

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2019

УДК 616.314-089.23-06:616.311-002(075.8)

ББК 56.6я73

О-75

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.04.2019 г., протокол № 8

Авторы: С. А. Наумович, И. И. Гунько, С. В. Ивашенко, Г. В. Воложин

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. Н. М. Полонейчик; канд. мед. наук, доц. Л. А. Казеко

Особенности ортопедического лечения пациентов при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта : учебно-методическое пособие / С. А. Наумович [и др.]. – Минск : БГМУ, 2019. – 28 с.

ISBN 978-985-21-0313-8.

Рассматриваются этиология, патогенез патологического процесса, знание которых весьма важно для правильного выбора конструкции зубного протеза и материала для его изготовления. Представлены новые данные о наиболее распространенных заболеваниях слизистой оболочки полости рта, методах их ортопедического лечения.

Предназначено для студентов 3–5-го курсов стоматологического факультета, клинических ординаторов, врачей-интернов и практических врачей.

УДК 616.314-089.23-06:616.311-002(075.8)

ББК 56.6я73

Учебное издание

Наумович Семён Антонович

Гунько Иван Иванович

Ивашенко Сергей Владимирович

Воложин Георгий Викторович

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск С. А. Наумович

Редактор А. В. Лесив

Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 29.05.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,63. Уч.-изд. л. 1,3. Тираж 30 экз. Заказ 318.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0313-8

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2019

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятия: 4-й курс 8-й семестр — 6 ч.

В клинику ортопедической стоматологии обращаются пациенты с дефектами твердых тканей зубов, частичным и полным отсутствием зубов, нередко сопровождающимися наличием заболеваний слизистой оболочки полости рта, такими как красный плоский лишай, лейкоплакия, ангулярный хейлит, заеда, папилломатоз, фиброматоз десен, никотиновый лейкокератоз неба.

Диагностика, лечение и профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта являются актуальной проблемой и представляют определенные трудности в связи с хроническим течением. Заболевания слизистой оболочки полости рта на ранних стадиях часто могут протекать без субъективных проявлений. Пациенты, не подозревая о наличии патологии, обращаются к стоматологу-ортопеду с целью протезирования.

Врач стоматолог-ортопед обязан проводить тщательное обследование слизистой оболочки полости рта, чтобы выявить патологические элементы проявления заболеваний.

Стоматологу-ортопеду необходимо знать, в чем выражаются заболевания на слизистой оболочке полости рта, уметь провести диагностику и дифференциальную диагностику. Важно выбрать правильный метод лечения, использовать оптимальную конструкцию зубного протеза, предупреждающего и приостанавливающего дальнейшее разрушение зубочелюстной системы, позволяющую в полном объеме провести рациональное и современное ортопедическое лечение пациента.

Цель занятия: изучить клинические проявления хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта, научить студентов методам диагностики и ортопедического лечения пациентов при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта.

Задачи занятия:

- закрепить алгоритм клинического обследования пациента с заболеваниями слизистой оболочки полости рта;
- научить правильному выбору конструкции протеза для рационального протезирования пациента с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы необходимо повторить:

- из анатомии и гистологии: анатомию и гистологию слизистой оболочки полости рта;
- области изготовления съемных пластиночных протезов: клиничко-лабораторные этапы изготовления съемных пластиночных протезов с двухслойными базисами, их характеристику;
- материаловедения: материалы, применяемые в ортопедической стоматологии для изготовления зубных протезов.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Первичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта.
2. Вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта.
3. Методы исследования, применяемые при диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта.
4. Этиология, клиника, диагностика, особенности ортопедического лечения при молочнице, папилломатозе и ангулярном хейлите.
5. Этиология, клиника, диагностика, особенности ортопедического лечения при лейкоплакии.
6. Этиология, клиника, диагностика, особенности ортопедического лечения при красном плоском лишае.

СТРОЕНИЕ ТКАНЕЙ И ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Стоматологу необходимо знать анатомическое строение, структуру и функции органов полости рта.

Слизистая оболочка полости рта состоит из 3 слоев: эпителиального, собственно слизистого и подслизистого (рис. 1).



Рис. 1. Слизистая оболочка рта:

1 — эпителий; 2 — собственно слизистый слой; 3 — подслизистый слой

Эпителий слизистой оболочки полости рта многослойный, плоский. В нем различают базальный и шиповидный слои. В некоторых участках слизистой оболочки есть зоны частичного или даже полного ороговения. Оно происходит в тех участках, которые в процессе жизнедеятельности человека наиболее часто подвергаются механическим, химическим и термическим воздействиям. Это дает основание утверждать, что процесс ороговения эпителия в полости рта носит защитный характер.

В некоторых участках эпителия слизистой оболочки локализуются меланоциты — клетки, образующие меланин. Они обуславливают пигментацию слизистой полости рта в норме. Особенно большое количество меланоцитов отмечается у народов с темной кожей. Участки пигментации напоминают

проявление болезни Аддисона, развитие которой связано с недостаточностью функции надпочечников.

Собственно слизистый слой имеет вид сосочков, волнообразно вдаётся в эпителиальный слой и представлен плотной соединительной тканью. Последняя состоит из основного вещества, волокнистых структур и клеток. Она выполняет защитную функцию — создает механический барьер.

Подслизистый слой состоит из сравнительно более рыхлой соединительной ткани.

В слизистой полости рта располагается много кровеносных и лимфатических сосудов. Ее разные отделы различаются по функциональным и структурным особенностям. Их анатомическое различие обусловлено наличием или отсутствием подслизистого слоя, гистологическое — явлением ороговения эпителиального слоя, выраженного в различной степени.

Губы состоят из мышечного слоя, снаружи покрытого кожей, а со стороны преддверия полости рта — неороговевающим многослойным плоским эпителием. Однако на границе слизистой и мышечного слоя имеется большое количество мелких слюнных желез, придающих губам эластичность. Красная кайма губ покрыта многослойным плоским ороговевающим эпителием; в этой зоне имеются сальные железы.

На **щеках** слизистая оболочка имеет выраженный подслизистый слой и поэтому подвижна. При открывании рта она становится гладкой, а при смыкании челюстей — складчатой. Нередко, особенно если в щеках много жировой ткани, на их слизистой образуются отпечатки зубов. На слизистой щек, на уровне вторых коренных зубов верхней челюсти, открываются протоки околоушных слюнных желез.

В слизистой оболочке щек, под эпителием, локализуются сальные железы (железы Фордайса), иногда образующие конгломераты желтоватого оттенка. Эпителиальный слой щек не ороговевает.

Десна представляет собой слизистую оболочку, покрывающую альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей. В ней нет подслизистого слоя, поэтому она плотно примыкает к надкостнице альвеолярного отростка. Эпителий альвеолярного отростка краевой части десны имеет выраженные признаки ороговения.

