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 № 4**

для проведения занятия со студентами 5 курса в 9 семестре

стоматологического факультета по терапевтической стоматологии

(для студентов)

**Тема:** **Характеристика состояния слизистой оболочки рта в норме и при патологии. Тактика врача - стоматолога при выявлении заболеваний слизистой оболочки полости рта**

#### Время 6 часов

**Витебск 2023**

1. **Учебные и воспитательные цели:**

1. Научиться обследовать стоматологического больного с патологией СОПР

2. Научиться выявлять патологические изменения на СОПР.

3. Освоить методику определения стоматологического статуса пациента и заполнение соответствующего подраздела в амбулаторной карте.

4. Научиться составлять план лечения стоматологического пациента и оформлять дневник посещений.

5. Научиться выполнять принципы врачебной этики и деонтологии в клинике терапевтической стоматологии.

**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 043/у-06

-методические разработки кафедры

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

Строение слизистой оболочки полости рта.

Патологические процессы СОПР.

Определение понятия «первичный морфологический элемент поражения», «вторичный морфологический элемент поражения».

Определение основных методов обследования больного с патологией СОПР. Перечисление основные методы.

Тактика врача - стоматолога при выявлении заболеваний слизистой оболочки полости рта

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

1. Стоматологические инструменты и дополнительные аксессуары при обследовании стоматологического больного.
2. Медицинская документация в стоматологии.
3. Строение слизистой оболочки полости рта.
4. Особенности строения эпителия, эпидермиса.
5. Патоморфологические элементы поражения кожи
6. Патоморфология острого хронического воспаления.
7. Составление плана лечения стоматологического пациента
8. Классификация заболевания тканей периодонта

**5. Содержание занятия.**

**Вопросы темы:**

1. Строение слизистой оболочки полости рта.
2. Патологические процессы СОПР.
3. Определение понятия «первичный морфологический элемент поражения», «вторичный морфологический элемент поражения».
4. Определение основных методов обследования больного с патологией СОПР. Перечисление основных методов.
5. Тактика врача - стоматолога при выявлении заболеваний слизистой оболочки полости рта

**ВОПРОС №1. Строение слизистой оболочки полости рта**

Слизистая оболочка полости рта в отличие от других сли­зистых оболочек организма человека имеет ряд особенностей. Она устойчива к воздействию физических, химических раздра­жителей, а также к внедрению инфекций. Регенераторная спо­собность повышена. Эти свойства в определенной степени обусловлены ее строением.

На всем протяжении слизистая оболочка полости рта вы­стлана многослойным плоским эпителием, состоящим из не­скольких слоев клеток. Под ним располагаются базальная мем­брана, собственно слизистая оболочка и подслизистый слой. Соотношение этих слоев на различных участках полости рта неодинаково. Твердое нёбо, язык, десна, которые подвергают­ся наиболее сильному давлению во время приема пищи, име­ют более мощный эпителий. Губы, щеки обладают хорошо вы­раженной собственной пластинкой; а дно полости рта и пере­ходные складки — преимущественно развитой подслизистой основой.

Эпителий непосредственно обращен в полость рта и вслед­ствие слущивания верхнего слоя подвергается постоянному обновлению. В некоторых участках эпителий способен ороговевать в результате механических, физических и химических воздействий. Наиболее сильно процесс ороговения выражен па твердом нёбе, языке и деснах и представлен несколькими рядами безъядерных клеток. К нему примыкает зернистый слой. Клетки этого слоя вытянуты и содержат в своей цитоп­лазме зерна кератогиалина. Этот слой бывает только там, где выражен процесс ороговения. В области щек, губ, дна полости рта, переходных складок, в десневой борозде и нижней повер­хности языка в норме ороговения не наблюдается. Здесь по­верхность образована уплощенными клетками. К ним примы­кают несколько рядов шиловидных клеток Полигональной формы, плотно соединенных друг с другом.

Самым глубоким слоем эпителия является ростковый, образованный клетками цилиндрической формы. Они распо­лагаются в один ряд на базальной мембране, поэтому называ­ются базальным слоем. Базальные клетки содержат округлое ядро с ядрышком и цитоплазму с многочисленными митохон­дриями. Кроме цилиндрических клеток в базальном слое встре­чаются клетки звездчатой формы с длинными отростками - клетки Лангерганса. Они выявляются только с помощью им­прегнации серебром. Регенерация эпителия происходит за счет росткового слоя.

**Базальная мембрана** образована густым сплетением тон­ких аргирофильных волокон и является связующим звеном между эпителием и собственной пластинкой слизистой обо­лочки.

**Собственно слизистая оболочка** состоит из соединитель­ной ткани, представленной основным веществом, волокнис­тыми структурами и клеточными элементами. Этот слой в виде сосочков волнообразно вдается в эпителиальный слой. Здесь располагаются капиллярная сеть, нервные сплетения и лим­фатические сосуды. Защитная функция соединительной тка­ни заключается в создании механического барьера. В этой свя­зи для нормального состояния соединительной ткани важное значение имеет субстратферментная система: гиалуроновая кислота основного вещества — гиалуронидаза. При увеличе­нии количества тканевой или микробной гиалуронидазы про­исходит деполимеризация гиалуроновой кислоты, в результа­те чего увеличивается проницаемость соединительной ткани.

Волокнистые структуры представлены коллагеновыми и аргирофильными волокнами. Наибольшее количе­ство коллагеновых волокон располагается в слизистой оболоч­ке десны и твердого нёба.

Клеточные элементы собственной пластинки сли­зистой представлены в основном фибробластами, макрофага­ми, тучными клетками, плазматическими, гистиоцитами (осед­лые макрофаги).

Фибробласты — главная клеточная форма соединитель­ной ткани. Они выделяют преколлаген, проэлластин и др.

Макрофаги выполняют защитную функцию. Они фагоци­тируют инородные частицы бактерий, погибшие клетки, ак­тивно участвуют в воспалительных и иммунных реакциях. При воспалении гистиоциты превращаются в макрофаги, а после воспаления вновь в покоящиеся клеточные формы.

