УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ВИТЕБСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ С КУРСОМ ФПК И ПК

Обсуждено на заседании кафедры

Протокол № 1 от 01.09.2023 года

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ № 3**

для проведения занятия со студентами 5 курса в 9 семестре

стоматологического факультета по терапевтической стоматологии

(для студентов)

**ТЕМА: *Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта, особенности обследования. План обследования пациента***

***с заболеваниями слизистой полости рта. Влияние состояния***

***полости рта на эффективность лечения патологии слизистой оболочки.***

Время 6 ч

**Витебск 2023**

**1. Учебные и воспитательные цели:**

1. Знать классификацию заболеваний СОПР

2. Научиться обследовать стоматологического больного с заболеваниями СОПР

**2. Материальное оснащение**

1. Наборы инструментов для обследования и лечения пациентов в стоматологическом терапевтическом кабинете.

2. Стоматологические установки.

3. Учебные и наглядные пособия:

-учебная литература

-стоматологический инструментарий

-амбулаторная карта формы

-методические разработки кафедры

**3. Вопросы, подлежащие изучению на занятии**

Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта

Схема обследования пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта. Осмотр стоматологического пациента по методике ВОЗ.

Дополнительные методы обследования больного с заболеваниями СОПР.

Влияние состояния полости рта на эффективность лечения патологии слизистой оболочки

**4. Вопросы, изученные ранее, необходимые для усвоения данной темы:**

1. Строение слизистой оболочки полости рта.
2. Особенности строения эпителия, эпидермиса.
3. Патоморфологические элементы поражения кожи
4. Патоморфология острого хронического воспаления.

**5. Содержание занятия.**

**Вопросы темы:**

1. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта

2. Схема обследования пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта. Осмотр стоматологического пациента по методике ВОЗ.

3. Дополнительные методы обследования больного с заболеваниями СОПР.

4. Влияние состояния полости рта на эффективность лечения патологии слизистой оболочки

**ВОПРОС 1. КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Классификация заболеваний слизистой оболочки рта представляет для практического врача большое значение, поскольку она помогает ориентироваться в существующем их многообразии, способствуя тем самым правильной постановке диагноза, выбору обоснованных методов лечения и проведению профилактических мероприятий. Существовавшие ранее классификации заболеваний слизистой оболочки рта базировались на разных принципах:

1. анатомо-клинических (стоматит, хейлит, глоссит) признаках;
2. характере течения (острый и хронический);
3. клинико-морфологических признаках (катаральный, язвенный и др.);
4. глубине поражения (поверхностный и глубокий);
5. характер высыпаний (буллезный, язвенный, пузырьковый и др.).

Однако каждая из них имела свои недостатки и не отвечала полностью вышеуказанным требованиям к классификации.

Основная цель создания международной номенклатуры стоматологических заболеваний и синдромов в полости рта заключается в стандартизации подходов к выявлению стоматологической патологии с последующей регистрацией и определением уровня стоматологической заболеваемости в разных странах. Кроме того, полученные сведения позволяют определить корреляции общего состояния организма с уровнем стоматологического здоровья, а также выявить системные заболевания, ассоциированные с патологией в полости рта.

Фрагменты **Международной классификации заболеваний (ICD-DA, 1994 WHO)** непосредственно СОПР и общих заболеваний, проявляющихся на СОПР

**Раздел I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни**

В 00-08 Вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек

В 00 Инфекции, вызванные вирусом герпеса (herpes simplex)

* В 00.2 Герпетический гингивостоматит

В 02 Опоясывающий лишай

* В 02.8 Опоясывающий лишай. Проявления в полости рта
* В 08.5 Энтеровирусный везикулярный фарингит (герпетическая ангина)

В 35–48 Микозы

В 37.0 Кандидозный стоматит

* В 37.00 Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит
* В 37.01 Острый эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит
* В 37.02 Хронический гиперпластический кандидозный стоматит
* В 37.03 Хронический эритематозный (атрофический) кандидозный

стоматит (протезный стоматит в результате кандидозной инфекции)