Слизистая оболочка **твёрдого неба** в различных участках устроена по-разному. В области небного шва и на участках неба, прилежащих к зубам, подслизистый слой отсутствует, и слизистая плотно смыкается с надкостницей. В переднем отделе твёрдого неба в подслизистом слое содержится жировая ткань, а в заднем — располагаются слизистые железы, что обеспечивает этим участкам слизистой податливость. На небе, вблизи центральных резцов верхней челюсти, имеется резцовый сосочек, располагающийся над устьем резцового канала. В передней трети твёрдого неба имеются 3–4 складки слизистой.

Эпителиальный слой твердого неба ороговевающий, вследствие чего он сравнительно более светлый.

Язык — мышечный орган, очень подвижный во всех направлениях. В нем различают кончик, тело и корень, а также верхнюю (спинка) и нижнюю поверхности и боковые края. Подслизистый слой в языке отсутствует, и его слизистая плотно фиксируется на мышцах. На задней трети языка локализуется скопление лимфоидной ткани (больших или меньших размеров) в виде фолликулов. В лимфоидную ткань проникают углубления — крипты. Эта ткань розоватого цвета, иногда с синеватым оттенком. Указанное лимфоэпителиальное образование называется язычной миндалиной. Под слизистой языка, особенно в заднем его отделе, располагаются мелкие слюнные железы, выводные протоки которых открываются на поверхности языка.

Собственно слизистая оболочка языка вместе с покрывающим его эпителием образует выступы — сосочки языка. Последние бывают нитевидные, грибовидные, желобоватые и листовидные (рис. 2).

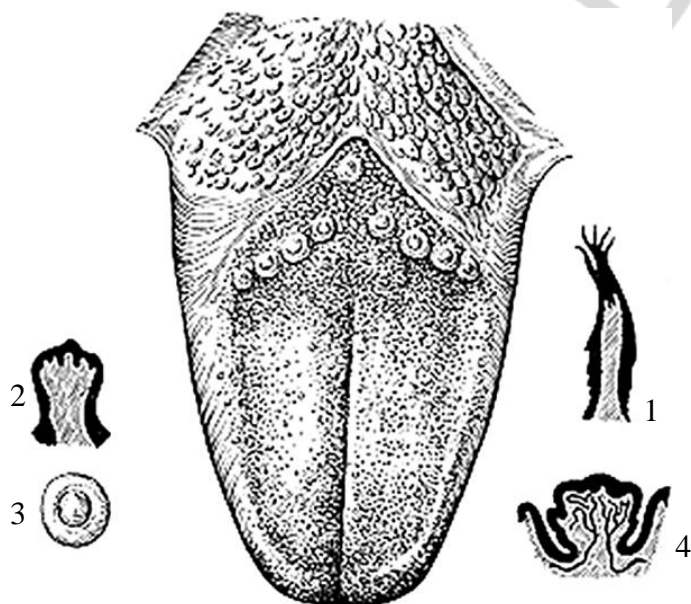


Рис. 2. Язык, покрытый сосочками:

1 — нитевидными; 2 — грибовидными; 3 — желобоватыми; 4 — листовидными

Нитевидные сосочки самые многочисленны. Они располагаются по всей поверхности спинки языка. Их вершины ороговевают. При нарушении процесса нормального отторжения ороговевающих чешуек, что бывает при заболевании желудочно-кишечного тракта и другой патологии, язык покрывается белым налетом («обложенный» язык). Возможно и интенсивное отторжение наружного слоя эпителия нитевидных сосочков на ограниченном участке. Такое явление называется десквамацией.

Грибовидные сосочки в большом количестве локализируются на кончике языка, в меньшем — на его спинке. Эпителий, покрывающий сосочки, не ороговевает, поэтому они имеют вид красных точек, слегка возвышающихся над

уровнем нитевидных сосочков. В грибовидных сосочках залегают обильно кровоснабжающиеся вкусовые луковицы.

Желобоватые сосочки самые крупные, непарные (9–11) сосочки языка. Они локализируются в виде римской цифры V. Каждый из них окружен бороздкой, в которую открываются выводные протоки мелких слюнных желез. В стенках желобоватых сосочков имеется большое количество рецепторов (до 150 луковиц).

Листовидные сосочки располагаются группами (по 15–20) по краям задних отделов языка перед желобоватыми сосочками. Они образуют небольшие выступы. Иногда их принимают за патологию. В них также располагаются вкусовые луковицы.

На нижней поверхности языка слизистая оболочка более подвижна и в средней части переходит в уздечку и выстилку дна полости рта. От уздечки по обе стороны отходят две подъязычные складки.

На боковой поверхности у корня языка в большем или меньшем количестве локализуется сосудистое (венозное) сплетение, которое иногда ошибочно принимают за патологию.

С возрастом человека в строении слизистой оболочки рта происходит ряд изменений: истончение эпителиального слоя, усиленный гиперкератоз, появление признаков дегенерации эпителия (ядра клеток сморщиваются и уменьшаются в размере). В волокнистых структурах утолщаются эластические волокна и разволокняются коллагеновые пучки. Указанные структурные изменения обуславливают значительное уплотнение слизистой оболочки. У людей в возрасте старше 60 лет нарушается целостность базальной мембраны, что может привести к более глубокому прорастанию эпителия в собственно слизистый слой.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

При данном исследовании в первую очередь производят осмотр полости рта, обращая внимание на цвет слизистой оболочки и степень ее увлажненности. В норме она бледно-розовая.

При наличии ороговения, на что указывает серовато-белый участок, определяют плотность и размер последнего, степень его спаянности с подлежащими тканями и болезненности, а также уровень возвышения над слизистой оболочкой. Выделяют *гиперкератоз* (избыточное ороговение ткани вследствие нарушения явлений десквамации или усиленного продуцирования ороговевших клеток), *паракератоз* (нарушение процесса ороговения, которое проявляется неполным ороговением поверхностных клеток шиповидного слоя), *папилломатоз* (разрастание в сторону эпителия сосочкового слоя слизистой оболочки). Выявление указанных признаков особенно важно в связи с тем, что иногда они служат основанием для активного терапевтического вме-

шательства, поскольку очаги гиперкератоза слизистой оболочки рта рассматриваются как предраковые состояния.

При выявлении на слизистой оболочке рта каких-либо патологических изменений (язва, эрозия, гиперкератоз и др.) нужно исключить или подтвердить возможность воздействия травматического фактора. Это необходимо для постановки диагноза и выбора соответствующего лечения. Следует, однако, помнить, что выявить травмирование слизистой оболочки зубами или протезом можно в том случае, если нижняя челюсть и язык находятся в состоянии физиологического покоя, т. е. при сомкнутых челюстях. В противном случае при открывании рта, особенно полном, значительно смещаются ткани щек, языка, и в таком положении травмируемый участок может не соприкасаться с краем зуба или протеза, который на самом деле является причиной указанных изменений.

При постановке диагноза важное значение имеет знание **элементов поражения** слизистой оболочки полости рта и краевой каймы губ. Правильное определение элемента поражения в значительной степени обеспечивает правильную постановку диагноза.

Элементы поражения подразделяют на первичные и вторичные (возникают на месте первичных).

К **первичным элементам поражения** относятся пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь, афта, пузырек, гнойничок, пузырь, киста.