Тучные клетки — функциональные клетки соединитель­ной ткани — характеризуются наличием в протоплазме гра­нул. Чаще они локализуются вдоль сосудов. Этих клеток больше в области слизистой губ и щек, меньше — в области языка, твердого нёба, десен, т.е. их меньше там, где эпителий ороговевает. Тучные клетки служат носителями биологичес­ки активных веществ, являющихся пусковыми механизмами при воспалении: гепарина и гистамина. Они регулируют про­ницаемость сосудов, участвуют в процессе аллергических

реакций.

Плазматические клетки осуществляют защитные, имму­нологические процессы слизистой оболочки, содержат в боль­шом количестве РНК. Образуются под действием антигена из лимфоцитов. Вырабатывают иммуноглобулины.

При возникновении патологических процессов в слизис­той оболочке полости рта появляются сегментоядерные лей­коциты, лимфоциты. Гистиоциты могут трансформироваться в эпителиоидные клетки, которые, в свою очередь, могут об­разовывать гигантские клетки. Эпителиоидные клетки выяв­ляются при специфических заболеваниях слизистой оболоч­ки и кандидозе.

**Подслизистый слой** представлен рыхлой соединительной тканью. В слизистой оболочке языка, десен и частично твер­дого нёба подслизистая основа отсутствует, а в области дна полости рта, переходных складок губ, щек — хорошо выраже­на. В этом слое располагается большое количество мелких со­судов, малые слюнные железы и сальные железы Фордайса. От степени выраженности подслизистого слоя зависит под­вижность слизистой оболочки полости рта (кроме языка, где подвижность обусловлена мышцами).

Ткани полости рта, губ, зубов и передних *2/3* языка иннервирует тройничный нерв (периферические отростки не­рвных клеток Гассерова узла). С передних 2/3 языка вкусо­вую чувствительность воспринимает лицевой нерв (7-я пара). Чувствительным нервом задней 1/3 языка является языкоглоточный нерв (9-я пара). Симпатические волокна проника­ют вдоль артерий из верхнего шейного узла. Они влияют на кровоснабжение слизистой оболочки и на секрецию слюнных желез.

**Особенности строения слизистой оболочки полости рта**

**Губа** ограничена с одной стороны слизистой оболочкой, а снаружи — кожей. Красная кайма является переходной зоной между ними. Место перехода красной каймы губы в слизис­тую полости рта называют зоной Клейна. Многослойный плос­кий эпителий со стороны преддверия — неороговевающий, а на красной кайме — проявляет тенденцию к ороговению и имеет хорошо выраженный зернистый слой. Собственная пла­стинка слизистой оболочки губ образует многочисленные вы­ступы (сосочковый слой), которые глубоко внедряются в эпи­телий. Непосредственно на поверхности эпителия открывают­ся протоки слюнных и сальных желез. На границе слизистой оболочки и мышечного слоя имеется большое количество мел­ких слюнных желез, которые придают губам мягкость. Глубже находятся пучки мышечных волокон.

**Щека** со стороны полости рта выстлана неороговевающим эпителием. По линии смыкания зубов эпителий иногда проявляет тенденцию к ороговению. Собственно слизистая обо­лочка содержит большое количество эластичных волокон. В подслизистой основе находятся мелкие слюнные железы и сальные железы Фордайса, которые иногда в норме образуют зернистость желтоватого цвета. В подслизистой основе име­ются также жировые клетки. При обилии жировой ткани в щеках на слизистой оболочке образуются отпечатки зубов. На уровне 7-х зубов верхней челюсти открываются протоки око­лоушных слюнных желез.

**Десна** выстлана эпителием, склонным к ороговению, за исключением эпителия десневой борозды, где он более тон­кий и в норме никогда не ороговевает. К особенностям эпите­лия десны относится высокая митотическая активность, содержание большого количества РНК в клетках базального и шиповидного слоев. Подслизистый слой в десне отсутствует, сли­зистая оболочка плотно соединена с надкостницей.

Эпителий десневой борозды называется бороздковым или сулькулярным. Место прикрепления эпителия к кристаллам апатита эмали называется эпителиальным прикреплением, а эпителий в этом участке — соединительным. Эпителий десневой борозды продолжается в соединительный эпителий. Он способен быстро обновляться по сравнению с ротовым эпите­лием и обладает повышенной проницаемостью в связи с близ­ким расположением кровеносных сосудов. В результате этого в десневой борозде образуется десневая жидкость. В норме клетки эпителия десны не содержат гликогена.

**Дно полости рта и переходные складки щек и губ** выстланы неороговевающим эпителием. Хорошо выражена подсли­зистая основа. Слизистая оболочка легко собирается в складки. В ее толще заложено большое количество мелких слюн­ных желез.

**Мягкое нёбо** представляет собой мышечное образование с поперечно-полосатыми волокнами. Оральный, или передний, отдел выстлан многослойным плоским неороговевающим эпи­телием. Задний, обращенный к носоглотке, отдел у новорож­денных покрыт многоядерным мерцательным эпителием. Со временем он трансформируется в многослойный плоский эпигелий. Собственная пластинка слизистой оболочки богата эластическими волокнами. В подслизистом слое располагаются многочисленные слюнные железы.

**Твердое нёбо** покрыто многослойным плоским эпителием, проявляющим тенденцию к ороговению. В области нёбного шва нет подслизистого слоя. В переднем отделе в подслизистом слое располагается жировая ткань, в заднем — множе­ство слюнных желез, что придает этим участкам подвижность. На нёбе вблизи центральных резцов имеется резцовый сосо­чек. В стороны от нёбного шва идут 3—4 складки.

**Язык** представляет собой мышечный орган. Он покрыт многослойным плоским ороговевающим эпителием. Подслизистый слой отсутствует. Слизистая оболочка плотно фикси­рована на мышцах. На задней 1/3 языка имеется скопление „имфоидной ткани розового цвета, иногда с синюшным оттенком. Это язычная миндалина. Под слизистой оболочкой, особенно в заднем отделе, располагаются мелкие слюнные железы, выводные протоки которых открываются на поверхность. По характеру секрета различаются серозные, слизистые и смешанные железы. Эпителий и собственно слизистая оболочка на спинке языка образуют сосочки: нитевидные, листовидные, грибовидные и желобоватые.