* В 37.06 Ангулярный хейлит

**Раздел ХI. Болезни органов пищеварения**

1. Болезни мягких тканей рта и языка

К 12. Стоматит

К 12.0. Рецидивирующие афты рта

* К 12.00. Рецидивирующий афтозный стоматит (малая афта) син. - афта Mikulicz
* К 12.01. Рецидивирующий некротический периаденит слизистой (крупная афта) син. – афта Sutton
* K 12.02. Герпетиформный стоматит
* К 12.03. Афта Bednar
* К 12.04. Травматическая язва

К 12.1. Другие формы стоматитов

* К.12.12 Протезный стоматит
* К.12.19 Неуточненные

К 13. Другие болезни губ и слизистой оболочки рта

К 13.0. Болезни губ

* К 13.00. Ангулярный хейлит
* К 13.01. Гландулярный хейли
* К 13.02. Эксфолиативный хейлит

К 13.1. Прикусывание щек и губ

К 13.2. Лейкоплакия и другие нарушения эпителия рта

* К 13.20. Лейкоплакия идиопатическая
* К 13.21. Лейкоплакия связанная с табаком
* К 13.22. Эритроплакия
* К 13.23 Лейкодема
* К 13.24. Никотиновый стоматит

К 13.3. Волосатая лейкоплакия

К 14. Болезни языка

К 14.0. Глоссит

* К 14.01. Травматическая язва
* К 14.08. Другие

К 14.1. Географический язык

* К 14.1.1 Доброкачественный мигрирующий глоссит
* К 14.1.2 Эксфолиативный глоссит

К 14.2. Срединный ромбовидный глоссит

К 14.3. Волосатый язык

К 14.4. Атрофия сосочков языка

К 14.5. Складчатый язык

К 14.6. Глоссодиния

К 14.8 Другие болезни языка

**Раздел XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки**

L 10-13 Буллезные поражения

L 10 Пузырчатка

L 10.0 Пузырчатка обыкновенная

L 10.1 Пузырчатка вегетирующая

L 10.2 Пузырчатка листовидная

L 10.5 Пузырчатка медикаментозная

L 10.8 Другие виды пузырчатки

L 12 Пемфигоид

L 12.0 Буллезный пемфигоид

L 12.1 Рубцующийся пемфигоид

L 23, 24 Дерматит и экзема

L 23.2 Аллергический контактный дерматит, вызванный косметическими средствами

L 23.2Х Проявления в полости рта

L40-L45 Папулосквамозные нарушения

L 43 Лишай красный плоский

L 43.0 Лишай гипертрофический красный плоский

L 43.1 Лишай красный плоский буллезный

L 43.2 Лишаевидная реакция на лекарственное средство

L 43.3 Лишай красный плоский подострый (активный)

L 43.8 Другой красный плоский лишай

* L 43.80 Папуллезные проявления в полости рта
* L 43.81 Ретикулярные проявления в полости рта
* L 43.82 Атрофические и эрозивные проявления в полости рта
* L 43.83 Типичные бляшки
* L 43.88 Проявления в полости рта уточненные
* L 43.89 Проявления в полости рта неуточненные

L 43.9 Лишай красный плоский неуточненный

L 51 Крапивница и эритема

L 51 Эритема многоформная

L 51.0 Небуллезная эритема многоформная

L 51.1 Буллезная эритема многоформная

Включен синдром Стивена-Джонсона.

**Проявления общих заболеваний на слизистой оболочке рта** ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

Туберкулез слизистой рта

Герпес Зостер

В 00.20. Герпетический гингивостоматит

Корь

В 08.5. Герпангина

В 34.1. Ящур

Сифилис

Острый некротический гингивостоматит

В 37 0 Кандидоз

ЭНДОКРИННЫЕ И ОБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ

Сахарный диабет

Гиповитаминоз группы В

Цинга

БОЛЕЗНИ КРОВИ

Железодефицитная анемия

Пернициозная анемия

Для систематизации известных патологических состояний (заболеваний) слизистой оболочки рта Е. В. Боровский и А. Л. Машкиллейсон (1984) предложили сгруппировать их, взяв за основу этиологический или патогенетический фактор:

I. Травматические поражения вследствие действия:

* механических факторов
* высоких и низких температур
* излучения
* неблагоприятных метеорологических факторов (метеорологический хейлит, трещины губ)
* химических веществ и др.