Пятном называют ограниченный участок измененной в цвете слизистой оболочки. Различают пятна воспалительного и невоспалительного происхождения. Воспалительное пятно диаметром до 1,5 см называют розеолой, более 1,5 см — эритемой. Пятна возникают при ожоге, травме или как проявление общих заболеваний — кори, скарлатины, гиповитаминоза В₁₂. Пигментные пятна, образующиеся в результате отложения меланина (врожденное окрашивание участков слизистой оболочки), приема лекарственных средств, содержащих висмут и свинец, относят к группе пятен невоспалительного происхождения (рис. 3).

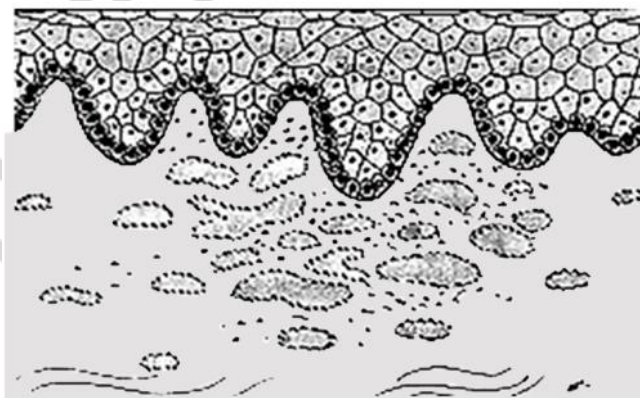


Рис. 3. Пятно

Узелок (папула) представляет собой бесполостной элемент воспалительного происхождения размером до 5 мм. Он возвышается над уровнем

слизистой оболочки и захватывает эпителий, а также поверхностные слои собственно слизистой оболочки. В нем морфологически выявляются мелко-клеточная инфильтрация, гиперкератоз и акантоз. Типичным примером папул на слизистой оболочке полости рта является красный плоский лишай. Слившиеся папулы размером до 5 мм и более представляют собой бляшку (рис. 4).

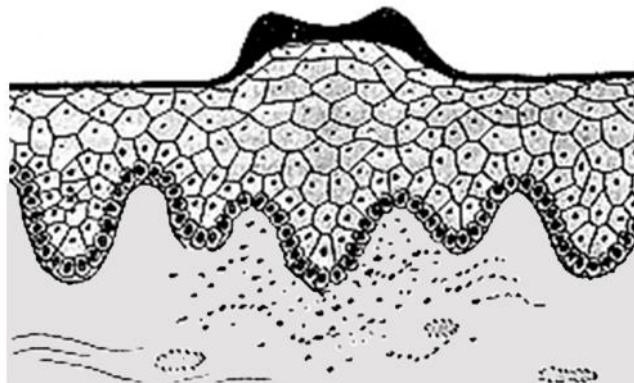


Рис. 4. Узелок

Узел отличается от узелка бóльшим размером и тем, что при его формировании в воспалительный процесс вовлекаются все слои слизистой оболочки. При пальпации узла выявляется слегка болезненный инфильтрат (рис. 5).

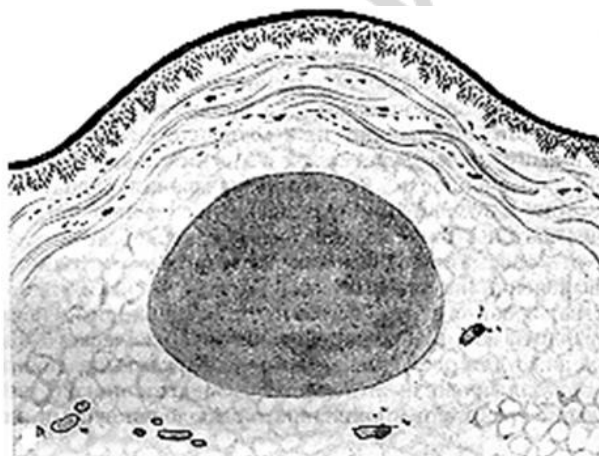


Рис. 5. Узел

Бугорок как элемент воспалительного характера захватывает все слои слизистой оболочки. Его размеры варьируют в пределах 5–7 мм. Он плотный, при пальпации болезненный. Его слизистая оболочка гиперемирована, отечна. Бугорок склонен к распаду. Этот процесс сопровождается образованием язвы. При заживлении последней появляется рубец. Бугорки возникают при туберкулезе (рис. 6).

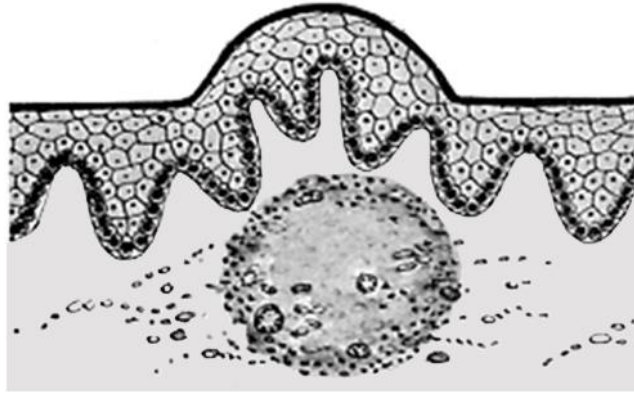


Рис. 6. Бугорок

Волдырь — это резко выраженный ограниченный отек собственно слизистой оболочки (рис. 7). Возникает при аллергической реакции (отек Квинке) и другой патологии.

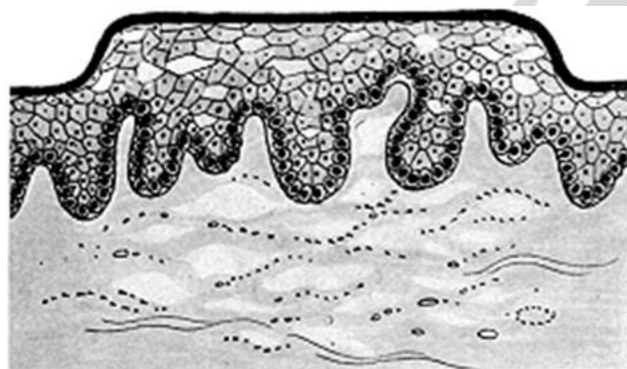


Рис. 7. Волдырь

Пузырек представляет собой полостное внутриэпителиальное округлое образование размером в длину до 5 мм (рис. 8). Он выступает над уровнем слизистой оболочки, заполнен серозным или геморрагическим содержимым и легко вскрывается. Пузырьки возникают при вирусных поражениях, опоясывающем лишае, ящуре, герпесе.