Нитевидные сосочки покрывают всю поверхность спинки языка. Они вытянутой формы, не содержат вкусовых луковиц. Эпителий в области вершин сосочков подвергается орогове­нию и слущиванию. При замедлении слущивания язык стано­вится обложенным. При ускорении слущивания эпителия образуются десквамативные участки.

Листовидные сосочки располагаются по боковым поверх­ностям языка в задних отделах в виде складок в количестве 8—15. В покровном эпителии заложены вкусовые луковицы.

Грибовидные сосочки располагаются среди нитевидных в области кончика языка в виде красных точек. Они покрыты тонким слоем неороговевающего эпителия, в котором находятся вкусовые луковицы.

Желобоватые сосочки — самые крупные сосочки языка — располагаются в виде римской цифры V ближе к корню и окружены валиком и бороздкой. В стенках желобоватых сосочков имеется большое количество вкусовых луковиц.

На границе тела языка и его корня, позади желобоватых сосочков, располагается слепое отверстие — следствие зарос­шего щитоязычного протока.

За слепым отверстием языка сосочки отсутствуют.

На боковой поверхности языка у корня видно венозное сплетение. На нижней поверхности слизистая оболочка более подвижна и в средней части переходит в уздечку. От уздечки по обе стороны отходят две подъязычные складки.

С возрастом в строении слизистой оболочки полости рта происходят изменения: истончение эпителия, усиленный ги­перкератоз, дегенеративные процессы.

Слизистая оболочка полости рта выполняет ряд функций. Защитная функция осуществляется за счет непроницаемости слизистой оболочки для микроорганизмов и вирусов, слущи­вания эпителия, свойств слюны и десневой жидкости. Пласти­ческая функция обеспечивается высокой регенеративной осо­бенностью эпителия. Чувствительная функция осуществляет­ся тепловыми, болевыми, тактильными и вкусовыми рецепто­рами. Всасывательная функция дает возможность вводить лекарственные вещества через слизистую оболочку полости рта.

**ВОПРОС № 2. Патологические процессы СОПР.**

Патологические процессы в слизистой оболочке полости рта можно разделить на две группы: воспалительные пораже­ния и опухоли.

**Воспаление** — защитная сосудисто-тканевая реакция организма на действие раздражителя. По морфологии различают три фазы воспаления: альтеративную, экссудативную и пролиферативную. По течению воспаление бывает острое, подострое и хроническое. При остром течении преобладают альтернативные и экссудативные изменения, а при хроническом — пролиферативные.

*Альтеративная* фаза воспаления характеризуется преобладанием дистрофических и некротических процессов в клетках, волокнистых структурах и в межуточном веществе сли­зистой.

*Экссудативная* фаза воспаления характеризуется преоб­ладанием гиперемии, отека и инфильтрации. Вслед за кратков­ременным рефлекторным сужением просвета капилляров на­ступает их стойкое расширение. Замедление тока крови ведет к стазу и тромбозу сосудов слизистой. Тонус сосудов снижает­ся и нарушается проницаемость их стенок. За пределы сосу­дов выходят плазма крови (экссудация) и форменные элемен­ты крови (эмиграция).

Нарушение проницаемости сосудов обусловливается выде­лением большого количества биологически активных веществ (ацетилхолина, гистамина, серотонина, кининов) в результате лизиса клеток. При этом наблюдается отек и инфильтрация сте­нок сосудов и соединительной ткани слизистой оболочки поло­сти рта. Инфильтрат может быть лейкоцитарный, лимфоидный, из плазматических клеток и с преобладанием эритроцитов.

*Пролиферативная* фаза воспаления характеризуется про­цессами размножения и трансформации клеток. Размножение соединительнотканных клеток лежит в основе образования грануляционной ткани. В процессе фибробластической про­лиферации происходит новообразование соединительных во­локон. Это исход острого процесса.

Хроническое воспаление слизистой оболочки характеризу­ется размножением соединительнотканных клеток (лимфоци­тов, плазматических клеток, фибробластов и др.). Затем обра­зуется молодая, богатая клетками грануляционная ткань. Ис­ходом продуктивного воспаления является формирование зре­лой соединительной ткани, т.е. развитие склероза и фиброза.

В результате нервно-сосудистых расстройств в соедини­тельнотканных структурах слизистой часто появляются оча­говые некрозы. Поверхностные дефекты — эрозии — образу­ются при нарушении целостности только поверхностных сло­ев эпителия. Если повреждается соединительнотканный слой, то в результате заживления образуется рубец.

При обострении хронического процесса присоединяется острое нарушение проницаемости сосудов с выходом полиморфно-ядерных лейкоцитов и эритроцитов в соединительноткан­ный слой слизистой оболочки.

Патологические процессы приводят к изменениям слизи­стой оболочки полости рта, в частности к нарушениям про­цессов ороговения в эпителии.

**Акантоз**— утолщение эпителиального слоя слизистой оболочки за счет пролиферации базальных и шиповатых кле­ток. Результатом акантоза является появление узелка, узла, ли-хенизации.

Заболевания, которым сопутствует данный патологичес­кий процесс:

* красный плоский лишай;
* лейкоплакия;
* мягкая лейкоплакия;
* гипо- и авитаминозы;
* красная волчанка;
* преканцерозный хейлит Манганотти;
* сухая форма эксфолиативного хейлита;
* атопический хейлит; актиномикоз;
* изменения слизистой при эндокринных нарушениях.

**Паракератоз** — неполное ороговение поверхностных клеток шиловидного слоя при сохранении в них уплощенных вытянутых ядер. При этом процессе выпадает фаза образова­ния кератогиалина и элеидина, поэтому зернистый и блестя­щий слои отсутствуют. Из клеток рогового слоя исчезает клей­кое вещество — кератин, вследствие чего обнаруживается вы­раженное шелушение эпидермиса. Образующиеся чешуйки легко отторгаются. Заболевания, которым сопутствует данный патологический процесс: лейкоплакия; гипо- и авитаминозы А, С, В; красный плоский лишай; сухая форма эксфолиативного хейлита; атопический хейлит; красная волчанка. Результатом паракератоза является появление пятна, лихенизации, вегетации, узла, узелка. Участки паракератоза име­ют беловатую окраску, не соскабливаются.

