

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ
ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА.
КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Минск БГМУ 2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КОНСЕРВАТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ
ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА.
КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 616.311-002-074(075.9)

ББК 56.6я75

К49

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 29.09.2023 г., протокол № 9

А в т о р ы: канд. мед. наук, доц. Л. Л. Александрова; канд. мед. наук, доц. А. С. Рутковская; канд. мед. наук, доц., зав. каф. консервативной стоматологии Л. А. Казеко; ассист. Я. О. Литвинчук

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф., зав. каф. терапевтической стоматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования Н. В. Новак; каф. эндодонтии Белорусского государственного медицинского университета

Клинико-морфологические элементы поражения слизистой оболочки рта. Классификации заболеваний : учебно-методическое пособие / Л. Л. Александрова [и др.]. – Минск : БГМУ, 2023. – 36 с.

ISBN 978-985-21-1432-5.

Изложены анатомо-физиологические и геронтологические особенности строения слизистой рта. Дана характеристика клинико-морфологических элементов поражения. Представлены принципы классификаций заболеваний слизистой рта.

Предназначено для слушателей факультета повышения квалификации и клинических ординаторов, аспирантов.

УДК 616.311-002-074(075.9)

ББК 56.6я75

ISBN 978-985-21-1432-5

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2023

ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость слизистой оболочки рта (СОР) в структуре стоматологических заболеваний составляет от 5 до 75 % в зависимости от нозологических форм поражения и их клинических проявлений. На сегодня патология слизистой является одной из наиболее актуальных и нерешенных проблем в стоматологии в связи с не всегда установленным этиологическим фактором, недостаточно изученным патогенезом, многообразием клинических проявлений.

Несмотря на различные причины и механизмы развития заболевания патоморфологические изменения слизистой подчинены единым общебиологическим законам. Поражения сопровождаются различными стадиями воспаления, нарушением процессов ороговения, другими изменениями тканей. При визуальной оценке стоматолог обнаруживает отклонения от нормы и клинико-морфологические элементы поражения. Для раннего выявления патологии, предотвращения ошибок клинической диагностики необходимо учитывать не только наличие элементов поражения, но и особенности строения, вариации нормы, а также возрастные изменения слизистой рта.

Таким образом, изучение клинико-морфологических проявлений поражений слизистой рта, знание диагностических классификаций, методов диагностики данной патологии остаются актуальными и сложными для стоматологов и врачей других специальностей.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И ГУБ В НОРМЕ

Слизистая оболочка, выстилающая ротовую полость, имеет ряд особенностей: определенное строение и функции на различных участках; устойчивость к воздействию физических, термических и химических раздражителей, к проникновению инфекции; высокая регенераторная способность. На сегодня СОР подразделяют на выстилающую, жевательную, специализированную. *Выстилающая* СОР локализуется над подвижными структурами (мягкое небо, щеки, губы и др.). *Жевательная* СОР является прочным защитным покровом десны и твердого неба. *Специализированная* СОР расположена на спинке языка, включает сосочки и вкусовые луковицы.

СОР состоит из эпителия, собственной пластинки и подслизистой основы. Соотношение толщины этих слоев на различных участках рта неодинаковое и обусловлено особенностями функций различных участков слизистой. Например, эпителиальный слой наиболее толстый на твердом небе, языке, десне, что обеспечивает устойчивость к механическим нагрузкам при жевании. Подслизистая основа больше развита в области дна полости рта и переходных складок, обеспечивая подвижность этих структур.

Многослойный плоский эпителий — покровный, он обращен в ротовую полость и, вследствие слущивания поверхностных слоев клеток, подвергается постоянному обновлению. Он может быть ороговевающим и неороговевающим.

Многослойный плоский *ороговевающий* эпителий представлен несколькими рядами полностью ороговевших и лишенных ядер клеток. Этот слой выражен на твердом небе, спинке языка и деснах (рис. 1). Следует отметить, что в этих областях наряду с ороговением в 50–70 % случаев может наблюдаться частичное ороговение (паракератоз), при котором клетки рогового слоя сохраняют ядра. Степень ороговения эпителия обусловлена защитно-приспособительным характером СОР. К роговому слою примыкает зернистый слой, состоящий из вытянутых клеток, содержащих в своей цитоплазме зерна кератогиалина.

Многослойный плоский *неороговевающий* эпителий представлен слоем плоских клеток на остальных участках СОР, где в норме ороговения не наблюдается (рис. 2).

Под слоем ороговевающих и неороговевающих клеток эпителия расположен шиповатый слой, состоящий из клеток полигональной формы, расположенных в несколько рядов.

Далее идет базальный слой. Это самый глубокий слой эпителия, который образован одним рядом клеток цилиндрической или кубической формы.