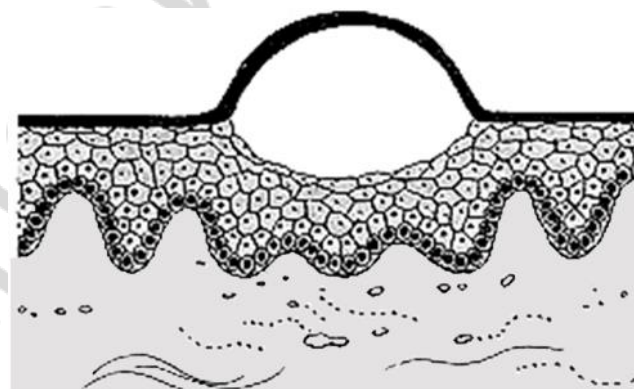


Рис. 8. Пузырек

Гнойничок похож на пузырек, но с гнойным содержимым (рис. 9). Возникает на коже и красной кайме губ.



Рис. 9. Гнойничок

Пузырь отличается от пузырька большими размерами. Он может располагаться внутриэпителиально (рис. 10) в результате расслоения эпителиальных клеток (например, при акантолитической пузырьчатке) и подэпителиально (рис. 11), когда происходит отслоение эпителиального слоя (при многоформной экссудативной эритеме, аллергии и других болезнях). В полости рта пузыри выявляются очень редко (практически не видны), т. к. вскрываются и на их месте образуется эрозия. Нередко по краям эрозии видна покрышка пузыря. Содержимое пузыря обычно серозное, реже геморрагическое.

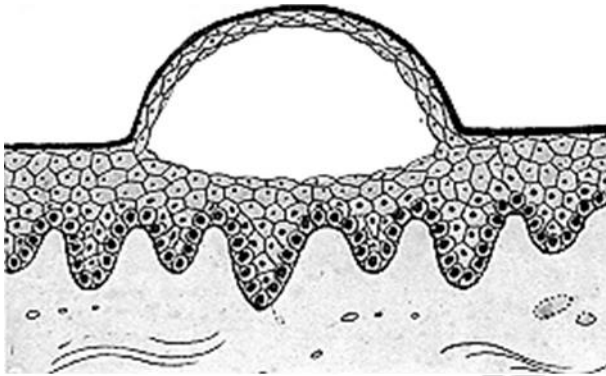


Рис. 10. Пузырь внутриэпителиальный

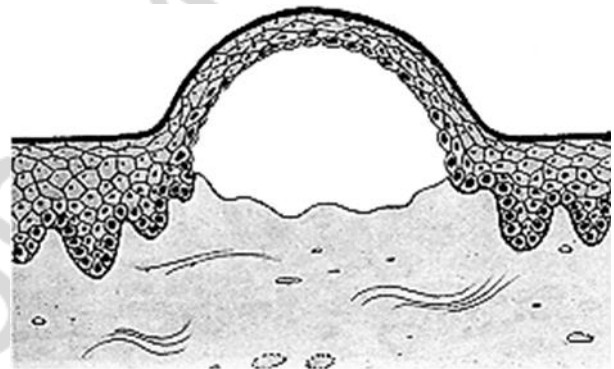


Рис. 11. Пузырь подэпителиальный

Киста представляет собой полостное образование, выстланное эпителием и покрытое соединительнотканной оболочкой (рис. 12).

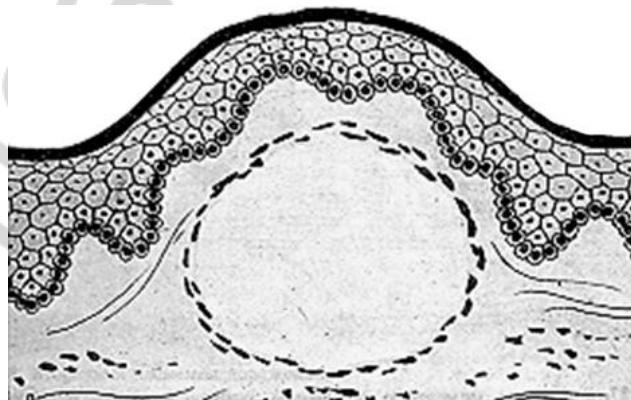


Рис. 12. Киста

Вторичными элементами поражения являются эрозия, язва, трещина, корка, чешуйка, рубец, пигментация.

Эрозия — повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия (рис. 13). Она возникает после вскрытия пузырька, пузыря или на месте папулы, бляшки, а также в результате травмы, заживает без образования рубца.

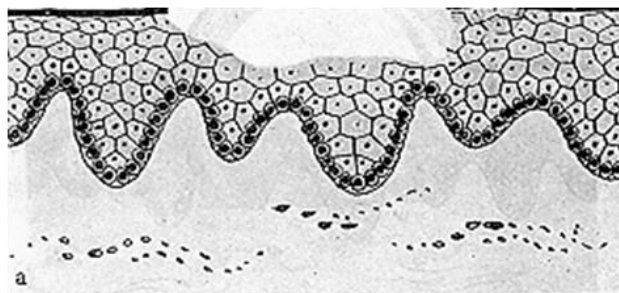


Рис. 13. Эрозия

Язва — это дефект всех слоев слизистой оболочки рта, возникающий при травме, туберкулезе, сифилисе, при распаде новообразования (рис. 14). В отличие от эрозии, в язве различают дно и стенки. После заживления образуется рубец.

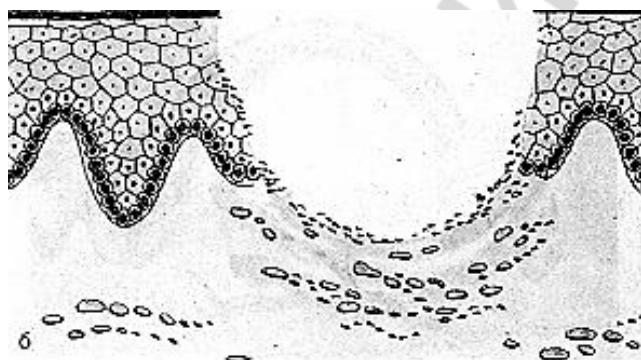


Рис. 14. Язва

Трещина — это линейный дефект, возникающий вследствие утраты слизистой оболочкой эластичности (рис. 15).

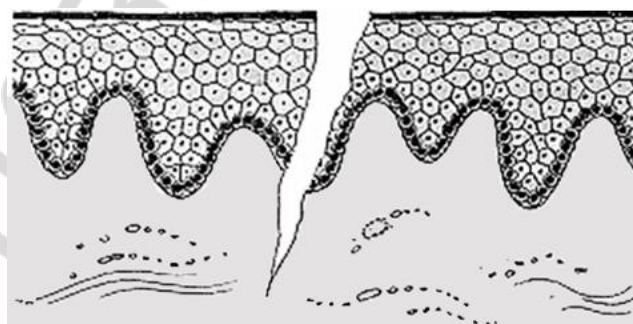


Рис. 15. Трещина

Чешуйки представляют собой пласты эпителия, образующиеся вследствие нарушения процесса его десквамации (рис. 16).



Рис. 16. Чешуйка

Корка — это сохшийся экссудат, выделяющийся обычно на месте трещин, эрозий (рис. 17).

