка и др. Не более чем в 50% случаев ставится правильный диагноз.

В настоящее время из-за отсутствия специальных эпидемиологических исследований сведения о патологии слизистой оболочки полости рта в литературе практически не встречаются.

С доступным анализом данных по этой теме вы можете ознакомиться в разделе «Доказательная информация».



Факторы риска

- Наличие вредных привычек (курение, алкоголизм).
- Нарушения гормонального фона.
- Ослабление иммунитета.
- Генетическая предрасположенность.
- Авитаминозы.
- Наличие инфекций или воспалительных процессов во рту.
- Несбалансированный рацион питания.
- Прием антибиотических и сильнодействующих препаратов без врачебного контроля.
- Поражение внутренних органов или систем, их дисфункция.

МОРФОЛОГИЯ. ПАТОГЕНЕЗ, ПАТОМОРФОГЕНЕЗ

Кожа и слизистая оболочка полости рта имеют одинаковые структурные компоненты, но между ними есть явные различия. В сравнении с кожей слизистая оболочка рта в большей степени передает цвет подлежащих сосудов, в ней нет волос и потовых желез, сальных желез очень мало, зато имеется значительное количество слюнных желез, секрет которых поддерживает поверхность слизистой оболочки во влажном состоянии и обеспечивает в некоторой степени переваривание углеводов пищи в полости рта.



Слизистая оболочка рта состоит из трех отделов: эпителия, собственного слоя слизистой оболочки (*lamina propria mucosae*) и подслизистой основы (*tela submucosa*), которые соответствуют эпидермису, дерме и подкожной клетчатке кожи (гиподерма) (рис. 1, 2).

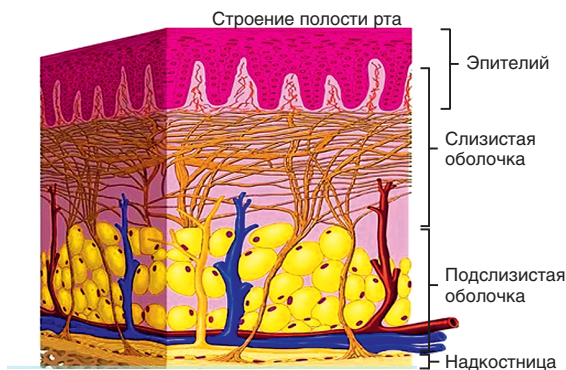


Рис. 1. Схематическое строение слизистой оболочки рта

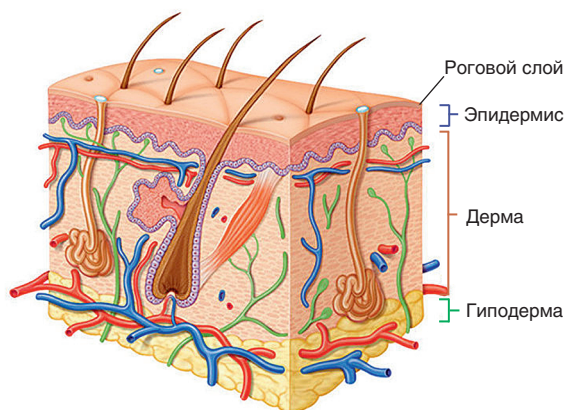


Рис. 2. Схематичное строение кожи

Источник: www.tver.icity.life

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

В отличие от кожи, многослойный плоский эпителий слизистой оболочки рта почти на всей поверхности не имеет рогового, блестящего и зернистого слоев и состоит только из двух слоев — базального и шиповатого. В верхней части шиповатый слой представлен несколькими рядами плоских, как бы сдавленных, клеток, которые в местах, подвергающихся сильному давлению, содержат зернышки кератогиалина. Такое состояние верхней части эпителия слизистой оболочки рта называют **физиологическим паракератозом**, который наблюдается на твердом нёбе и десне.

Клетки базального слоя имеют цилиндрическую форму и расположены на базальной мембране палисадообразно, шиповатый же слой имеет 3–5 рядов клеток. В шиповатом и базальном слоях эпителия имеются, кроме того, дендритные клетки Лангерганса, местами — меланоциты. Время обновления эпителия варьирует в пределах 6–7 дней, в то время как в коже этот процесс происходит за 30–60 дней в зависимости от возраста, пола и др. На губах, щеках, мягком нёбе, дне полости рта эпителий в нормальных условиях не ороговеет.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Во рту различают три типа слизистой оболочки: 1) выстилаящая (щеки, губы, дно полости рта, мягкое нёбо, нижняя поверхность языка); 2) жевательная (твёрдое нёбо и десна); 3) специализированная (верхняя поверхность языка).