Форма проявления: гиперемия, эрозии, язвы, гиперкератозы (лейкоплакия).

II. Инфекционные заболевания:

А. Поражения слизистой оболочки рта при острых и хронических заболеваниях организма (корь, скарлатина, ветряная оспа, туберкулёз, сифилис 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 токсикоаллергические заболевания:

1. Контактный аллергический стоматит, гингивит, глоссит, хейлит, вызванные действием медикаментов, пластмасс и других материалов, используемых в стоматологии, красителей, зубных паст, эликсиров и различных химических веществ, контактирующих со слизистой оболочкой или красной каймой губ, ультрафиолетовых лучей).

2. Фиксированные и распространённые токсикоаллергические поражения, вызванные действием медикаментов, пищевых веществ и других аллергенов, поступающих в организм различным путём.

3. Дерматозы с поражением слизистой оболочки рта токсикоаллергического генеза (многоформная экссудная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайелла, первичные системные васкулиты, включая гранулематоз 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 рта (пузырчатка, пемфигоид, болезнь Дюринга, системная красная волчанка, системная склеродермия).

V. Кожно-слизистая реакция – красный плоский лишай.

VI. Изменения слизистой оболочки рта при экзогенных интоксикациях.

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

1. При висцеральной и эндокринной патологии.

2. При гиповитаминозах и авитаминозах.

3. При болезнях крови и кроветворных органов.

4. При различных патологиях нервной системы.

5. При беременности.

VIII. Врождённые и генетически обусловленные заболевания слизистой оболочки рта:

1. Невусы и эпителиальные дисплазии:

* сосудистые невусы, включая синдром Стерджа-Краббе;
* бородавчатые и пигментные невусы;
* эпидермоидные кисты;
* болезнь Фордайса;
* белый губчатый невус (мягкая лейкоплакия, «щёлочное кусание», наследственный доброкачественный интраэпителиальный дискератоз).

2. Складчатый и ромбовидный глоссит.

3. Гландулярный хейлит;

4. Дерматозы с поражением слизистой оболочки рта и губ:

* буллезный эпидермолиз;
* атопический дерматит (хейлит);
* пСОПРиаз;
* ихтиоз;
* болезнь Дарье;
* синдром Пейтца-Егерса;
* врождённая паронихия;
* ангидротическая эпителиальная дисплазия.

IX. Предраковые заболевания, доброкачественные и злокачественные новообразования:

1. Облигатные предраки:

* болезнь Боуэна,
* бородавчатый предрак,
* ограниченный гиперкератоз красной каймы губ,
* абразивный преканцерозный хейлит Манганотти).

2. Факультативные предраки:

* лейкоплакия,
* ороговевающая папиллома и папилломатоз,
* кератоакантома,
* кожный рог,
* эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки
* эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красного плоского лишая,
* постлучевой хейлит.

3. Доброкачественные новообразования.

4. Рак.

В Московском государственном медико-стоматологическом университете принята следующая классификация заболеваний слизистой оболочки рта:

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

II. Инфекционные заболевания:

1. Вирусные (герпетический стоматит, опоясывающий лишай, ящур, вирусные бородавки, грипп, ВИЧ-инфекция).

2. Язвенно-некротический стоматит Венсана.

3. Бактериальные инфекции (стрептококковый стоматит, пиогенная гранулема, шанкриформная пиодермия, туберкулез и др.).

4. Болезни, передаваемые половым путем (сифилис, гонорейный стоматит).

5. Микозы (кандидоз, актиномикоз и др.).

III. Аллергические заболевания (отек Квинке, аллергические стоматит, хейлит и глоссит, медикаментозные стоматит, глоссит, хейлит, многоформная экссудативная эритема, рецидивирующий афтозный стоматит и др.).