**Дискератоз** — форма неправильного ороговения, ха­рактеризующаяся патологической кератинизацией отдельных эпителиальных клеток.

Клетки становятся более крупными, округлыми, с зерни­стостью в цитоплазме — "тельца Дарье", затем превращаются в гомогенные ацидофильные образования с мелкими пикто-ническими ядрами, называемыми зернами и располагающи­мися в роговом слое. Дискератоз наблюдается при старении. Злокачественный дискератоз характерен для болезни Боуэна, плоскоклеточного рака.

**Гиперкератоз** - чрезмерное утолщение рогового слоя эпителия. Он может развиваться в результате избыточ­ного образования кератина или вследствие задержки слущивания эпителия. В основе гиперкератоза лежит интенсивный синтез кератина в результате повышения функциональной активности клеток эпителия (хроническое раздражение или нарушения обменного характера).

Этот процесс сопровожда­ет следующие заболевания:

* сухую форму эксфолиативного хейлита;
* лейкоплакию;
* красный плоский лишай;
* интоксикацию ртутью, свинцом, висмутом, алюминием, цинком и др.;
* красную волчанку;
* актиномикоз.

Папилломатоз — разрастание сосочкового слоя соб­ственной пластинки слизистой оболочки и врастание его в эпи­телий. Этот процесс наблюдается при хронической травме сли­зистой оболочки нёба пластиночным протезом и других хро­нических травмах.

**Вакуольная дистрофия** — внутриклеточный отек эпителиальных клеток с появлением в цитоплазме вакуолей, разрушающих клетки. Иногда вакуоль занимает почти всю клетку, оттесняя ядро к периферии. При этом ядро принимает седловидную форму.

Причиной вакуольной дистрофии принято считать деге­неративные изменения в цитоплазме эпителиальных клеток. Заболевания, которые сопровожда­ются этим процессом:

* вульгарная пузырчатка;
* простой герпес;
* красная волчанка;
* изменения слизистой при эндокринных заболеваниях (гингивит беременных, синдром Иценко—Кушинга и др.).

**Спонгиоз** — скопление жидкости между клетками шиповидного слоя. Межклеточные промежутки при этом расши­рены, заполнены жидкостью, цитоплазматические выступы вытянуты. Процесс начинается с расширения межклеточных канальцев, которые заполняются поступающим из соедини­тельной ткани экссудатом. Этот экссудат растягивает, а затем и разрывает межклеточные связи, образуя полость. В образо­вавшейся полости обнаруживаются серозное содержимое и эпителиальные клетки, потерявшие связь с эпителием. Резуль­татом этого процесса может быть волдырь, пузырек, пузырь. Спонгиоз сопровожда­ет следующие заболевания:

* простой герпес;
* вульгарную пузырчатку;
* красный плоский лишай (буллезная форма);
* многоформную экссудативную эритему;
* хронический рецидивирующий афтозный стоматит;
* экзему.

**Баллонирующая дистрофия** — нарушение свя­зей между клетками шиловидного слоя, что приводит к сво­бодному расположению отдельных клеток или их групп в экс­судате образующихся пузырьков в виде шаров-баллонов. Это­му предшествует некоторое утолщение эпителия, появление гигантских эпителиальных клеток, образующихся в результа­те амитотического деления ядер, однако сама клетка не делит­ся. Клетка увеличивается в размере (шар, баллон) и плавает в жидкости. Этот патологический процесс проявляется при про­стом герпесе, экземе, многоформной экссудативной эритеме, красном плоском лишае.

**Акантолиз**— расплавление межклеточных мостиков в шиловидном слое, что ведет к потере связей между эпители­альными клетками. В эпителии образуются щели и внутриэпи-телиальные пузыри, пузырьки. В основе этого процесса лежат иммунные механизмы. При этом шиповидные клетки округ­ляются, немного уменьшаются в размере, ядро становится бо­лее крупным. Эти клетки носят название Тцанка. Клетки сво­бодно плавают в содержимом пузыря, а также выстилают его дно. Этот процесс встречается при вульгарной пузырчатке, простом герпесе.

**Опухоли (бластомы)** — патологическое разрастание тка­ней в результате потенциально беспредельного деления кле­ток. Бластомы делят на доброкачественные (зрелые) и злока­чественные (незрелые). По происхождению их классифици­руют следующим образом: опухоли из эпителиальной, соеди­нительной, сосудистой, железистой, мышечной и нервной тка­ней, а также смешанные опухоли.

*Доброкачественные* опухоли слизистой оболочки рта со­стоят из дифференцированных клеток, сходных по строению с исходной тканью. Наблюдается тканевой атипизм. Эти опу­холи растут медленно, четко ограничены, никогда не враста­ют в окружающие ткани, не метастазируют.

*Злокачественные* опухоли — построены из мало- и недиф­ференцированных клеток и мало похожи на материнскую ткань. Характерен не только тканевой, но и клеточный ати­пизм: изменение формы клеток, укрупнение ядра, полимор­физм, появление гигантских клеток. Злокачественные опухо­ли быстро растут, склонны к метастазированию и рецидивам. Критерием малигнизации служит классическая триада: атипия, полиморфизм, инвазивный рост.

**ВОПРОС № 3. Определение понятия «первичный морфологический элемент поражения», «вторичный морфологический элемент поражения».**

Правильное определение элемента поражения помогает в постановке диагноза. Различают первичные элементы пораже­ния и вторичные, развивающиеся из первичных. К первичным относятся пятно, узелок (папула), узел, бугорок, пузырек, пузырь, гнойничок, киста, волдырь, абсцесс. Вторичными элемен­тами являются эрозия, афта, язва, трещина, рубец, налет, че­шуйка, корка.