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА



В полости рта имеются три типа многослойного эпителия: многослойный плоский неороговевающий; многослойный плоский, ороговевающий путем ортокератоза; многослойный плоский, ороговевающий путем паракератоза.

Неороговевающий эпителий характерен для выстилаящей слизистой оболочки, ороговевающий — для жевательной и специализированной.

В неороговевающем эпителии различают 3 слоя: базальный, шиповатый, поверхностный (слой плоских клеток).

В ороговевающем ортокератозом эпителии различают 4 слоя: базальный, шиповатый, зернистый, роговой (блестящий не выражен).

В ороговевающем паракератозом имеется также 4 слоя. Однако паракератинизация является уникальной характеристикой здоровой полости рта, так как в коже этот тип эпителия встречается при патологии.

Собственный слой соответствует сосочковому и сетчатому слоям кожи и содержит коллагеновые, эластические и преколлагеновые волокна, кровеносные и лимфатические сосуды, нервные окончания и многочисленные мелкие слюнные железы.

Собственный слой слизистой оболочки без резкой границы переходит в подслизистую основу, образованную более рыхлой соединительной тканью. В подслизистой основе находятся глубокая сосудистая сеть, коллагеновые волокна, небольшое количество эластических волокон, железистый аппарат глубоко залегающих мелких слюнных желез. Выраженность подслизистой основы определяет степень подвижности слизистой оболочки рта. Поэтому он хорошо выражен на тех участках, в которых слизистая оболочка неплотно прикреплена к подлежащим тканям, например в дне полости рта, и отсутствует на деснах и твердом нёбе.

Эпителиальные клетки твердого нёба, языка и частично десен подвергаются ороговению. На указанных участках и в нормальных условиях отмечается полное ороговение, например, на верхушках нитевидных сосочков языка, местами на складках твердого нёба можно обнаружить несколько рядов лишенных ядер клеток.



Слизистая оболочка рта подвергается ороговению с образованием зернистого и рогового слоев и при ряде хронических воспалительных процессов. Это происходит, например, при красном плоском лишае, лейкоплакии, красной волчанке. В результате ороговения меняется цвет слизистой оболочки: на ней возникают **очаги серовато-белого цвета**, не снимающиеся при поскабливании шпателем. Однако большинство воспалительных процессов приводят не к ороговению, а к гиперемии, выпоту и образованию эрозий, вследствие чего патологические высыпания на слизистой оболочке рта легко мацерируются с десквамацией клеток эпителия.

Так, например, при серозном воспалении независимо от вызвавшей его причины появляется рыхлый беловатый налет из слущенного эпителия, который сравнительно легко удалить путем поскабливания. Поверхностные клетки эпителия и в физиологических условиях легко подвергаются шелушению. В соскобах можно обнаружить единичные лимфоциты, а также так называемые слюнные тельца (измененные лимфоциты).



Особенностью строения слизистой оболочки языка является наличие трех видов сосочков, покрывающих верхнюю и боковые поверхности: **нитевидных, грибовидных, желобовидных**.

Кроме того, на боковых поверхностях языка имеются **листовидные сосочки**. Вся верхняя поверхность спинки языка покрыта нитевидными сосочками, представляющими собой тонкие соединительнотканые возвышения высотой до 0,3 мм, покрытые эпителием, который полностью ороговеивает при некоторых патологических состояниях (волосатый язык и др.). Грибовидные сосочки, возвышающиеся на 1–2 мм, имеют ярко-красный цвет, так как покрывающий их эпителий не ороговеивает. Они в большом количестве расположены на кончике языка и его боковых поверхностях. Желобоватые сосочки представляют собой округлые возвышения высотой до 1–2 мм, окружены желобом с небольшим валиком; 8–15 таких сосочков располагаются только на задней части спинки языка. Слизистая оболочка корня языка не имеет сосочков, но содержит большое количество лимфатической ткани, образующей фолликулы языка высотой до 5 мм.

В эпителии, покрывающем желобоватые, листовидные и местами грибовидные сосочки, заложены вкусовые почки, обильно снабженные нервными рецепторами языкоглоточного нерва (рис. 3).

Губы состоят из мощного слоя круговых мышц, покрытых снаружи кожей, плотно соединенной с мышечным слоем: с внутренней стороны губы выстланы слизистой оболочкой, в толще которой большое количество смешанных железок. Протоки этих железок открываются на поверхности слизистой оболочки. В губе различают три части: **кожную, красную кайму и слизистую оболочку**.

