**Министерство здравоохранения УКРАИНЫ**

**УЖГОРОДСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА ДЕТСКОЙ стоматологии**

**КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ У ДЕТЕЙ**

**Учебное пособие**

**Под редакцией д.мед.н.,проф. Р.В.Казаковой**

**УЖГОРОД**

**2012**

УДК 616.31-053.5(07)

ББК Р 661.22я 7

Авторы : Казакова Р.В., Скиба В.Я., Мельник В.С.,Джупина С.М.,Дячук Е.Й.,Билищук Л.М.

Клинические критерии состояния полости рта при заболеваниях слизистой оболочки у детей. / Казакова Р.В., Скиба В.Я., Мельник В.С.,Джупина С.М.,Дячук Е.Й.,Билищук Л.М. / Под редакцией д.мед.н.,проф. Р.В.Казаковой – Ужгород:Издательство УжНУ «Говерла»,2012 г.- 100 с.

Рецензенты:

М.К.Добровольская- к.м.н., доцент, зав.кафедрой терапевтической стоматологии УжНУ

О.В.Клитинская – к.м.н.,доцент кафедры детской стоматологии УжНУ

Рассматриваются вопросы касающиеся базовых знаний по структуре слизистой оболочки полости рта (СОПР) с учетом ее топографии и возраста детей. Особое внимание уделяется патоморфологическим процессам, определяющим развития элементов поражения – важного диагностического признака болезней слизистой оболочки. Представлена систематизация наиболее часто используемых в клинической практике классификации болезней СОПР, в том числе согласно классификации ВОЗ (МКБ-10).

Методические рекомендации предназначены для студентов стоматологических факультетов, клинических ординаторов, аспирантов, врачей-стоматологов.

Рекомендовано к печати Ученым советом стоматологического факультета Ужгородского Национального университета.Протокол № 1 от 20 сентября 2012 г

ISBN © Казакова Р.В., 2012

УДК 616.31-053.5(07)

ББК Р 661.22я 7

Оглавление

Стр.

Введение.

I. Особенности строения слизистой оболочки полости рта у

детей в различные периоды детского возраста………………….

1.1.Функции слизистой оболочки………………………………….

1.2.Клиническое значение слизистой оболочки полости рта..

1.3.Собственная пластинка СОПР……………………………..

1.4.Классификация болезней, изменений и повреждений

слизистой оболочки полости рта, у детей ………………….

II. Патоморфологические процессы на слизистой оболочке

полости рта………………………………………………………

2.1. Элементы поражения СОПР…………………………...

2.2.Морфология элементов поражения кожи и СОПР.......

III.Первичные морфологические элементы поражения.

IV.Вторичные морфологические элементы поражения.

V. Систематизация заболеваний слизистой оболочки полости рта.

VI. Список литературы.

Приложение 1.Схема осмотра слизистой оболочки полости рта….

Приложение 2.Клинические задачи (1-15)........................................

Приложение 3. Эталон ответов на клинические задачи ................

Приложение 4. Тесты (1-35).................................................................

Приложение 5. Эталон ответов на тесты .........................................

**Введение.**

Слизистая оболочка полости рта на сравнительно небольшом протяжении характеризуется очень разнообразным строением, которое в каждом участке соответствует его функциональным и возрастным особенностям. Этим и объясняется различное течение патологических процессов в отдельных её участках слизистой оболочки. Клиническая картина заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР), красной каймы губ (ККГ), иногда прилегающий кожи характеризуется многообразием высыпаний (патологических элементов) на коже (экзантемы) и слизистых оболочках (энантемы). Элементы поражения, являющиеся проявлением сложных патоморфологических реакций, протекающих в слизистой рта, способствуют правильной постановке диагноза.

Клинические задачи, вопросы для самоконтроля,на наш взгляд,помогут преодолеть трудности, с которыми нередко сталкиваются особенно начинающие врачи-стоматологи в своей практической деятельности.

**I.**  **Особенности строения слизистой оболочки полости рта**

**у детей в различные периоды детского возраста.**

Изучение строения органов полости рта - основа профессиональных знаний врача-стоматолога, неотъемлемая часть его подготовки.

Полость рта, кроме участков, относящихся к коронкам зубов, выстлана слизистой оболочкой.

**1.1** **Функции слизистой оболочки:**

1.Защитная - защищает подлежащие ткани от повреждающего действия находящегося в полости рта содержимого, которое оказывает механическое, стирающее действие. Эпителий и соединительная ткань СОПР адаптированы к противодействию этим нагрузкам. Так, в зонах, на которые приходится наибольшая механическая нагрузка, отмечаются участки ороговения. В полости рта находятся и микроорганизмы, которые могут вызвать при внедрении в СОПР ее заболевания. Микроорганизмы в большинстве своем вырабатывают вещества, которые оказывают на ткани токсическое воздействие. Эпителий препятствует этим воздействиям, осуществляя барьерную роль. Он относительно устойчив к воздействию не только механических факторов, но и химических. Он обновляется, слущивается, удаляя прикрепившиеся к нему микроорганизмы. Десквамация эпителия СОПР в физиологических условиях компенсируется его активной регенерацией. При воздействии на эпителий неблагоприятных факторов десквамация усиливается.

Клетки базального и шиповатого слоёв эпителия СОПР имеют высокую митотическую активность, выше, чем в клетках эпидермиса. Необходимо отметить быстрое дифференцирование клеток эпителия слизистой оболочки полости рта. В СОПР активно протекают обменные процессы, характеристику которых получают в светооптическом, люминесцентном и электронном микроскопе. По имеющимся в литературе данным, в клетках базального и нижних отделов шиповатого слоев отмечается некоторое преобладание процессов биологического окисления над процессами гликолиза, в связи с чем здесь содержится значительное количество РНК и ДНК, тесно связанных с активностью глюкоза-6-фосфатдегидрогеназы. А вот в клетках средних и верхних отделов шиповатого слоя активность процессов биологического окисления резко снижается, преобладают процессы гликолиза. Гликоген накапливается прежде всего в тех отделах шиповатого слоя, где преобладают процессы гликолиза.

2.Сенсорная - в СОПР находятся многочисленные рецепторы, воспринимающие температурные, тактильные и болевые сигналы.

Рецепторы распределены неравномерно. Самое большое количество вкусовых рецепторов расположено в сосочках языка, тактильных - в области губ, кончика языка, маргинальных участках десны, болевых - на мягком небе, небных дужках, по переходной складке.

Тургор СОПР определяет запас прочности её в отношении дейстнин физических нагрузок (за счет способности к растяжению). Эту функцию определяют, главным образом, содержание тонофиламентов в цитоплазме эпителия, количество возможных волокнистых элементов, в том числе эластических волокон, степень насыщения тканей водой и развитием жировой клетчатки. Кроме того, в полости рта находятся специализированные вкусовые рецепторы. Здесь заложены рецепторы, раздражение которых вызывает ряд рефлексов, связанных с глотанием и выделением слюны. Язык и губы могут воспринимать раздражители, которые находятся и вне ротовой полости.

3.Секреторная - поверхность СОПР смачивается слюной, вырабатывающейся крупными и мелкими слюнными железами. Слюна, постоянно выделяясь, способствует удалению микроорганизмов с поверхности эпителия. Она содержит неспецифические противомикробные вещества, которые препятствуют прикреплению микробов к поверхности эпителия. СОПР принимает непосредственное участие в формировании пищевого комка за счёт выделения слюны малыми слюнными железами, которые располагаются в области губ, мягкого неба, глотки, и муцина, который выделяется слизистыми веберовскими железами, находящимися в области мягкого и твёрдого неба, язычка, глотки, губ. Самое большое значение имеет секрет больших слюнных желез. Слюна, смачивая пищу, размягчает её, облегчает проглатывание пищевого комка. Слизистая оболочка обладает буферными свойствами, связанными с тем, что на её поверхности при непосредственном участии слюнных желез в случае необходимости происходит быстрое восстановление рН среды полости рта.

4.Иммунная - участвует в обеспечении местного иммунитета, хотя и менее значительно, чем ниже расположенные участки пищеварительной системы. Однако следует обратить внимание на то, что антигены, находящиеся в пище, а также микробные антигены впервые именно в полости рта начинают действовать на ткани организма. В СОПР находятся клеточные элементы, принимающие участие как в афферентном, так и в эфферентном звеньях иммунных реакций (клетки Лангерганса, макрофаги, лимфоциты, плазматические клетки). К специализированной структуре иммунной системы в полости рта относятся язычная миндалина, входящая в состав лимфоэпителиального глоточного кольца. В слюне, смачивающей СОПР, определяются антитела.

5.Всасывательная - СОПР, несмотря на барьерные свойства на большом её протяжении, в некоторых участках обладает проницаемостью, что обусловлено особенностями её строения в этих областях (например, тонкая слизистая оболочка в области дна полости рта). В любых участках (и даже покрытых ороговевающим эпителием) слизистая оболочка более проницаема, чем кожа.

Таким образом, защитные свойства СОПР определяются не только её механическими качествами, но и способностью к быстрому восстановлению утраченных или повреждённых структур и структурно-функциональными связями со всеми органами и системами организма (А.М.Чернух, 1983).

**1.2.Клиническое значение слизистой оболочки полости рта.**

СОПР имеет существенные различия с другими слизистыми оболочками. Она окружена произвольной мускулатурой, которая может сокращаться при волевом усилии, часто подвергается механическому травмированию пищей, прикусываниям, воздействию широкого спектра температур и величин рН, многочисленных микроорганизмов, влиянию раздражающих и повреждающих ткани веществ. Вследствие этого слизистая полости рта довольно часто служит местом развития патологических процессов. Наиболее распространены микробные поражения, нередко (5-10% всех злокачественных опухолей человека) встречается рак СОПР. Кроме того, слизистая оболочка является местом первичного проявления многих системных заболеваний.

СОПР, несмотря на сравнительно небольшую протяжённость, имеет очень разнообразное строение, которое соответствует функциональным особенностям каждого участка. В связи с этим патологические процессы протекают неодинаково в отдельных участках слизистой оболочки.

Цвет оболочки - важный клинический признак, изменение его может иметь диагностическое значение. Окраску СОПР определяют:

а) развитие и степень наполнения мелких сосудов в её собственной пластинке, которая просвечивает через эпителий, количество эритроцитов в крови и уровень в них гемоглобина. При воспалительных процессах - ярко-красная окраска, при анемии цвет СОПР бледно- розовый.

б) толщина и прозрачность эпителиального слоя, наличие в нём рогового слоя и степень ороговения. В участках с неороговевающим эпителием слизистая оболочка более яркая, чем в выстланных ороговевающим. Чем толще роговой слой, тем бледнее слизистая. При избыточном ороговении (гиперкератоз) в эпителии образуются утолщённые участки беловатого цвета.

в)содержание пигментов в эпителии, в частности экзогенных. Так, воздействие амальгамы на дёсны вызывают образование участков, окрашенных в серо-синий цвет ("амальгамовая татуировка"). При хроническом отравлении свинцом или висмутом по краю дёсен появляется тёмная полоса (диагностический признак).

Подвижность СОПР определяется ее топографией и определяется наличием хорошо развитого подслизистого слоя. Наиболее подвижная слизистая оболочкм губ, щек, дна полости рта. В норме СОПР имеет гладкую блестящую поверхность. Цвет ее колеблется от бледно-розового до красного.

Строение СОПР разнообразно. По морфофункциональным признакам большинство исследователей различают три ведущих типа слизистой оболочки: жевательную (твердое небо, десна), выстилающую (покровную - щека, губа, дно полости рта, нижняя поверхность языка, альвеолярный отросток, передняя поверхность мягкого нёба), и специализированную (дорзальная поверхность языка). Это подразделение довольно условно, так специализированная слизистая оболочка дорзальной поверхности языка одновременно выполняет функции и жевательной, но такое деление удобно для установления связи особенностей строения и функции отдельных участков СОПР.

Слизистая оболочка полости рта состоит из эпителия и собственной пластинки (соединительно-тканная основа). Мышечной пластинки в ней нет, собственная пластинка поэтому без резкой границы переходит в подслизистую основу, которую иногда считают еще одним слоем слизистой оболочки. Подслизистая основа в некоторых участках полости рта отсутствует. Соединение эпителия с подлежащей соединительно­тканной основой осуществляется с помощью базальной мембраны.

Эпителий СОПР толстый (200-600 мкм), многослойный плоский неороговевающий с участками ороговения в местах, испытывающих повышенную механическую нагрузку. Ороговевающим эпителием выстлано около 50% всей площади полости рта (дорзальная поверхность языка, твёрдое небо, десна), 30% - неороговевающим, 20% - приходится на долю зубов. Эпителий СОПР обладает очень высокой способностью к регенерации. В нём, кроме собственно эпителиальных клеток (эпителиоцитов) постоянно имеются лейкоциты и три типа отростчатых клеток. Эпителиальный слой остаётся целостным вследствие того, что эпителиоциты непрерывно образуются в самом глубоком слое вследствие деления малодифференцированных предшественников, затем смещаются в вышележащие слои, подвергаются дифференцировке и в конечном итоге слущиваются с его поверхности. До настоящего времени мало изучены механизмы, контролирующие неодинаковый характер дифференцировки эпителия СОПР в различных его участках. Возможно, степень созревания эпителиоцитов регулируется гуморальными факторами, выделяемыми клетками подлежащей соединительнотканной собственной пластинки.

Эпителий представлен 3-мя слоями клеток: базальным, шиповатым и плоским. Базальный образован клетками кубической или призматической формы, лежащими на базальной мембране, с овальным ядром, базофильной цитоплазмой, в которой располагаются хорошо развитые органеллы, многочисленные промежуточные кератиновые филаменты (и много РНК). У взрослых этот слой довольно мощный.

Базальные клетки: а) выполняют роль камбиальных элементов эпителия (среди них имеются стволовые клетки, встречаются фигуры митоза); б) - обеспечивают соединение эпителия и подлежащей соединительной ткани (связаны с соседними клетками десмосомами, а с базальной мембраной - полудесмосомами). От пластин прикрепления десмосом и полудесмосом в цитоплазму клеток отходят крупные пучки тонофиламентов. Помимо десмосом между эпителиоцитами имеются щелевидные и плотные соединения. Первые обеспечивают ионную химическую и электрическую связь между клетками, вторые образуют элементы непроницаемого барьера между клетками. При перемещении клеток из базального слоя в шиповатый объём эпителиоцитов нарастает (более выражено увеличение в неороговевающем эпителии).

Шиповатый слой - состоит из нескольких слоёв крупных полигональных клеток, связанных между собой десмосомами в области многочисленных отростков ("шипов"), которые содержат пучки тонофиламентов (они занимают 30% объёма цитоплазмы клетки шиповатого слоя ороговевающего эпителия и 50-70% цитоплазмы в этом же слое неороговевающего эпителия). Различен не только объём, но и химический состав цитокератинов. В последнем в цитоплазме более наружно расположенных клеток шиповатого слоя и поверхностного слоя накапливается кератогиалин в виде гранул мелких размеров и округлой формы.

Органеллы хорошо развиты. В глубоких слоях встречаются делящиеся клетки. По мере приближения к поверхностному слою клетки из полигональных постепенно становятся уплощёнными.

В ороговевающем эпителии следующий слой - зернистый. Он тонкий, образован несколькими слоями уплощённых клеток. Ядро - плоское, с конденсированным хроматином, в цитоплазме - многочисленные тонофиламенты, пучки которых ориентированы преимущественно параллельно слою эпителия. Содержание органелл резко снижается по сравнению с таковым в клетках шиповатого слоя. В цитоплазме выделяются гранулы 2-х типов: 1) кератогиалиновые - крупные (0,5-1,0 мкм), базофильные (электронно-плотные), неправильной формы, содержащие предшественник рогового вещества (кератина). Они образуют матрикс рогового вещества, в который проникают тонофиламенты; 2) пластинчатые -(кератиносомы) - мелкие, удлинённые, размером около 250 нм, с пластинчатой структурой. Содержат ряд ферментов и липидов, которые при экзоцитозе выделяются в межклеточное пространство, обеспечивая барьерную функцию и водонепроницаемость эпителия. При приближении к роговому слою клетки резко уплощаются, приобретая шестиугольную форму, их органеллы и ядро исчезают, происходит дегидратация цитоплазмы, которая заполняется филаментами, связанными с матриксом, внешняя клеточная мембрана утолщается вследствие отложения белков на её внутренней поверхности.

Роговой слой - наиболее поверхностный - образован плоскими шестиугольными роговыми чешуйками, которые имеют утолщённую внешнюю клеточную мембрану, не содержат ядра и органелл, заполнены кератиновыми филаментами, погруженными в плотный матрикс. Чешуйки очень прочны к механическим воздействиям, устойчивы к действию химических веществ. В наружных частях слоя десмосомы разрушаются, и роговые чешуйки слущиваются с поверхности эпителия. Роговой слой в эпителии полости рта может содержать до 20 слоёв роговых чешуек, он толще, чем такой же слой эпителия кожи (за исключением покрывающего область ладоней и подошв). Следует помнить, что в некоторых участках эпителия, покрывающего жевательную слизистую оболочку (твёрдое небо, десна) встречается не только описанный тип ороговевания (ортокератоз), но и паракератоз. Это физиологическое явление не связано с каким-либо заболеванием.

В неороговевающем эпителии поверхностный слой нередко отделён от шиповатого, образован уплощёнными клетками, содержащими рыхлораспределённые цитокератиновые филаменты, занимающие в глубоких участках слоя до 40% объёма цитоплазмы, а в поверхностных - до 70-75%. По химическому составу они отличаются от филаментов, заполняющих роговые чешуйки. Содержание органелл снижено по сравнению с таковым в клетках шиповатого слоя, внешняя клеточная мембрана утолщена, межклеточные пространства редуцированы. Ядро - светлое (везикулярное) или (чаще) тёмное, с плохоразличимыми гранулами хроматина (пикнотическое). В клетках поверхностного слоя происходит накопление гликогена. На цитологических мазках может выявляться небольшое число мелких кератогиалиновых гранул.

Эпителий СОПР выполняет барьерную функцию благодаря значительной толщине, наличию многочисленных межклеточных связей, малопроницаемого, механически и химически устойчивого рогового слоя (там, где он есть), постоянному удалению его поверхностных слоёв и быстрому обновлению, выработке противомикробных соединений. Важную роль в поддержании барьерных свойств эпителия играет слюна, смачивающая СОПР, и также содержащая противомикробные соединения и факторы роста. Эпителиоциты содержат кальпротектин-пептид, обладающий мощным противомикробным действием, который выявляется и в нейтрофильных гранулоцитах. Экспрессия кальпротектина наиболее характерна для участков слизистой оболочки, выстланных неороговевающим эпителием.

Регенерация эпителия СОПР обеспечивает его барьерную функцию благодаря постоянной замене и удалению клеток наружного слоя, повреждающихся и содержащих на своей поверхности микроорганизмы. Период обновления эпителия СОПР составляет 41-57 суток для десны, 10-12 суток - для твёрдого неба, 25 суток (по некоторым данным - 10- 14 суток) для щеки. Меньше всех этот период (4-10 суток) у эпителия зубодесневого прикрепления. При воздействии на СОПР раздражающих факторов и при некоторых заболеваниях этот период резко сокращается.

Скорость пролиферации и дифференцировки эпителиальных клеток регулируется рядом биологически активных веществ (БАВ). Наиболее важным из них являются цитокины, в частности эпидермальный фактор роста (ЭФР), который в высоких концентрациях присутствует в слюне, интерлейкины (ИЛ) 1 и 6, а также трансформирующий фактор роста – L (ТФР-L).

II. Базальная мембрана располагается между эпителием и соединительной тканью собственной пластинки слизистой оболочки. На светооптическом уровне она имеет вид бесструктурной полоски, дающей интенсивную ШИК-реакцию. На ультраструктурном уровне в базальной мембране выявляется светлый мелкозернистый слой толщиной 45нм, прилежащий к внешней клеточной мембране эпителиоцитов базального слоя (светлая пластинка, а также более глубоколежащий слой толщиной около 50-60 нм, образованный мелкозернистым или фибриллярным материалом (плотная пластинка). Эпителиоциты прикреплены к базальной мембране полудесмосомами, от которых вглубь светлой пластинки, пересекая её, направляются тонкие якорные филаменты. В плотную пластинку вплетаются якорные фибриллы, имеющие вид петель, в которые продеты коллагеновые фибриллы подлежащей соединительной ткани. Понятию базальной мембраны, выявляемой ШИК-реакцией на светооптическом уровне, соответствует совокупность светлой и тёмной пластинок, в сочетании с подлежащими коллагеновыми волокнами (которые иногда описываются как третья пластинка - ретикулярная).

Функции базальной мембраны: - способствует дифференцировке и поляризации эпителия, поддерживает его нормальную архитектонику; - опосредует прочную связь эпителия с подлежащей соединительной тканью - играет роль молекулярного сита, осуществляющего избирательную фильтрацию питательных веществ, поступающих в эпителий. Она может задерживать ряд молекул с высокой массой (например, комплексы антиген-антитело). При одной из форм пузырчатки (заболевание аутоиммунной природы) образуются антитела к компонентам базальной мембраны, что вызывает разрушение последней и отделение эпителия от соединительной ткани с его гибелью и формированием подэпителиальных пузырей. Поэтому и называется заболевание - пузырчатка.

В эпителии постоянно обнаруживаются лейкоциты. Наиболее часто - отдельные сегментоядерные нейтрофильные гранулоциты, обычно дегенеративно изменённые. Как правило, чем значительнее ороговевание эпителия в тех или иных участках, тем ниже содержание в них этих клеток.

Полагают, что повышенное содержание нейтрофильных гранулоцитов в эпителии и на его поверхности является дополнительным защитным противомикробным механизмом в участках неороговевающей слизистой оболочки. Появление в цитологических препаратах этих клеток в количестве, равном или превышающем 10% общего числа клеток, свидетельствует об остром воспалительном процессе в полости рта.

Кроме того, в пласте эпителия постоянно обнаруживаются отдельные лимфоциты, чаще малые. Большая часть их относится к Т-клеткам, причём соотношение хелперы/супрессоры составляет 4:1 -6:1. Для 40% лимфоцитов, расположенных в слое эпителия, имеются морфологические признаки, указывающие на их движение. Увеличение количества лимфоцитов в цитологических препаратов свыше 5% говорит о вовлечении в процесс иммунной системы организма и о переходе острой воспалительной реакции в хроническую. Моноциты в мазках встречаются очень редко.

Отростчатые клетки СОПР отличаются по происхождению от эпителия, однако функционально тесно с ним связаны. В порядке убывающей численности к ним относятся: меланоциты, клетки Лангерганса (внутриэпителиальные микрофаги), клетки Меркеля (осязательные эпителиоидоциты).

Функция меланина в эпителиоцитах СОПР остаётся неясной. Количество меланоцитов в эпителии СОПР у представителей различных рас существенно не отличается.

Клетки Лангерганса - дендритные антиген-представляющие клетки. Развиваются из предшественников, происходящих из стволовой клетки крови. Они захватывают антигены, проникающие в эпителий слизистой оболочки, осуществляют их процессинг и транспорт в лимфатические узлы, представляя лимфоцитам и вызывая развитие иммунной реакции. Возможно представление антигенов лимфоцитам и в пределах самого эпителия. Для большинства этих клеток (70%) характерны морфологические признаки, свидетельствующие об их перемещении. Плотность расположения этих клеток различна в различных участках полости рта (200-500 клеток/кв.мм), в некоторых зонах (в слизистой оболочке твёрдого неба) встречаются участки, не содержащие клетки Лангерганса. Число их увеличивается при воспалительных процессах. Оно снижается с возрастом.

Клетки Меркеля, как и меланоциты, имеют нейральное происхождение, связанное с афферентным нервным волокном и осуществляют рецепторную функцию. Эти клетки относят не только к механорецепторам, но и к элементам диффузной эндокринной системы (в гранулах базального слоя накапливается нейромедиатор, который при механической деформации отростков выделяется в синаптическую щель).