IV. Изменения слизистой оболочки рта при экзогенных интоксикациях.

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

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

VII. Аномалии и самостоятельные заболевания языка (складчатый язык; черный «волосатый» язык; ромбовидный, десквамативный).

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

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

S.N. Bhaskar (1977) систематизировал патологию слизистой оболочки через ведущий клинический симптом:

1. Белые поражения СОПР.

2. Красно-голубые поражения СОПР.

2. Пузырные поражения СОПР.

3. Эрозивно-язвенные поражения СОПР.

4. «Пигментные» проявления на СОПР.

**ВОПРОС 2. СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА. ОСМОТР СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО**

**ПАЦИЕНТА ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ**

Обследование больных с заболеваниями СОПР – комплекс исследований, которые включают субъективное и объективное обследование пациента, анализ результатов вспомогательных методов с целью постановки окончательного диагноза, прогнозирования исхода болезни, оценки течения заболевания и выбора рационального метода лечения.

Обследование пациентов с заболеваниями СОПР проводят по определенной схеме:

1. Опрос.

1.1. Жалобы.

1.2. Анамнез жизни.

1.3. Анамнез заболевания.

1.4. Аллергологический анамнез.

2. Осмотр.

2.1. Внешний осмотр.

2.2. Осмотр полости рта.

2.2.1. Общее обследование полости рта :

* запах изо рта;
* слюна;
* гигиена полости рта.

2.2.2. Детальное обследование полости рта:

* красная кайма губ, углы рта, слизистая оболочка губ;
* преддверье полости рта и слизистая оболочка щек;
* язык, подъязычная область, дно полости рта;
* мягкое и твердое нёбо, глотка;
* десна;
* зубы.

Опрос больного (сбор жалоб и анамнеза) – начальный этап обследования. Во время опроса выясняются данные паспортной части истории болезни: возраст, профессия больного и социальные условия его жизни. Опрос необходимо вести в активной форме, направляя дополнительными вопросами рассказ больного в нужное русло. Выясняют характер субъективных ощущений: боль, жжение, онемение, неприятный запах изо рта, сухость полости рта, повышенное слюноотделение, чувство дискомфорта, ощущения инородного тела (канцерофобия) и т.д. При наличии жалоб на боль врач должен уточнить ее характер возникновения (самостоятельная или причинная). Необходимо определить локализацию и распространение боли, ее продолжительность, время возникновения, реакцию на внешние воздействия (усиление боли от механических раздражителей, кислого, горячего).

Кроме того, выясняется характер течения заболевания (острый, хронический, рецидивирующий). Выясняя историю развития заболевания, необходимо определить, как давно оно началось, каковы были его первые симптомы, какие признаки добавились со временем; были ли подобные проявления раньше; проводилось ли лечение, и какие были его результаты; как организм переносит лекарственные препараты или некоторые продукты питания.

При опросе устанавливаются: уровень мотивации по вопросам гигиены полости рта; вредные привычки – прикусывание щек, языка курение, прием алкоголя; профессиональные вредности – работа на химических предприятиях, контакт с радиоактивными веществами, тяжелыми металлами, пестицидами; работа на улице. Необходимо оценить уровень общего здоровья, выяснить наличие системных заболеваний, аллергоанамнез, наследственный фактор, перенесенные заболевания.

Осмотр является первым этапом объективного обследования, который позволяет выявить макроскопически видимые изменения челюстно-лицевой области, а также элементы поражения СОПР. Он состоит из внешнего осмотра и обследования полости рта. Врач обращает внимание на общий вид пациента, его конституцию, двигательную активность, выражение лица, особенности артикуляции, цвет склер и видимой поверхности кожи.

Обследование лицевой области и ротовой полости проводят по общепринятой методике, рекомендованной **ВОЗ**. Клиническую оценку состояния лицевой области и ротовой полости осуществляют, последовательно выполняя этапы осмотра – ***эктраооральный*** и ***интраоральный***. Проведение эктраоорального осмотра – обследование кожных покровов лица слизистой оболочки рта, тканей губ (***периоральный*** ***осмотр***), пальпация лимфоузлов. Проведение интраоорального осмотра:

* Визуальный осмотр слизистой оболочки последовательно по анатомо-топографическим зонам полости рта, определение прикуса, выраженности уздечек, состояния слюны.
* Оценка твердых тканей зубов (показатели индекса КПУ).
* Оценка состояния тканей периодонта (показатели индексов GI, КПИ, CPITN).
* Оценка гигиенического состояния (показатели индекса OHI-S).