Красная кайма имеет переходное строение от кожи к слизистой оболочке, сальные железы в ней сохраняются только в углах рта. На красной кайме губ не происходит полного ороговеивания, поверхностный слой эпителия пропитан элеидином, что придает ему прозрачность. Типичные роговой, блестящий и зернистый слои здесь отсутствуют. На красной кайме губ различают две зоны: наружную и внутреннюю. Эпителий наружной

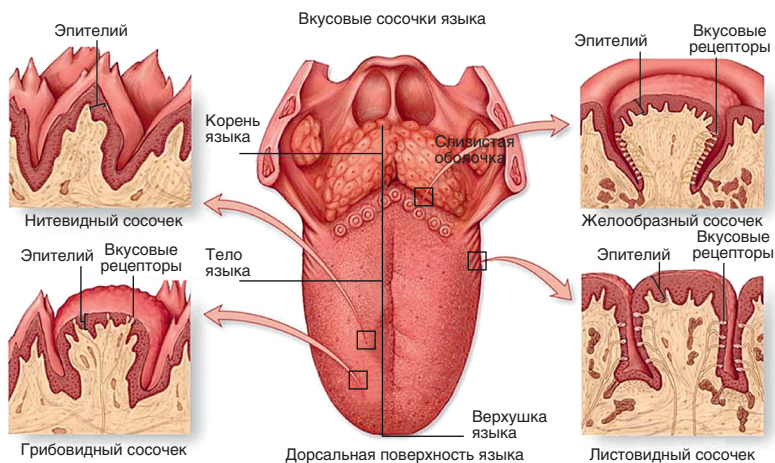


Рис. 3. Схема расположения сосочков языка

Источник: www.ppt-online.org.

зоны еще сохраняет видоизмененный роговой слой, а внутренняя зона, переходящая в слизистую оболочку губы (так называемая зона Клейна), имеет ядра в наружном слое эпителия и очень удлиненные дермальные сосочки (рис. 4).

Слизистая оболочка рта обильно снабжена кровеносными и лимфатическими сосудами. Лимфатическая сеть особенно гу-

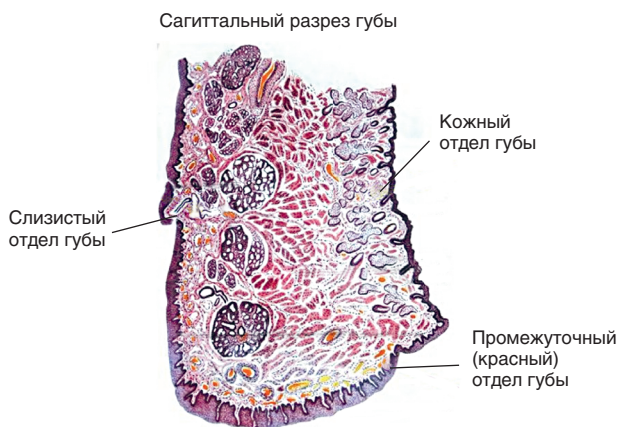


Рис. 4. Строение губы

Источник: www.ppt-online.org.

сто расположена в миндалинах и в корне языка, где образуются лимфоэпителиальные возвышения высотой до 5 мм, называемые криптами. Из этих крипт состоит язычная миндалина. Из лимфатической ткани на поверхность слизистой оболочки могут выходить лимфоциты, примешивающиеся к слюне.

Нервный рецепторный аппарат слизистой оболочки рта имеет обширную сеть сплетений, проникающую в грибовидные, желобоватые и листовидные сосочки языка. Периферические разветвления нервных рецепторов образуют концевые колбочки, а также в виде безмякотных волокон свободно разветвляются между клетками слизистой оболочки.



В полости рта имеется большое количество желез, которые по размеру подразделяют на **большие** и **малые**.

Большие слюнные железы — околоушные, поднижнечелюстные и подъязычные — расположены вне полости рта и имеют длинные выводные протоки. Малые слюнные железы локализируются в глубоких слоях слизистой части и подслизистой основы губ, мягкого нёба, щек. Их выводные протоки открываются на поверхности слизистой оболочки. Губные железы расположены на внутренней поверхности губ, вблизи щечных желез, щечной мышцы и слизистой оболочки рта. Нёбные железы расположены в области твердого нёба по линии, соединяющей верхние восьмые зубы.

В языке также имеются слюнные железы: на нижней поверхности кончика языка — парная смешанная железа, на корне — серозные железы, в области язычных миндалин — муциновые железы. Все слюнные железы имеют парасимпатическую и симпатическую иннервацию, а бульбарные слюнные центры находятся под контролем центральной нервной системы. Лизоцим, находящийся в слюне, оказывает бактерицидное действие.