**1.3.Собственная пластинка СОПР.**

Она обычно подразделяется на два нечётко разграниченных слоя - сосочковой, который вдаётся в эпителий и образован рыхлой волокнистой соединительной тканью, и более глубокий - сетчатый, который представлен плотной волокнистой неоформленной соединительной тканью.

Граница эпителия и собственной пластинки СОПР на разрезе имеет волнообразный характер вследствие чередования конических эпителиальных гребешков и соединительнотканных сосочков, что увеличивает площадь поверхности, через которые осуществляется обмен веществ эпителия и обеспечивается прочная механическая связь тканей. В местах максимальной механической нагрузки сосочки очень высокие и число их в расчёте на единицу площади максимально, в выстилающей слизистой оболочке оно значительно ниже, а сосочки короче.

Клетки собственной пластинки СОПР представлены фибробластами и фиброцитами, гистиоцитами, тучными и плазматическими клетками. При этом фибробласты обеспечивают выработку компонентов межклеточного вещества и располагаются обычно между коллагеновыми волокнами, эти клетки участвуют также во внутриклеточном и внеклеточном разрушении межклеточного вещества.

Гистиоциты (макрофаги) поглощают и переваривают повреждённые и погибшие клетки и компоненты межклеточного вещества, а также экзогенные материалы и микроорганизмы; участвуют в индукции иммунных реакций путём переработки (процессинга) антигенов и представления их лимфоцитам (то есть играют роль антиген-представляющих клеток); регулируют деятельность клеток других типов, в частности фибробластов.

Тучные клетки в цитоплазме содержат гранулы с гепарином и гистамином. Полагают, что они способны регулировать проницаемость сосудов, поддерживая баланс жидкостей в тканях. Они принимают участие в развитии аллергических реакций вследствие наличия рецепторов к Ig класса Е (IgЕ) на их внешней клеточной мембране. Иммуноглобулины связываются с поверхностью тучных клеток и взаимодействуют с аллергеном, обусловливая дегрануляцию тучных клеток с выделением содержащихся в них веществ.

Плазматические клетки (плазмоциты) и лимфоциты на различных этапах преобразования в плазмоциты в небольших количествах постоянно содержатся в различных участках собственной пластинки; лимфоциты обнаруживаются также внутри эпителиального пласта. Плазматические клетки являются конечным этапом дифференцировки В-лимфоцитов; функция их состоит в выработке иммуноглобулинов и обеспечении тем самым гуморального иммунитета.

Небольшие скопления лимфоцитов и плазматических клеток встречаются в СОПР везде, но в некоторых участках приобретают более организованный характер и имеют вид лимфатических узелков (1-5% общего объёма слизистой оболочки щёк и губ).

Межклеточное вещество соединительной ткани, образующей собственную пластинку слизистой оболочки, состоит из основного аморфного вещества и волокон (коллагеновых, в основном образованных коллагеном 1 типа - обеспечивают прочность соединительной ткани; ретикулярных, образованных коллагеном 3 типа, дают ШИК-реакцию; эластических - обусловливают возвращение слизистой оболочки к исходному состоянию после временной деформации).

Основное вещество имеет под светооптическим и электронном микроскопировании аморфное строение, но на молекулярном уровне представлено сложными гидратированными комплексами протеогликанов и глюкопротеинов. Протеогликаны состоят из пептидной цепи, связанной с гликозаминогликанами. В СОПР протеогликаны представлены гиалуронаном, гепаран сульфатом, верзиканом, декорином, бигликаном и синдиканом. Гликопротеины характеризуются разветвленной пептидной цепью, с которой связано небольшое количество простых гексоз.

Подслизистая, которая обеспечивает подвижность слизистой оболочки и фиксирует её к подлежащим мышцам или кости, выполняющим опорную функцию, на дорзальной и боковых поверхностях языка, дёснах, твёрдом небе (частично) отсутствует.

У детей структура СОПР определяется возрастом, причём выделены три возрастных периода, которые имеют сформированные отличия в строении, отражая динамику формирования и развития основных структур СОПР. (Мергембаева Х.С.,1972): I - период новорожденности (от рождения до 10 суток) и грудной (от 10 дней до 1 года) - 0 - 1 год. II – раннедетский, детский - 1 - 3 года; III - первичный (4-7) и вторичный (8-12) детский - 4- 12 лет.

В первом периоде слизистая характеризуется низкой дифференцировкой как эпителия, так и соединительной ткани. Это особенно выражено в период новорожденности, когда эпителий СОПР представлен лишь двумя слоями (базальным и шиповатым), а эпителиальные сосочки не выражены. В эпителии всех отделов СОПР выявляется большое количество гликогенов и РНК. Кроме того, в эпителии и соединительной ткани определяется значительное количество кислых мукополисахаридов (МПС). В этом возрасте базальная мембрана очень тонкая и нежная во всех отделах полости рта. Соединительная ткань собственного слоя в этот период является рыхлой неоформленной. На фоне малодифференцированных волокнистых структур выявляется резкая фуксинофилия коллагеновых и фукселинофилия эластических волокон, что, возможно, указывает на плацентарную передачу плоду от матери зрелых веществ белковой природы. Уровень фуксинофилии зависит от степени зрелости коллагеновых белков. В подслизистом слое содержится довольно много клеточных элементов (главным образом, фибробластов).

Установленные особенности СОПР периода новорожденности определяют её непрочность, лёгкую ранимость, а качественный состав тканей - высокую способность к регенерации.

В грудном периоде (10 дней - 1 год) происходит увеличение объёма эпителия, уже имеются регионарные отличия в строении различных отделов СОПР. Так, в области десны, твёрдого неба, на вершинах нитевидных сосочков языка определяется зона паракератоза. В то же время в покровной и специализированной слизистой оболочке составляющие ткани расположены рыхло, в жевательной - происходит уплотнение волокнистых структур базальной мембраны и собственного слоя оболочки, снижается количество кровеносных сосудов и клеточных элементов. Почти не встречаются здесь плазматические клетки. Базальная мембрана в этом возрасте ещё очень тонкая и рыхлая, соединительная ткань собственного слоя низкодифференцирована. Следует отметить, что в этом возрасте в эпителии десны и твёрдого неба исчезает полностью гликоген (выявляется лишь в зоне плоских клеток). В покровной слизистой оболочке он полностью исчезает из клеток базального слоя, сохраняясь в шиповатом в больших количествах.

Фуксино- и фукселинофилия, а также метахромазия волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани СОПР в грудном возрасте падает, что, видимо, свидетельствует о начинающейся утрате' иммунных свойств ткани, приобретённых в антенатальном периоде, и отражается на иммунобиологических возможностях СОПР у детей в этом возрасте. Следует отметить, что диаплацентарная передача материнских антител, гормонов, ферментов и т.д. обусловливает довольно высокую резистентность организма ребёнка к возникновению вирусных и бактериальных стоматитов на 1-м году жизни и преимущественное развитие грибковых заболеваний СОПР.

II период - ранний детский (1-3 года) характеризуется чётко оформленными морфологическими особенностями структуры СОПР в различных областях. Однако базальная мембрана в покровной и специализированной СОПР ещё остаётся тонкой и недостаточно дифференцированной, что наряду с довольно низкой дифференцировкой соединительной ткани собственного слоя, большого числа в этих участках кровеносных сосудов и большого количества клеточных элементов обусловливает высокую проницаемость этих отделов СОПР. В эпителии языка, губы, щеки определяется сравнительно низкое количество гликогена, неизменённый уровень пиронинофилии свидетельствует о стабилизации процессов формирования эпителия. В этих участках отмечаются зоны истонченного эпителия. Толщина его неравномерна, так как соединительнотканные сосочки близко подходят к поверхности слизистой оболочки. Такая структурная особенность играет определённую роль в условиях патологии, когда повышена десквамация эпителия, так как эти участки наиболее "уязвимы", чему способствует падение снижения гликогена в эпителии и неравномерное снижение количества РНК. Невысокий их уровень в эпителии (учитывая барьерную роль этих веществ), в определённой мере свидетельствует о низких резистентных свойствах специализированной и покровной слизистой оболочки у детей в возрасте 1-3 года.

Базальная мембрана специализированной и покровной слизистой оболочки ещё имеет тенденцию к разрыхлению составляющих её волокон, что возможно, связано с большей дифференцировкой ретикулиновых структур, приобретающих большую фибриллярность. Коллагеновые и эластические волокна собственного слоя слизистой расположены рыхло, неориентированно, нежные, тонкие фуксино- и фуксиленофилия коллагеновых волокон при этом резко снижены, свидетельствуя о низкой степени зрелости коллагеновых белков. Эластические волокна слабо контурированы, что также свидетельствует о их незрелости.

В собственном слое слизистой оболочки определяется высокое количество клеточных элементов с преимущественным расположением их в области соединительнотканных сосочков и вокруг кровеносных сосудов. Наличие клеточных элементов в сочетании с высоким уровнем содержания в специализированной и покровной слизистой оболочке кровеносных сосудов, видимо, способствует высокой проницаемости сосудистой стенки в этих областях.

В то же время, эпителий жевательной слизистой оболочки полости рта более плотный, что связано со значительным утолщением эпителиальных клеток, наличием зон ороговения и паракератоза. В этих участках кроме исчезновения гликогена (который, очевидно, используется в процессе кератинизации) отмечено нарастание пиронинофилии эпителия. Базальная мембрана и волокнистые структуры собственного слоя в жевательной слизистой оболочке более плотны, что определяется ориентированным расположением отдельных волокон и пучков. Кровеносных сосудов здесь меньше, чем в специализированной и покровной слизистой, а стенка их более плотна.

В соединительной ткани СОПР в этом возрасте у детей отмечается большое количество тучных клеток, которые располагаются периваскулярно и представлены молодыми неактивными формами, что имеет определённое значение в условиях нарушения тканевого гомеостаза (защитная функция тучных клеток ещё не сформирована, что может иметь значение, например в патогенезе острого герпетического стоматита(ОГС)). Количество плазматических клеток и гистиоцитов остаётся незначительным.

Таким образом, морфологические особенности СОПР у детей в возрасте 1-3 года способствуют развитию острого течения патологического процесса в ней. Описанные гистологические и гистохимические особенности специализированной и покровной слизистой оболочки свидетельствуют о понижении морфологических реакций иммунитета и повышенной проницаемости её в ранний детский период, что также может служить одной из причин такого частого поражения этих участков СОПР при ОГС (на этот возраст приходится 71,1% всех случаев этого заболевания. Х.С.Мергембаева,1972).

Сопоставляя клинические наблюдения с установленными особенностями морфологии и гистохимии СОПР в этот возрастной период, Т.Ф.Виноградова с соавт. (1983) установили между ними определенную взаимосвязь, что выражается в излюбленной локализации элементов поражения в области языка, губы, щеки.

III период - характеризуется качественными и количественными изменениями СОПР, обусловленными характером обменных процессов организма ребенка в этот возрастной период.

В возрасте 4-7 лет отмечается некоторое увеличение объёма эпителия, а также увеличение содержания в нем гликогена и РНК по сравнению с ранним детским периодом, что возможно, отражает снижение в этот период интенсивности обменных процессов вообще. Это относится и к значительному уменьшению количества кровеносных сосудов и клеточных элементов в собственном слое СОПР в этом возрасте.

Во вторичный детский период (8-12 лет) уровень гликогена падает, количество белковых структур в эпителиальном пласте увеличивается, что отражает новые изменения в структуре тканей.

В первый детский период (4-7 лет) базальная мембрана уплотняется и становится более грубой. В собственном слое слизистой оболочки увеличивается количество ретикулиновых и эластических структур, коллагеновые волокна отличаются выраженной фуксинофилией, что свидетельствует о зрелости коллагена (Реrsе А.,1962). Одновременно

происходит уплотнение и огрубление волокон, что особенно заметно в стенках кровеносных сосудов. Изменяется и клеточный состав собственного слоя слизистой оболочки: значительно возрастает число лимфоидно-гистиоцитарных скоплений, которые образуют периваскулярные инфильтраты. Появление таких скоплений (в литературе их называют круглоклеточными) характерно для иммунологических сдвигов и имеет отношение к изменению белкового обмена, так как сначала идет накопление клеток, продуцирующих антитела (лимфоциты, плазматические клетки), а затем выработка специфических глобулинов, то есть антител. Возможно, что такая качественная перестройка слизистой оболочки связана с тем, что уже в первичном детском возрастном периоде имеется значительная сенсибилизация организма и формируются защитные механизмы. В этот период уменьшается склонность к диффузным реакциям при различных заболеваниях СОПР и довольно часто наблюдаются заболевания, в патогенезе которых "существенную роль играет аллергия" (А.Ф.Тур 1960).

Происходят качественные и количественные изменения и тучных клеток. Уменьшается их содержание по сравнению с ранним детским периодом, свидетельствуя о снижении проницаемости сосудов. Кроме того, нарастает активность клеток в связи с накоплением в их цитоплазме высоко-сульфатированого гепарина. Выделяясь из клеток, гепарин действует как неспецифический фактор защиты, блокирует протеолитические и муколитические ферменты крови и тканей, нормализует патологическую проницаемость кровеносных капилляров, способствуя восстановлению тканевого метаболизма (Казначеев В.М.,1960).

Описанные гистологические и гистохимические особенности объясняют появление в возрасте 4-12 лет острых и хронических заболеваний, в основе которых лежат аллергические реакции. Кроме того, гепарин тормозит развитие феноменов Артюса и Шварцмана, играя роль неспецифического и антитоксического фактора в аллергических реакциях замедленного типа (Казначеев В.М.,1965).

Сопоставление этих данных и клинических наблюдений даёт объяснение, почему в возрасте 4-7 лет острые формы герпетического стоматита встречаются реже (26%). Морфологические особенности СОПР в этом периоде свидетельствуют о понижении её проницаемости и создают предпосылки к затяжному, хроническому течению патологических процессов в полости рта. Возрастное увеличение кислых мукополисахаридов в эпителии и соединительной ткани, видимо, свидетельствует о нарастании активности коллагеногенеза в первичном детском возрастном периоде.

Данные Т.Ф.Виноградовой с соавт. (1983) свидетельствуют о большом содержании тучных клеток в слизистой оболочке языка, губы и щеки, что совпадает с результатами исследований В.В.Гемонова и М.В.Вальтер (1968) о преимущественном содержании их в покровной слизистой оболочке.

Появление гликогена в слизистой оболочке десны и твердого неба в возрастной период 8-12 лет, видимо, связано с демаксированием определенного количества из комплекса его с белками. Этот факт может иметь значение в патологии, в определенной степени обусловливая появление в этом периоде различных заболеваний краевого пародонта.

Гистологические и гистохимические изменения в возрасте после 10 лет (главным образом после 12-14 лет) обусловлены изменениями, которые происходят под влиянием факторов гормональной регуляции, чем и объясняется преобладание юношеских гингивитов и мягкой лейкоплакии.

Следует отметить также высокую резистентность слизистой оболочки десны и твёрдого неба при остром герпетическом стоматите, что связано с наличием ряда факторов, обеспечивающих местный иммунитет: значительная плотность равномерного по толщине эпителиального покрова и явления паракератоза, наличие ороговения этих участков СОПР, большая плотность базальной мембраны, достаточно низкие по сравнению со специализированной и покровной слизистой оболочкой количество тучных и других клеточных элементов, и степень васкуляризации, что свидетельствует косвенно о низкой проницаемости гистогематических барьеров в слизистой оболочке десны и твердого неба.

Таким образом, анализ морфологических особенностей СОПР у детей в возрасте от рождения до 12 лет показал, что "основным ведущим моментом во всех этих возрастных изменениях (химических, физико-химических, морфологических и функциональных) являются количественные и качественные изменения обмена и энергии метаболизма" (А.Б.Нагорный, 1951; Х.С.Мергембаева, 1972).

**Классификация болезней, изменений и повреждений слизистой оболочки полости рта, у детей (Виноградова Т.Ф. с соавт.,1986).**

Следует напомнить, что заболевание - это нарушение жизнедеятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды, характеризующееся понижением приспособляемости при одновременной мобилизации защитных сил организма;

* повреждение - синоним-травма, поражение - нарушение целостности тканей или органов с расстройством функции;
* изменение - проявление болезни в виде отдельных симптомов:

І. По этиологии:

1. Вирусные болезни СОПР:

- острый герпетический стоматит,

- рецидивирующий герпетический стоматит,

- герпангина (коксакивирусный стоматит),

- вирусные бородавки,

- везикулярный стоматит.

2.Грибковые болезни:

- острый и хронический кандидоз;

- кандидамикоз и др.

3.Бактериальные болезни:

- язвенно-некротический стоматит Венсана;

- туберкулезный стоматит;

- гонорейный стоматит;

- сифилис полости рта.

4.Аллергические болезни:

- многоформная зксудативная эритема.

5.Изменения СОПР, являющиеся симптомами патологии других органов и систем организма:

- при болезнях системы пищеварения (хронический рецыдивующий афтозный стоматит (ХРАС)

- при острых инфекционных болезнях (корь и др.)

- при болезнях крови (деквамативный глоссит Гунтера при анемиях, язвенные стоматиты при лейкозах и др.)

- при болезнях кожи (булезный эпидермолиз, дерматит Дюринга, красный плоский лишай и др.)

- при сердечно-сосудистых, нервно-психических эндокринных и других системных болезнях.

1. Повреждения СОПР вследствие механической и химической травмы (афты Беднара, декубитальная афта, эрозия, рана, термические, химические и лучевые ожоги, мягкая лейкоплакия).

ІІ. По клиническому течению: острые и хронические (рецидивирующие и перманентные).

ІІІ. По локализации: стоматит, папиллит, гингивит, глоссит, палатинит и др.

IV. По клинически выраженным морфологическим изменениям:

1.Первичные - воспаление (катаральное, фибринозное, альтеративное и пролиферативное),- высыпания (пузырьки, пузыри, папулы).

2.Вторичные: - эрозии, афты, язвы, пятна, рубцы.

**II. Патоморфологические процессы на слизистой оболочке полости рта.**

Клиническая картина заболеваний СОПР, красной каймы губ, иногда прилежащей кожи основывается на субъективных и объективных симптомах.

Как правило, заболевания слизистой оболочки полости рта протекают на ранних стадиях бессимптомно. Появление жалоб, в том числе симптомов болезненности, сухости, обильного слюноотделения и др. уже свидетельствуют о выраженных патоморфологических изменениях в слизистой оболочке полости рта и нарушении ее целостности.

Диагностика заболеваний СОПР является сложным процессом, что связано с многообразием клинических проявлений патологических состояний, и с тем, что эти проявления не всегда специфичны. Обычно при описании симптомов болезней полости рта пользуются определениями, принятыми в дерматологии, так как структура слизистой оболочки сходна с эпидермисом. Она, как и кожа, представлена тремя слоями: эпителием плоским (lamina epithelialis), собственной пластинкой слизистой оболочки (lamina propria или lamina mucosa) и подслизистого слоя (lamina submucosa).Однако СОПР выстлана многослойным плоским эпителием, который значительно отличается от эпидермиса кожи. Почти на всей поверхности эпителия не имеется рогового, блестящего и зернистого слоев, характерных для кожного покрова. В нормальных условиях в полости рта отсутствуют белковые соединения, типичные для процесса ороговения эпидермиса: кератогиалин, элеидин, кератин.В связи с этим эпителий СОПР представлен только двумя слоями: базальным и шиповатым.

Цвет СОПР – красный из-за просвечивания многочисленных ее сосудов, не покрытых ороговевающим эпителием. Верхний слой шиповатого слоя состоит из нескольких рядов более плоских, как бы сдавленных клеток, которые в местах, подвергающихся более сильному давлению, содержат зернышки кератогиалина (паракератоз). Нормальный эпителий мягкого неба, слизистой оболочки губ и щек, нижней поверхности языка не имеют рогового слоя. Эпителий твердого неба и частично десен находится на различных стадиях ороговения. В норме ороговение отмечается и на верхушках нитевидных сосочков эпителия. Среда в полости рта всегда влажная, что ведет к мацерации с десквамацией эпителия элементов поражения; налет из слущенного эпителия сравнительно легко удаляется при поскабливании. Особенности строения СОПР обусловливают проявления на ней различных поражений.

Ряд патологических процессов, протекающих во всех слоях слизистой оболочки под воздействием различных эндогенных и экзогенных факторов (воспаление, расстройство кровообращения, нарушения обмена веществ и др.) подчиняются законам, лежащим в основе общей патологии и в то же время в связи с указанными выше анатомо-физиологическими и топографическими особенностями носят своеобразный характер. Для диагностики патологии необходима систематизация общих патологических процессов, протекающих в СОПР. Проявление различных изменений эпителия СОПР можно разделить на три типа: нарушение ороговения, экссудативные изменения и гипертрофию. Как уже говорилось, процесс ороговения является физиологическим свойством эпителия отдельных участков СОПР. Различают несколько состояний, соответствующих нарушению нормального процесса ороговения: паракератоз, кератоз, гиперкератоз, лейкокератоз, акантоз, дискератоз.

Паракератоз (parakeratosis) это нормальное состояние большинства участков СОПР и как патологический процесс квалифицируется в ороговевающем

плоском эпителии. Это неполноценное ороговение, когда в протоплазме клеток поверхностного слоя еще присутствуют уплощенные, вытянутые ядра, но клетки эпителия теряют способность вырабатывать кератогиалин и элеидин, связь между отдельными клетками нарушена, гистологически определяется утолщение и разрыхление рогового слоя, частичное или полное исчезновение зернистого и блестящего слоев. Из клеток рогового слоя исчезает клейкое вещество – кератин, вследствие чего патологический процесс проявляется выраженным шелушением эпидермиса. Образующиеся чешуйки легко отторгаются. Результатом пара- и гиперкератоза на СОПР является помутнение или даже побеление и небольшое утолщение эпителия, образование как бы налепленной на слизистую оболочку белой пленки, которая не удаляется при поскабливании шпателем. Этот процесс может наблюдаться при лейкоплакии, гипо- и авитаминозах А, С, В, сухой форме эксфолиативного хейлита, атопическом хейлите, красной волчанке. В основе паракератоза клеток лежит нарушение соотношения между пролиферативной активностью и дифференцировкой клеток в связи с нарушением тканевого гомеостаза.

Кератоз (keratosis)- клиническое понятие, объединяющее группу заболеваний

кожи и слизистой оболочки невоспалительного характера, характеризующихся утолщением ороговевающего слоя, образованием рогового слоя.

Гиперкератоз (hyperkeratosis) – значительное увеличение рогового слоя

по сравнению с его толщиной при кератозе (иногда роговой слой образован

несколькими десятками рядов ороговевающих клеток). При этом процессе параллельно с увеличением количества слоев рогового слоя происходит развитие зернистого слоя. В литературе встречается термин «лейкокератоз», употребляемый для обозначения участка гиперкератоза белой окраски. Он может развиваться в результате избыточного образования кератина (пролиферационный гиперкератоз) или вследствие задержки слущивания эпителия (ретенционный гиперкератоз). В основе гиперкератоза лежит интенсивный синтез кератина в результате повышения функциональной активности клеток эпителия (хроническое раздражение или нарушение обменного характера). Клинически проявляется значительным побелением и утолщением слизистой оболочки. Этот процесс может отмечаться при сухой форме эксфолиативного хейлита, лейкоплакии, красном плоском лишае, интоксикации ртутью, свинцом, висмутом, алюминием и др., красной волчанке, актиномикозе. Появляющиеся чешуйки плотно сидят на подлежащем основании.

Акантоз (acanthosis) – гистологический термин, характеризующий утолщение эпителия за счет усиленной пролиферации базального и шиповатого слоев.

Процесс сопровождается удлинением межсосочковых выростов эпителия и более выраженным их ростом в соединительную ткань. В основе: в одних случаях – усиление пролиферации базальных и шиповатых клеток, повышение энергетического обмена в них и усиление митотической активности (пролиферационный акантоз), в других- замедление дифференцировки клеток эпителия, увеличение продолжительности их жизни, понижение энергетического обмена. Он нередко отмечается по краям хронических язв (уплотнение слизистой оболочки), может развиваться одновременно с атрофическими явлениями в рядом расположенных участках эпителия. Результатом акантоза является появление узелка , узла, лихенизации. Этот патологический процесс может сопутствовать лейкоплакии, мягкой лейкоплакии, гипо- и авитаминозам, красной волчанке, атопическому хейлиту, актиномикозу, изменениям слизистой оболочки при эндокринной патологии. Акантоз часто сочетается с папилломатозом.