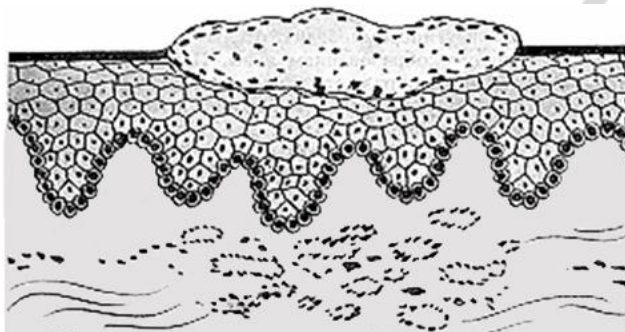


Рис. 17. Корка

Рубец — дефект слизистой оболочки, замещенный соединительной тканью (рис. 18).

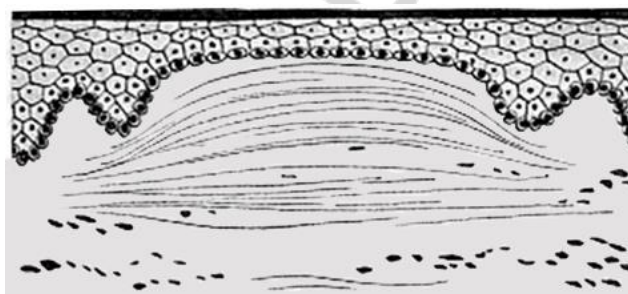


Рис. 18. Рубец

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Хроническая механическая травма — заболевание, вызываемое травмирующим фактором, которым могут быть острые края зубов, мостовидные и съемные протезы и др. Клиническая картина и течение данного заболевания зависят от локализации повреждения (от наличия или отсутствия подслизистого слоя), возраста пациента, характера инфицирования (первичное или вторичное), силы раздражающего фактора. Повреждения слизистой оболочки под воздействием хронических раздражителей чаще имеют место у пожилых людей. К их возникновению приводит понижение тургора слизи-

стой оболочки и высоты прикуса вследствие истирания твердых тканей зубов, потери зубов, их смещения. У пожилых людей процесс регенерации замедлен, что является причиной медленного заживления поврежденной слизистой оболочки.

Изменения слизистой оболочки при хронической механической травме могут длительное время не беспокоить пациента, но он при этом часто ощущает неловкость, дискомфорт, незначительную болезненность, припухлость. При осмотре поврежденной травмирующим фактором слизистой оболочки полости рта выявляются катаральное воспаление (отек, гиперемия), нарушение ее целостности (эрозии, язвы), пролиферативные изменения (гипертрофия десневых сосочков, десневого края), гипертрофия сосочков языка типа папилломатоза (рис. 19), повышенное ороговение (лейкоплакия). Одновременно с механической травмой слизистая оболочка подвергается воздействию микрофлоры полости рта, что отражается на клинической картине заболевания.



Рис. 19. Папилломатоз

Из факторов, способных вызвать раздражение и повреждение слизистой оболочки рта, особо следует выделить протезы, они являются неадекватными раздражителями. Съёмный протез передает жевательное давление на слизистую оболочку, задерживает самоочищение полости рта, приводит к нарушению установившегося в нем равновесия между количеством различных видов микроорганизмов, изменяет анализаторную функцию рецепторов слизистой оболочки. Возникновение воспаления слизистой под протезом нельзя связывать с действием одного фактора. Таких факторов несколько, они подразделяются на две группы: травматические и аллергические.

Лечение при травматических язвах сводится к устранению раздражителя, их антисептической обработке, полосканию полости рта. Повреждения съёмными протезами чаще всего проявляются в виде гиперемии, эрозии или язвы, быстро исчезающих после коррекции протеза.

Длительное раздражение плохо фиксирующим съёмным протезом может привести к изменениям типа лейкоплакии — к гиперкератозу. В других подобных случаях длительное раздражение краем протеза служит причиной возникновения дольчатой фибромы. В местах прилегания края протеза образуется складка с поверхностной линейной язвой или эрозией. Язва эпители-

зируется, если не пользоваться протезом; при пользовании им она вновь появляется (рецидив). Все это может привести к возникновению нескольких складок, параллельных краю протеза. Лечение заключается в удалении части протеза или прекращении пользования им; через 2–3 недели после лечения иссекают дольчатую фиброму и изготавливают новый протез.

Раздражение под съемным протезом, чаще на верхней челюсти, обычно называют *протезным стоматитом* (результат сочетанного воздействия механических, химических и инфекционных факторов). Он проявляется в виде гиперемии — диффузной или локальной (только вокруг отверстий протоков мелких слюнных желез в задней части неба). При длительном пользовании неполноценным съемным протезом на фоне диффузной гиперемии развивается *папилломатозная гиперплазия*: на слизистой появляется ярко-красная зернистость. В таких случаях костная ткань альвеолярного отростка местами резорбируется, альвеолярный край становится мягким, подвижным («болтающимся»). Нередко одновременно развивается *ангулярный хейлит*. В возникновении подобных явлений, кроме хронической травмы, определенную роль играет воздействие гриба рода *Candida*. Он, как правило, обнаруживается в большом количестве на протезах, в меньшем — на слизистой оболочке протезного ложа. Вместе с тем может развиваться аллергическая реакция на материал базиса протеза (обычно пластмасса).

Лечение данного заболевания заключается в прекращении использования неполноценного протеза и замене его более качественным.

Папилломы, возникающие в результате постоянного механического раздражения, легкой ранимости, частого изъязвления и развития воспалительного процесса могут переродиться в *злокачественную опухоль*.

Протезирование при папилломатозе направлено на ослабление давления базиса протеза на папилломы, что достигается путем замены его на двухслойный базис с эластической прокладкой после оперативного вмешательства.

При выявлении грибов рода *Candida* показаны противогрибковое лечение, тщательный уход за протезами, их чистка зубной щеткой с порошком или пастой. На ночь протезы рекомендуется помещать в слабые щелочные растворы (2%-ный раствор буры или бикарбоната натрия).

Лейкоплакия — хроническое заболевание слизистых оболочек, проявляющееся чрезмерным ороговением эпителия и воспалением слизистой. Ее очаги, не распространяясь на кожу, локализуются преимущественно на красной кайме губ и слизистой оболочке щек (по линии смыкания зубов в переднем отделе и переходят на губы). Такие очаги треугольной формы, их верхушка обращена к молярам. Они обычно характерны для курильщиков, причем для них типично поражение неба, описанное под названием «лейкоплакия курильщиков» (Таппейнера).

Лейкоплакия относится к факультативному предраку. В ее развитии основную роль играют местные раздражители, причем ороговение эпителия происходит как защитная реакция слизистой оболочки. Предрасполагают к

развитию лейкоплакии общие болезни, длительно существующие хронические, механические травмирующие факторы в полости рта, особенно края зубов (из-за неправильного прикуса) и неполноценные протезы. Очаги болезни могут возникнуть на десне нижней челюсти в месте прилегания верхнего третьего моляра, если отсутствует нижний третий моляр, на нижней губе — при заниженном прикусе и травме верхними резцами. У некоторых людей ороговение и воспаление вызывают пломбы из амальгамы (в местах их прилегания к слизистой оболочке — пришеечные полости). После замены амальгамовых пломб на цементные патологический очаг быстро исчезает (от 2 дней до нескольких недель). К развитию лейкоплакии приводят гальванические токи, возникающие в ротовой полости при наличии протезов из разных металлов. Доказательством ведущего значения в развитии лейкоплакии того или иного раздражителя служит ее купирование после устранения этого раздражителя.