Осмотр мягких тканей проводят двумя зеркалами при широко раскрытой полости рта. Начинают обследование с области комиссур, губ, щек (справа и слева), затем переходят в область ротоглотки – задняя стенка глотки, миндалины, мягкое и твердое небо, небная поверхность десны верхней челюсти, затем – ретромолярная область, язык, дно полости рта и язычные поверхности десны на нижней челюсти.

По линии смыкания зубов, задней трети твердого неба могут располагаться редуцированные сальные железы (зерна Фордайса) – это бледновато-желтого цвета узелки диаметром 1-2 мм, не возвышающиеся над поверхностью слизистой оболочки.

Осмотр СОПР начинают с обследования красной каймы губ. Необходимо обратить внимание на состояние углов губ. Далее последовательно и тщательно осматривают СО всей полости рта, а не только области, на боль в которых жалуется пациент. Важно учитывать, что при наличии на СОПР болезненных изъязвлений или иных поражений осмотр необходимо проводить очень осторожно. Не следует также вынуждать больного чрезмерно открывать рот. Последовательно осматривая СОПР, врачу необходимо выявить признаки нарушения в состоянии слизистой оболочки. Осмотр дает возможность определить изменения цвета или рельефа, увлажненности слизистой оболочки, наличие напластований или ограниченных скоплений экссудата, разрастания или дефекты СОПР. Также исследуют выделительную функцию слюнных желез.

При диагностике заболеваний слизистой оболочки рта, губ и языка имеет значение правильное определение элементов поражения, понимание особенностей клинического течения, знание морфофункциональных особенностей указанных анатомических образований, связи патологии слизистой оболочки рта с болезнями кроветворения, обмена веществ, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта и т. д., иммунными поражениями и психическими воздействиями. Поэтому диагностику этих заболеваний необходимо осуществлять не только на основании клинических данных (где основным дифференциальным признаком служат элементы поражения как факторы проявления патологического процесса), но и с учетом результатов цитологического, биохимического, микроскопического, иммунологического методов исследований.

При описании элементов поражения следует придерживаться определенной системы и последовательности:

1) локализация со ссылкой на близлежащие органы и ткани полости рта;

2) вид (папула, эрозия и т. д.);

3) размеры (мм, см);

4) цвет;

5) поверхность (гладкая, шероховатая, зернистая);

6) границы (четкие, нерезко выраженные, ровные, фестончатые, зубчатой формы);

7) рельеф;

8) отношение к поверхности окружающей ткани («плюс-минус ткань»);

9) вид налета (фибринозный, покрышка пузыря, некротический, гнойный и т. д.; можно ли снять налет, если можно - необходимо определить характер открывшейся поверхности);

10) при описании язвы характеризуют ее дно (ровное, зернистое, покрытое грануляциями) и края (подрытые, ровные);

11) наличие фоновых изменений слизистой и/или красной каймы (гиперкератоз, застойная или яркая гиперемия, лихенизация);

12) консистенция краев и основания (плотная, мягкая);

13) болезненность.

Отмечают также распространенность, симметричность локализации, цвет и рельеф слизистой соседних отделов полости рта. Важное значение имеет расположение элементов поражения по отношению друг к другу. Необходимо также установить, имеются ли первичные элементы одного вида (мономорфная сыпь) или высыпания разнообразны (полиморфная сыпь).

Выявленные изменения цвета, блеска, характера поверхности слизистой оболочки следует дополнить данными о расположении элементов поражения и их протяженности. Правильное определение элемента поражения помогает в постановке диагноза. Кроме этого для дифференциальной диагностики заболевания необходимо учитывать распространенность элементов поражения, их количество, симметричность, моно- или полиморфизм, расположение элементов по отношению друг к другу, склонность к слиянию.