Дискератоз (dyskeratosis) – форма неправильного ороговения (нарушение физиологического процесса ороговения эпителиальных клеток).

Патологический процесс, характеризуется дискератинизацией и дегенерацией клеток шиповатого слоя, наблюдается дисплазия клеток, нарушаются соединения между ними, в результате чего они выпадают из общей связи, и располагаются хаотично. Вследствие нарушения прцесса ороговения возникает патологическая кератинизация отдельных эпителиальных клеток, которые становятся более крупными, округлыми, с зернистостью в цитоплазме (так называемые тельца Дарье), они утрачивают межклеточные контакты и превращаются в гомогенные ацидофильные образования с мелкими пикнотическими ядрами, называемыми зернами и располагающимися в роговом слое. При злокачественном дискератозе наблюдается незрелая атипичная кератинизация отдельных клеток (типично для болезни Боуэна, плоскоклеточного рака).

Гранулез – (granulosis) увеличение рядов зернистого слоя или появление

зернистого слоя там, где его не должно быть.

Папилломатоз (papillomatosis) – разрастание межэпителиальных соединительнотканных сосочков, которые при этом значительно удлинняются и

могут достигать поверхности рогового слоя, обычно сочетается с акантозом. Этот процесс наблюдается, например, при хронической травме слизистой оболочки нёба пластинчатой конструкцией и других хронических травмах.

Пара-, гипер-, дискератоз, гранулез, акантоз и папилломатоз относят к патоморфологическим процессам пролиферативного характера. Все эти процессы могут сочетаться в разных вариантах в зависимости от характера заболевания.

Воспалительная инфильтрация - патоморфологический процесс, характеризующийся скоплением клеточных элементов крови и лимфы в собственно слизистом слое, сопровождается местным уплотнением и увеличением объема ткани. К экссудативным изменениям в эпителии при воспалительных заболеваниях относятся вакуольная дистрофия, спонгиоз, баллонирующая дегенерация (дистрофия), акантолиз. Каждое из этих изменений самостоятельно встречается редко, чаще они отражают динамику экссудативного воспаления СОПР. Клинически эти изменения проявляются наличием на СОПР пузырей и пузырьков.

Акантолиз (acantolisis) - патоморфологический процесс, в основе которого лежат аутоиммунные механизмы. Он характеризуется дегенеративными изменениями клеток шиповатого слоя. Гистологически в нем наблюдается расплавление межклеточных цитоплазматических связей, клетки округляются, немного уменьшаются в размере,содержат более крупные,чем обычно ядра и разъединяются. При этом появляются межклеточные пространства, заполненные экссудатом, превращающиеся в клинически выраженные внутриэпителиальные пузыри. Ввиду отсутствия рогового слоя на СОПР пузыри быстро вскрываются с образованием эрозий. Таким образом формируются акантолитические клетки пузырчатки – клетки Тцанка. Они свободно плавают в содержимом пузыря, а также выстилают его дно. Эти измененные клетки шиповатого слоя имеют круглые очертания, по своему размеру меньше нормальных клеток шиповатого слоя, ядро крупное относительно всей клетки, его диаметр составляет 1/3-1/2 и более диаметра клетки,часто имеет от 1 до 6 нуклеол, цитоплазма оттеснена к периферии. Акантолиз встречается при вульгарной пузырчатке, простом герпесе. В мазках-отпечатках, взятых с поверхностей эрозий у больных пузырчаткой, акантолитические клетки могут быть единичными или в виде скоплений по 20-30 и более.

Вакуольная (гидропическая) дегенерация (дистрофия) - скопление жидкости в виде вакуолей внутри клеток базального и шиповатого слоев, внутриклеточный отек,что способствует их разрушению и образованию пузырьков. Причиной вакуольной дистрофии принято считать дегенеративные изменения в цитоплазме эпителиальных клеток. Размеры клеток увеличиваются, иногда вакуоль занимает почти всю клетку, оттесняя ядро к периферии и изменяя форму и размеры клетки. При этом ядро принимает седловидную форму. При распаде клетки образуется одноклеточная полость. При слиянии таких полостей возникают полости большого размера. Этим процессом сопровождается простой герпес, красная волчанка, изменения СОПР при эндокринной патологии (синдром Иценко-Кушинга).

Баллонирующая дегенерация – это очаговое изменение клеток шиповатого слоя, связанного со скоплением в них жидкости. В результате быстрого расплавления межклеточных мостиков клетки приобретают вид шаров или баллонов, значительно увеличиваются в размерах, разъединяются, образуя полости, заполненные серозно-фибринозным экссудатом. Регистрируется наличие многоядерных гигантских клеток, свободно плавающих в экссудате, что является одним из тестов на герпетическую инфекцию. Гигантские эпителиальные клетки образуются в результате амитотического деления ядер, однако сама клетка не делится. Этот процесс проявляется при простом герпесе, опоясывающем лишае, экземе, многоформной экссудативной эритеме, красном плоском лишае.

Спонгиоз (spongiosis) – межклеточный отек шиповатого слоя. Процесс характеризуется локальным расширением межклеточных промежутков за счет поступления экссудата из подлежащей собственно слизистой оболочки. Экссудат оказывает на клетки шиповатого слоя всевозрастающее давление, растягивает, а затем и разрывает межклеточные связи, образуя полость, в которой обнаруживаются серозное содержимое и эпителиальные клетки, потерявшие связь с эпителием. Результатом этого процесса может быть пузырь, пузырек. Однако образование пузырьков при спонгиозе не является следствием только механического разрыва межклеточных связей. Этому предшествуют возникающие вследствие отека изменения клеток шиповатого слоя, в том числе вакуольная дегенерация, некроз отдельных клеток и другие процессы, уменьшающие прочность связей клеток шиповатого слоя. Спонгиоз наблюдается при простом герпесе, красном плоском лишае (буллезная форма), вульгарной пузырчатке, многоформной экссудативной эритеме, хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС), экземе.

При многих заболеваниях в эпителии СОПР отмечаются дистрофические процессы. Эпителиальные клетки бледные, водянистые, размеры цитоплазмы увеличены, цитоплазма в последующем распадается, ядро разрушается. Эти изменения можно наблюдать в инициальной фазе при острой форме стоматита.

Атрофия эпителия – уменьшение количества слоев эпителиальных клеток; эпителиальные сосочки, выступающие в соединительную ткань, сглаживаются. Эти изменения сопровождаются нарушениями в собственном слое слизистой оболочки и в слюнных железах. Концевые отделы выводных протоков малых слюнных желез нередко расширены и зияют.

Клинические патологические процессы на СОПР, красной кайме губ и прилегающей к ней коже приводят к образованию отчетливых изменений диффузного характера или образуют патоморфологические элементы поражения, одни из которых могут носить недолговечный характер, другие оставляют следы навсегда (Ю.К.Скрипкин,1983). Являясь симптомами самостоятельного заболевания или системной патологии, изменения на СОПР и прилегающей к ней кожи складываются из отдельных компонентов – элементов поражения, лежащих в основе диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта.

**2.1. Элементы поражения СОПР**

При изучении характера патологических изменений СОПР, красной каймы губ и установлении диагноза принято различать следующие признаки патологического состояния на её поверхности:

1) изменение цвета

2) ограниченное скопление экссудата;

3) наслоения и напластования;

4) разрастание тканей;

5) изменение блеска;

6) дефекты.

Важным клиническим признаком, имеющим диагностическое значение, является цвет слизистой оболочки. Необходимо напомнить, что окраску её определяют:

а) развитие и степень наполнения мелких сосудов в её собственной пластинке, которая просвечивает через эпителий, количество эритроцитов в крови и уровень в ней гемоглобина. При воспалительных процессах - ярко-красная окраска, при анемии цвет СОПР бледно-розовый;

б) толщина и прозрачность эпителиального слоя, наличие в нем рогового слоя и степень ороговения. В участках с неороговевающим эпителием слизистая оболочка более яркая, чем в выстланных ороговевающим. С увеличением толщины рогового слоя слизистая становится бледнее. При избыточном ороговении (гиперкератоз) в эпителии образуются утолщенные участки беловатого цвета;

в) содержание пигментов, в частности экзогенных, в эпителии. Так, воздействие амальгамы на дёсны вызывает окрашивание их участков в синий цвет ("амальгамовая татуировка"). При хроническом отравлении свинцом или висмутом по краям дёсен появляется тёмная полоса.

В норме слизистая полости рта имеет гладкую блестящую поверхность. Цвет её колеблется от бледно-розового до красного, подвижность определяется топографией, и наличием хорошо развитого подслизистого слоя. Наиболее подвижна слизистая оболочка губ, щёк, дна полости рта.

**2.2.Морфология элементов поражения кожи и СОПР.**

Патологический процесс, локализующийся на красной кайме губ, коже лица и СОПР, сопровождается возникновением на их поверхности элементов поражения. Все многообразие высыпаний на слизистой оболочке красной кайме губ, иногда прилежащей кожи (эффлоресценций) делят на 2 группы морфологических элементов: первичные, как результат непосредственного патологического состояния кожи и слизистых, и вторичные, формирующиеся в процессе течения заболевания или остающиеся в продолжение длительного времени после разрешения первичного патологического аффекта. Образование одинаковых первичных элементов на СОПР рассматривается как мономорфная, а разных – полиморфная сыпь.

Наличие одинаковых, но на разных стадиях развития первичных элементов рассматривается как ложный полиморфизм. В последующем эти элементы могут трансформироватся во вторичные элементы. Элементы одинаковой формы и типа называются мономорфной сыпью. Если сыпь представлена несколькими видами морфологических элементов, говорят об истинном полиморфизме. При ложном полиморфизме отмечаются последовательные изменения мономорфной сыпи. Первичные высыпания появляются на неизмененных слизистых оболочках и коже, а вторичные, как правило на месте первичных в процессе их эволюции, трансформации или при повреждении первичных. Но это деление в значительной степени условно. Имеются заболевания, начинающиеся с элементов, которые принято относить к вторичным. Например, сухая форма эксфолиативного хейлита начинается с образования чешуек, которые являются вторичными элементами, эрозии при эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая не являются следствием трансформации пузырей.

Однако несмотря на условность этого деления, им широко пользуются, так как вряд ли можно достаточно хорошо "читать" изменения, возникающие на коже, губах и СОПР, не зная "букв", то есть "азбуки"- элементов сыпи. И именно знание элементов сыпи позволяет правильно ориентироваться в многочисленных заболеваниях СОПР и губ, а сопоставление клинической картины местных изменений с состоянием всего организма, с факторами внешней среды, оказывающими неблагоприятное действие как на область поражения, так и на весь организм в целом, позволяет найти правильные пути к установлению диагноза заболевания.

Оценивать характерные особенности элементов поражения необходимо визуально, пальпаторно, путем соскабливания или с применением дополнительных методов (диаскопия, стоматоскопия, люминесцентная диагностика, цитологическое, гистологические исследования и т.д.). Элементы поражения различаются в зависимости от их влияния на рельеф кожи или слизистой оболочки: они могут возвышаться над уровнем эпителия или западать. Выделяют полостные и бесполостные очаги, а также образования более или менее легко отделяющиеся от поверхности, либо деформирующие ее.

Важное значение для диагностики имеют особенности локализации высыпаний(в рамках передних отделов СОПР или задних), расположение элементов по отношению друг к другу, площадь(ограниченные или генерализованные), симметричность поражения, вовлеченность в патологический процесс кожных покровов, глубина расположения и консистенция патологических элементов при пальпации, их цвет и связь с окружающими тканями, размеры, очертания и форма. Высыпания могут быть одиночными, изолированными или сгруппированными в виде различных фигур, линий, границы их - чётко очерченные или размытые. Выясняют порядок превращения элемента с момента его появления на поверхности ткани до обращения больного за помощью. С помощью пальпации устанавливают, возвышаются они над уровнем окружающих тканей или нет. Появление симптома Кёбнера (наличие первичных элементов в месте нанесения травмы) может способствовать уточнению диагноза. Нередко возникает необходимость специального исследования элемента поражения слизистой оболочки полости рта. Для этого путём надавливания предметным стеклышком отдельных элементов определяют характер выделений с помощью бактериологического или бактериоскопического исследования, с целью уточния возбудителя заболевания. Для некоторых патологических процессов с локализацией на слизистой оболочке полости рта характерны изменения клеточного состава, поэтому с диагностической целью проводят цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности язвы или содержимого пузырей и пузырьков. Для определения клеточных изменений используют биопсию – гистологическое исследование материала из элемента поражения. А в некоторых случаях возникает необходимость в проведении иммунологического метода – непрямой или прямой реакции иммунофлюорисценции (РИФ), реакция розеткообразования (Е-Рок) и В-лимфоцитов, реакция бластной трансформации лимфоцитов с неспецифическим патогеном и другими аллергенами, реакции дегрануляции базофилов (тест Шелли), радиоиммунные сорбционные тесты и т.д.

С этой же целью могут использоваться диагностические кожные пробы на чувствительность к вероятным аллергенам (капельные, компрессионные, скарификационные, внутрикожные), но при этом остается опасность усиления или обострения патологического процесса во время обследования больного ребенка.

Следует обратить внимание, что элементы поражения СОПР вследствие ее морфологических, физиологических и функциональных особенностей отличаются от таковых на коже тем, что выявляются в стертой форме или быстро утрачивают свой характерный вид. Так, стадия пузыря и пузырька на СОПР кратковременна из-за мацерации, поэтому приходится диагностировать первичный элемент по непрямым симптомам (эрозии с обрывками покрышки пузыря по периферии). Различия отмечаются в проявлениях на СОПР и коже и других структурно-аналогичных элементов: элементы поражения при красном плоском лишае на коже выглядят как полигональные папулы красно-синюшного цвета, на СОПР – приобретает вид точечных беловатых папул. В связи с этим наличие высыпаний на коже, где патологические элементы сохраняют первоначальный вид, значительно облегчают диагностику поражения слизистой оболочки рта.

Для описания очага поражения Г.Д. Савкина (1971) предлагает использовать следующую схему:

1. Локализация со ссылкой на близлежащие органы и ткани полости рта.
2. Элемент поражения (папула, эрозия и т.д.)
3. Размеры очага поражения в мерах длины.
4. Окраску элемента или очага поражения.
5. Поверхность (гладкая, шероховатая, зернистая, бархатистая).
6. Границы (четкие или нерезко выраженные или зазаубренные, фестончатой, звездчатой формы).
7. Отношение элемента к окружающей ткани (плюс, минус ткань).
8. Вид имеющегося налета (фибринозный, покрышка пузыря, разросшийся мицелий, ихорозный распад); при характеристике язв дается оценка краев (подрытые, ровные, изъеденные) и дна (ровное, зернистое, покрытое сальным налетом, выполненное грануляциями, распавшейся тканью)
9. Наличие фоновых изменений (гиперкератоз, застойная или яркая гиперемия, лихенизация;
10. Консистенция краев и основания пораженного участка (плотная, мягкая).
11. Болезненность.
12. Характеристику остальной СОПР (цвет, рельеф) с уточнением функционального состояния больших и малых слюнных желез (гиперсаливация, гипосаливация, ксеростомия).

**III.ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ.**

Рассмотрим признаки основных элементов поражения, наиболее часто обнаруживающихся при обследовании СОПР. Первичные морфологические элементы делятся по ведущему патологическому симптому на инфильтративные, в формировании которых превалирует пролиферативный тип воспаления, бесполостные и экссудативные с проявлением явлений экссудации. К инфильтративным элементам поражения относятся: пятно, узелок, бугорок, узел.

**Пятно** (macula) – элемент высыпания, не возвышающийся над уровнем окружающей ткани и не изменяющий рельефа поверхности. Это бесполостное образование, располагающееся в пределах эпителия/эпидермиса или сосочкового слоя дермы, проявляющееся лишь ограниченным изменением окраски кожи или СОПР, носит воспалительный или невоспалительный характер и имеет различные очертания и размеры.При пальпации не

ощущается. В зависимости от причин образования пятен они имеют разный цвет. Различают сосудистые и пигментные (дисхромические) пятна. Самостоятельно рассматривают пятна, возникшие в результате отложения в слизистой оболочке химических веществ, окрашивающих ее. На СОПР дополнительно следует выделить пятна, образовавшиеся вследствие ее ороговения, из-за чего слизистая на ограниченном участке приобретает серовато-белый цвет. Этот участок не возвышается над окружающей поверхностью (например, в начальных стадиях лейкоплакии). Пятна воспалительного характера образуются вследствие временного рефлекторного расширения кровеносных сосудов, что ведет к видимому на глаз изменению цвета от ярко-красного до синюшно-красного оттенка. Яркая окраска наблюдается при расширении артерий, синюшный оттенок является свидетельством венозного застоя при длительно текущем воспалении. Примером воспалительного пятна является розеола и эритема. Розеола (roseola; от лат. rosa-роза) - морфологический элемент кожной сыпи, представляющий собой пятно размером до 1см в диаметре, а эритема (erythema; греч. еrythema- краснота) - пятна более крупного размера. Эти пятна (нередко множественные)исчезают при надавливании пальцем или стеклом, а после прекращения давления появляются вновь (на СОПР эти изменения называют энантемой). Локальная температура такого участка может быть повышена.Регрессируют обычно бесследно. Розеолы обнаруживаются при вторичном сифилисе (сифилитическая розеола), кори, скарлатине, брюшном тифе, лекарственной сыпи. Эритемы же (ограниченная гиперемия кожи или слизистой оболочки) являются неотъемлемой составляющей воспалительного компонента при множестве заболевании и состояний (воспалительных процессов, инфекционных болезней, воздействии механических, физических, химических и др. раздражителей) и нередко сочетаются с отеком.

Пятна невоспалительного характера возникают в результате стойкого расширения поверхностных кровеносных сосудов – телеангиоэктазии. Они

образованы тонкими нитевидными извилистыми анастомозирующими между собой сосудами и в большинстве случаев не исчезают при давлении. Элементы поражения имеют разной степени интенсивности окраску, неровные границы, часто бывают извилистой или звездчатой формы.

Пятна на коже и слизистых оболочках могут возникать также в результате нарушения целости сосудистой стенки (разрыв, повышение проницаемости) - геморрагические пятна. Цвет таких пятен, не исчезающих при давлении на них, различен в зависимости от времени, прошедшего после кровоизлияния: выход клеточных элементов крови за пределы кровеносного русла приводит к стойкому проявлению окраски вначале ярко-красного, затем синеватого, зеленоватого, желтоватого цвета – в зависимости от образования различных пигментов при разрушении эритроцитов. Эти пятна имеют различную величину и форму. **Геморрагии** (haemorragia; греч. haimorrhagia кровотечение, геморрагия, от гемо+rhagos разорванный, прорванный - скопление крови, излившейся из сосудов в тканях или полостях организма) в зависимости от величины делятся на петехии, пурпуру и экхимозы.

**Петехия** (petechia; итал. petecchie- пятна, сыпь; син.:кровоизлияние

петехиальное, кровоизлияние точечное) - пятно в коже или СОПР 1-2мм в диаметре, обусловленное капиллярным кровоизлиянием. ,

**Пурпура** (лат.purpura - пурпурный цвет, от греч. porphyra с тем же значением) - размером от просяного зерна до мелкой монеты (в диаметре до 1см) множественные кровоизлияния в коже и СОПР, имеют округлую форму.

**Экхимоз**  (ecchymosis: греч. еkchymosis, от ekchymo проливать жидкость, кровь) - обширные кровоизлияния неправильных очертаний размером больше мелкой монеты в коже или слизистых оболочках. Экхимозы (др.-греч. ἐκχύμωσις — «излияние» от ἐκ- «из-» и χέω — «лью») – обозначает кровоизлияние в кожу или в слизистую оболочку. В быту экхимозы очень часто называют синяками.Сначала они имеют голубовато-черную или пурпурную окраску, потом цвет меняется до коричневого и желто-коричневого. Как правило, границы поражения всегда размыты. Эти очаги со временем могут приобретать голубой или желтоватый оттенок из-за снижения содержания оксигемоглобина или разрушения его пигмента. Обычно геморагические пятна исчезают бесследно. Однако на СОПР в местах, где образуется пурпура, через некоторое время может произойти поверхностный некроз тканей с последующим эрозированием или изъязвлением слизистой оболочки. В последнем случае после заживления образуются мелкие рубцы. Геморрагии, расположеные линейно, в виде полосок называют вибицес.

Ишемические (анемические) пятна возникают при спазме или сжатии периферических сосудов.

К пятнам невоспалительного типа относятся приобретенные расстройства пигментообразования, пигментные и сосудистые невусы, накопление в сосочковом слое некоторых химических веществ (цинк, висмут и др.). Пигментные пятна на СОПР возникают редко, так как она бедна пигментом.

Пятна пигментные (macula pigmеntosa)- дисхромические-элемент, обусловленный отложением красящих веществ или изменением количества меланина: накоплением его (гиперпигментация), недостатком последнего (гипопигментация) или даже полным отсутствием его (депигментация).

Гиперпигментные пятна бывают врожденными (невус) и приобретенными (хлоазмы беременных, веснушки, ограниченная пигментация на месте эритемного пятна, печеночная эндокринная патология и др.). Они имеют желтый, желто-бурый, коричневый и черный цвет, при надавливании цвет их сохраняется.

Депигментированные пятна также встречаются вследствие врожденного дефекта пигмента (альбинизм, голубые невусы) или появляются как приобретенное состояние на различных по величине участках кожи и СОПР. Например: расстройство пигментации при вторичном рецидивном сифилисе - «ожерелье Венеры», где депигментированные участки кожи чередуются с гиперпигментированными, витилиго. Депигментированные пятна следует отличать от ишемических или анемических пятен, которые возникают в результате спазма, сжатия периферических сосудов или врожденного их отсутствия.

Локализация пятен и их форма различны: в одних случаях они четко ограничены, в других - более размытые. Пигментация, вызванная свинцом, висмутом и ртутью, располагается преимущественно в виде каймы по десневому краю. Пятна при отложении в десну серебра обычно неправильной формы, более диффузны, в дальнейшем не исчезают. Кроме десен пигментные образования встречаются в углах рта. Темное окрашивание дентина зубов появляется при приеме внутрь тетрациклина в период формирования постоянного прикуса. Желтые пятна возникают в случае отложения в кожу и слизистые оболочки каротина при каротинодермии.

На СОПР дополнительно следует выделить пятна, которые образуются вследствие ее ороговения, из-за чего она на ограниченном участке приобретает серовато-белый цвет.

**Узелок** (papula) - самый распространенный элемент сыпи, характеризуется изменением окраски, рельефа и консистенции. Это бесполостное образование, четко ограниченное, несколько возвышается над

окружающей кожей и СОПР или располагается на их уровне, представлено поверхностным инфильтратом. При надавливании не исчезает. Это клеточная инфильтрация величиной от булавочной головки до чечевичного зерна (не более 3-4 мм в диаметре) на уровне верхней части соединительнотканных структур собственно слизистой оболочки или дермы, поэтому их инволюция сопровождается стойкими вторичными изменениями. Поверхность узелков гладкая, блестящая, на коже может покрываться обильным количеством чешуек, иметь плоскую, конусообразную или полушаровидную форму круглых или полигональных очертаний. Их цвет и консистенция зависят от характера заболевания. Окраска узелков на коже бывает различной: цвета нормальной кожи, коричневая, фиолетовая, красная с розоватым, синюшным, желтовато-серым оттенками. На СОПР они могут быть белыми, бледно-желтыми, сероватыми с каймой воспаления вокруг них. Исчезают бесследно, но на некоторое время на их месте остаются ограниченные пигментные пятна. Особенностью узелков, возникающих на СОПР, является и то, что они могут не возвышаться над окружающей поверхностью. При ряде заболеваний папулы могут увеличиваться в размере и сливаться, образуя бляшки, либо группироваться в причудливые узоры. Присоединение процесса кератинизации (гиперкератоза) обусловливает белесоватый цвет узелков, что облегчает диагностику. Консистенция их при пальпации различная: мягкая, твердая, плотная, тестоватая, плотноэластическая.