Лейкоплакия может возникнуть как профессиональное заболевание при воздействии на слизистую полости рта анилиновых красок и лаков, паров и пыли песка, продуктов сухой перегонки угля, каменноугольной смолы, фенола, формальдегида, паров бензина, некоторых соединений бензола и других химических веществ.

Развитие лейкоплакии могут стимулировать эндогенные и генетические факторы, гиповитаминоз витамина А, заболевания желудочно-кишечного тракта.

Первые признаки лейкоплакии обычно проявляются незаметно. Начинается она, как правило, с помутнения эпителия на фоне неизменной слизистой оболочки.

Различают три формы лейкоплакии: плоскую (простая), веррукозную и эрозивную. Они могут переходить друг в друга и могут сочетаться у одного и того же пациента.

Плоская лейкоплакия встречается наиболее часто (рис. 20). Она обычно не вызывает никаких субъективных ощущений и обнаруживается случайно. Иногда пациентов беспокоит необычный вид слизистой оболочки, реже чувство стянутости, жжения; при обширных очагах на языке возможно снижение ощущения вкуса. Основным морфологическим элементом поражения при плоской лейкоплакии является пятно, представляющее собой очаг неравномерного помутнения эпителия с довольно четкими краями. Пятно не выступает над уровнем окружающих участков слизистой оболочки. Одно или несколько таких пятен белого или серовато-белого цвета располагаются на внешне не измененной слизистой оболочке. Участки плоской лейкоплакии выглядят как ожог ляписом или как наклеенная тонкая папиросная бумага, неподдающаяся соскабливанию.



Рис. 20. Плоская лейкоплакия

Данная форма лейкоплакии может существовать годы, десятилетия, всю жизнь, не беспокоя пациента и не проявляя тенденции к значительному прогрессированию.

Веррукозная лейкоплакия развивается из плоской формы, к чему приводят местные раздражители (рис. 21). При этом процесс ороговения усиливается, утолщается роговой слой, участок лейкоплакии начинает значительно выступать над уровнем слизистой оболочки и резко отличаться по цвету от окружающих тканей. Пациенты испытывают те ощущения, что и при плоской лейкоплакии, и, кроме того, ощущают шероховатость, уплотненность пораженного участка слизистой оболочки. Очаги веррукозной лейкоплакии имеют вид ограниченных белых бляшек с неровной поверхностью (бляшечная форма) или плотных бородавчатых разрастаний (бородавчатая форма).



Рис. 21. Веррукозная лейкоплакия

Эрозивная лейкоплакия развивается под действием травм и проявляется эрозиями и трещинами на фоне очагов плоской или веррукозной лейкоплакии (рис. 22). Наиболее часто эрозируются очаги лейкоплакии, локализирующиеся в углах рта, на губах, боковых поверхностях языка. В отличие от

других форм, эрозивная лейкоплакия, как правило, вызывает болезненность, особенно во время еды.



Рис. 22. Эрозивная лейкоплакия

Объем лечебных мероприятий при лейкоплакии зависит от формы болезни, размера очага, скорости развития процесса. Плоская лейкоплакия после устранения раздражителей, прекращения курения нередко быстро регрессирует, часто претерпевает обратное развитие и исчезает в течение 1–2 месяцев, но при возобновлении курения возникает вновь.

С целью купирования лейкоплакии проводят местную санацию полости рта, рациональное протезирование, нормализуют высоту прикуса, в некоторых случаях амальгамовые пломбы заменяют на цементные, стачивают острые края зубов. Категорически противопоказано применение прижигающих и раздражающих средств, поскольку они могут вызвать малигнизацию процесса.

При наличии у пациентов лейкоплакии на слизистой оболочке полости рта несъемные протезы для них следует изготавливать только цельнолитыми и только из сплавов благородных металлов, из металлокерамики, причем части протезов, прилегающие к пораженному участку, должны иметь гладкую, хорошо отполированную поверхность. При оптимальном восстановлении высоты нижнего отдела лица, правильном расположении окклюзионной кривой, бугровом перекрытии предупреждаются ущемление слизистой оболочки, а также прикусывание губ и щек. В случае протезирования съемными протезами необходимо по возможности избегать контакта их элементов с пораженными участками слизистой оболочки. В связи с этим кламмеры должны быть широкими и должны плотно охватывать зубы. Границы протеза должны строго соответствовать форме протезного ложа; необходимо применять двухслойные базисы протезов с эластичной подкладкой.

Красный плоский лишай представляет собой воспалительное заболевание слизистых оболочек и кожи (рис. 23). Оно поражает в основном женщин в возрасте старше 30 лет. Чаще развивается постепенно, реже остро. Его основным морфологическим элементом является ороговевшая папула круглой или полигонической формы размером 0,5–5 мм. Характерной особенностью

красного плоского лишая является склонность папул к слиянию в виде рисунка, напоминающего кружевную сетку, причудливый растительный узор.



Рис. 23. Красный плоский лишай

На коже папулы чаще локализуются на внутренних поверхностях предплечий, в области лучезапястных суставов, голеней, крестца, на половых органах. Эти папулы отличаются розово-фиолетовым цветом и характерным восковидным блеском, причем воспалительные явления выражены слабо. Высыпание папул красного плоского лишая на коже, как правило, сопровождается зудом или протекает бессимптомно.

У 40 % пациентов одновременно с кожей поражается слизистая оболочка рта. Красный плоский лишай — одно из наиболее распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта. Здесь его очаги локализуются преимущественно на щеках, в месте прилегания моляров, и захватывают переходные складки, а также боковые и нижнюю поверхности языка, его спинку.

Этиология красного плоского лишая не выяснена. Существует несколько теорий его возникновения: нервная, вирусная, токсико-аллергическая. Заболевание, как правило, сочетается с хроническими заболеваниями, ослабляющими защитные свойства организма (заболевания желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, невроз и др.) и утяжеляющими процесс течения красного плоского лишая. Определенное значение в патогенезе последнего имеет травма слизистой оболочки, вызванная плохо припасованными протезами из пластмассы.

Разнометаллические включения в полости рта (мостовидные протезы и одиночные коронки из нержавеющей стали, золота и других сплавов, а также пломбы из амальгамы) резко изменяют микроэлементный состав слюны. В ней появляются примеси металлов, входящих в состав нержавеющей стали, при этом, что приводит не только к возникновению гальванических токов, но и к оказанию ингибирующего действия на ряд ферментов.