**Пятно** — изменение цвета слизистой оболочки на ограни­ченном участке. Различают воспалительные и невоспалитель­ные пятна. Розеола — ограниченная гиперемия до 1,5 см в ди­аметре. Эритема — разлитое покраснение слизистой оболоч­ки. К невоспалительным пятнам относят геморрагические пят­на: петехии (точечные геморрагии) и экхимозы (обширные геморрагии округлой формы). Пигментные пятна — образо­вания, возникающие в результате отложения красящих ве­ществ экзогенного и эндогенного происхождений (отложения меланина, прием лекарственных препаратов, содержащих вис­мут или свинец).

**Узелок (папула)** — бесполостное образование воспали­тельного происхождения размером до 5 мм, выступающее над уровнем слизистой оболочки и захватывающее эпителий и поверхностный слой собственно слизистой оболочки. Морфо­логически определяются мелкоклеточная инфильтрация, ги­перкератоз и акантоз. Красный плоский лишай — типичный пример проявления папул на слизистой оболочке рта. При обратном развитии папулы следа не остается. Бляшка — слив­шиеся папулы.

**Узел** — плотный, мало болезненный округлый инфильт­рат, берущий начало в подслизистой основе. По размерам го­раздо больше узелка. При актиномикозе возможно его нагно­ение с образованием свища. При сифилитической гумме узел может изъязвляться. Узел образуется в результате воспали­тельного процесса, опухолевого роста и др.

**Бугорок** — инфильтративное бесполостное образование 5—7 мм, захватывает все слои слизистой оболочки рта и воз­вышается над ее поверхностью. Бугорки образуются при ту­беркулезе, третичном сифилисе, лепре. Они быстро подверга­ются распаду с образованием язв. После их заживления обра­зуется рубец.

**Пузырек** - это полостной элемент до 5 мм в диаметре, возникающийв результате ограниченного скопления жидкости (экссудата, крови). Он располагается в шиповатом слое (внутриэпителиально), быстро вскрывается, образуя эрозию. Пузырьки возникают при вирусных поражениях.

**Пузырь** — образование, отличающееся от пузырька более крупными размерами (более 5 мм), с серозным или геморра­гическим экссудатом. Он может располагаться внутриэпите­лиально (при акантолитической пузырчатке в результате акан-толиза) и подэпителиально (при многоформной экссудативной эритеме, аллергии и др.).

**Гнойничок** — полостное образование с гнойным экссуда­том; встречается на коже и красной кайме губ.

**Киста** — полостное образование, имеющее соединитель­нотканную капсулу с эпителиальной выстилкой.

**Волдырь** — бесполостное образование до 2 см вследствие острого ограниченного отека сосочкового слоя. Примером яв­ляется отек Квинке.

**Абсцесс** — ограниченное полостное образование, запол­ненное гноем; возникает вследствие разложения патологичес­ки измененной ткани или слияния гнойничков.

**Эрозия** — нарушение целостности эпителия, возникающее в месте папулы, после вскрытия пузырька, в результате трав­мы. Заживает без рубца. Экскориация — эрозия травматичес­кого происхождения.

**Афта** — поверхностный дефект эпителия округлой фор­мы 3—5 мм, расположенный на гиперемированном участке слизистой оболочки, покрытый фиброзным налетом и окру­женный ярко-красным ободком. Заживает без рубца. Приме­ром служит хронический рецидивирующий афтозный стома­тит.

**Язва** — дефект, захватывающий все слои слизистой обо­лочки. В язве различают дно и края. Заживление происходит с образованием рубца. Язвы возникают при травме, туберкуле­зе, сифилисе, при распаде опухоли.

**Трещина** — это линейный дефект, возникающий в резуль­тате потери эластичности ткани. Поверхностные трещины ло­кализуются в пределах эпителия, глубокие — проникают в соб­ственную пластинку, заживают без рубца.

**Рубец** — замещение дефекта соединительной тканью с повышенным содержанием волокнистых структур. Гипертро­фические (келлоидные) рубцы возникают после травмы, хи­рургических вмешательств. Атрофические рубцы образуются после заживления элементов туберкулеза, сифилиса, красной волчанки. Для них характерна неправильная форма и боль­шая глубина.

**Налет** — образование, состоящее из микроорганизмов, фибринозной пленки или слоев отторгшегося эпителия.

**Чешуйка** — отпадающая тонкая пластинка из ороговев­ших клеток эпителия, возникшая в результате патологическо­го ороговения, в частности, при некоторых хейлитах.

**Корка** — ссохшийся экссудат на месте пузырька, трещи­ны, эрозии. Цвет корки зависит от характера экссудата (сероз­ный, гнойный, геморрагический).

**ВОПРОС № 4. Определение основных методов обследования больного с патологией СОПР.**

**Основные методы обследования больного с патологией СОПР**

К основным методам обследования СОПР относят: опрос, осмотр. Осмотр включает в себя пальпацию и перкуссию.

Опрос больного:

1. Жалобы больного
	* Боль в каком либо участке СОПР
	* Неприятные ощущения (покалывание, жжение)
	* Изменение рельефа СОПР
	* Изменение общего состояния (температура тела, слабость, недомогание)
2. Анамнез жизни
3. Перенесенные и сопутствующие заболевания
* Заболевание ЖКТ
* Эндокринные заболевания (сахарный диабет)
* Заболевание крови (лейкоз, анемия)
* Заболевание сердечно-сосудистой системы
1. Профессиональные вредности
	* Химические предприятия, контакт с пестицидами, работа на улице, в поле, на овощных базах, нефтеперерабатывающая промышленность
2. Вредные привычки
	* Курение, прием алкоголя, жевание наркотических веществ, привычное прикусывание СОПР
3. Наследственность (экзематозный хейлит)
4. Развитие настоящего заболевания
* Начальные симптомы заболевания
* Давность заболевания, особенности течения
* Возможная причина болезни
* Частота рецидивов, обострений
* Эффективность проводимой ранее терапии

Осмотр больного:

1. Экстраоральный:
	* Цвет кожных покровов
	* Состояние лимфоузлов (определяется пальпаторно)
	* Конфигурация лица
2. Периоральный:
* Носогубные складки
* Область губ
1. Интраоральный по анатомо-топографическим зонам:
* Цвет слизистой (красный, белый, пигментный, фиолетовый)
* Изменение рельефа (пузырьки, возвышения, папулы, бляшки, вегетации)
* Нарушение целостности (эрозии, афты, язвы, трещины)
* (Локализация, размеры, количество, глубина поражений; состояние слизистых желез (дериваты эпителия); консистенция слизистой оболочки полсти рта, выявляемая при пальпации)

 При описании элементов поражения следует придерживаться определённой системы и последовательности:

1. Локализация со ссылкой на близлежащие органы и ткани полости рта
2. Вид (папула,эрозия и т.д.)
3. Размеры
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 её 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 распространённость, симметричность, расположение элементов поражения по отношению друг к другу.