В ротовой полости эпителий, покрывающий папулы, разрыхляется и истончается, поэтому они имеют мутновато-белую окраску. Из-за раздражающего влияния слюны, пищи, секретов желез узелки на слизистой оболочке полости рта и на соприкасающихся поверхностях кожи могут увеличиваться в размерах (гипертрофические папулы) и эрозироваться (эрозированные папулы).

Воспалительные папулы формируются вследствие изменений в эпителии/ эпидермисе и сосочковом слое дермы. Поэтому, если папула возникает только в результате изменений, происходящих в эпителии/эпидермисе, как это бывает при плоских бородавках, то ее называют эпидермальной, если – вcледствие изменений в эпителии и наличия инфильтрата в соединительнотканном слое, эпидермодермальной (например, при красном плоском лишае и др.), если же только за счет инфильтрата в соединительнотканном слое (например, при вторичном сифилисе), то дермальной. Узелковые высыпания могут быть обусловлены также разрастанием соединительнотканного слоя (например при фиброме), а также различными отложениями в нём, например холестерина, амилоида и др.

Таким образом, патоморфологические изменения, которые наблюдаются при возникновении папул, зависят от сочетания различных вариантов их при разном характере течения заболевания. Образование папул связывают с различными патологическими процессами, происходящими в эпидермисе/эпителии и подлежащей соединительной ткани: гиперкератозом, паракератозом, акантозом, гранулезом, папилломатозом, воспалительной инфильтрацией собственно слизистой оболочки или верхней части дермы. Папулезные высыпания встречаются при многих заболеваниях: красном плоском лишае, многоформная экссудативная эритема (МЭЭ), экземе, вторичном рецидивном сифилисе, токсикодермии, атопическом дерматите, герпетиформном дерматите Дюринга и др. После разрешения папул остается временная гиперпигментация или депигментация, но в отличие от бугорка не бывает ни рубцов, ни атрофии.

**Бугорок** (tuberculum) – бесполостное образование, меняющее рельеф тканей. Это инфильтративный бесполостной полушаровидной формы округлый элемент розово-красной, синюшно багровой окраски, размером от горошины до лесного ореха (0,5 - 0,7см), возвышающийся над окружающей поверхностью, плотной или тестоватой консистенции, резко отграниченный от окружающей ткани. Возникающий в результате развития воспаления клеточный инфильтрат локализуется в средней части или захватывает все слои слизистой. Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулему, состоящую из клеток различного типа, прежде всего лимфоцитов и эпителиоидных клеток, располагающихся в строго определенном порядке. Особенностью бугорков, которые вначале очень напоминает узелки, является то, что центральная их часть, а иногда и весь элемент подвергается некрозу, в результате которого бугорки либо изъязвляются с последующим рубцеванием, либо рассасываются, оставляя на своем месте рубцовую атрофию. На СОПР бугорки довольно быстро изъязвляются и на их месте остаются рубцы. Значительно реже на СОПР некроз в бугорках рассасывается без нарушения целости эпителия, и тогда на месте бугорков формируется рубцовая атрофия.

Бугорки обычно образуются на ограниченных участках кожи и слизистых оболочек, при этом они либо группируются, располагаясь близко друг к другу, либо сливаются, образуя сплошной, резко ограниченный инфильтрат разной величины. Как правило, они распадаются с образованием язвы и затем рубца. Бугорковые высыпания являются первичными элементами при третичном сифилисе, туберкулезной волчанке, лепре, лейшманиозе, туберкулезе.

**Узел** (nodus)- бесполостное ограниченное уплотнение, достигающее

иногда 3-4 см в диаметре, вначале прощупывающееся в толще кожи или СОПР, затем приподнимающее вышележащие ткани, создавая значительных размеров выбухание: от грецкого ореха до кулака и более. В воспалительный процесс вовлекаются все слои слизистой оболочки. Инфильтрат развивается в подслизистом слое слизистой оболочки, в глубоких слоях дермы или подкожной клетчатке. Развивается медленнее, чем узелок. Небольшие очаги диаметром несколько миллиметров пальпируются в глубине слизистой оболочки, крупные - значительно возвышаются над ее уровнем. Узел формируется из различных клеток воспалительного инфильтрата, в котором преобладают малые фагоциты. Исход зависит от содержимого узла. Воспалительный инфильтрат, формирующийся за счет неспецифических факторов и специфической инфильтрации тканей, характеризуется довольно быстрым увеличением, особенно при остром воспалении кожи или слизистой оболочки над ним и может рассасываться бесследно. В некоторых случаях участок инфильтрированной ткани, проходя стадию казеозного распада, петрифицируется и превращается в ограниченное уплотнение. В других случаях возникает гнойное расплавление пораженного участка с образованием абсцесса, язвы. Два последние варианта ведут к образованию рубцов (туберкулезная язва, сифилистическая гумма, лепрозный узел). В этом случае дефекты заполняется малодифференцированной соединительной тканью. Рубцы в этом случае представляет собой кратерообразные углубления, дно которых спаяно с подлежащими тканями.

В виде узла бывают представлены также соединительнотканные опухоли, отложения солей.

На слизистой оболочке полости рта узлы встречаются редко.

К бесполостным элементам поражения относят также **волдырь** (urtika),

который представляет собой ограниченный отек сосочкового слоя дермы (без образования полости). Возникает внезапно. Характеризуется кратковременностью существования: от нескольких минут до нескольких часов и бесследно исчезает, сопровождается зудом.

Клинически представляет собой незначительно возвышающееся над поверхностью кожи, тестообразной консистенции образование розоватого или красного цвета размером от горошины до ладони. В центре элемента возможен белесоватый оттенок (вследствие сдавливания кровеносных сосудов), элемент окружен зоной гиперемии. Волдырь имеет склонность к периферическому росту, форма его круглая или полициклическая, очертания нечеткие. Эти патологические элементы сопровождают, как правило, заболевания, протекающие с аллергическим компонентом. Они возникают при крапивнице, укусах насекомых, сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке, герпетиформном дерматите Дюринга. В полости рта волдырь, как правило, не образуется. Отек Квинке на губах нельзя отнести к истинному волдырю.

Другую группу первичных элементов условно относят к экссудативным из-за преобладания экссудативных явлений. К этим полостным элементам относят пузырек, пузырь, пустулу.

**Пузырек** (vesícula) — полостной элемент слегка возвышающийся над окружающей тканью, содержащий серозный или геморрагический экссудат и локализующийся между эпителиальным слоем и соединительной тканью или в толще эпителия. Часто располагается на слизистых полости рта и коже. В зависимости от характера патологического процесса его топография может быть интраэпителиальной и субэпителиальной. (Ему предшествует внутриклеточный отек, который бывает спонгиозным или внутриклеточным и проявляется перинуклеарно в клетках какого-либо слоя эпителия.)

Пузырьки могут быть одно- или многокамерными, размер их варьирует от булавочной головки до чечевицы -небольшой горошины (от 1,5 до 3-4 мм). Везикула возвышается над слизистой оболочкой в виде купола, но удерживается этот элемент короткое время. В пузырьке различают основание, полость и покрышку. В связи с тем, что стенки пузырька образованы тонким слоем эпителия, они быстро вскрываются, особенно в условиях мацерации, образуя эрозию, находящуюся на уровне верхней части шиповатого или зернистого слоя, вокруг эрозии - обрывки эпителия. В случае подэпителиальной локализации пузырька, он сохраняется дольше. Элементы поражения могут возникать как на внешне неизмененных тканях, так и на гиперемированном и отечном основании. Они образуются в результате баллонирующей и вакуольной дегенерации, которая имеет, как правило, вирусную природу, и спонгиоза. Содержимое пузырька чаще серозное, может быть геморрагическим или гнойным. Заживление протекает без образования рубцов. Встречаются при целом ряде заболеваний: при пузырьковом и опоясывающим герпесе, ветряной оспе, герпетиформном дерматите Дюринга, аллергических дерматитах, различных формах экземы, дисгидрозе. Сгрупированность пузырьков указывает на герпетиформное поражение.

**Пузырь** (bulla) - аналогичное образование, но более крупных размеров(более 5 мм в диаметре, размером от горошины и более), возвышается над уровнем тканей. Элемент поражения полостной, содержит

серозный или геморрагический экссудат, имеет покрышку и дно, при некоторых заболеваниях достигает нескольких сантиметров в диаметре. Элементы поражения могут быть одно- или многокамерными. Жидкость скапливается в толще эпителия (интраэпителиально) или в соединительной ткани непосредственно под эпителием (субэпителиально). Эти две локализации имеют диагностическое значение.

Интраэпителиальный пузырь (например при вульгарной пузырчатке) возникает вследствие акантолиза, когда связь между клетками шиповатого (остистого) слоя прерывается, они отделяются друг от друга, между ними накапливается жидкость. Покрышка пузыря тонкая и быстро вскрывается, особенно при локализации на СОПР. Такие элементы поражения в полости рта долго не существуют, поэтому при осмотре определяются эрозии с обрывками пузырей по краям.

Субэпителиальный пузырь представляет собой скопление жидкости и возникает в результате воспаления соединительной ткани. Он  
располагается под эпителием, формируется между слоями базальной мембраны, а также непосредственно над ней или под ней, является следствием нарушения прочности соединения формирующихся волокон, которое может произойти и в результате иммунных нарушений, приподнимает его, сам же эпителий интактен. Его некроз вторичен, в результате воспаления. Покрышка подэпителиального пузыря сравнительно толстая, и он существует от нескольких часов (на слизистой оболочке) до нескольких дней на коже (например, при МЭЭ, герпетиформном дерматите).

Покрышка элементов, которые наблюдаются при пузырчатке, эпидемической пузырчатке новорожденных, МЭЭ, пузырной форме импетиго, простых дерматозах, токсикодермиях может быть напряженной или вялой.

На СОПР пузырь наблюдается еще реже, чем пузырек. Он сразу же вскрывается, на его месте остается поверхностная эрозия, иногда с эпителиальным воротничком, которая заживает во рту под фибринозной пленкой. Это особенно характерно для субэпителиальных пузырей, образующихся при пузырчатке. Имея очень тонкую покрышку, они вскрываются практически в момент своего образования. Если же пузырь на коже или красной кайме губ не вскрывается, то постепенно его содержимое ссыхается в корку, под которой происходит эпителизация. Корка включает клетки эпителия и содержимое полостного элемента. Пузыри могут возникать как на внешне неизмененной коже или слизистой оболочке, так и на фоне воспаления. Рубцы, как правило, при заживлении не образуются.

**Пустула** (pustula; лат. гнойник, прыщ, от pus - гной; син. гнойничок) -морфологический элемент кожной сыпи и красной каймы губ. Он представляет собой полостное полушаровидное образование различных размеров, выступающее над окружающей кожей с гнойным содержимым и очень тонкой эпителиальной покрышкой, которая быстро вскрывается и на месте пустулы появляется медового цвета корка.

Пустулы, как правило, располагаются на гиперемированном основании, нередко приурочены к волосяным фолликулам или выводным протокам сальных и потовых желез. Локализуются в пределах эпидермиса или могут проникать в толщу дермы. Образуются в результате гибели эпителиальных клеток под влиянием инфекции (чаще всего стафило- или стрептококков). Элемент имеет тенденцию к быстрому распространению, при этом образуются участки, покрытые корками (ссохшийся эпителий), из-под которых сочится мутноватая жидкость. Гнойнички встречаются при различных формах стафилококковой или стрептококковой инфекции.

**Киста** (cysta) - патологическое полостное образование, стенки которой образованы фиброзной тканью и часто выстланы эпителием или эндотелием.

**Абсцесс** (abscessus; от лат. abscedo, abscessum - отделяться, нарывать; син.: апостема, гнойник, нарыв) - полость, заполненная гноем и отграниченная от окружающих тканей и органов пиогенной мембраной. Возникает вследствие разложения патологически измененной ткани и слияния мелких гнойничков в очаге воспаления. В области локализации абсцесса наблюдается различных размеров выпячивание; при его расположении в слизистой оболочке и подслизистом слое границы четко

определены. При образовании абсцесса в мышечном слое или над надкостницей челюсти границы его могут быть сглажены.

**IV.ВТОРИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ.**  
Первичные элементы в динамике заболевания подвергаются обратному развитию, превращаясь во вторичные эффлоресценции (в ряде случаев они могут выступать в качестве первичных). Без нарушения рельефа слизистой оболочки развиваются пятна в виде гиперпигментации или депигментации (на слизистой оболочке последнее наблюдается крайне редко). Пигментация (pigmentatio или pigmentatien) и депигментация (denigmentatio-измененный в цвете), развивающиеся в результате временного скопления или исчезновения пигментов – меланина, гемосидерина, участок кожи или СОПР различного размера, который остается после разрешения папулы, пузыря, разлитого воспаления в виде острого дерматита, экземы и других поражений кожи. Пигментация может существовать от нескольких недель до нескольких месяцев. Пигментированные участки кожи остаются на местах разрешения высыпаний красного плоского лишая, сифилиса, пузырчатки, красной волчанки, псориаза, экземы, при ожогах, нейродермите и других заболеваниях или повреждениях стенок сосудов. Вторичные депигментации, называемые лейкодермами, встречаются при отрубевидном лишае, сифилисе и целом ряде других дерматозов.

**Эрозия** (erosio; лат. разъедание) - дефект в пределах эпидермиса или эпителия при нарушении целостности кожных покровов, слизистых оболочек или красной каймы губ. Относится к числу самых распостраненных элементов поражения СОПР, затрагивает верхний эпителиальный слой или всю толщу эпителия вплоть до базальной мембраны. Дном эрозии могут быть верхние ряды шиповатого слоя, базальный слой или сосочковый слои собственно слизистой. Глубина эрозий при разных заболеваниях может быть разной. Эрозия возникает при вскрытии полостных образований (так как она фактически представляет их дно), и повторяет очертания предшествующего ей элемента, может иметь различные размеры, ярко- или бледно-красный цвет. При вскрытии пузырков эрозии могут быть точечными и обнаруживаются лишь по отделяющимся с их поверхности каплям экссудата. Самая поверхностная эрозия сопровождает некоторые гнойничковые заболевания (стрептококовое импетиго, образуясь в роговом слое).

На СОПР и губах, реже на коже при некоторых патологических процессах эрозивные поверхности образуются без предшествующих полостных образований – эрозивные папулы при сифилисе, эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая и красной волчанки, что является следствием травматизации легко ранимой воспаленной слизистой оболочки или кожи. В качестве первичного элемента поражения эрозия может выступать в результате острой травмы (например, острыми краями разрушенного зуба). Эрозии травматического происхождения называются экскориации или самостоятельного заболевания (при хейлите Манганотти). При слиянии эрозии могут образовывать обширные эрозивные поверхности с самыми различными очертаниями. Они могут также являться следствием распада узелковых структур, могут возникать на месте ограниченной ишемии слизистой с последующим некрозом. При длительном существовании эрозии на СОПР ее края могут отекать и даже инфильтрироваться. В этом случае трудно отличить эрозию от язвы, и иногда этот вопрос решают после исхода элемента, так как на месте язвы всегда остается рубец. При МЭЭ воспалительный экссудат отторгает весь эпителиальный слой вплоть до сосочкового, что ведет к обильному выпадению фибрина на поверхности эрозии и образованию массивного налета. При пузырчатке поверхность эрозии «лакированная», лишенная фибринозного налета, который в незначительном количестве может появляться лишь на старых, длительно эпителизирующихся эрозиях на фоне воспалительной реакции. Элемент поражения встречается также при пузырьковом и опоясывающем герпесе, герпетиформном дерматите Дюринга, сифилисе (эрозивный твердый шанкр, эрозированные папулы вторичного периода), экземе, дисгидрозе. Эрозии заживают (регрессируют) без образования рубца. Эпителизация эрозий начинается с образования легкого налета, который отличается от гнойного, некротического, фибринозного отчетливым белесоватым цветом.

**Афта**  (aphta; греч. aphtai высыпания, изъязвления в полости рта) - обычно считают, что это эрозия - небольшой участок поверхностного

некроза эпителия СОПР в виде овальной или округлой формы, дно которой

покрыто желтоватым налетом. Как правило, афты возникают как этап развития элемента от пузырька до заживления. Афтазаживает без рубца. В ряде случаев афты могут увеличиваться в размерах по площади и в глубину, трансформируясь в язвы (стоматит Сеттона). Примером формирования афт могут служить афтозный и герпетический стоматит. Афты образуются также при болезни Бехчета, ящуре, энтеровирусной инфекции. Выделяют также афты новорожденных (афты Беднара), возникающие на первых неделях жизни ребенка в результате механического повреждения слизистой оболочки и обычно локализуются на твердом нёбе. В отличие от эрозий и язв, афты никогда не имеют подрытых краев. Могут возникать первично, на фоне кратковременного ограниченного пятна или без него (например, вследствие ишемии и ограниченного некроза) и вторично (вскрытие пузырька, распада узелково- бугорковых (при ХРАС) структур. Элемент окружен венчиком яркой гиперемии, обычно болезненный. Располагается афта на уровне сосочкового слоя и после заживления не оставляет рубцовых изменений, если не затронута соединительная ткань. На коже афты не встречаются.

**Ссадина** (excoriatio) - линейный дефект ткани различной глубины травматического происхождения. Заживает в зависимости от глубины дефекта (поверхностные – в пределах эпидермиса, глубокие – в толще дермы) первичным или вторичным натяжением. Это единственный вторичный морфологический элемент, который может проявляться и на неизмененной предварительно ткани и чаще всего в результате расчесов или травм, сопровождается точечным капиллярным кровотечением. Обычно ссадины линейные, полосовидные или округлой формы.

**Трещина** (rhagas или rhagades или fissura) - линейный дефект в пределах эпителия вплоть до сетчатого слоя дермы и ниже. Формируется в результате потери тканью кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ эластичности на местах длительно существующей инфильтрации тканей в результате воспалительного инфильтрата. По форме трещина напоминает клин, вершина которого обращена в глубь тканей. В зависимости от глубины дефекта так же, как и ссадина заживает с образованием рубца (например, при трещинах вокруг рта при раннем врожденном сифилисе) или первичным натяжением. Трещина возникает чаще всего на местах, подвергающихся растяжению (в углах рта, на красной кайме нижней губы, на щеках, на ладонях, над суставами). На языке же они образуются в результате воспаления. Нередко их обнаруживают при экземе, микозах, раннем врожденном сифилисе, сухости кожи, пиодермиях. Следует отличать трещину от язвы, которая при локализации в области переходных складок приобретает линейную щелевидную форму. При растяжении мягких тканей будет обнажаться характерное для конкретного заболевания дно язвы. При разведении краев трещины образуется дефект в виде клина. При рецидивирующей хронической трещине стенки выстланы тонким слоем эпителия. Глубокая трещина после заживления оставляет рубец.

**Язва** (ulcus) - ограниченное нарушение целостности кожного покрова, слизистой оболочки или красной каймы губ, глубокий дефект всех слоев слизистой оболочки, иногда подкожной клетчатки, фасции, мышцы, надкостницы и кости, возникающий в результате распада таких первичных элементов, как бугорок, узелоки узел и др. или как следствие их постепенного расплавления (абсцедирования), заживающий с образованием рубца, не склонный к спонтанному излечению. Кроме того, язвы могут возникать первично вследствие некроза тканей, обусловленного трофическими нарушениями, при неврогенных заболеваниях, болезнях крови, диабете, вследствие травмы (например, при воздействии прижигающих веществ). От эрозии язва отличается, таким образом, вовлечением в процесс собственно слизистой оболочки, а нередко - и подлежащих тканей. Дном язвы, как правило, служат глубокие слои собственно дермы – (сетчатый слой), слизистой или подкожная жировая клетчатка. В язвах различают края и дно. Внешний вид, размеры язв, их глубина, контуры, характер краев и основания, а также воспаления вокруг язвы различны и определяются заболеванием, при котором она возникает. Так, язвы, образующиеся на месте бугорков, обычно не превышают в диаметре 3-4 мм, язвы же на месте узелков крупнее и значительно глубже. Форма язвы может быть округлая, овальная, линейная, продолговатая, неправильная.

Края и дно язвы могут быть мягкими или плотными, кроме того, дно язвы может быть покрыто гнойным налетом, некротическими массами, сосочковыми разрастаниями, оно может легко кровоточить при легкой травматизации (учитывают характер отделяемого). Консистенция элемента при пальпации может быть мягкой, уплотненной, твердой. Особое внимание при осмотре язвы необходимо обращать на края язвы, нередко сохраняющие остатки основного патологического процесса. Они могут быть гладкими, ровными, постепенно переходящими в дно, подрытыми и нависающими над дном, отвесными и блюдцеобразными, иногда образованию язвы предшествует эрозия. Окружающая ткань или воспалена (отек, гиперемия), или инфильтрирована. Полученные данные почти всегда позволяют судить о процессе, который привел к образованию язвы. Блюдцеобразная язва с ровными краями, сальным налетом или мясо-красным дном отличает сифилис. Неровные подрытые края характерны для туберкулезной, а омозолевшие - для декубитальной язвы. Кровоточивость, инвазивный рост, инфильтрация могут свидетельствовать о злокачественном перерождении элемента поражения. Процессы заживления элемента поражения нарушены или существенно замедлены. Ввиду разрушения соединительнотканной основы даже незначительный дефект последней замещается рубцом. Глубокие язвы могут проникать до кости и даже разрушать ее.

При вовлечении в патологический процесс костных структур, возможно оголение кости, отхождение секвестров. Повреждение мышечных тканей ведет к косметическим и/или функциональным дефектам. Язвы наблюдаются при травме, при стоматите Сеттона, при третичном сифилисе (на местах бугорков и гумм), лейшманиозе, туберкулезе, лепре, раке, глубокой пиодермии. Гистологически в основании преимущественно язвенных элементов при ряде хронических заболеваний определяется псевдоэпителиальная (или псевдокарциноматозная) гиперплазия. Это изменение эпителия представляет собой его мощное разрастание вглубь соединительной ткани за счет акантоза в виде тяжей. Эти изменения почти неотличимы от плоскоклеточного рака.

Элементы поражения, вызывающие нарушение целостности эпителия и соединительной ткани (эрозии, язвы), а также полостные образования (пузырьки, пузыри) способствует появлению таких вторичных (третичных) элементов сыпи, как корочки (корки).

**Корка**  (crysta) - ссохшийся экссудат серозного, гнойного, геморрагического или смешанного характера отделяемого эрозий, язв, пузырьков, пузырей, гнойничков, трещин на поврежденной поверхности

эпителия. К высохшей жидкости могут присоединяться остатки покрышки пузырька или гнойничка. Цвет корок зависит от глубины повреждения ткани, характера экссудата и вторичной микрофлоры и может быть самым разнообразным: если ссыхается серозный экссудат – корки прозрачные с серовато-желтоватым оттенком, при гнойном экссудате – грязно-серые, зеленоватые или бурые, при геморрагическом – кровянисто-бурые, коричневые или черные. Толщина корок различна, она во многом определяется характером патологического процесса, длительностью существования корок: чем медленнее и дольше происходит выпотевание экссудата, тем корки толще. Наслоившиеся друг на друга и значительно выступающие над поверхностью кожи корки называют струпьями. По цвету, форме, величине корок обычно можно определить элементы, предшествующее их образованию. В зависимости от формы различают корки: слоистые (сифилитическая рупия), иногда они похожи на капли засохшего меда (импетигинозные корки). Помимо корок следует различать чешуйко-корки, образующиеся в результате пропитывания эпителия серозным экссудатом и склеивания чешуек, наслоившихся на его поверхности, как это, например, бывает при экссудативной форме экфолиативного хейлита. На поверхности кожи и красной каймы губ корки могут сидеть рыхло и легко отторгаться или удаляться трудно и с болью, обнажая эрозию или язву. Недавно образовавшиеся корки обычно имеют мягкую консистенцию и довольно легко отделяются от подлежащей ткани. Длительно существующие корки уплотняются и спаиваются с подлежащей тканью. После восстановления эпителия корка самопроизвольно отпадает. Эти элементы поражения могут появляться при хейлитах, МЭЭ, пузырчатке, простом и опоясывающем герпесе, ожогах, ветряной оспе, пиодермиях, экземе. В полости рта в результате мацерации корки превращаются в фибринозный или гнойно-фибрнозный налет на поверхности эрозии, язвы – эквивалент корки. Компонентом такого налета, если он образуется на месте вскрывшегося пузыря, может быть и его покрышка. Она может легко удаляться или плотно удерживаться на слизистой в зависимости от характера заболеваний.