Различают 5 клинических форм красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ: типичную, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную и гиперкератотическую, при этом эрозивно-язвенная форма относится к факультативно предраковой. Это деление условно, поскольку одна форма может переходить в другую. Клиническое течение каждой из них зависит не только от общих, но и от местных

факторов, отягощающих болезнь. Острые края зубов и протезов, амальгамовые пломбы, разнородные металлы, зубочелюстные аномалии и деформации, другие заболевания полости рта (пародонтит, кариес и его осложнения, тонзиллит) ухудшают течение болезни, обуславливают переход типичной ее формы в более тяжелую.

При наличии красного плоского лишая на слизистой оболочке щек или альвеолярного отростка раздражение, вызываемое непосредственным давлением протезов, усиливает воспаление, поэтому необходимо применять протезы, которые не оказывают давления на слизистую оболочку, в частности, мостовидные или бюгельные. Мостовидные протезы изготавливают из сплавов на основе серебра, палладия. Применение съемных протезов и мостовидных паяных по мере возможности следует исключать. При использовании бюгельных протезов желательно исключить давление их базиса на пораженный участок.

При протезировании пластиночными протезами необходимо применять двухслойные базисы протезов с эластичной подкладкой. Она способствует равномерному распределению жевательного давления на слизистую оболочку протезного ложа, амортизирует жевательное давление, предупреждает или снижает степень болевых ощущений, улучшает фиксацию протезов и нормализует сроки адаптации к ним. Одновременно нужно назначать общеукрепляющее лечение.

Заеда (ангулярный хейлит) проявляется гиперемией, изъязвлениями и мацерацией слизистой оболочки и кожи углов рта и сопровождается кровотечением из трещин (рис. 24). Встречается у лиц со сниженной высотой нижнего отдела лица, обусловленной потерей зубов или резкой генерализованной стираемостью твердых тканей зубов, а также у лиц с сухой, слабоэластичной кожей. Возникает болезнь и при пользовании зубным протезом, если мала ротовая щель и велик по сравнению с ней базис протеза. В этом случае введение и выведение зубного протеза вызывает надрыв с последующим инфицированием (стрептококк, дрожжевой грибок) тканей углов рта. Надрыв тканей углов рта и образование трещин происходит независимо от причины возникновения заеды. Трещины легко кровоточат и покрываются кровянистыми или гнойными корочками. При заеде обычно усиливается слюнотечение, что ухудшает ее течение и вызывает дополнительную мацерацию слизистой оболочки и кожи.

Заболевание носит стойкий характер, т. к. при нем в области углов рта образуются глубокие складки, способствующие поддержанию мацерации тканей.



Рис. 24. Заеда

Определенное значение в профилактике заеды имеет расправление складок возле углов рта путем восстановления высоты нижней трети лица. С этой целью изготавливают протезы с объемным базисом, нормализующим физиологическое состояние круговой и щечной мышц. Пациенты должны тщательно смазывать углы рта нейтральным жиром за 10–15 мин до введения и выведения съемных протезов.

Кандидоз вызывается грибом рода *Candida* (рис. 25). Гриб развивается в кислой среде (рН — 5,8–6,5), продуцирует многочисленные ферменты, расщепляющие белки, углеводы, жиры, кератин, выделяет органические кислоты (лимонная, щавелевая, янтарная, уксусная и т. д.) и тем самым оказывает разрушающее действие на пластмассу.



Рис. 25. Кандидоз

При «старении» пластмассы, когда изменяются ее физико-химические свойства, создаются условия для наилучшего развития грибов. Продукты их метаболизма (органические кислоты, CO_2 , пигменты) обнаруживаются при осмотре полости рта, а также при лабораторном анализе материала, взятого с протезов.

Клинически кандидозный стоматит развивается у лиц, пользующихся зубными протезами, чаще съёмными, изготовленными из акриловой пластмассы. Пациенты с металлическими протезами из нержавеющей стали, золота или из их сочетания предъявляют жалобы на жжение языка, явления парестезии, привкус металла, запах изо рта и др.

В 15 % случаев *Candida albicans* обнаруживают в соскобе с языка.

Излюбленными местами локализации гриба являются углы рта, язык, небо. При его развитии в углах рта появляются трещины, покрытые корочками; язык становится складчатым, «обложенным», чрезмерно ороговевает. В целом кандидозный стоматит характеризуется воспалением неба, языка, углов рта и наличием налета на языке. При этом диагноз ставят без лабораторного анализа.

Однако воспаление и трещины в углах рта могут быть вторичными и обусловленными снижением окклюзионной высоты, высоты нижнего отдела лица у беззубых людей. В связи с этим для обнаружения грибка обязательно берут соскоб с поверхности патологического очага, зубных протезов, языка.

У пациентов с кандидозом, пользующихся пластмассовыми акриловыми протезами, слизистая оболочка под съёмным протезом гиперемирована, отечна. У них часто отмечают папилломатоз, сухость слизистой, клиническая картина напоминает аллергическое воспаление или механическое раздражение съёмным протезом. Пациенты с кандидозом жалуются в основном на постоянное жжение слизистой оболочки под съёмными протезами, чаще всего на верхней челюсти, усиливающееся при приеме кислой пищи. В связи с этим пациенты пользуются протезами только во время еды. При опросе и обследовании таких пациентов выявляются большой срок пользования протезами (более 3 лет), а также плохой гигиенический уход за ними.

Часто пациенты с кандидозом страдают сопутствующими заболеваниями, такими как диабет, красный плоский лишай, глоссалгия, гальваноз и др.

Если в полости рта имеются несъёмные металлические протезы, следует измерить разность потенциалов. Большие значения данного показателя (до 40–50 мВ) характерны при выраженных электрохимических процессах, сопровождающихся сдвигом рН в кислую сторону, что приводит к развитию гриба рода *Candida*. При постановке диагноза необходимо измерить рН слюны (при кандидозе рН — 6,0; 5,5).

При кандидозе проводят комплексное лечение: медикаментозное и ортопедическое. Лечение кандидоза у лиц, пользующихся зубными протезами, следует проводить только после выявления гриба *Candida* в соскобе с патологического очага, с зубного протеза.

Ортопедическое лечение при кандидозе должно быть направлено на замену старых зубных протезов новыми. При этом в качестве базисного материала рекомендуется использовать «Бакрил» (он нормализует микрофлору рта). Если кандидоз является сопутствующим заболеванием (например, галь-

ваноз + кандидоз, красный плоский лишай + кандидоз и т. д.), следует проводить медикаментозное лечение сопутствующего и основного заболевания.

Лицам пожилого возраста, отягощенным тяжелыми соматическими заболеваниями (диабет, аллергические болезни и др.), нужно изготавливать несъемные протезы из серебряно-палладиевого сплава (он препятствует развитию гриба *Candida*). Нельзя вводить разнородные сплавы (металлы) в полость рта, поскольку электрохимические реакции протекают со сдвигом рН в кислую сторону, что создает благоприятные условия для развития этого гриба.