**ВОПРОС 5. ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.**

В зависимости от конкретной клинической ситуации врачу-стоматологу необходимо придерживаться следующих общих правил:

1. Прием каждого больного осуществляется с использованием индивидуальных средств защиты и стерильных инструментов.

2. Первичный осмотр слизистой оболочки полости рта проводится только с использованием инструментов (зеркало, зонд, шпатель, пинцет). До проведения специальных исследований (серологического, бактериологического, цитологического) пальпация элементов поражения не проводится.

3. Во всех сомнительных случаях, к которым относится первичное выявление элементов поражения на слизистой или отсутствие эффекта лечения ранее обнаруженного изменения мягких тканей, больного необходимо обследовать на сифилис и ВИЧ-инфицирование. Данная рекомендация обусловлена тем, что даже клинически четкая местная картина заболевания может сопутствовать общей тяжелой или контагиозной болезни (например, герпетические высыпания при СПИДе, афтоподобная бляшка при сифилисе).

4. Выявление положительных серологических реакций крови на сифилис или обнаружение бледной трепонемы в элементах поражения служит показанием для лечения больного в специализированном учреждении. Аналогично обстоит дело при выявлении возбудителя туберкулеза. ВИЧ-инфицированные обслуживаются в центрах СПИД, однако необходимую помощь могут получать и у стоматолога, о чем должен помнить каждый врач поликлинического приема.

5. Первичное выявление язвы с уплотненными краями или отсутствие эффекта от лечения при язвенном процессе (7-10 дней) требует консультации онколога или челюстно-лицевого хирурга, сопровождающейся цитологическим либо гистологическим (биопсия) исследованием пораженных тканей. При обнаружении признаков опухолевого злокачественного процесса применяются хирургические методы лечения.

6. Диагноз, подтвержденный лабораторными исследованиями и исключающий онкологические или контагиозные заболевания, служит основанием для назначения консервативного лечения с учетом этиологии и сопутствующих факторов.

|  |  |
| --- | --- |
| **Возможные ситуации** | **Тактика стоматолога** |
| Локальные проявления при наличии местного этиологического фактора | - диагностика и лечение у стоматолога- возможны дополнительные исследования- терапия, как правило, местная |
| Локальные проявления при наличии общей причины | - диагностика и лечение у стоматолога после дополнительных исследований и консультации у специалиста |
| Локальные поражения на фоне общих заболеваний | - терапия местная, возможна общая- осмотр стоматолога- окончательный диагноз выставляет врач, специализирующийся в области данного заболевания (гематолог, дерматовенеролог, аллерголог и т.д.)- лечение у специалиста по профилю патологии - общее (этиотропное, патогенетическое), у стоматолога - местное, чаще симптоматическое |

**Общая терапия** включает:

***1. Этиотропное лечение*** - устранение причины, вызывающей данное заболевание. Соответственно используются медикаментозные средства, устраняющие или подавляющие возбудителя заболевания:

* Антибактериальные препараты назначаются при инфекционных болезнях: антибиотики, сульфаниламиды, средства нитрофуранового ряда. Предварительное проведение пробы на чувствительность микроорганизмов к препарату существенно повышает эффективность лечения.
* Противогрибковые средства назначаются при микозах.
* Противовирусные средства применяются, если болезнь развивается в результате внедрения в организм вирусного фактора: бонафтон, ацикловир, интерферон.
* Устранение выявленного аллергенного фактора, а также противоаллергическое лечение можно также отнести в группу этиотропных мероприятий. Назначаются стероидные гормоны, антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, диазолин, фенкарол).

***2. Патогенетическое лечение*** - коррекция нарушенных механизмов гомеостаза. Назначаются:

* Противовоспалительная терапия. В том числе противоотечные, противозастойные препараты: кортикостероидные гормоны (при ярких симптомах воспаления, особенно с выраженным аллергическим компонентом, отеками); салицилаты (показаны при повышении температуры тела, воспалительных процессах внутренних органов); препараты растительного происхождения (настои, отвары трав).
* Средства, повышающие общую резистентность организма: витамины А, С, Е, поливитамины; биостимуляторы; адаптогены.
* Гипосенсибилизирующие средства: гормоны, антигистаминные препараты (димедрол, дипразин, тавегил, фенкарол).
* Препараты крови: компоненты крови, кровезаменители.
* Средства, улучшающие обмен веществ: витамины, гормоны, ферменты, микроэлементы и т.д.
* Препараты, нормализующие деятельность внутренних органов и систем: сердечные, желудочные, желчегонные, мочегонные и т.п.
* Сосудистые средства (снижающие проницаемость сосудистой стенки, повышающие или снижающие сосудистый тонус).
* Нейротропные препараты (нормализующие процессы торможения и возбуждения, тонизирующие и успокаивающие).

***3. Симптоматическое лечение*** - устранение субъективных и внешних признаков болезни - в значительной степени перекликается или совпадает с патогенетическим (или влияет на патогенетические механизмы). Назначаются:

* Обезболивающие средства (наркотические и ненаркотические).
* Жаропонижающие (салицилаты).
* Противоотечные (кортикостероиды).
* Кровоостанавливающие (витамин С, викасол, препараты крови).
* Усиливающие слюноотделение (натрия или калия йодид).

Общее лечение в полном объеме назначает врач соответствующей специальности. Стоматолог наиболее часто назначает общеукрепляющие средства: витаминные препараты, адаптогены (например, экстракт элеутерококка).