Внешнее сходство с корочками имеют чешуйки, однако в основе их появления лежат процессы гипер- и паракератоза.

**Чешуйка** (squama) – это вторичный морфологический элемент кожных сыпей, образование в виде шелушения. Чешуйки представлены тонкими пластинками верхних рядов клеток рогового слоя. Это не полностью отторгшийся участок эпителия, прикрепленный к подлежащей ткани краем или серединой, обнаруживаемый при поверхностной пальпации в виде шероховатости. Чешуйки возникают в результате физиологической смены эпителия и патологических изменениях - при пара - и гиперкератозе, а также воспалительных изменениях дермы. Чешуйки бывают разного цвета и величины. Цвет их разнообразен – бледный, желтоватый, грязно-серый, темно-бурый, коричневый. По размеру выделяют мукообразные (отрубевидные), мелко- и крупнопластинчатые чешуйки. В случаях, когда чешуйки отторгаются пластами, говорят об эксфолиативном шелушении. На СОПР такое отторжение, как бы шелушение верхних рядов шиповатого слоя, наблюдается лишь при мягкой лейкоплакии.Для диагностики процессов, которые сопровождаются образованием чешуек, имеют значение их толщина, цвет, форма, размер, консистенция (сухие, жирные, ломкие, твердые), плотность прилегания к подлежащим тканям. Плотно прилегающие чешуйки образуются за счет гиперкератоза, легко отторгающиеся - вследствие паракератоза. Чешуйки образуются на местах разрешающихся или возникающих пятен, папул, бугорков и др. Однако они могут развиваться и первично: паракератотические - при перхоти, мягкой лейкоплакии, сухой форме эксфолиативного хейлита (прикрепляются сранительно плотно к красной кайме губ, но после их удаления эрозия не образуется), гиперкератотические - при ихтиозе и др. и являются основным симптомом заболевания, легко определяются визуально. Гиперкератотическая чешуйка желтоватого цвета, плотно спаянная с подлежащей тканью, отделяется при насильственном отторжении с трудом, при этом разрывается ткань и появляется капля крови. Элементы поражения в виде гиперкератоза отличаются от чешуек плотным соединением с подлежащими тканями. В ряде случаев очаг гиперкератоза может быть представлен белым плоским пятном с четкими неравномерными очертаниями, проявляя внешнее сходство с папиросной бумагой (лейкоплакия). Отделить его пинцетом или соскоблить шпателем не удается.

В других вариантах гиперкератоз покрывает мелкие папулы (красный плоский лишай), вегетации или образует напластования, значительно возвышающиеся над слизистой оболочкой. Размеры, форма, внешний вид очагов гиперкератоза являются основой для постановки диагноза. Одним из достоверных лабораторных методов обследования является характерное для различных форм свечение в лучах Вуда.

При пропитывании пластов чешуек воспалительным экссудатом образуются чешуйки-корки различной окраски в зависимости от степени экссудации и характера вторичной флоры (экссудативные чешуйки). Такие чешуйки-корки легко снимаются с практически неповрежденной кожи, на их месте остается застойная гиперемия. Чешуйки, как уже упоминалось, могут быть сухими. На коже они чаще обнаруживаются в виде шелушения. Наблюдаются при очень многих заболеваниях: себорее, псориазе, отрубевидном лишае, микозах, экземе, дерматитах, эритродермиях, гиперкератозах, кори, скарлатине.

**Рубец** (cicatrix; син. ткань рубцовая) - вторичный элемент поражения, замещение дефектов соединительной тканью с повышенным содержанием

волокнистых структур (эластические волокна отсутствуют), формируется при заживлении глубоких дефектов кожи и слизистой оболочки после заживления травм, трещин, язв, изъязвлений бугорков. Это плотное образование, состоящее из гиалинизированной, богатой коллагеновыми волокнами соединительной ткани, возникающее в результате репарации как исход воспалительного процесса после и на месте разрушения дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки. Эпителиальный пласт на поверхности рубца истончен, дермальные сосочки и эпителиальные выросты отсутствуют. Количество кровеносных, лимфатических сосудов, а также нервных окончаний в рубцовой ткани значительно уменьшено. Но иногда рубцы возникают без предшествующего изъязвления, так называемым сухим путем.

Рубец может быть гладким или неровным, гипертрофическим (возвышающимся) и атрофическим (западающим). Гладкие рубцы - наиболее приближаются к строению здоровой кожи и слизистой. При ряде заболеваний образующиеся рубцы имеют неровную поверхность, бахромчатые сосочки, перемычки, небольшие карманы. Величина и форма рубца соответствуют характеру предшествующих изменений, их очертания могут быть различными. Поверхность рубца лишена придатков кожи (волос, сальных и потовых желез), поэтому внешний вид рубца отличается от здоровой кожи и слизистой и остается на всю жизнь. Чаще рубцы на коже и слизистых бывают мягкими, тонкими, располагаются на уровне окружающей кожи или слизистой оболочки, или чуть западают ниже ее уровня, иногда спаиваются с подлежащими тканями. Мягкие, тонкие рубцы на слизистой оболочке, как правило, существенно не изменяют рельеф поверхности.

Реже образуются грубые гипертрофированные рубцы (келлоидные). Они возникают после травм и хирургических вмешательств, обычно имеют линейную форму, на ощупь плотные, часто уменьшают подвижность слизистой оболочки. При этих рубцах грубые волокнистые структуры пропитаны особым веществом, придающим почти хрящевую плотность рубцовому образованию. Келлоидные рубцы изменены в цвете, отличаются от здоровой кожи синюшно-фиолетовой окраской.

Рубец может образовываться также внутри кожи или слизистой оболочки (сетчатый слой), вызвав западение вышележащей ткани. Эти рубцовые изменения развиваются без предшествующего изъязвления. Это явление обозначается понятием рубцовая атрофия, наблюдающаяся при красной волчанке и других коллагенозах. Атрофические рубцы образуются также после заживления элементов поражения, характерных для туберкулеза, лепры, сифилиса. Характерными отличиями являются неправильная форма и значительная глубина. При рубцовой атрофии кожа и слизистая оболочка выглядят истонченными, сквозь них просвечивают сосуды, эти участки легко собираются в тонкие складки, внешне напоминающие скомканную папиросную бумагу. При локализации на красной кайме губ они бывают мало выражены, на коже или слизистой оболочке четко определяются по западению участка поверхности и выраженному сосудистому рисунку и являются важным диагностическим признаком.

Налет (indumentums)- образование на слизистой оболочке, состоящие из микроорганизмов, фибринозной пленки или слоев отторгшегося эпителия. Он образуется вследствие повышенного ороговения эпителия и ухудшения условий, способствующих отторжению ороговевших клеток. Часто это наблюдается в случае нарушения процессов физиологического самоочищения СОПР из-за ее заболевания. Налет часто располагается на поверхности языка, или на участках слизистой, где затруднено их самоочищение. В зависимости от наличия в еде красителей, действия некоторых лекарственных веществ налет может окрашиваться в белый, серый, коричневый или черный цвет.

Налет белого цвета, неопределенной формы и локализации образуется вследствие обильной вегетации на поверхности слизистой оболочки дрожжеподобных грибов.

Генерализованное образование налета на СОПР отмечается при ксеростомии.

**Лихенизация** (lісhenificatio; син. лихенизация) - вторичный морфологический элемент сыпей, представлен длительно существующей

массивной инфильтрацией (на уровне сосочкового слоя) кожи и красной каймы губ и связан с гиперкератозом и акантозом. Нередко возникает от упорных расчесов при зудящих дерматозах. При этом ткань теряет эластичность, поверхность кожи испещрена глубокими складками, усиливая кожный рисунок. Кожа уплотнена, утолщена, с трудом собирается в складку. Измененная окраска достигает красновато-бурого оттенка. Красная кайма губ неярко гиперемирована, уплотнена, сухая, шелушится отрубевидными чешуйками. Для кожи характерно четкое проявление рисунка ее поверхности.

Наблюдается при значительных папулезных высыпаниях со склонностью к их слиянию (красном плоском лишае, псориазе), при нейродермите, как результат слияния папулезных элементов, при атопическом дерматите, хронической экземе и вокруг длительно незаживающих язв. Этот элемент может развиваться на фоне перорального применения различных лекарственных веществ, раздражающих слизистую оболочку пищевых продуктов, вследствие пищевой и медикаментозной аллергии; возможны варианты лихенификации как признак предболезни слизистой рта на фоне соматической патологии. Этот вторичный элемент характеризируется уплотнением, сухостью и усилением рисунка на фоне инфильтрации тканевых структур.

**Атрофия** (аtrophiae) - истончение слизистой оболочки, в результате регрессивного процесса. Она становится блестящей, гладкой, уплощенной измененной с проявлением сосудистого рисунка, так как из-за тонкости эпителия лучше просвечивают капилляры, легко собирается в складки.

Процесс чаще всего является результатом хронического воспаления и может распространяться на эпителий, а также и на подкожную клетчатку. В диагностике наибольшое значение имеет атрофия эпителия спинки языка (при красном плоском лишае (на исходе эрозивной формы), красной волчанке, кандидозе).

**Вегетация**  (vegetatio: лат. возбуждение, усиление, рост) - вторичный морфологический элемент, возникающий в результате разрастания сосочков

дермы с одновременным утолщением шиповатого слоя эпителия, особенно межсосочковых эпителиальных отростков, которые могут иногда погружаться глубоко в дерму. Образуются первично на неизмененной коже (остроконечные бородавки) или вторично на поверхности эрозий, на месте вскрывшихся пузырей и пустул, на воспалительных пятнах, папулах при длительно текущем воспалении(вегетирующая пузырчатка). Вегетация появляется также на мацерированных папулах вследствие раздражения серозно-гнойным отделяемым, например, при сифилисе - широкие кондиломы. Вегетация представлена в виде бугристых неравномерных мягких папиломатозных разрастаний эпидермиса и сосочкового слоя дермы, напоминающих петушиные гребни или цветную капусту, на коже располагаются чаще всего в области крупных естественных складок. (Типичными представителями являются остроконечные бородавки) Поверхность вегетации на СОПР вследствие мокнутия обычно эрозированная, красная, отделяющая часто большое количество серозного или серозно-гнойного экссудата.

Разрастание сосочкового слоя собственно слизистой оболочки, выступающее над уровнем СОПР – папиломатоз(papillomatosis) – нарушает ее конфигурацию. Часто образование многодольчатое, представляющее конгломерат слившихся отдельных долек, разделенных неглубокими бороздками. Папиломатоз может быть первичным, часто врожденным или вторичным (после хронической травмы). Длительно существующая травма может привести к ороговению отдельных долек или значительного участка. В некоторых случаях в результате травмы возникают кровоточивость и явления воспаления.

Опухоль (tumor; син.: бластома, неоплазма, новообразование) - патологическое разрастание тканей, состоящих из качественно изменившихся клеток, ставших атипичными в отношении дифференцировки, характера роста и передающих эти свойства при последующим делении. Опухоль у человека может возникать в любой ткани и органе ЧЛО за счет пролиферации эпителиальных клеток слизистой оболочки или соединительной ткани. Она может иметь форму округлого или овального узла, разрастания типа цветной капусты, плотных образований. Поверхность образований бывает гладкой, бугристой, мелкозернистой, сосочковидной. Они могут располагаться на поверхности органа, в толще или диффузно прорастать его. Опухоли могут достигать значительных размеров, что зависит от быстроты роста, расположения и происхождения. За счет их большого размера может наступить деформация органа (в том числе челюстно-лицевой области). Опухоли, расположенные в слизистых оболочках, часто изъязвляются. Опухоли СОПР разделяют на зрелые (доброкачественные) и незрелые (злокачественные), источником роста опухолей являются чаще всего участки ткани, где сохраняется способность клеток к размножению. Сюда относят базальный слой эпителия, периваскулярная ткань, эпителий выводных протоков.

Ангиоматоз (angiomatosis; син. гемангиоматоз) - врожденное избыточное развитие сосудов или приобретенное разрастание (пролиферация) кровеносных сосудов различного калибра.Ангиоматоз рассматривается как своеобразный порок формирования мезенхимы и может сопровождаться нарушениями функции внутренних органов, изменением чувствительности, параличами.

Местный ангиоматоз обусловлен разрастанием сосудов на ограниченном участке тела. Часто наблюдается на коже лица, СОПР, в сетчатке глаза, слизистых оболочках желудка и кишечника. Клинический процесс не склонен к прогрессированию. Ангиоматоз проявляется в виде пятен розово-красно-синюшного цвета, иногда выступающих над поверхностью кожи или слизистой оболочки. Поверхность пятен может быть бугристой, покрывается чешуйками и корочками. При травме пятна легко кровоточат.

Знание характерных особенностей вторичных элементов поражения позволяет определить характер предшествующих изменений, что, безусловно, облегчает диагностику заболеваний.

Пойкилодермия : пятнистая поверхность кожных покровов за счет явлений атрофии, гипер- или депигментации, врожденных телеангиэктазий; приобретенные телеангиэктазии на стадиях радиационных повреждений, при дерматомикозах.

Поражения, которые сопровождаются однородными высыпаниями (папула, бляшка, пузырь и др.), относятся к мономорфным заболеваниям. Если при заболевании встречается несколько первичных элементов, то говорят об истинном полиморфизме (МЭЭ, экзема, дерматит Дюринга). Вместе с тем может встречаться так называемый ложный полиморфизм, при котором свежие первичные элементы возникают одновременно с незажившими вторичными (некоторые формы пиодермии, «подсыпания» при ХРАС, ОГС), что и создает пестроту клинических признаков, определяя разнообразие клинической картины.

В клинической практике редко можно встретить первичные патологические элементы, чаще наблюдаются вторичные, так как первые возникают бессимптомно и больные обращаются к врачу на этапе уже развития заболевания. Поэтому чаще наблюдается сочетание первичных и вторичных элементов или различные уровни исхода воспалительного процесса.

Следует еще раз напомнить, что исследуя у детей морфологические элементы, необходимо обращать внимание на их распространенность (диссеминированное означает рассеянное по поверхности; диффузное означает без участков здоровой ткани), форму высыпаний (беспорядочная, сгруппированная (сгруппированные пузырки на гиперемированном основании указывает на герпетиформное происхождение); линейная (штриховая, сегментарная в соответствии с расположением ветвей нерва), фолликулярная (высыпания привязаны к волосяным фолликулам); солитарная или четко отграниченная (единичный, отграниченный элемент). Они могут быть округлой, овальной (наиболее распространенной), кольцевидной, кокардовидной (концентрические кольца), дугообразной (при объединении фрагментов сливающихся колец), полициклической (сливающиеся округлые элементы) формы. Сыпи могут иметь склонность к слиянию, могут распространяться, как бы расползаясь по периферии и регрессировать в центре (серпигинирующая сыпь). Для диагностики имеет значение характер границ поражения (четкие, например в случае химического ожога), нечеткие, разлитые, расплывчатые. Нередко диагностическое значение имеет локализация сыпи, например, возникновение ее только на открытых участках кожи, на коже и слизистых оболочках, только на красной кайме губ. Сравнительными категориями определения размеров поражения являются: размером с булавочную головку, чечевичное зернышко, монету (нуммулярный), просяное зернышко (милиарный); при характеристике опухолей или язв размеры указывают в объективных единицах измерения.

Характерные особенности элементов поражения оцениваются визуально, при пальпации (с ее помощью определяют границы, размер, очертания,

консистенцию элемента, глубину залегания, возвышение над уровнем слизистой оболочки и т.д.; пальпаторно определяется состояние лимфатических узлов), поскабливании, использовании дополнительных методов (стоматоскопии, флюоресценции, в трудных случаях – бактериологического, иммуннологического, цитологического исследований, биопсии и др). Подробное описание элементов поражения с учетом их цвета, формы, конфигурации, консистенции, характера границ, взаимосвязи между собой в процессе диагностического поиска позволяет дифференцировать конкретные заболевания и способствует выбору лечения заболеваний. Клинические тесты для построения диагноза заболеваний СОПР и кожи –морфологически-дескриптивные элементы – имеют строгую клиническую, патоморфологическую и типичную для каждого из них характеристику. Однако следует учитывать, что характер изменений на слизистой оболочке полости рта нередко зависит от общего состояния здоровья ребенка, что вызывает необходимость в некоторых случаях исследовать не только отдельные органы, но и весь организм в целом, с привлечением специалистов различного профиля.

Следует однако отметить, что несмотря на то, что все изменения на слизистой оболочке полости рта хорошо видны при осмотре, не всегда удается поставить правильный диагноз. Дело в том, что многие заболевания несмотря на их разные этиологию и патогенез, проявляются внешне идентичными высыпаниями. Зачастую одни и те же элементы существуют на патогенетически разных основаниях, что обусловливает необходимость тщательного клинического обследования и использование набора дополнительных методов исследования.

Так, при некоторых заболеваниях (таких, например, как медикаментозная, пищевая или микробная аллергия) порой трудно установить диагноз по характеру высыпаний патологических элементов, особенно проявляющихся на фоне инфекционного процесса. При этих состояниях наблюдаются типичные и нетипичные формы высыпанных элементов в зависимости от характера, темпов развития и исхода воспалительного процесса. Элементы могут после их первичного появления исчезать бесследно или оставлять после себя пигментации, рубцы различной консистенции, могут рецидивировать в различные сроки после ремиссии и проявляться в виде изоморфной реакции (симптом Кёбнера) - на месте механического воздействия на кожу или слизистую оболочку появляются свежие первичные элементы, свойственные данному заболеванию.

В связи с вышеизложенным, в диагностике любого заболевания необходимо порой использовать дополнительные методы обследования (биохимический, микробиологические, серологические, иммунологические, цитологические, гистологические, иммуноферментные и пр., включая исследование биоэнергетических нарушений). В особо трудных случаях для диагностики необходимо обследование всего организма в целом, особенно ЖКТ и языка, как начального и наиболее доступного его отдела.

**V. Систематизация классификаций заболеваний СОПР.**

Для практического врача систематизация заболеваний СОПР имеет важное значение, так как помогает ориентироваться в существующем многообразии этой патологии, способствуя тем самым правильной постановке диагноза, выбору обоснованных методов лечения и проведению профилактических мероприятий.

Всестороннее и глубокое изучение отдельных заболеваний, имеющих проявления на СОПР, с учетом правильного определения элементов поражения, понимания особенностей клинического течения, локализации патологических изменений, знания морфофункциональных особенностей СОПР в онтогенезе, свойств ротовой жидкости, детального изучения патоморфологических изменений слизистой оболочки при различных заболеваниях позволили создать ряд научно-обоснованных классификаций, использующих различные методические подходы. Приводим самые распространенные из них.

Так, для систематизации известных патологических состояний (заболеваний) СОПР и красной каймы губ Е.В. Боровский и А.Л. Машкиллейсон (1984, 2001) рекомендуют сгруппировать их, взяв за основу этиологический или патогенетический факторы, таким образом:

I. Травматические повреждения в результате действия механических факторов, высоких и низких температур, излучения, опасных метеорологических факторов(метеорологический хейлит, трещины губ), химических веществ и др. Форма проявления: гиперемии, эрозии, язвы, гиперкератозы (лейкоплакия).

II. Инфекционные заболевания:

А. Поражения слизистой оболочки полости рта при острых и хронических инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, ветряная оспа, туберкулёз, сифилис, лепра и др.);

Б. Собственно инфекционные и паразитарные заболевания слизистой оболочки полости рта и губ:

1.вирусные (герпесы, бородавки и др.);

2. фузоспирохетоз;

3. бактериальные (стрепто- и стафилококковые, гонорейные и др.);

4. грибковые (кандидоз, актиномикоз и др.);

III. Аллергические и токсико-аллергические заболевания:

1) контактный аллергический стоматит, гингивит, глоссит, хейлит (от медикаментов, пластмасс и других материалов, которые используются в стоматологии, красителей, зубных паст, эликсиров и других химических веществ, ультрафиолетовых лучей и др., которые контактируют со слизистой оболочкой или красной каймой губ);

2)фиксированные и распространённые токсико-аллергические поражения (от медикаментов, пищевых продуктов и других аллергенов, которые поступают в организм различными путями);

3) дерматозы с поражением слизистой оболочки полости рта токсико-аллергического генеза (многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла, первичные системные васкулиты, включая синдром Вегенера).

IV. Заболевания с аутоиммунным компонентом патогенеза:

1) рецидивирующий афтозный стоматит, включая рубцующиеся афты;

2)синдром Бехчета, включая большой афтоз Турена;

3) синдром Шегрена;

4)дерматозы с поражением слизистой оболочки полости рта (пузырчатка, пемфигоид, болезнь Дюринга, красная волчанка, склеродермия).

V. Кожно-слизистая реакция: красный плоский лишай.

VI. Изменения слизистой оболочки полости рта при экзогенных интоксикациях.

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

веществ:

1)при висцеральной и эндокринной патологии;

2)при гипо- и авитаминозах;

3) при заболеваниях крови и кроветворных органов;

4)при патологии нервной системы;

5)при беременности.

VIII. Врождённые и генетически обусловленные заболевания:

1) невусы и эпителиальные дисплазии: сосудистые невусы, включая синдром Стерджа-Вебера, бородавчатые и пигментные невусы, эпидермоидная киста, болезнь Фордайса, белый губчатый невус (мягкая лейкоплакия, "щёчное кусание" и др), наследственный доброкачественный интраэпителиальный дискератоз;

2)складчатый язык и ромбовидный глоссит;

3)гландулярный хейлит;

4)дерматозы с поражением слизистой оболочки полости рта и губ: буллёзный эпидермолиз, атопический дерматит (хейлит), псориаз, ихтиоз, болезнь Дарье, синдром Пейтца-Егерса-Турена, врождённая паронихия, ангидротическая эпителиальная дисплазия.

IX. Предраковые заболевания, доброкачественные и злокачественные новообразования:

1) облигатный предрак: болезнь Боуэна, бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз красной каймы губ, абразивный преканцерозный хейлит Манганотти;

2) факультативный предрак: лейкоплакия, ороговевающая папиллома и папилломатоз, кератоакантома, кожный рог и др.;

3)доброкачественные новообразования;

4)рак.

В Московском государственном медицинском стоматологическом университете в учебном процессе используется следующая классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта. (МГМСУ,1989):

I. Травматические поражения (механические, химические, физические), а именно: травматическая эритема, эрозия, язва, лейкоплакия, никотиновый лейкокератоз, актинический хейлит, лучевые, химические поражения и др.

II. Инфекционные заболевания: - вирусные (герпетический стоматит, опоясывающий лишай, ящур, вирусные бородавки, грипп, ВИЧ-инфекция);

- язвенно-некротический стоматит Венсана;

- бактериальные инфекции (стрептококковый стоматит, пиогенная гранулема, шанкриформная пиодермия, туберкулез и др);

- болезни, передаваемые половым путем (сифилис, гонорейный стоматит);

- микозы (кандидоз, актиномикоз и др.).

III. Аллергические заболевания (отек Квинке, аллергический стоматит, хейлит, глоссит, медикаментозный стоматит, хейлит, глоссит, многоформная экссудативная эритема (МЭЭ), рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) и др.).

IV. Изменения слизистой оболочки полости рта при экзогенных интоксикациях.

V. Изменения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и болезнях обмена (гипо- и авитаминозы; болезни эндокринные, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, системы крови, нервной системы; коллагенозы).

VI. Изменения слизистой оболочки полости рта при дерматозах (пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга, красный плоский лишай, красная волчанка).