Пациенты должны питаться полноценной пищей с небольшим содержанием углеводов и осуществлять надлежащий уход за полостью рта и протезами, а также периодически проходить врачебный контроль и по мере необходимости прибегать к коррекции протеза. Местно они могут применять щелочные растворы: натрия тетраборат (10–20%-ный), питьевую соду (2–5%-ный) и пр. При выраженном кандидозном стоматите дополнительно показано применение противогрибковых мазей: нистатиновой, левориновой, декаминовой и др.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТЫ

1. К первичным элементам поражения слизистой оболочки полости рта относят:

- а) абсцесс, эрозию, трещину;
- б) рубец, чешуйку, корку;
- в) пузырек, бугорок, узелок, пятно.

2. Возбудителем кандидоза являются:

- а) фузобактерии;
- б) стрептококки;
- в) грибок рода *Candida*;
- г) стафилококки.

3. Вторичными элементами поражения слизистой являются:

- а) узел, бугорок, гнойничок, пятно;
- б) язва, эрозия, трещина, чешуйка;
- в) киста, пузырь, пузырек, волдырь.

4. Типичным морфологическим элементом плоского лишая является:

- а) пятно;
- б) папула;
- в) пузырек.

5. Какие формы плоского лишая относят к факультативным предракам:

- а) буллезную;
- б) гиперкератотическую;

- в) типичную;
 - г) эрозивно-язвенную;
 - д) атипичную;
 - е) экссудативно-гиперемическую?
- 6. Выделяют следующие формы лейкоплакии:**
- а) плоскую;
 - б) гиперкератотическую;
 - в) веррукозную;
 - г) атипичную;
 - д) эрозивную;
 - е) буллезную.
- 7. Основной элемент поражения при кандидозе — это:**
- а) бугорок;
 - б) корка;
 - в) налет;
 - г) папула;
 - д) пятно.
- 8. Эпителиальный слой щек:**
- а) ороговевает;
 - б) не ороговеает.
- 9. Подслизистый слой в языке:**
- а) отсутствует;
 - б) присутствует.
- 10. Лейкоплакия — заболевание слизистых оболочек полости рта:**
- а) хроническое;
 - б) острое.

Ответы: 1 — в; 2 — в; 3 — б; 4 — б; 5 — г; 6 — а, в, д; 7 — в; 8 — б; 9 — а; 10 — а.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Пациент направлен в ортопедическое отделение стоматологом-терапевтом для устранения дефекта в зубном ряду нижней челюсти, с сопутствующим диагнозом «красный плоский лишай в стадии ремиссии».

Объективно: отсутствуют зубы 35, 36, остальные зубы интактны, на щеке в месте прилегания моляров имеются папулы в виде узора.

1. Диагноз.
2. Тактика ортопеда-стоматолога.

Задача 2

Пациент С., 61 год, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на наличие болезненных трещин в углах рта, мацерацию кожи.

Терапевтическое лечение не приводит к положительному результату. Пациент пользуется съёмными пластиночными протезами на верхней и нижней челюстях в течение 7 лет.

Объективно: углы рта опущены, мацерация кожи и слизистой оболочки углов рта; носогубные и подбородочные складки резко выражены.

1. Диагноз.
2. Тактика врача.

Задача 3

Пациентка А., 46 лет, обратилась с жалобами на прикусывание щеки справа. Со слов пациентки около 5 месяцев назад ей были изготовлены металлокерамические мостовидные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти справа.

Объективно: дефекты зубных рядов на верхней и нижней челюстях устранены металлокерамическими мостовидными протезами с опорными коронками на зубы 13, 16, 45, 47. При смыкании зубов в положение центральной окклюзии вестибулярные бугры протезов контактируют в стык. На слизистой щеки в области протезов имеется гиперемия, отек, отпечатки зубов.

1. Диагноз.
2. Тактика врача.

Задача 4

Пациентка Р., 49 лет, обратилась с жалобами на жжение языка и сухость слизистой оболочки полости рта. Месяц назад ей были изготовлены штампованно-паяные мостовидные протезы с нитрид-титановым покрытием.

Объективно: в полости рта имеются мостовидные протезы с опорными коронками на зубы 17, 16, 13, 12, 33, 34, 37 с нитрид-титановым покрытием. Состояние протезов удовлетворительное. На спинке языка имеется белый творожистый налет, слизистая языка и щек гиперемирована.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для окончательной постановки диагноза?
2. Тактика врача.

Задача 5

Пациентка Л., 52 года, обратилась с жалобами на кровоточивость из десен, болезненность во время приема пищи, при чистке зубов, эстетический недостаток.

Объективно: десневые сосочки в области фронтальных зубов гиперемированы, отечны, увеличены в размере, достигают $\frac{1}{3}$ высоты коронок. Кровоточат при дотрагивании, определяются ложные зубодесневые карманы. Зубодесневое прикрепление не нарушено. Отсутствуют зубы 18, 16, 15, 14, 24, 25, 27.

1. Диагноз.
2. Тактика врача.

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Задача 1

1. Класс по МКБ-10 — К 00.00.

Вторичная частичная адентия нижней челюсти; красный плоский лишай в стадии ремиссии.

2. Изготовить цельнолитой мостовидный протез с опорными коронками на зубы 33, 34, 37 желательно из благородных сплавов.

Задача 2

1. Класс по МКБ-10 — К 00.01, С 13.00.

Полная вторичная адентия. Неполноценность зубных протезов. Ангулярный хейлит.

2. Изготовить новые пластиночные протезы с объемным моделированием, восстановление высоты нижнего отдела лица.

Задача 3

1. Класс по МКБ-10 — К 00.00, С 13.1.

Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, устраненная металлокерамическими мостовидными протезами с невыверенными окклюзионными контактами. Хроническая механическая травма. Прикусывание щек.

2. Переделать мостовидные протезы с правильными зубными контактами.

Задача 4

1. Реакция дегрануляции тучных клеток.

2. Бактериологическое исследование.

Задача 5

1. Класс по МКБ-10 — К 00.00, К 05.11.

Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей, гипертрофический гингивит, отечная форма.

2. Проведение курса терапевтического лечения для купирования острого воспалительного процесса, восстановление целостности зубного ряда верхней челюсти.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Боровский, Е. В.* Атлас заболеваний слизистой оболочки рта / Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Медицина, 1991. 319 с.
2. *Боровский, Е. В.* Терапевтическая стоматология / Е. В. Боровский, Ю. Д. Барышева. Москва : Медицина, 1989. 560 с.
3. *Курляндский, В. Ю.* Ортопедическая стоматология / В. Ю. Курляндский. 4-е изд., испр. Москва : Медицина, 1977. 488 с.
4. *Ортопедическая стоматология* / В. Н. Копейкин [и др.]. Москва : Медицина, 1988. 512 с.
5. *Семенюк, В. М.* Стоматология ортопедическая в вопросах и ответах / В. М. Семенюк, В. Д. Вагнер, П. А. Онгоев. Москва, 2000. 180 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Строение тканей и функции органов полости рта.....	4
Исследование слизистой оболочки полости рта.....	7
Заболевания слизистой оболочки полости рта	13
Самоконтроль усвоения темы.....	23
Список использованной литературы	27