Возможно использование различных схем применения экстракта элеутерококка:

* фармакопейные дозы (30 капель 3 раза в день в течение месяца) - при вегетососудистых дистониях по гипотоническому типу, при психастении;
* повышенные дозы для однократного употребления (2 - 4 мл) - при необходимости вызвать стимулирующий эффект на фоне физического, умственного переутомления или с целью их профилактики;
* максимальные суточные дозы в течение 5 дней - с целью профилактики кариеса;
* минимальные дозы адаптогенов (2 - 3 капли за 20 минут до еды в 1/4 стакана воды) в течение месяца оказывают тонизирующее действие.

Последняя схема практически не имеет противопоказаний.

Один из наиболее эффективных методов лечения без применения лекарственных средств - низкоинтенсивное лазерное излучение.

***Показания к лазеротерапии***: пародонтит (периодонтит) в стадии обострения, герпес губ и герпетический стоматит взрослых, синдром Малькерссона - Розенталя, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, десквамативный глоссит, хронический гингивит, язвенный гингивит, травматические повреждения слизистой оболочки, многоформная экссудативная эритема.

*Противопоказания*: местные - все формы лейкоплакии, а также явления пролиферативного характера на слизистой оболочке рта (папилломатоз, ограниченный гиперкератоз, ромбовидный глоссит); общие - тяжело протекающие заболевания сердечно-сосудистой системы (атеросклеротический кардиосклероз с выраженным нарушением коронарного кровообращения II-III стадии), гипертоническая болезнь III стадии, гипотония; выраженная и тяжелая степень эмфиземы легких; туберкулезная интоксикация; злокачественные опухоли; доброкачественные опухоли при локализации в области головы и шеи; тяжелая степень сахарного диабета в некомпенсированном состоянии или неустойчивой компенсации; заболевания крови; состояние после инфаркта миокарда (в течение 6 мес после эксцесса).

**Местная терапия** поражений слизистой оболочки включает использование средств, аналогичных применяемым для общих воздействий, однако лекарственные формы, дозировки, способы использования препаратов адаптированы к локальному применению.

***1. В этиотропном лечении*** на первом месте стоят антибактериальные препараты, которые не только воздействуют на причину заболевания, но и предупреждают осложнения в виде вторичного инфицирования.

Наиболее часто применяются антисептические средства различного механизма действия (2- 3% раствор перекиси водорода; 0,01-0,1% перманганата калия; 0,05% хлоргексидина биглюконат; хлорофиллипт; йодинол).

Антибиотики используются в виде полосканий, аппликаций либо парентерально (тетрациклиновая мазь; эмульсия синтомицина; 2% раствор грамицидина; микроцид; аэрозоль левовинизоль; 0,1% мазь гентамицина сульфата; линкомицин парентерально).

Сульфаниламиды (стрептоцид в виде присыпки; аэрозоль ингалипт).

Препараты нитрофуранового ряда (0,02% водный раствор или 0,2% мазь фурациллина).

Противогрибковые средства применяются для лечения кандидозов: полиеновые антибиотики (нистатиновая мазь 4 %, левориновая мазь 5 %), декамин (мазь 0,5-1,0 %; карамель - под язык), клотримазол (1% раствор, 1% крем).

Антивирусные препараты используются в схеме этиотропного лечения вирусных заболеваний (оксолиновая, теброфеновая, флореналевая, бонафтоновая мази; 1% водный раствор метиленового синего; 0,05 % раствор хлоргексидина).

Устранение раздражающих факторов, рациональная гигиена и санация полости рта в ряде случаев могут быть также отнесены к этиотропной терапии.

***2. Патогенетическое лечение*** включает противовоспалительные средства – нестероидные (мефенаминат натрия в виде пасты или мази; ромазулан; 10% метилурациловая мазь; этоний) и стероидные (0,5-2,5% гидрокортизоновая, 0,5% преднизолоновая мази, лоринден, дермозолон). Они же оказывают противоотечное действие.

Эпителизирующим эффектом обладают масляные растворы витаминов А, Е, масло шиповника, каротолин, аевит, метилурацил, солкосерил. Эти же препараты стимулируют регенерацию соединительной ткани. В случае затяжной эпителизации можно использовать физиотерапевтические методы: например, облучение гелий-неоновым лазером.

Укреплению сосудистой стенки и снижению проницаемости способствует галаскорбин, соли кальция.

Наиболее эффективно применение средств широкого спектра действия. Например, этоний, димексид, пародиум, элюдрил, прополис и др. обладают противовоспалительными, местноанестезирующими, антимикробными, эпителизирующими свойствами.

***3. Симптоматическое лечение*** заключается в использовании обезболивающих средств - парентерально в виде инфильтрационной или проводниковой анестезии; аппликационно в виде растворов, мазей, аэрозолей: 5% анестезиновая, 1% пирамекаиновая мази, этоний, фармаэтил (Septodont).

При соответствующих показаниях применяют кровоостанавливающие препараты: галаскорбин, губка гемостатическая, биопластик, гемоколлаген, гемофибрин.

Протеолитические ферменты способствуют отделению налетов (трипсин, химотрипсин, химопсин, папаин).

**Заключение**

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

**Тестовый контроль**

1. Основные методы обследования стоматологического больного?