VII. Аномалии и самостоятельные заболевания языка (складчатый, ромбовидный, деквамативный и др.).

VIII. Самостоятельные хейлиты (гландулярный, эксфолиативный актинический, метеорологический, атопический, экзематозный, контактный, макрохейлит и др.)

IХ. Предраковые заболевания (облигатные и факультативные) и опухоли (доброкачественные и злокачественные).

Классификация заболеваний, изменений и поражений слизистой оболочки полости рта, предложенная Т.Ф. Виноградовой и соавт. (1974, 1987), наиболее полно отражает комплекс этиологических, патогенетических и клинических данных о болезнях слизистой оболочки полости рта в детском возрасте:

I. По этиологии:

1) повреждения, возникшие вследствие механической, физической и химической травмы (ссадина, эрозия, декубитальные язвы, афта Беднара, рана, лейкоплакия, мягкая лейкоплакия, хроническая трещина губ, лучевые, химические и термические ожоги, актинический хейлит, гингивиты, обусловленные аномальным прикреплением уздечек и др.);

2) вирусные болезни слизистой оболочки полости рта (острый герпетический стоматит, рецидивирующий герпетический стоматит, вирусные бородавки, герпангина (энтеровирусные стоматиты), ящур, стоматиты: везикулярный, коревой, ветряночный и др.);

3) грибковые болезни (острый поверхностный кандидоз - молочница, хронический кандидозный стоматит, дрожжевой глоссит, кандидомикотическая заеда, глубокие кандидозы, актиномикоз и др.);

4) бактериальные инфекции (стоматиты гонорейный и туберкулёзный, хейлит, язвенно-некротический стоматит Венсана, сифилис полости рта);

5) аллергические болезни (при контактной, бактериальной и лекарственной аллергии (многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, Фиссанже-Рандю, Лайелла, Рейтера, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, ангионевротический отек Квинке, синдром Мелькерсона - Розенталя-Россолимо и др.);

6) Изменения и заболевания слизистой оболочки полости рта, которые являются симптомами или проявлениями патологии других органов и систем организма, возникающих при заболеваниях:

а) желудочно-кишечного тракта и печени (острый катаральный и язвенный стоматит при дизентерии, хронический рецидивирующий афтозный и язвенный стоматиты, стоматит Сеттона, десквамативный глоссит, ромбовидный глоссит, различные формы гингивитов и стоматитов);

б) острых инфекционных заболеваниях ( пятна Филатова-Бельского-Коплика при кори, "малиновый" язык при скарлатине, везикулярный стоматит при ветряной оспе, язвенно-некротический стоматит при брюшном тифе, геморрагии и усиление сосудистого рисунка при гриппе, катаральный стоматит с выраженной зернистостью слизистой оболочки при аденовирусной инфекции и др);

в) крови (десквамативный глоссит - язык Гюнтера при анемиях, язвенные стоматиты при ретикулезах, остром и хроническом лейкозах, лимфогранулематозе и др.);

г) кожи (красный плоский лишай, дерматит Дюринга, буллёзный эпидермолиз, экзематозные хейлиты и др.);

д) сердечно-сосудистых заболеваниях (болезнь Ослера, хронический катаральный гингивит и стоматит при пороках сердца, хронический язвенный стоматит и др.);

е) эндокринной патологии (гипертрофия и складчатость языка при болезни Дауна, скротальный язык при синдроме Шерешевского-Тернера, воспалительные и воспалительно-дистрофические формы пародонтопатий при диабете, пародонтопатий при дисгормональных эндокринопатиях) и других системных заболеваниях (красная волчанка, синдром Вегенера, эозинофильный коллагеноз, кератодермия (синдром Папийона-Лефевра, гистиоцитоз Х, болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена и др.);

- нервно-психических заболеваниях (гингвиты при олигофрении, мягкая лейкоплакия, хейлит Микулича-Кюммеля, ромбовидный и десквамативный глоссит и др.

II. По клиническому течению: острые и хронические (рецидивирующие  
перманентные).

1. По локализации: папиллит, гингивит, глоссит, палатинит, стоматит.

IV. По клинически выраженным морфологическим изменениям:

1)первичные: воспаление (катаральное, фибринозное, альтеративное и пролиферативное), высыпания: пузырьковые, пузырные и папулезные);

2) вторичные (эрозии, афты, язвы, пятна, рубцы и др.).

Используя подобную классификацию, можно составить развернутый диагноз, то есть краткое резюме-эпикриз. Особое внимание следует обратить на целесообразность выделения таких этиологических факторов, которые непосредственно вызывают заболевания, повреждения или поражения слизистой оболочки полости рта. Устранение этих причин должно повлечь за собой и ликвидацию патологии. Наряду с этим в качестве причины выступают заболевания систем и органов, при которых изменения и поражения слизистой оболочки полости рта являются симптомом основного заболевания или отражением общих закономерностей патологического процесса в организме.

Вместе с тем, в клинике чаще используется более удобная систематика поражений СОПР, языка и губ у детей, предложенная кафедрой стоматологии детского возраста МГСМУ им. Семашко (A.A. Колесов и В.В. Жилина (1978; 1991), Л.С. Персин с соав.(2003), Л.П. Кисельникова с соавт. (2010), в основу которой положены этиологические и патогенетические факторы, помогающие врачу при лечении выбрать наиболее рациональное воздействие:

Классификация поражений СОПР, языка и губ у детей.

1. Поражения слизистой оболочки полости рта травматического происхождения.

1. Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях.
2. Поражения слизистой оболочки полости рта, вызванные специфической инфекцией.
3. Поражения слизистой оболочки полости рта, обусловленные аллергией и приемом лекарственных веществ.
4. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболевании различных органов и систем организма.
5. Заболевания языка.
6. Заболевания губ.

Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей кафедры детской терапевтической стоматологии Киевского национального медицинского университета (1998, 2006), также отражает комплекс этиологических, патогенетических и клинических данных:

1. Травматические повреждения: механическая травма (афта Беднара, декубитальная эрозия, язва, мягкая лейкоплакия), химическая травма, лучевая травма.
2. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта:

- острый герпетический стоматит;

- рецидивирующий стоматит;

- герпетичекая ангина (Коксавирусный стоматит);

- вирусные бородавки.

3. Изменения слизистой оболочки полости рта при острых вирусных и инфекционных заболеваниях (ОРВИ, корь, инфекционный мононуклеоз, ветряная оспа, опоясывающий лишай(герпес), краснуха, скарлатина, дифтерия, коклюш, ящур, везикулярный стоматит, СПИД).

4. Грибковые заболевания слизистой оболочки полости рта:

- острый кандидоз;

- хронический кандидоз.

5. Аллергические заболевания (отек Квинке, крапивница, анафилактический шок, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, контактный аллергический стоматит).

6. Проявления на слизистой оболочке полости рта при некоторых системных заболеваниях (заболевания системы пищеварения, эндокринной системы, крови, гиповитаминозы и др.).

7. Проявления на слизистой оболочке полости рта при дерматозах с аутоиммунным компонентом (пузырчатка).

8. Изменения слизистой оболочки полости рта при специфических бактериальных, фузоспириллярных и спириллярных инфекциях (туберкулез, сифилис, гонорея, стоматит Венсана и др.).

9. Аномалии и самостоятельные заболевания языка (складчатый, ромбовидный, десквамативный, черный волосатый язык).

10. Хейлиты:

- самостоятельные;

- симптоматические.

Классификация кафедры терапевтической стоматологии национального медицинского университета имени Богомольца (Н.Ф.Данилевский и др.,1998,2010) учитывает по возможности причины возникновения, механизм развития, клинические признаки и характер течения заболевания. Более того, согласно этой классификации, поражения СОПР разделены на три основные группы (самостоятельные, симптоматические и синдромы).

В приведенных нами вариантах систематизации заболеваний и изменений СОПР и губ подразумевают рассмотрение возникновения и последовательного развития патологических проявлений конкретной нозологической единицы. Элементы поражения в этих случаях описываются в порядке их проявления или обнаружения на СОПР. В хронологическом порядке характеризуется каждая стадия заболевания от момента воздействия первичного фактора до выздоровления или ремиссии. Анализ картины очагов поражения в динамике соответственно развитию болезни и отдельных ее периодов способствует знанию и целостному восприятию врачом клинических симптомов конкретных нозологических форм. Перечень заболеваний СОПР, представленный в современных классификациях в определенной последовательности, объединение и распределение их на группы и классы по определенным признакам и принципам обеспечивают стандартные подходы формулирования диагноза и использование общепринятых на данном этапе нозологических названий. Однако следует отметить, что положенные в основу приведенных классификаций принципы не полностью удовлетворяют запросы практического здравоохранения из-за отсутствия полной ясности причин и механизма некоторых заболеваний. Кроме того, многие из хорошо известных заболеваний не могут быть систематизированы по одному общему для них признаку.

В то же время существует иной подход к изучению и описанию поражений СОПР, который предполагает идентификацию заболеваний на основе описания ведущего симптома (синдрома). Этот принцип диагностики заболеваний СОПР исходя из внешних проявлений патологии нередко используют начинающие врачи. Согласно схеме S.N.Bhаskar (1977), где патология СОПР систематизирована по ведущему клиническому признаку, в отдельные группы объединены болезни и варианты физиологической нормы, имеющие схожие клинические проявления, именно среди них возникает необходимость в дифференциальной диагностике. Представляем этот вариант классификации:

1. «белые» проявления;

2. пузырные поражения;

3. эрозивно-язвенные поражения;

4. «пигментные» проявления.

«Белые» проявления – это патология, элементом поражения которых на слизистой оболочке полости рта является белое пятно. Оно может быть при различной патологии. К «белым» относят болезнь Боуэна, болезнь Фордайса, волосатую лейкоплакию, десквамативный глоссит, кандидоз, красную волчанку, красный плоский лишай, лейкоплакию, мягкую лейкоплакию, лейкоплакию Таппейнера, плоскоклеточный рак ороговевающий, сифилитическая папула, химический ожог.

К пузырным поражениям относят - буллезный пемфигоид, герпетическая ангина, красный плоский лишай (буллезная форма), многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла, опоясывающий лишай, острый герпетический стоматит, пузырчатка (вульгарная пузырчатка), пузырно-сосудистый синдром, ретенционная (слизистая) киста, рецидивирующий хронический герпес, ящур.

Эрозивно-язвенные поражения являются проявлением аллергического контактного стоматита, злокачественного эпителиального новообразования (рак), красной волчанки (эрозивно-язвенная форма), рецидивирующие глубокие рубцующиеся афты (стоматит Сеттона), синдром Бехчета (болезнь Бехчета), стоматит Венсана (язвенно-некротический гингивостоматит), твердый шанкр (первичная сифилома), травматическая эрозия, язва, трофическая язва, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, шанкриформная пиодермия.

Пигментированные проявления - варикозное расширение вен, гемангиома

простая, медикаментозная пигментация, меланома, отравление солями тяжелых металлов (ртуть, свинец, висмут), саркома Капоши, синдром Пейтца-Егерса-Турена, физиологическая пигментация, черный волосатый язык, ятрогенная пигментация.

Условность этой систематизации очевидна. Так, «белые» заболевания, внешним признаком которых на СОПР является белое пятно, может быть проявлением гиперкератоза (красный плоский лишай, лейкоплакия), белого налета на СОПР (кандидоз), белой пленки, которая образовалась вследствие химического ожога. В то же время эти заболевания при определенных условиях (например травма, вторичное инфицирование) в последующей стадии развития патологического процесса могут проявиться эрозией или язвой. То же касается и пузырных заболеваний: после вскрытия пузыря образуется эрозия (афта), которая при воздействии местных травмирующих факторов, плохой гигиене полости рта может трансформироваться в язву. В связи с этим одни и те же заболевания на разных этапах развития и в зависимости от формы могут быть представлены в различных разделах с учетом ведущего клинического симптома (белое пятно, пузырь, эрозия, язва).

Заболевания губ выделены в отдельный раздел, где рассматриваются самостоятельные болезни красной каймы. Среди них выделяют собственно хейлиты, симптоматические хейлиты и заболевания, относящиеся к предраковым. (абразивный преканцерозный хейлит Манганотти, актинический хейлит, аллергический контактный хейлит, атопический хейлит, бородавчатый предрак красной каймы губы, гландулярный хейлит, макрохейлит, метеорологический хейлит, ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ, хроническая трещина губ, экзематозный хейлит, эксфолиативный хейлит).

В настоящее время для классификации стоматологических заболеваний в том числе заболевание СОПР используют Международную классификацию стоматологических болезней (МКБ-С), которая является прямым извлечением из Десятого пересмотра международной классификации болезней (МКБ-10) (ВОЗ,1993). Она включает все болезни и состояния, которые развиваются и имеют проявление в полости рта или связаны с полостью рта и смежными структурами. Рекомендуется использовать МКБ-С, имея МКБ в качестве справочного материала.

**Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) (ВОЗ, 1993)**

1. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
2. Новообразовании
3. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
4. Болезни эндокринной системы, расстройства литания и нарушения обмена веществ
5. Психические расстройства и расстройства поведения
6. Болезни нервной системы
7. Болезни глаза и его придаточного аппарата
8. Болезни уха и сосцевидного отросткa
9. Болезни системы кровообращения
10. Болезни органов дыхания
11. Болезни органов пищеварения
12. Болезни кожи и подкожной клетчатки
13. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
14. Болезни мочеполовой системы
15. Беременность, роды и послеродовой период
16. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
17. Врожденные аномалии [пороки крови], деформации и хромосомные нарушения
18. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
19. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
20. Внешние причины заболеваемости и смертности
21. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения

Исходя из требований международной классификации заболеваний применительно к стоматологии, Pindborg (1973) рекомендует следующую систематику заболеваний слизистой оболочки полости рта (излагается в сокращенном варианте):

* + - 1. Инфекционные и паразитарные заболевания.
      2. Неоплазмы.
      3. Эндокринные, метаболические и связанные с нарушением

питания болезни.

* + - 1. Заболевания крови и кроветворных органов.
      2. Заболевания желудочно-кишечной системы.
      3. Заболевания циркуляторной системы.
      4. Осложнения беременности и родов.
      5. Заболевания кожи и подкожных тканей.
      6. Аномалии.
      7. Несчастные случаи и отравления.

Для этого к каждому разделу классификации имеется перечень стоматологических заболеваний и синдромов, проявляющихся в полости рта и отражающих данную системную патологию или состояние. Внутри группы систематизация стоматологических заболеваний проводится по клинико-морфологическим, патоморфологическим признакам, характеру микрофлоры и т.д. Предполагается, что система МКБ-С обеспечит существенный вклад в сбор эпидемиологических данных по редким заболеваниям полости рта, для которого метод наблюдений не осуществлен. Как и МКБ-10, МКБ-С имеет табличный раздел и полный алфавитный указатель.

Список литературы:

1. Агафонов В.Е., Митерева Д.Е., Макарова О.В., Агафонов Е.П. «Морфофункциональная характеристика тучных клеток кожи и слизистых оболочек воздухопроводящих путей при проведении специфической гипосенсибилизации на экспериментальной модели// Ж. Микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии 2006 №2 61-65с.
2. Агиевцева С.В., Борисенко Л.Г., Пищинский И.А. «Дифференциальная диагностика и принципы лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта : учебно-методическое пособие Мн: МГМН ,2002,.48с.
3. Анисимова А.В., Недо В.Б., Ломиашвилли Л.М. «Клиника, диагностика и лечение заболеваний СОПР и губ». М.2008-194с.
4. Білоклицька Г.Ф. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ: навч. посібник. – К., 2007.
5. Быкова И.А., Агаджанян А.А., Банченко Г.В.// Лаб.дело.1987 1;33-35М.
6. Быков В.Л. «Функциональная морфология эпителиального барьера слизистой оболочки полости рта», 1997г. №3,12-17с.
7. Быков В.Л. «Гистология и эмбриология органов полости рта человека» Санкт-Петербург 1996, с. 9-57, 247.
8. Быков В.Л.«Цитология и общая гистология. (Функциональная морфология клеток и тканей человека)» Санкт-Петербург: Гиппократ,1993,с. 9,10,58,105.
9. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. М., 1991. с.20-42
10. Бородай Н.В. «Морфофункциональные особенности слизистой оболочки полости рта и изменения в ней при различных патологических процессах»// Лабораторная диагностика 2001 №1 с.4.
11. Виноградова Т.Ф., Максимова О.П., Э.М.Мельниченко. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей М.1983 с.85-97.
12. Власова Л.Ф., Непомняших Л.М., Резикова Е.О. Цитологический анализ поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки рта// Биологический эксперимент. 2000;№29,с.113-116.
13. Гуц Ю.В. «Диагностика и лечение неинфекционных симптоматических стоматитов в зависимости от степени кератинизации слизистой оболочки полости рта// Вісник стоматології 2001 №4,16-17с.
14. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. «Заболевания слизистой оболочки полости рта». К2001-271с.
15. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ./ Под редакцией Е.В.Боровский, А.Л. Машкиллейсон А.Л, М.: 1984,с.398.
16. Заболевания слизистой оболочки полости рта./ Под редакцией Е.В.Бор, А.Л. Манек. М,2001,с.2-21.
17. Кабирова М.Ф., Цеманова И.Н., Бакиров А.Б. и др. «Морфологические исследования эпителия слизистой оболочки полости рта при лейкоплакии»// Клиническая стоматология 2011, №2,с. 80-82.
18. Калюгина Л.Д., Білоклицька Г.Ф. «Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ»// К.2007,с.280.
19. Кимеле Э. «Цитологическая диагностика в стоматологии» Рига: Зинатне, 1984 - 181 с.
20. Кравец Т.П. «Морфофункциональные особенности эпителия слизистой оболочки полости рта и их значения в диагностике патологических процессов»// Стоматолог 2005,№8, с.46-48.
21. Латышева С.В., Александрова Л.Л. «Клинические критерии состояния слизистой оболочки полости рта»// Современная стоматология. Минск.2005, №2,

с.11-14.

1. Латышева С.В. «Фундаментальные основы диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта: учебно-методическое пособие. Мн: БГМУ,2004.с.58.
2. Луцкая И.К., Андреева В.А. «Элементы поражения как диагностический признак заболеваний слизистой оболочки полости рта»//Современная стоматология Мн.2005,с. 2,3-10.
3. Луцкая И.К., Кульчицкий В.А., Песоцкая и др. «Обследование стоматологического больного. Методические рекомендации.- Мн.,2001-20с.
4. Максимова О.П. «Заболевания губ у детей»., М.,1985,25с.
5. Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10. Женева,1997,ВОЗ. МКБ-10.
6. Мергембаева Х.С. Клиническое течение острого герпетического стоматита у детей в связи с возрастной морфологией слизистой оболочки полости рта. Автореферат дисс. канд. М., 1972 -15 с.
7. Оганян А., Боташова В., Караков К. «Морфологические изменения слизистой оболочки полости рта при гипотиреозе// Врач,2007,№12,с.67-68.
8. Отто Р.В., Х.-П. Вольмер, В.Е. Круг «Клиническая и практическая стоматология .Москва 2010 ,253-272с.
9. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. М.1982. с.29-40.
10. Рабинович О.Ф., Эпелдимова Е.Л.. «Методы диагностики и местного лечения заболеваний слизистой оболочки рта (красный плоский лишай, рецидивирующий афтозный стоматит, декубитальные язви)»// Стоматолог №3 2005, 58-61с.
11. Ревякина В.А. «Дифференциальная диагностика кожных сыпей у детей». Ж.Медицина неотложных состояний №5(30),2010,104-107.
12. Рыбаков А.И., Банченко Г.В.Заболевания слизистой оболочки полости рта. М., 1978. с.5-31.
13. Савкина Г.Д. «Методика обследования больных с поражением слизистой оболочки полости рта( Терапевтическая стоматология под редакцией А.И.Рибакова и В.С. Иванова) М.1971,92-101.
14. Старокадомский П.Л., Скиба О.И. «Проницаемость слизистой оболочки полости рта для некоторых неорганический и органических молекул»// Вісник стоматології 2003 №3, стр. 2-9.
15. Стоматология детского возраста. Под редакцией Т.Ф.Виноградовой М.1987. С.346-354.
16. Третьякович А.Г., Борисенко Л.Г., Пищинский И.А. «Дифференциальная диагностика и принципы лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта». Методические рекомендации.- Мн.,2005,с.66.
17. Фалин Л.И. Гистология и эмбриология полости рта и зубов. М., 1963, с.165-191,219.
18. Фомина Ю.В., Урутина М.Н., Леонтьев В.К. и др. «Оптическая когерентная томография в оценке состояния слизистой оболочки полости рта». Сообщение 1. Нормальная слизистая оболочка // Стоматолог, 2004,№3,с.15-21.
19. Юлдашев А.Ю., Юлдашев М.А. «Иммунная система слизистых оболочек,

как самостоятельная функциональная система организма// Морфология ,2006, №4, с.25.

1. Norman K. ,Wood N., Paul W, Goaz P Differential diagnosis of oral lesions and maxilla-facial lesions, London, 1997, Pt1. 150p.

**Приложение 1.**

**Схема осмотра слизистой оболочки полости рта, предлагаемая А.Л. Машкиллейсон (1964)**

**Данные осмотра полости рта** (нужное подчеркнуть)

I. Элементы поражения:

пятно- гиперемическое, ишемическое;

папула, пузырек, пустула, эрозия, афта, лихенизация,

язва – дно- ровное, зернистое, грануляции, вегитации. Края ровные, подрытые; рубець- поверхностный, деформирующий, кератинизации.

II. Размеры поражения – точечный,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см.

III. Форма- округлая, овальная, линейная, фестончатая, полигональная.

IV. Налет – белый, желтый, серый; плотный, рыхлый; Фибринозный, некротический; покрышка пузыря; корки – серозные, кровянистые.

V. Основание – воспалительная инфильтрация (плотная, мягкая) без воспаления.

V.Окружение – воспаление, без воспаления, сосудистая реакция.

VII. Количество – единичное, множественные, раздельные, слившиеся.

VIII. Фазность развития элементов – начальная, развившаяся, эпителизации (рубцевание), многофазность.

VII. Длительность существования элементов на день осмотра.

IX. Окружающая слизистая оболочка - гиперемирована, бледная, цианотичная, желтушная, влажная, сухая, истонченная, опалесцирующая, отечная, явление гиперкератоза, лихенизация, зернистая.

X. Язык – чистый, обложенный, гипертрофия сосочков, атрофия сосочков, складчатый, географический, участки десквамации, явление глоссалгии, ромбовидный.

XI. Гранулы Фордайса – локализация.

XI. Выводные протоки малых желез (воспаление, без воспаления, зияние, гиперплазия, отек)

XII. Выводные протоки больших слюнных желез (воспаление, без воспаления, зияние, гиперплазия, отек) - локализация.

XIII. Дериваты эпителиальной ткани «мясцо» - на нижней поверхности языка и дна полости рта(гиперплазия, отек, воспаление, зияние)

**Приложение 2.**

**Клинические задачи. ЗАБОЛЕВАНИЕ И ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ**

**Задача №1.**

Ребенок 2,5 лет. Жалобы на отказ от приема пищи, повышение температуры тела до 37,5С. Анамнез: 3 дня назад во время падения повредил нижним клыком слизистую оболочку нижней губы. Медицинская сестра детского сада трижды смазывала спиртовым раствором бриллиантовой зелени слизистую оболочку нижней губы. Температура тела и болезненность в поднижнечелюстной области появились на 3-й день заболевания.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. В полости рта: на слизистой оболочке правой щеки эрозия размером 0,7х1,0 мм., покрытая серым налетом. Слизистая оболочка в области эрозии набухшая, имеет белесоватую неровную поверхность в виде разлитого пятна, нечетко ограниченного. Межзубные сосочки отечны, гиперемированы, при пальпации болезненны, кровоточат. Температура тела 37,2 С. В поднижнечелюстной области справа пальпируется плотный болезненный, не спаянный с окружающими тканями одиночный лимфоузел, размером с фасоль.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п | п | с |  |  |  |  |  | п | п |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
| п | п |  |  |  |  |  |  | п | с |

кп = 0

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №2.**

Ребенок 11 лет. Жалоб нет, обратился на профилактический осмотр. Анамнез: Состоит на учете у невропатолога по поводу перинатальной травмы, лабильная психика. Страдает бруксизмом.