Диагностика пораженных участков слизистой проводится по оценке клинических критериев: локализация, цвет, рельеф, размеры, форма, консистенция, нарушение целостности.

Во время опроса и осмотра крайне важно определить имеются у пациента нарушение саливации, проявляющееся в виде гипер-или гипосаливации. Ксеростомия – сухость в полости рта, обусловленная уменьшением слюноотделения, степень тяжести которого варьирует у разных больных. Часто сухость сочетается с жжением и покалыванием в области языка, губ, десен; затруднениями при разговоре, жевании, глотании; повышенной чувствительностью к пряным продуктам питания; нарушением вкуса; иногда сопровождается зудом и жжением в области гениталий или других частей тела. При осмотре: гипосаливация легкой степени сопровождается клинически нормальной слизистой оболочки полости рта. При стойкой ксеростомии слизистая оболочка рта сухая, блестящая, отечная, гиперемированная, особенно на языке (сосочки сглажены, атрофированы, эритема, могут возникать трещины). Наряду с этим могут возникать парестезии.

Причины ксеростомии (острые и хронические):

* врожденное недоразвитие или аплазия слюнных желез;
* воспаление слюнных желез (эпидемический паротит, туберкулез, саркоидоз, актиномикоз);
* опухоли;
* обструкции (образование камней, опухоли, воспалительные изменения);
* атрофические изменения слюнных желез (возрастные, пострадиационные);
* аутоиммунные заболевания (синдром Шегрена, синдром Микулича)
* лекарственные средства (применяемые при гипертонической болезни, ишемической болезни сердца; антихолинергические, опиаты).
* другие факторы – обезвоживание, гиповитаминозы, сахарный диабет, гипотиреоз, анемии, атеросклероз, эмоциональные расстройства (депрессия), и т.д.

Увеличение секреции слюны может быть физиологическим состоянием, а также наблюдаться во время беременности из-за гормональной и нейровегетативными изменений, происходящих в этот период. Однако ряд патологических состояний сопровождается гиперсаливацией:

* инфекции среди основных патологических причин (часто острые стоматиты связаны с рефлекторной гиперсаливацией, которые иногда сопровождаются болью и трудностями глотания;
* может быть симптомом травмы слизистой оболочки полости рта;
* интоксикация солями тяжелых металлов (ртуть, мышьяк, свинец);
* заболевания центральной нервной системы;
* некоторые лекарственные препараты.

**ВОПРОС 3. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОПР.**

К дополнительным методам обследования пациентов относят:

1. Цитологические (выявляют специфические изменения клеточного состава при раке, пузырчатке, герпесе, туберкулезе, плоском лишае и др.)
2. Бактериологическое исследование (выявляют флору поражения слизистой)
3. Общий клинический анализ крови
4. Биохимический анализ крови (при подозрении на сахарный диабет)
5. Гистологическое исследование (биопсия - определяют специфичность структуру ткани
6. Аллергологические исследования

* Гистаминовая проба - применяется для определения чувствительности к гистамину. Положительная проба при рецидивирующим герпетическом стоматите, многоформной экссудативной эритеме)
* Кожно-аллергические реакции
* Реакция торможения миграции лейкацитов
* Реакция бластной трансформации
* Кожные аппликационные и скарификационые прбы

1. Иммунологические исследования

* Прямая и непрямая иммунофлюоресценсия (РИФ)
* Реакция разеткообразованя

1. Серологическое исследование

* Реакция Вассермана (используется для диагностики сифилиса)
* Реакция иммунофлюоресценсии антител на ВИЧ

1. Люминестентные исследования

* Свечение в лучах Вуда (для диагностики красной волчанки, плоского лишая)

1. Рентгенологическое исследование – выявление очагов одонтогенной инфекции у больных с бактериальной аллергией
2. Консультация у специалиста (гастроэнтеролог, эндокринолог, аллерголог, иммунолог, дерматолог, гематолог и др.).