1. опрос, осмотр, рентгенологическое обследование
2. опрос, осмотр, пальпация
3. осмотр, витальное окрашивание
4. опрос, осмотр, общий анализ крови,
5. биохимический анализ крови, бактериологическое исследование, общий клинический анализ крови

2. Анамнез жизни включает:

1. перенесенные и сопутствующие заболевания, наследственность, цитологическое исследование
2. перенесенные и сопутствующие заболевания, наследственность, профессиональные вредности
3. перенесенные и сопутствующие заболевания, наследственность, гистологическое исследование
4. начальные симптомы заболевания, давность заболевания, особенности течения
5. перенесенные и сопутствующие заболевания, наследственность, эффективность проводимой ранее терапии

3. Развитие настоящего заболевания предполагает выяснение:

1. возможной причины болезни, давности заболевания, эффективности ранее проводимого лечения
2. возможной причины болезни, давности заболевания, эффективности ранее проводимого лечения, профессиональных вредностей
3. возможной причины болезни, давности заболевания, эффективности ранее проводимого лечения, перенесенных я сопутствующих заболеваний
4. возможной причины болезни, давности заболевания, эффективности ранее проводимого лечения, вредных привычек
5. возможной причины болезни, давности заболевания, эффективности ранее проводимого лечения, наследственности

4. Последовательность пальпации регионарных лимфатических узлов:

1. околоушные, шейные, подчелюстные, подбородочные лимфатические узлы
2. околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные лимфатические узлы
3. подчелюстные, подбородочные, шейные, околоушные лимфатические узлы
4. шейные, подбородочные, подчелюстные, околоушные лимфатические узлы
5. подбородочные, подчелюстные, шейные, околоушные лимфатические узлы

5. Общий клинический анализ крови предполагает:

1. число эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарную формулу, цветной показатель, СОЭ, содержание гемоглобина
2. число эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитарную формулу, цветной показатель, СОЭ
3. число эритроцитов, лейкоцитов, лейкоцитарную формулу, цветной показатель, время свертывания крови
4. число эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитарную формулу, цветной показатель, СОЭ, содержание глюкозы
5. число эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитарную формулу, цветной показатель, СОЭ, коагулограмму

6. Аллергологическое исследование включает проведение:

1. гистаминовой, кожно-аллергической пробы
2. гистаминовой пробы, реакции Вассермана
3. реакции розеткообразования, кожно-аллергической пробы
4. ИФА, гистаминовой пробы
5. гистаминовой пробы, биохимический анализ крови

7. Выводные протоки околоушных желез выявляются в области слизистой оболочки щек на уровне зубов:

1. 1.3-1.4
2. 1.6-1.7
3. 1.7-1.8
4. 1.4-1.5
5. 4.4-4.5

8. Опрос стоматологического больного состоит из выяснения:

1. истории развития заболевания, данных рентгенологического исследования
2. жалоб, историй развития заболевания, анамнеза жизни
3. жалоб, истории развития заболевания, данных дополнительных, методов исследования
4. жалоб, историй развития заболевания, данных внутриротового осмотра
5. жалоб, историй развития заболевания, данных общего анализа крови

9. Дополнительные методы обследования при патологии СОПР:

1. опрос, витальное окрашивание
2. осмотр, рентгенологическое обследование, дентоскопия
3. цитологическое, микробиологическое исследование
4. осмотр, пальпация, аллергоанамнез
5. пальпация, рентгенологическое обследование, ИФА

10. При заболеваниях СОПР первичным элементом поражения слизистой оболочки будет:

1. бугорок
2. афта
3. пузырёк
4. эрозия
5. язва

11. Какая гистологическая картина наблюдается при образовании пузырька

1. гиперкератоз
2. папилломатоз
3. акантолиз
4. акантоз
5. дискератоз

12. Назовите вторичный элемент поражения слизистой оболочки:

1. пузырь
2. язва
3. пятно
4. папула
5. афта

13. Ограниченное изменение цвета, не выступающее над слизистой оболочкой полости рта, называется:

1. папула
2. бугорок
3. пятно
4. пузырек
5. налет

14. Поверхностный дефект слизистой с четкими округлыми контурами, покрытый фибринозным налетом:

1. пятно
2. афта
3. корка
4. чешуйка
5. эрозия

15. Эрозия образуется на месте:

1. пузыря
2. эритемы
3. язвы
4. рубца
5. пятна

16. Патогистологические процессы в слизистой оболочке полости рта, сопровождающиеся повышенным ороговением:

1. гиперкератоз
2. акантоз
3. акантолиз
4. баллонирующая дегенерация
5. акантолиз

17. Точечные кровоизлияния на слизистой оболочке полости рта называют:

1. петехии
2. эритемы
3. розеола
4. гематома
5. пятно

18. Линейный дефект слизистой оболочки полости рта называется:

1. рубец
2. трещина
3. корка
4. язва
5. царапина

19. Пузырь подэпителиальный формируется:

1. между волокнами базальной мембраны
2. внутри шиловидного слоя эпителия
3. внутри зернистого слоя эпителия
4. в подслизистом слое эпителия
5. в собственной слизистой оболочке

**Ситуационные задачи**

**1**. Больной 44 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость в полости рта. Доктор составил план обследования больного. Какие органы полости рта следует исследовать при сухости полости рта и какими методами?

**2**. При осмотре больного стоматолог обнаружил увеличенные, спаянные с окружающими тканями безболезненные лимфатические узлы. Признаком какой патологии может быть такая клиническая картина?

**3**. Больная 68 лет поступила с жалобами на недомогание, повышение температуры до 38% появление во рту болезненных образований. Считает себя больной около 3-х недель, когда появилась температура, боль в горле, была диагностирована ангина. Принимала олететрин. Состояние не улучшалось. Появились язвы во рту. При осмотре слизистой оболочки кончика языка обнаружена язва округлых очертаний, покрытая некротическим налетом размером до 0,7 см с болезненным, уплотненным основанием, аналогичная язва на альвеолярном отростке слева, размером 0,5х 1,0 см. Пользуется полным съемным протезом. Протез плохо фиксируется на челюсти. Пальпация подчелюстных лимфоузлов справа и слева болезненная. Какие дополнительные методы обследования необходимо сделать для уточнения диагноза?

**4**. У больного 16 лет при осмотре выявлены помутнение и шероховатость слизистой оболочки нижней губы. Больной постоянно прикусывает губу. Укажите, какой патологический процесс наблюдается в слизистой.

**5**. На губах сухие прозрачные чешуйки. Какими патологическими процессами вызвано появление чешуек?

**6**. У студента из Кении при профилактическом осмотре обнаружены сине-коричневые образования на слизистой десны верхней и нижней челюсти. Слизистая над элементами не изменена, безболезненна. Какой элемент поражения найден при осмотре, чем он обусловлен?

Зав. кафедрой терапевтической

стоматологии с курсом ФПК и ПК, доц. Чернявский Ю.П.