Объективно: Конфигурация лица не изменена. В полости рта: на слизистой щек, преимущественно по линии смыкания зубов, обнаружены белесоватые участки слизистой, поверхность их неровная, шероховатая на ощупь. При поскабливании «налет» частично снимается. Слизистая оболочка в остальных отделах полости рта без патологических изменений, при пальпации безболезненна. КПУ+ кп = 0

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №3.**

В поликлинику обратилась мама с ребенком в возрасте 2-х недель с жалобами на беспокойное поведение ребенка во время кормления. Анамнез: день тому назад мать обнаружила у ребенка на слизистой языка, губ и щек крошковидный налет белого цвета. Ребенок родился посредством кесарева сечения.

Объективно: В полости рта на нижней челюсти слева имеется центральный резец, на верхней челюсти слева в области проекции резца на слизистой десны выявлена эрозия овальной формы с неровными краями. На слизистой языка, губ и щек имеется крошковидный налет белого цвета. При поскабливании налет легко снимается. Регионарные лимфоузлы не увеличены, температура тела 36,7 С.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные исследования.

3. Составьте план лечения заболевания СОПР.

4. Тактика врача в отношении центрального резца на нижней челюсти.

5. Какие гигиенические профилактические мероприятия должна проводить мама ребенка?

**Задача №4.**

В поликлинику на приём обратилась мама с ребёнком в возрасте 11 мес. Жалобы на отказ ребёнка от пищи, обильное слюнотечение, высыпания мелких пузырьков на нижней губе. Анамнез: сутки тому назад мама отметила плаксивость ребёнка, отказ от еды, высыпания пузырьков на нижней губе.

Объективно: на слизистой нижней губы три эрозии, покрытые фибринозным налётом, окружены венчиком гиперемии, округлой формы около 3 мм в диаметре. Слизистая оболочка полости рта и преддверия без изменений, десны отёчны, гиперемированы. Между верхними резцами диастема, отмечается низкое прикрепление уздечки верхней губы. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции. Температура тела 37,3 С. кп = 0.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №5.**

В поликлинику на прием к врачу обратилась мама с ребенком в возрасте 3 лет с жалобами на плохой аппетит ребенка, его беспокойство, боли в полости рта. Анамнез: сутки тому назад ухудшилось общее состояние ребенка, появились симптомы ОРЗ, высыпания мелких пузырьков на красной кайме губ.

Объективно: конфигурация лица нарушена - в профиль виден уплощенный средний отдел лица, подбородок выступает вперед, нижние передние зубы перекрывают центральные верхние зубы. Зубная формула соответствует возрасту.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | с | R | с |  |  |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Коронка 61 зуба разрушена полностью. На красной кайме губ имеются сгруппированные пузырьки, заполненные прозрачным содержимым, наслизистой языка слившиеся между собой эрозии, окруженные венчиком гиперемии, покрытые белым фибринозным налетом. Маргинальная десна отечна, гиперемирована, при пальпации болезненна, кровоточат. Затылочные и подчелюстные лимфоузлы увеличены, подвижны, мягкой консистенции, болезненны при пальпации, температура тела 37,7 С. кп = 3.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №6.**

Больной А., 3,6 лет, жалуется на боль во рту, общую слабость. Мать подчеркивает вялость ребенка, сонливость, повышение температуры тела до 39-40 град, отказ от еды. Анамнез: со слов матери перенес ОРЗ, получал 5 дней олеандомицин, глюконат кальция, витамин С, мальчик "почти выздоровел", но через день снова повысилась температура до 39 град., появились на губах и во рту язвы, не смог принимать пищу. Рос и развивался соответственно возрасту, болел экссудативным диатезом, ОРЗ, пищевая аллергия в виде крапивницы на шоколад.

Объективно: общее состояние ребенка тяжелое, вял, апатичен, температура 39,6С. Губы отечны, покрыты массивными кровянистыми корочками. Множество обширных эрозий на слизистой оболочке щек, языка, на вестибулярной поверхности губ, покрытых беловатым налетом, резко болезненных при прикосновении. Кровянистые корочки в носовых ходах, на веках, кровоизлияния в склеру левого глаза. На левой ладони два пузыря, диметром 5 мм. кп = 8.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| с | с |  |  |  |  |  |  | с | с |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
| с | с |  |  |  |  |  |  | с | с |

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №7.**

Ребенку 6 лет. Со слов матери у ребенка появились «язвочки» в полости рта ребенка. Анамнез: «язвочки» появились 2 дня назад, перед этим было чувство жжения и болезненности при приеме пищи. Ранее такие язвочки появлялись 6 месяцев тому назад, лечение не проводилось. У ребенка отмечается нарушение аппетита, склонность к запорам, иногда беспричинные боли в области пупка.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, преддверие полости рта без особенностей, зубная формула соответствует возрасту, но удалены 74, 75, 84, 85 зубы.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| с | с |  |  |  |  |  |  | с | с |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
| 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 |

На слизистой верхней губы справа и переходной складке в области 82 зуба имеются эрозии округлой формы с выраженным венчиком гиперемии размером около 3 мм в диаметре, покрытые фибринозным налетом. Язык обложен белым налетом. кп = 8.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №8.**

К врачу-стоматологу обратилась мама с ребенком 10 лет с жалобами на появление участков белого цвета в области миндалин, десен, языка. Анамнез: нарушение лейкопоэза, хронический лейкоз.

Объективно: Клиническая картина катарального генерализованного гингивита. На внешне неизмененной слизистой оболочке миндалин, десен, языка обнаружены некротизированные участки серо-белого цвета, находящиеся на уровне окружающей слизистой. Реакция окружающих тканей слабая. Общее состояние удовлетворительное.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 |
| с |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | с |

КПУ+ кп = 2

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №9.**

На прием к врачу-стоматологу обратилась мама с 5-летней девочкой с жалобами на появление пятен на языке ярко-розового цвета, которые периодически исчезают в одном месте и появляются в другом. Анамнез: состоит на диспансерном учете у врача – гастроэнтеролога по поводу дискинезии желчевыводящих протоков.

Объективно: на спинке языка и его боковой поверхности определяются участки слущенного эпителия ярко-розового цвета. По краям участка десквамации видна полоска набухшего перед слущиванием эпителия. Очаги десквамации имеют вид овала. Общее состояние удовлетворительное, болевых ощущений нет. кп = 3.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | с | с | с |  |  |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №10.**

Дима, 10 лет предъявляет жалобы на появление «инородного» тела на спинке языка темного цвета. Анамнез: 2 мес. назад перенес пневмонию. В стационаре проведен интенсивный курс антибиотикотерапии.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 |
| с |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | с |

Объективно: на спинке языка обнаружен участок гиперплазированных нитевидных сосочков, которые покрыты толстым роговым слоем. Участок буро-коричневого цвета. Общее состояние удовлетворительное, понижен аппетит.

КПУ+ кп = 2

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №11.**

На прием к врачу-стоматологу обратилась мама с ребенком 5 лет с жалобами на боль в деснах при приеме пищи. Анамнез: 2 дня назад ребенку проводилось лечение кариозных пятен в области центральных нижних резцов, на следующий день мать заметила темно-бурый цвет края десны в области этих зубов.

Объективно: папиллярно-маргинальная десна в области нижних фронтальных зубов темно-бурого цвета, отечна, ее пальпация слегка болезненна.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | с |  |  |  |  |  |  | с | с |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
|  |  | с | с | с | с | с | с |  |  |

КПУ+ кп = 9

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №12.**

В поликлинику на прием обратилась мама с ребенком в возрасте 1 месяца. Жалобы на прищелкивание языком во время кормления грудью, беспокойное поведение ребенка, наличие высыпаний на слизистой полости рта. Анамнез: ухудшение состояния ребенка мать заметила 4 дня тому назад, когда впервые в полости рта обнаружила белый крошковидный налет на языке.

Объективно: конфигурация лица не изменена, слизистая щек и языка гиперемирована, имеется обильный творожистый налет на слизистой щек и языка, при поскабливании снимается с трудом. Короткая уздечка языка. Температура тела 36,7 С.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические профилактические мероприятия проводит мама ребенка?

**Задача №13.**

На прием в детскую стоматологическую поликлинику обратилась мама с 3-летней Машей с жалобами на отечность губ и кожи околоротовой области. Анамнез: страдает пищевой аллергией, отечность периодически появляется и проходит. Болеет с полутора лет.

Объективно: Кожа лица бледная, сухая. Красная кайма и кожа губ испещрена поперечными складками и трещинами, покрыта сухими чешуйками. Общее состояние удовлетворительное. кп = 0.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №14.**

При плановой санации полости рта врач-стоматолог обнаружил у 6-летнего Кости эрозии в области углов рта, покрытые корочкой желтого цвета, на красной кайме губ - поперечные и центральная трещины. В основании трещин имеется выраженный инфильтрат. Губы сухие, шелушатся. Дыхание ротовое. Анамнез: Болеет простудными заболеваниями часто, губы воспаляются, чаще всего, в осенне-зимний период. КПУ+кп = 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
| с | с |  |  |  |  |  |  |  | с |

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Задача №15.**

Мама у 8-летнего Жени заметила на языке участок ярко-розового цвета. Жалоб на болезненность языка нет. Анамнез: в раннем детстве несколько раз лежал в стационаре по поводу воспалительных заболеваний.

Объективно: по средней линии спинки языка в заднем отделе имеется участок ромбовидной формы, лишенный нитевидных сосочков, ярко-розового цвета. Пальпация языка безболезненная. Общее состояние удовлетворительное. КПУ+кп = 6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| с |  | с |  |  |  |  |  | с | с |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
| с |  |  |  |  |  |  |  | с |  |

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Проведите дополнительные методы исследования.

3. Составьте план лечения.

4. Проведите дифференцированную диагностику заболевания.

5. Какие гигиенические средства применяют в данном возрасте.

**Эталон ответа. ЗАБОЛЕВАНИЕ И ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ.**

**Эталон ответа к задаче №1.**

1. Острая механическая травма щеки, осложненная химическим ожогом. Острый генерализованный катаральный гингивит. Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстных лимфатических узлов справа.

2. Учитывая анамнез, специальных лабораторных исследований не требуется.

3. Лечение: местное - аппликационное обезболивание, орошение полости рта противовоспалительными отварами лекарственных трав, интерферон по 5 капель 5 раз в день под язык, Солкосерил дента на эрозированную поверхность. Общее - антибиотики и антигистаминные в возрастной дозировке. Физиотерапия (УВЧ), компрессы (полуспиртовой) на область подчелюстных лимфоузлов.

4. Дифференцировать с ОГС.

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской профилактической пасты.

**Эталон ответа к задаче №2.**

1. Травматический гиперкератоз слизистой оболочки щек.

2. Цитологическое исследование соскобов со слизистой оболочки в месте поражения.

3. Лечение у невролога, местно – аппликации на очаг кератопластических лекарственных средств.

4. Дифференцировать с лейкоплакией, красным плоским лишаем (гиперкератотическая форма).

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением зубной щетки средней жесткости и лечебно-профилактической пасты. Дополнительные средства гигиены – ополаскиватели, зубные нити.

**Эталон ответа к задаче №3.**

1. Острый псевдомембранозный кандидоз СОПР (молочница), легкая степень тяжести. Хроническая механическая травма слизистой оболочки десны.

2. Соскоб со слизистой оболочки на подтверждение специфической инфекции.

3. Ощелачивающая терапия, обработка слизистой оболочки йодистыми препаратами.

4. После выздоровления - удаление временного центрального резца.

5. Перед и после кормления - туалет грудного соска с применением детского мыла и смягчающих средств. Кипячение пустышки и хранение ее в стерильных условиях.

**Эталон ответа к задаче №4.**

1. Острый герпетический стоматит легкой степени тяжести. Острый серозный поднижнечелюстной лимфаденит. Низкое прикрепление уздечки верхней губы.

2. Исследование мазка-отпечатка.

3. Аппликационная анестезия, антисептическая обработка СОПР, противовирусные мази, в период эпителизации – кератопластики. На область лимфоузлов - полуспиртовой компресс 2 раза в день по 1 часу. Наблюдение у врача-ортодонта - 1 раз в год. После прорезывания 11, 21 зубов провести рентгенологическое обследование, при необходимости – пластика уздечки верхней губы.

4. Дифференцировать с острой травмой СОПР, медикаментозной аллергией.

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки без зубной пасты.

**Эталон ответа к задаче №5.**

1. Острый герпетический стоматит средней степени тяжести. Острый генерализованный катаральный гингивит. Острый серозный затылочный, поднижнечелюстной лимфаденит. Хронический периодонтит 61 зуба. Мезиальная окклюзия.

2. Исследование мазка-отпечатка. Развернутый анализ крови, мочи. Сбор дополнительного анамнеза у родителей с целью исключения влияния наследственных факторов в развитии ЗЧА.

3. Местное - аппликационная анестезия, антисептическая обработка СОПР, противовирусные мази, интерферон по 5 капель 5 раз в день под язык; в период эпителизации – кератопластики. На область лимфоузлов - полуспиртовой компресс 2 раза в день по 1 часу. Общее – противовирусные, антигистаминные препараты, витамины, обильное питье. После выздоровления основного заболевания: хирургическое лечение 61 зуба, терапевтическое лечение 51 и 62 зубов. Ортодонтическое лечение после выздоровления основного заболевания: в период начального сменного прикуса (после прорезывания первых моляров) провести расчет контрольно-диагностических моделей. Во второй половине сменного прикуса - ТРГ головы в боковой проекции, ОПГ, изготовление подбородочной пращи с косой резиновой тягой к головной шапочке, для сдерживания роста нижней челюсти, массаж, миогимнастика и диспансерное наблюдение.

4. Дифференцировать с острой травмой СОПР, медикаментозной аллергией.

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

**Эталон ответа к задаче №6.**

1. Синдром Стивенса-Джонсона.

2. Анализ крови, цитологический метод-исследование мазков-отпечатков или соскобов со дна эрозий, кожно-аллергические пробы, гистаминовая проба.

3. Лечение стационарное. Местное: Обезболивание слизистой полости рта. Обработка СОПР ферментами, ротовые ванночки с антисептиками, аппликации на пораженную СОПР лекарственного препарата Солкосерил-дента. Для устранения воспаления, уменьшения экссудации назначают кортикостероидные мази. В период выздоровления аппликации кератопластиков. Физиолечение. Для ускорения эпителизации эрозий, регенерации тканей назначают лучи гелий-неонового лазера, КУФ-облучение, гиперборическую оксигенацию. Общее: Десенсибилизирующая, симптоматическая, общеукрепляющая терапия. После выздоровления – санация полости рта.

4. ОГС, рецидивирующие афты, акантолитическая пузырчатка, медикаментозный стоматит, вторичный сифилис.

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

**Эталон ответа к задаче №7.**

1. Рецидивирующие афты полости рта, средняя степень тяжести.

2. Дополнительные исследования: составление копрограммы, консультации педиатра и гастроэнтеролога.

3. Лечение основного заболевания у педиатра и гастроэнтеролога. Местное: аппликационная анестезия, антисептическая обработка СОПР, Солкосерил-дента, кератопластические средства. Ортопедическое лечение, диспансерное наблюдение у врача-ортодонта.

4. Афты Сеттона, синдром Бехчета, рецидивирующий герпетический стоматит, вторичный папулезный сифилис, травматическая эрозия.

5. Гигиена полости рта: до 7 лет желательно назначение гигиенических зубных паст и мягких зубных щеток.

**Эталон ответа к задаче №8.**

1. Хронический лейкоз, хронический генерализованный катаральный гингивит.

2. Развернутый анализ крови.

3. Лечение совместно с педиатром-гематологом. Местное: аппликационная анестезия, антисептическая обработка СОПР, ежедневная обработка пораженной слизистой оболочки ферментами, аппликации кератопластиков. Санация полости рта.

4. Сахарный диабет, язвенно-некротический стоматит Венсана, травматические эрозии, декубитальные язвы, ОГС.

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением зубной щетки средней жесткости и лечебно-профилактической пасты. Дополнительные средства гигиены – ополаскиватели, зубные нити.

**Эталон ответа к задаче №9.**

1. Десквамативный глоссит («географический» язык).

2. Исследование мазка-отпечатка.

3. При болях и жжении – аппликационная анестезия, антисептические полоскания, аппликации кератопластических средств. Пантотенат кальция по 0,03-0,1 г 3 раза в день, повторить 2-3 раза в году, консультация педиатра-гастроэнтеролога. Санация полости рта.

4. Нарушения витаминного баланса (В2, В6, В12); заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринной и нервной системы; медикаментозная аллергия.

5. Гигиена полости рта: до 7 лет желательно назначение гигиенических зубных паст и мягких зубных щеток.

**Эталон ответа к задаче №10.**

1. Черный «волосатый» (ворсинчатый) язык.

2. Соскоб со слизистой оболочки, гистологическое исследование.

3. Кератолитические средства: протирание языка 1-2% р-ром резорцина, 1-2% р-ром салициловой к-ты в 70 град. спирте. Инъекции: 0,5—1 мл 0,25% кальция хлорида с 0,5 мл 1—2% новокаина вводят под очаг поражения два раза в неделю (на курс 3—5 инъекций). Эффективна криодеструкция - орошение разросшихся сосочков жидким азотом в течение 15-30 с., что приводит к их отторжению, чиститка языка зубной щеткой 2 раза в день, санация полости рта.

4. Дифференцировать следует от сходных состояний, возникающих от применения лекарственных веществ - полосканий растворами перманганата калия, перекиси водорода и хлорамина, применения реr os антибиотиков; от окраски пищевыми продуктами (ложный ворсинчатый язык). Дифференциальную диагностику облегчает выяснение анамнеза.

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением зубной щетки средней жесткости и лечебно-профилактической пасты. Дополнительные средства гигиены – ополаскиватели, зубные нити.

**Эталон ответа к задаче №11.**

1. Острая химическая травма слизистой оболочки десны в области центральных нижних резцов.

2. Учитывая анамнез, специальных лабораторных исследований не требуется.

3. Лечение: местное - аппликационное обезболивание, орошение полости рта противовоспалительными отварами лекарственных трав, препараты-биогенные стимуляторы на эрозированную поверхность.

4. Язвенный гингивит.

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

**Эталон ответа к задаче №12.**

1. Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница), средняя степень тяжести, укороченная уздечка языка.

2. Бактериологическое исследование налета.

3. Местное: обработка слизистой оболочки полости рта ощелачивающими растворами, йодистыми растворами, аппликации на пораженную

СОПР мазей-антимикотиков. После выздоровления - пластика уздечки языка.

4. Лейкоплакия, красный плоский лишай.

5. Перед и после кормления - туалет грудного соска с применением детского мыла и смягчающих средств. Кипячение пустышки и хранение ее в стерильных условиях.

**Эталон ответа к задаче №13.**

1. Экзематозный (атопический) хейлит.

2. Требуется провести аллергологические пробы на выявление аллергена.

3. Местное: аппликации на тампонах на кожу и красную кайму губ теплых растворов противовоспалительных трав, после этого нанесение гормональных мазей. Кератопластики - после снятия отека. Общее: диета, исключение аллергической пищи, десенсибилизирующая терапия, витамины. Консультация врача-аллерголога

4. Медикаментозная аллергия, метеорологический хейлит, эксфолиативный хейлит (сухая форма).

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

**Эталон ответа к задаче №14.**

1. Метеорологический хейлит, осложненный банальной инфекцией.

2. В данном случае дополнительным методом обследования является дифференцирование признаков нарушения смыкания губ.

3. Местное: аппликации на тампонах на кожу и красную кайму губ теплых растворов противовоспалительных трав, после этого нанесение жировой аппликации. Смазывание углов рта 0,5-1% антибиотиковыми мазями. Регуляция носового дыхания. Миогимнастика для губ. Санация полости рта.

4. Экзематозный хейлит, эксфолиативный хейлит, медикаментозная аллергия.

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

**Эталон ответа к задаче №15.**

1. Ромбовидный глоссит.

2. Исследование мазка-отпечатка.

3. Проводят санацию полости рта. При лабораторном обнаружении мицелия гриба – противогрибковая терапия. При значительных папилломатозных разрастаниях иссекают очаг поражения с последующим гистологическим исследованием или проводят криодеструкцию. При отсутствии жалоб, кроме санации полости рта и разъяснения прогноза заболевания, другого лечения не требуется. Необходимо наблюдение.

4. Плоскую форму отличают от десквамаций другой этиологии (десквамативный глоссит, авитаминозы и др.), папилломатозную форму – от опухолей, специфических воспалительных процессов.

5. Индивидуальная гигиена полости рта с применением мягкой детской зубной щетки и детской лечебно-профилактической зубной пасты.

**ТЕСТЫ**

№1

Мальчику 7 лет. Объективно: десна гиперемированы, отмечается кровоточивость. Зубы подвижны, корни оголены и покрыты налетом. Пародонтальные карманы выполнены грануляциями. Ребенок находится на учете у педиатра. Со слов мамы в последнее время состояние ребенка ухудшилось, отмечается несахарный диабет, экзофтальм. Какое заболевание можно заподозрить у ребенка?

A. Пародонтальный синдром при болезни Гоше

B. Пародонтальный синдром при сахарном диабете

C. Пародонтальный синдром при болезни Хенда-Шюллера-Кристчена

D. Пародонтальный синдром при болезни Иценко-Кушинга

E. Пародонтальный синдром при болезни Леттера-Зиве

№2

Ребенок 13 лет жалуется на периодически возникающую кровоточивость десен во время чистки зубов. Объективно: во фронтальном участке нижней челюсти скученность зубов, контуры десневых сосочков сглажены. Десна отечная, пастозная, синюшная, при зондировании кровоточит. Проба Писарева-Шиллера положительная. Индекс PMA = 30%. Гигиенический индекс по Грину-Вермильону – 2,6 балла. Какой предварительный диагноз?

A. Гипертрофический гингивит

B. Язвенный гингивит

C. Десквамативный гингивит

D. Острый катаральный гингивит

E. Хронический катаральный гингивит

№3

Девочка 14 лет жалуется на разрастание десен, на периодически возникающую кровоточивость десен во время чистки зубов. Объективно: во фронтальном участке нижней челюсти скученность зубов, десна покрывает до ½ коронок зубов. Десна гиперемирована, при зондировании кровоточит. Проба Писарева-Шиллера положительная. Гигиенический индекс по Грину-Вермильону – 2,0 балла. Какой предварительный диагноз?

A. Гипертрофический гингивит, фиброзная форма

B. Гипертрофический гингивит, отечная форма

C. Десквамативный гингивит

D. Острый катаральный гингивит

E. Хронический катаральный гингивит

№4

У 14 летнего мальчика, имеющего привычку грызть ногти, во время профилактического осмотра выявлена атрофия десны с вестибулярной стороны 33 и 34 зубов. Шейка и корень каждого из этих зубов оголены на 1/3 длины, окружающий десневой валик в цвете не изменен, безболезненный, десневой край плотно охватывает каждый зуб. Какой предварительный диагноз?

A. V-образная атрофия десен

B. Пародонтоз

С. Врожденная аномалия

D. Локализованный пародонтит

E. Пародонтальный синдром

№5

Девочка 11 лет жалуется на незначительную кровоточивость десен, ощущение зуда, отек. Объективно: скученность зубов во фронтальном участке нижней челюсти. Выявлены мягкий зубной налет, наддесневой и поддесневой зубной камень в области нижних резцов. Десны во фронтальном участке нижней челюсти гиперемированы и отечны. Пародонтальные карманы глубиною до 3,5 мм. Рентгенологически определяются: расширение периодонтальных щелей, начальная резорбция верхушек межзубных перегородок. Какой предварительный диагноз?

A. Генерализованный пародонтит

B. V-образная атрофия десен

C. Локализованный пародонтит

D. Хронический катаральный гингивит

E. Гипертрофический гингивит

№ 6

Ребенку 12 лет. Жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов. Слизистая оболочка десен цианотична. Десневые сосочки отечны, легко кровоточат при дотрагивании. Во фронтальном участке нижней челюсти наддесневые зубные отложения. Какое дополнительное обследование необходимо для уточнения диагноза?