**ВОПРОС 4. ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ**

Слизистая оболочка полости рта (COПP) и губ защищает внутреннюю среду организма от действия патогенных биологических, физических и химических факторов, осуществляя барьерную функцию, и является тончайшим индикатором оценки патологических процессов желудочно-кишечного тракта, иммунного статуса организма, общего уровня активности, пролиферации клеточных систем. С возрастом заболевания СОПР развиваются на фоне снижения слюноотделения и местной резистентности тканей, нарушением дифференцировки и ороговения клеток эпителия, ухудшения васкуляризации мягких тканей и костной основы. Поэтому эффективное лечение болезней СОПР и языка возможно на основании детального анализа представления об их состоянии, которое может иметь функциональную связь, как с возрастом, так и соматическим статусом пациента.

В медицине «золотым стандартом» диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта продолжает оставаться изучение биопсийного материала. Однако в последние годы все чаще предпочтение отдается неинвазивным методам исследования, таким как когерентная компьютерная томография, ультразвуковое сканирование и лазерная допплеровская флоуметрия, в том числе и в стоматологической практике.

**Заключение**

В конце занятия преподаватель отвечает на вопросы студентов, подводит итоги устного собеседования, решения ситуационных и тестовых задач, выполнения мануальных навыков, дает задание на следующее занятие.

**ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ**

**1. Какие критерии учитывали существовавшие ранее классификации заболеваний слизистой оболочки рта:**

1. анатомо-клинические;

2. характер течения;

3. клинико-морфологические;

4. глубину поражения;

5. характер высыпаний;

6. все вышеперечисленное.

**2. Укажите основную цель создания международной классификации заболеваний:**

1. стандартизация подходов к выявлению стоматологической патологии с последующей регистрацией и определением уровня стоматологической заболеваемости в разных странах;

2. систематизация заболеваний слизистой оболочки рта с учетом этиологических и патогенетических факторов;

3. систематизация заболеваний слизистой оболочки рта с учетом характера течения;

4. систематизация заболеваний слизистой оболочки рта с учетом характера высыпаний;

**3. Каковы принципы классификации заболеваний слизистой оболочки рта Боровского и Машкилейсона (1984):**

1. систематизация заболеваний слизистой оболочки рта с учетом этиологических и патогенетических факторов;

2. систематизация заболеваний слизистой оболочки рта на основе стандартизации подходов к выявлению стоматологической патологии;

**4. Укажите, в какие разделы Международной классификации заболеваний (ICD-DA, 1994 WHO) включены заболевания слизистой оболочки рта:**

1. Раздел ХI. Болезни органов пищеварения;

2. Раздел XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки;

3. Раздел I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни;

4. все вышеперечисленное.

**5. В какой раздел Международной классификации заболеваний (ICD-DA, 1994 WHO) включен лишай красный плоский:**

1. Раздел ХI. Болезни органов пищеварения;

2. Раздел XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.

**6. В какой раздел Международной классификации заболеваний (ICD-DA, 1994 WHO) включен рецидивирующий афтозный стоматит:**

1. Раздел ХI. Болезни органов пищеварения;

2. Раздел XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки.

**7. В какой раздел Международной классификации заболеваний (ICD-DA, 1994 WHO) включен кандидозный стоматит:**

1. Раздел ХI. Болезни органов пищеварения;

2. Раздел XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки;

3. Раздел I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни.

**8. Укажите, включены ли в международную классификацию заболеваний (ICD-DA, 1994 WHO) проявления болезней крови на слизистой оболочке рта:**

1. да;

2. нет.

**9. Укажите, включены ли в международную классификацию заболеваний (ICD-DA, 1994 WHO) проявления эндокринных заболеваний на слизистой оболочке рта:**

1. да;

2. нет.

**10. Укажите, какой критерий положен в основу классификации заболеваний слизистой оболочки рта S.N. Bhaskar (1977):**

1. характер течения;

2. ведущий клинический симптом.

**11. По каким клиническим критериям исследуют поражения слизистой оболочки полости рта?**

1. цвет;

2. вид;

3. размеры;

4. локализация;

5. форма;

6. консистенция;

7. поверхность;

8. границы;

9. отношение к поверхности окружающей ткани;

10. все вышеперечисленное.