А. Рентгенография

В. Проба Шиллера-Писарева

С. Реография

D. Индекс РМА

Е. Проба Кулаженко

№ 7

Девочку 14 лет беспокоит разрастание десен, боль в них, подвижность зубов. С раннего детства страдает гнойными воспалительными процессами (фурункулы, карбункулы, абсцессы). Каждые 2-3 недели наблюдается резкое ухудшение общего состояния, повышение температуры тела до 39-40˚С. Объективно: десна гипертрофированны, гиперемированы, отечны. Глубина карманов до 5 мм. Рентгенологически определяется резорбция межзубных перегородок в области всех зубов. Консультация какого специалиста необходима в первую очередь?

А. Дерматолога

В. Хирурга

С. Невролога

D. Эндокринолога

Е. Гематолога

№8

Мальчик 12 лет жалуется на незначительную кровоточивость десен, ощущение зуда, отек. Объективно: скученность зубов во фронтальном участке нижней челюсти. Выявлены мягкий зубной налет, наддесневой и поддесневой зубной камень в области нижних резцов. Десна во фронтальном участке нижней челюсти гиперемирована и отечна. Пародонтальные карманы глубиною до 4,0 мм. Какой дополнительный метод диагностики необходимо применить для уточнения диагноза?

A. Рентгенологический

B. Пробу Шиллера-Писарева

C. Определение индекса гигиены

D. Определение индекса PMA

E. Пробу Кулаженко

№9

Девочка 13 лет обратилась с жалобами на разрастание десен, которое появилось год назад и сопровождается сильной кровоточивостью. Зубы чистит нерегулярно. При осмотре выявлены кровоточивость десен, зубодесневые сосочки застойно гиперемированы, деформированы. Определяется скученность зубов во фронтальном участке. Какой предварительный диагноз?

A. Фиброматоз десен

B. Хронический катаральный гингивит

C. Гипертрофический гингивит

D. Пародонтальный синдром

E. Локализованный пародонтит

№10

В гистологическом препарате определяется образование ротовой полости, представленное слизистой оболочкой, имеющей свободную часть и прикрепленную, которая прочно сращена с надкостницей. Эпителий – многослойный, плоский, ороговевающий. Собственная пластинка образует длинные сосочки, глубоко вдающиеся в эпителий. Какое это образование?

A. Язык

B. Десна

C. Губа

D. Твердое небо

E. Щека

№11

Ребенок 14 лет жалуется на кровоточивость десен на протяжении нескольких лет при чистке зубов и употреблении твердой пищи. Объективно: слизистая оболочка десен в области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отечная, гиперемирована, имеет цианотичную окраску. Десневой край валикообразно утолщен. Рентгенологические изменения костной ткани не выявлены. Определите наиболее вероятный диагноз.

A. Генерализованный пародонтит

B. Локализованный пародонтит

C. Хронический катаральный гингивит

D. Гипертрофический гингивит

E. Пародонтальный синдром

№12

Ребенок 8 лет находится на ортодонтическом лечении. Через 2 недели после активации аппарата появилась боль в деснах при приеме пищи. При осмотре выявлена резкая гиперемия десен, в местах прилегания аппарата десневые сосочки урезанные, резко болезненные, покрыты грязно-серым налетом. Подчелюстные лимфатические узлы увеличенные, болезненные. Какой предварительный диагноз?

A. Аллергический гингивит

B. Язвенно-некротический гингивит

C. Локализованный пародонтит

D. Генерализованный пародонтит

E. Острый катаральный гингивит

№13

У ребенка 9 лет жалобы на кровоточивость десен, боль, которая усиливается во время приема пищи. Межзубные сосочки отечные, ярко-красного цвета, при пальпации – кровоточат, болезненные. Мальчик перенес острую респираторную вирусную инфекцию. Какой предварительный диагноз?

A. Десквамативный гингивит

В. Хронический катаральный гингивит

С. Гипертрофический гингивит

D. Острый катаральный гингивит

E. Язвенно-некротический гингивит

№14

Работница завода по производству аккумуляторов проживает в общежитии при заводе, обратила внимание на специфический запах изо рта у своей 5 летней дочери. Выяснилось, что ребенка беспокоит металлический привкус во рту. При осмотре ребенка выявлено: десны воспалены, гиперемированы, отечные. По десневому краю вокруг шеек фронтальных зубов синевато-черная полоса. Об интоксикации каким химическим элементом идет речь?

A. Железом

B. Ртутью

C. Свинцом

D. Фтором

E. Цинком

№15

Девочка 13 лет жалуется на разрастание десен, на периодически возникающую кровоточивость десен во время чистки зубов. Состоит на диспансерном учете у гинеколога-эндокринолога. Объективно: десна покрывает до 1/3 коронок зубов. Десна гиперемирована, при зондировании кровоточит. Проба Писарева-Шиллера положительная. Гигиенический индекс по Грину-Вермильону – 2,5 балла. С каких мероприятий необходимо начинать стоматологическое лечение пациентки?

A. Противовоспалительная терапия

B. Криодеструкция

C. Кюретаж пародонтальных карманов

D. Профессиональная и индивидуальная гигиена

E. Склерозирующая терапия

№ 16

Ребенку 14 лет. Жалобы на разрастание и кровоточивость десен в области 45 и 46 зубов. Кровоточивость и разрастание десны появились более 2-х месяцев назад. Объективно: на контактных поверхностях 45 и 46 глубокие кариозные полости, межзубной контакт нарушен. Десневой сосочек в области 45 и 46 увеличен в объеме выполняет кариозную полость в 46 зубе, имеет цианотичный оттенок, легко кровоточит при дотрагивании. Ваш диагноз?

А. Локализованный гипертрофический гингивит

В. Хронический катаральный гингивит

С. Хронический папиллит

D. Локализованный пародонтит

Е. Эпулис

№17

Ребенок 14 лет жалуется на периодически возникающую кровоточивость десен во время чистки зубов. Объективно: во фронтальном участке нижней челюсти скученность зубов, контуры десневых сосочков сглажены. Десна отечная, пастозная, синюшная, при зондировании кровоточит. Проба Писарева-Шиллера положительная. Индекс PMA – 50%. ГИ по Грину-Вермильону – 2,0 балла. Какой предварительный диагноз?

A. Гипертрофический гингивит

B. Язвенный гингивит

C. Десквамативный гингивит

D. Острый катаральный гингивит

E. Хронический катаральный гингивит

№18

Мальчик 15 лет предъявляет жалобы на сухость слизистой полости рта, чувство жжения в области губ, щек, языка, а также постоянную жажду, недомогание. Слизистая оболочка полости рта сухая, гиперемированная. Десна гипертрофирована, кровоточит. Пародонтальные карманы глубиною до 4-5мм с гемморагически-гнойным отделяемым. При анализе крови определяется повышенный уровень сахара. Какое заболевание можно предположить у ребенка?

A. Пародонтальный синдром при болезни Гоше

B. Пародонтальный синдром при сахарном диабете

C. Пародонтальный синдром при болезни Хенда-Шюллера-Кристчена

D. Пародонтальный синдром при болезни Иценко-Кушинга

E. Пародонтальный синдром при болезни Леттера-Зиве

№19

У девочки 15 лет отмечается обострение катарального гингивита, патологическая подвижность зубов II степени, наличие пародонтальных карманов до 5 мм с грануляциями и гнойным экссудатом. На ретгенограмме: вертикальная и горизонтальная резорбция альвеолярного отростка в пределах 2/3 высоты межзубных перегородок, наличие костных карманов и очагов диффузного остеопороза в костной ткани. Ваш предварительный диагноз?

A. Обострение локализованного пародонтита

B. Генерализованный пародонтит легкой степени

С. Генерализованный пародонтит средней степени

D. Генерализованный пародонтит тяжелой степени

E. Прогрессирующий лизис тканей пародонта

№20

Ребенок 3 лет направлен на консультацию по поводу кровоточивости десен и подвижности зубов. При внешнем осмотре определяется потливость и гиперкератоз ладоней. В полости рта выявлена подвижность зубов, наличие пародонтальных карманов глубиной до 5 мм. Какой предварительный диагноз?

A. Пародонтальный синдром при болезни Гоше

B. Пародонтальный синдром при сахарном диабете

C. Пародонтальный синдром при болезни Хенда-Шюллера-Кристчена

D. Пародонтальный синдром при болезни Папийона-Лефевра

E. Пародонтальный синдром при болезни Леттера-Зиве

№21

Ребенок 14 лет жалуется на кровоточивость десен при чистке зубов и употреблении твердой пищи на протяжении нескольких лет. Объективно: слизистая оболочка десен в участке фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отечна, гиперемирована, имеет цианотичную окраску. Десневой край валикообразно утолщен. Рентгенологически отмечается резорбция верхушек межзубных перегородок во фронтальных участках верхней и нижней челюстей. Какой предварительный диагноз?

A. Генерализованный пародонтит

B. Локализованный пародонтит

C. Хронический катаральный гингивит

D. Хронический гипертрофический гингивит

E. Хронический атрофический гингивит

№22

Девочке 15 лет. Жалобы на кровоточивость десен и их разрастание. Объективно: десна в области всех зубов гиперемирована, отечна, покрывает ½ коронок зубов. Гигиенический индекс по Грину-Вермильону – 2,5 балла. Предварительный диагноз: хронический генерализованный гипертрофический гингивит. Выберите наиболее рациональное интердентальное средство в данном случае?

A. Зубочистки

B. Ирригаторы

C. Флоссы

D. Суперфлоссы

E. Ленты

№23

У ребенка 3 лет отмечается выраженный гингивит с незначительной подвижностью зубов, зубы интактные. Кожные покровы сухие, волосы ломкие, кожа рук и подошв грубая. Какая этиология данного заболевания?

A. Нарушение холестеринового обмена

В. Нарушение триптофанового обмена

С. Гипоиммуноглобулинемия

D. Сахарный диабет

Е. Наследственная нейтропения

№24

Подросток 16 лет обратился с жалобами на кровоточивость десен. Находится на диспансерном учете по поводу хронического холецистита. Объективно: десневые сосочки и маргинальная десна в области всех зубов гиперемированы, отечны. Глубина пародонтальных карманов – 3-3,5мм. Гигиенический индекс по Грину-Вермильону – 3 балла. Зубы не чистит. Какой предварительный диагноз?

A. Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести

B. Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести

C. Хронический локализованный пародонтит легкой степени тяжести

D. Прогрессирующий лизис тканей пародонта

E. Хронический генерализованный катаральный гингивит

№ 25

Ребенку 11 лет. Жалуется на подвижность зубов, кровоточивость десен. Болеет с 3 лет. Объективно: десна в области всех зубов гиперемированные, отечные, кровоточат при инструментальном обследовании. Корни зубов оголены на 1/3, покрыты белым налетом, подвижность зубов 2 ступени. Зубо-десневые карманы глубиною 4-5 мм. При внешнем осмотре наблюдается сухость и утолщение кожных покровов в области ладоней, передней трети предплечий, подошв, есть трещины. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?

A. Пародонтальный синдром при болезни Гоше

B. Пародонтальный синдром при сахарном диабете

C. Пародонтальный синдром при болезни Хенда-Шюллера-Кристчена

D. Пародонтальный синдром при болезни Папийона-Лефевра

E. Пародонтальный синдром при болезни Леттера-Зиве

№26

Пациенту 7 лет. В 4 года ребенку были удалены нижние моляры. Гигиенический индекс по Грину-Вермильону – 0,5 балла. Глубина преддверия полости рта 5 мм. Верхние резцы по вертикали полностью перекрывают коронки нижних резцов. Определите ведущие мероприятия по профилактике заболеваний пародонта у данного пациента.

A. Обучение индивидуальной гигиене

B. Детское протезирование

C. Миогимнастика

D. Углубление преддверия полости рта

E. Профессиональная гигиена полости рта

№ 27

Ребенку 14 лет. Жалобы на разрастание десны во фронтальном участке нижней челюсти. Год назад появились кровоточивость десен при чистке зубов. Объективно: десневой край в области нижних резцов утолщен. Межзубные десневые сосочки увеличены до ½ длины коронок зубов, плотно-эластичной консистенции, безболезненны. Рентгенологических изменений альвеолярного отростка не выявлено. Каков наиболее вероятный диагноз?

А. Десневой эпулис

В. Фиброматоз десен

С. Генерализованный гипетрофический гингивит

D. Локализованный гипертрофический гингивит

Е. Хронический катаральный гингивит

№28

Больная 10 лет болеет сахарным диабетом в течение 5 лет. Объективно: слизистая оболочка десен в области всех зубов верхней и нижней челюстей ярко красного цвета, отечная, разрыхленная, болезненная. Отмечается наличие пародонтальных карманов глубиною до 2,5-3 мм. Рентгенологически выявлена деструкция компактной пластинки и остеопороз губчатого вещества на верхушках межзубных перегородок. Какой наиболее вероятный диагноз?

А. Хронический катаральных гингивит

В. Обострение генерализованного пародонтита

С. Обострение локализованного пародонта

D. Локализованный пародонтит, хроническое течение

Е. Генерализованный пародонтит, хроническое течение

№ 29

Ребенок 13,5 лет жалуется на боль и кровоточивость десен во время чистки зубов и употреблении пищи, неприятный запах изо рта. В течение последней недели ребенок болел ангиной. Объективно: слизистая оболочка десен в области передних зубов верхней и нижней челюстей отечна, гиперемированная. Верхушки десневых сосочков некротизированные, легко кровоточат при дотрагивании. Отмечается значительные отложения мягкого зубного налета. Какой возбудитель данного заболевания?

А. Стрептококки

В. Вирус герпеса

С. Фузобактерии, спирохеты

D. Стафилококки

Е. Дрожжеподобные грибы

№ 30

Ребенок 12 лет жалуется на оголение шеек передних зубов нижней челюсти и кровоточивость десен при чистке зубов в течение нескольких лет. Объективно: десневой край в области 31 и 41 зубов незначительно отечный, цианотичного оттенка. Прикус ортогнатический, уздечка нижней губы укорочена. Рентгенологически в этой области определяется остеопороз верхушек межзубных перегородок и деструкция кортикальной пластинки альвеолы. Какой наиболее вероятный диагноз?

А. Хронический катаральный гингивит

В. Локализованный пародонтит

С. Хронический атрофический гингивит

D. Хронический гипертрофический гингивит

Е. Генерализованный пародонтит

№ 31

Больной 14 лет обратился с жалобами на боль и кровоточивость десен. Заболел 4 дня назад. Объективно: общее состояние удовлетворительное, отмечается бледность кожных покровов, температура 38С, подчелюстные лимфоузлы болезненные при пальпации, увеличенные, не спаянные с подлежащими тканями. В области 44,45,46,47 зубов отмечается наличие грязно-серого налета, нарушение целостности десневых сосочков и краевой десны, обильное отложение зубного налета. Ваш предварительный диагноз?

А. Хронический катаральный гингивит

В. Пародонтит в стадии обострения

С. Острый катаральный гингивит

D. Язвенно-некротический гингивит

Е. Гипертрофический гингивит

№32

У мальчика 15 лет жалобы на слабость, боли при приеме пищи, кровоточивость десен, температура тела 38°С. Объективно: ребенок бледен, на слизистой оболочек щек, твердого и мягкого неба точечные кровоизлияния. Десневой край изъязвлен. Какой метод исследования необходимо провести для постановки диагноза?

A. Проба Кулаженко

В. Общий анализ крови

С. Микроскопия мазка

D. Цитоскопический

Е. Проба Шиллера-Писарева

№33

Больная 12 лет жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов и приема пищи. Страдает эпилепсией с 8 лет. Принимает противосудорожные препараты. Объективно: гиперплазия десневых сосочков и маргинальной десны. Десна бугристая, кровоточит при дотрагивании. Глубина десневых карманов до 4-5 мм. Проба Шиллера-Писарева положительная. Какой наиболее вероятный этиологический фактор в данном случае?

A. Гиповитаминоз

B. Эндокринные нарушения

C. Горманальные нарушения

D. Противосудорожные препараты

E. Плохая гигиена полости рта

№ 34

Ребенок 14 лет жалуется на подвижность зубов и боль в деснах. Анамнез: с раннего детства страдает гнойничковыми поражениями кожи, фурункулезом, подкожными абсцессами клетчатки. Через каждые 21-22 дня наблюдается резкое ухудшение общего состояния с повышением температуры. Объективно: десны гипертрофированы отечны. Глубина пародонтальных карманов – 5-6 мм. Рентгенологически определяется резорбция межзубных перегородок более чем на 2/3 длинны. Какой предварительный диагноз?

А. Пародонтальный синдром при циклической нейтропении

В. Пародонтальный синдром при сахарном диабете

С. Пародонтальный синдром при гистиоцитозе

D. Пародонтальный синдром при болезни Гоше

Е. Тяжелое течение генерализованного пародонтита

№ 35. Девочка 8 лет направлена на консультацию со школы врачом-стоматологом, жалоб не предъявляет. При осмотре определяется ретракция десен возле 31 без признаков воспаления. Уздечка нижней губы короткая, размещена немного ассиметрично. Какой предварительный диагноз?

А. V-образный атрофический гингивит

В. Локальный гингивит

С. Хронический гингивит

D. Пародонтоз

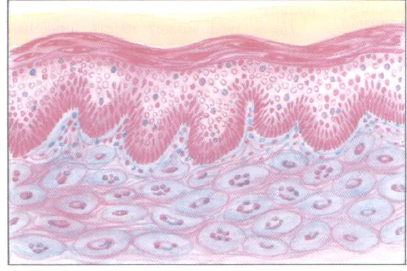
Е. Хронический пародонтит

**Приложение 3.**

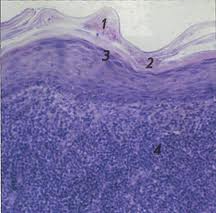
**Эталон ответов на тестовые задания .**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тест | Ответ | Тест | Ответ | Тест | Ответ | Тест | Ответ | Тест | Ответ |
| 1 | C | 8 | А | 15 | А | 22 | В | 29 | С |
| 2 | E | 9 | С | 16 | А | 23 | В | 30 | В |
| 3 | B | 10 | B | 17 | Е | 24 | С | 31 | Д |
| 4 | А | 11 | С | 18 | B | 25 | Д | 32 | В |
| 5 | С | 12 | B | 19 | Е | 26 | В | 33 | Д |
| 6 | А | 13 | Д | 20 | Д | 27 | Е | 34 | А |
| 7 | Е | 14 | С | 21 | В | 28 | Е | 35 | А |

Паракератоз.

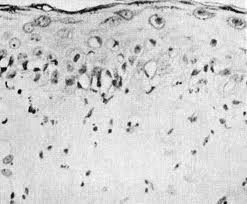
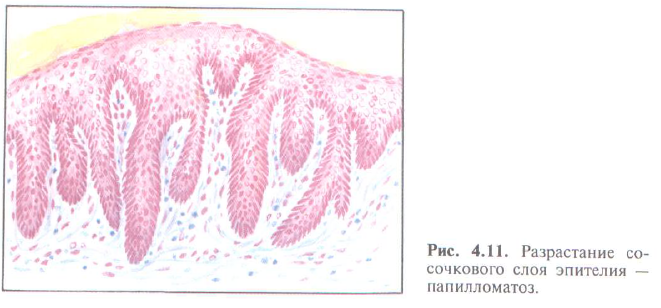


Кератоз. Гиперкератоз.



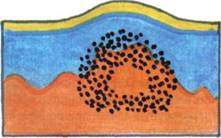
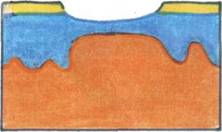
Дискератоз. Патогистологическая картина при гиперкератозной форме красного плоского лишая. Х90. 1 – гиперкератоз; 2 – паракератоз; 3 – гранулез; 4 – воспалительный инфильтрат в собственной пластинке слизистой оболочки.

Папилломатоз.

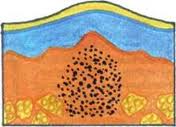


Вакуольная (гидропическая) Баллонирующая дегенерация.

дегенерация.



Атрофия эпителия. Бугорок.



Узел.

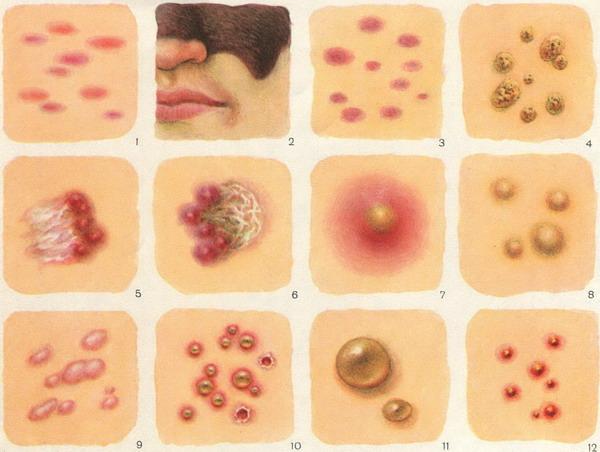


Спонгиоз. а) скопление жидкости между клетками шиловидного слоя;

б) баллонирующая дегенерация с акантолизом.



Волдырь.



Первичные элементы (кожных сыпей). Рис. 1 и 2. Пятна: рис. 1 — сифилитическая розеола; рис. 2 — пигментный невус. Рис. 3 и 4. Узелки: рис. 3 — сифилитические папулы; рис. 4 — обыкновенные бородавки. Рис. 5 и 6. Бугорки: рис. 5 — обыкновенная волчанка; рис. 6 —бугорковый сифилид. Рис. 7 и 8. Узлы: рис. 7 — сифилитическая гумма; рис. 8 — туберозная микседема. Рис. 9. Волдыри (крапивница). Рис. 10. Пузырьки (опоясывающий лишай). Рис. 11. Пузыри (обыкновенная пузырчатка). Рис. 12. Гнойнички (импетиго).



Пятно. Крупноточечная Пятно. Мелкоточечная

розеолезная сыпь. розеолезная сыпь.



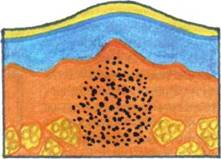
Пятно. Петехиальная сыпь. Телеангиоэктазия.



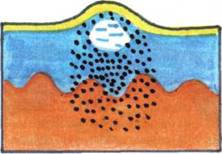
Геморрагии.



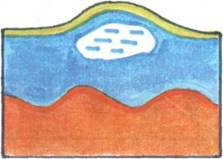
Петехии и пурпуры.



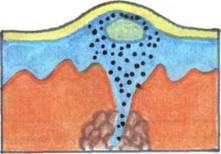
Узелок.



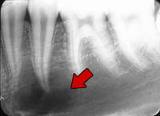
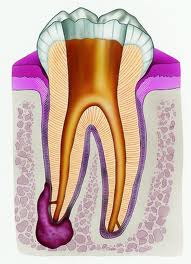
Пузырек.



Пузырь.



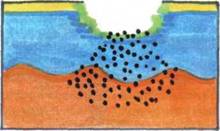
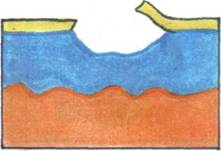
Пустула.



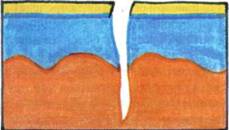
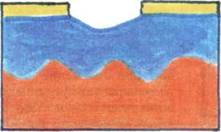
Киста.



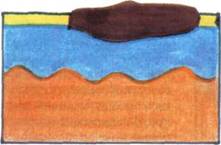
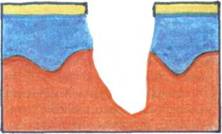
Абсцесс.



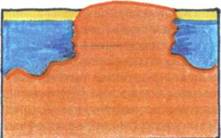
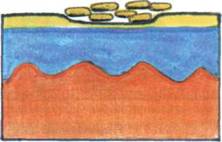
Эрозия. Афта.



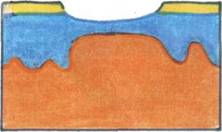
Ссадина. Трещина.



Язва. Корка.



Чешуйка. Рубец.



Лихенизация. Атрофия.



Вегетация.