**12. Укажите последовательность этапов обследования стоматологического пациента по рекомендациям ВОЗ:**

1. уровень общего состояния, история стоматологического здоровья; обследование кожных покровов лица слизистой оболочки рта, тканей губ, пальпация лимфоузлов; визуальный осмотр слизистой оболочки последовательно по анатомо-топографическим зонам полости рта, определение прикуса, выраженности уздечек, состояния слюны, оценка твердых тканей зубов, оценка состояния тканей периодонта, оценка гигиенического состояния.

2. визуальный осмотр слизистой оболочки последовательно по анатомо-топографическим зонам полости рта, определение прикуса, выраженности уздечек, состояния слюны, оценка твердых тканей зубов, оценка состояния тканей периодонта, оценка гигиенического состояния; обследование кожных покровов лица слизистой оболочки рта, тканей губ, пальпация лимфоузлов; уровень общего состояния, история стоматологического здоровья.

3. уровень общего состояния, история стоматологического здоровья; обследование кожных покровов лица слизистой оболочки рта, тканей губ, пальпация лимфоузлов; определение прикуса, выраженности уздечек, состояния слюны, оценка твердых тканей зубов, оценка состояния тканей периодонта, оценка гигиенического состояния, визуальный осмотр слизистой оболочки последовательно по анатомо-топографическим зонам полости рта.

**13. Укажите дополнительные методы исследования при обследовании пациента с заболеваниями слизистой оболочки рта:**

1. окрашивание тканей;

2. цитологическое;

3. гистологическое;

4. микробиологическое;

5. аллергологические пробы;

6. биохимические исследования;

7. все вышеперечисленное.

**14. Укажите возможные жалобы у пациента с заболеваниями слизистой оболочки полости рта:**

1. боль;

2. жжение;

3. онемение;

4. парастезии;

5. сухость полости рта;

6. повышенное слюноотделение;

7. запах изо рта;

8. дискомфорт (чувство шероховатости);

9. нарушение вкусовой чувствительности;

10. все вышеперечисленное.

**Ситуационные задачи**

1. При случайном осмотре полости рта пациент обнаружил на слизистой щёк справа и слева белые точечные высыпания, слившиеся в рисунок в виде листьев папоротника. Для лечения начал самостоятельно прикладывать спирт на очаги поражения. Через три состояние ухудшилось, присоединилась боль в полости рта. Больной обратился к врачу, который обнаружил на слизистой щёк справа и слева участки гиперемии, эрозии, окруженные папулами, слившиеся в рисунок. Из анамнеза врач выяснил, что у пациента ранее появилась эрозия на слизистой оболочке щёк после стрессовых ситуаций. Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

2. Больной В., 43 года обратился к стоматологу с жалобой на болезненную язву на щеке справа, которая беспокоит его в течение 2 недель. Лечение не проводилось. При осмотре на щеке в проекции разрушенного зуба 16 обнаружена язва размерами 0,8х1 см. Края и основания язвы несколько уплотнены, окружающие ткани отечны и гиперемированны, дно ровное, покрыто налетом, пальпация язвы болезненная. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Поставьте диагноз, проведите дифференциальную диагностику.

3. Больная 60-ти лет носит съемный протез на нижней челюсти в течение 5 лет. Протез не совсем удобен, несколько раз проводилась коррекция. Обратился к стоматологу с жалобами на болезненное разрастание под протезом. При осмотре: плотное малоболезненное образование, в который внедряется край протеза в области отсутствующих зубов 34,35. В месте прилегания края протеза образуется складка с поверхностной линейной эрозией. Поставьте диагноз.

**Литература**

1. Боровский, Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки рта / Е.В.Боровский, Н.Ф.Данилевский. – М.: Медицина, 1991. – С. 257-263.

2. Лукиных, Л.М. Заболевание слизистой оболочки полости / Л.М.Лукиных. - Н.Новгород.: НГМА, 2000. – 142 с.

3. Клиническая стоматология / под ред. И. Дж.Честната, Дж.Тибсона. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 624 с.

Доцент кафедры Колчанова Н.Э.