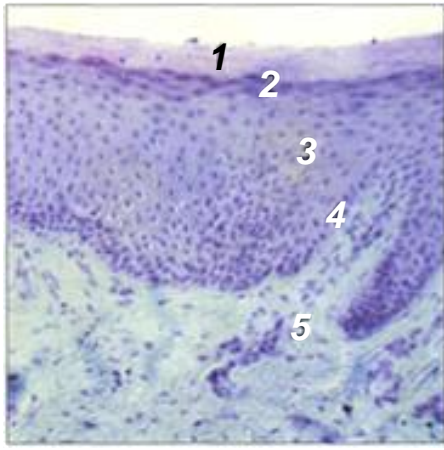


Рис. 1. Многослойный плоский ороговевающий эпителий:

1 — роговой слой; 2 — зернистый слой; 3 — шиповатый слой; 4 — базальный слой; 5 — собственная пластинка слизистой оболочки

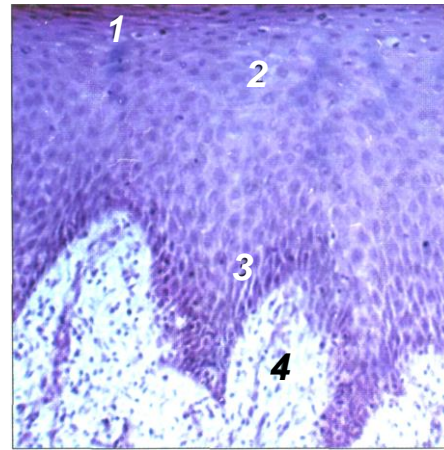


Рис. 2. Многослойный плоский неороговевающий эпителий:

1 — слой плоских клеток; 2 — шиповатый слой; 3 — базальный слой; 4 — собственная пластинка слизистой оболочки

Межклеточные промежутки заполнены гликозаминогликанами, которые являются цементирующим веществом для клеток эпителия, выполняющих защитную функцию при воздействии бактерий и их токсинов.

Эпителий соединяется с **собственной пластинкой** посредством базальной мембраны, состоящей из густого сплетения тонких ретикулярных волокон, тесно связанных с отростками цитоплазмы клеток базального слоя. Собственная пластинка состоит из рыхлой соединительной ткани. Наиболее плотно пучки коллагеновых волокон расположены на участках СОР, подверженных механическому воздействию. Собственная пластинка образует многочисленные выступы (сосочки), внедряющиеся на различную глубину в эпителий, а выросты эпителия (эпителиальные гребешки) заполняют пространство между соединительнотканью сосочками, что увеличивает площадь их соприкосновения, способствует обмену веществ и более плотному соединению. В собственной пластинке залегают сосуды и нервные сплетения, она переходит в подслизистую основу.

Подслизистая основа состоит из рыхлой соединительной ткани, где наряду с волокнами и клетками имеются жировая ткань, слизистые и слюнные железы. В слизистой спинки и боковых поверхностей языка, десен и частично неба она отсутствует, но хорошо выражена в области дна полости рта, переходных складок, губ и щек. Подвижность СОР находится в прямой зависимости от толщины подслизистой основы.

В силу функциональных особенностей различных отделов СОР имеются выраженные различия и в структуре отдельных ее участков. Губы состоят из мышечного слоя (в основе — круговая мышца рта), снаружи покрытого кожей (кожная часть губы), а со стороны рта — слизистой

оболочкой. Между кожей и слизистой имеется промежуточная часть — **красная кайма**, у которой различают наружную и внутреннюю зоны. Многослойный плоский эпителий наружной (гладкой) зоны красной каймы губ ороговеивает. На поверхности эпителия, особенно в области углов рта, открываются протоки сальных желез. Красная кайма постепенно переходит в слизистую оболочку губ с неороговеивающим эпителием.

Слизистая щек покрыта многослойным плоским неороговеивающим эпителием, за исключением *linea alba*, где эпителий частично ороговеивает. В подслизистой основе расположены малые (щечные) слюнные и сальные железы, а также скопления жировых клеток.

Слизистая десны и альвеолярных отростков челюстей покрыта многослойным плоским эпителием. Эпителий десны имеет неравномерную толщину и различное строение. Различают эпителий покровный (ротовой) ороговеивающий, выстилающий свободную и прикрепленную десну снаружи; эпителий десневой борозды неороговеивающий, выстилающий внутреннюю поверхность свободной десны; эпителий прикрепления — неороговеивающий. Подслизистая основа в десне отсутствует.

Слизистая твердого неба покрыта многослойным плоским ороговеивающим эпителием. На участке небного шва и в зоне перехода в десну подслизистая основа отсутствует, собственная пластинка плотно сращена с надкостницей.

Слизистая дна полости рта, переходных складок губ и щек покрыта неороговеивающим эпителием с хорошо выраженной подслизистой основой, что обеспечивает свободные движения языка, губ, щек.

Боковые и нижняя поверхности **языка** покрыты многослойным плоским неороговеивающим эпителием. Собственная пластинка прилежит к мышцам. Слизистая дорсальной и частично боковой поверхностей образует выступы — сосочки языка. Существует 4 вида сосочков: нитевидные, грибовидные, листовидные и желобовидные (рис. 3). Нитевидные сосочки самые многочисленные, располагаются по всей поверхности спинки языка, имеют конусообразную форму. Эпителий области вершин ороговеивает и постоянно слущивается. Грибовидные сосочки немногочисленны и располагаются на спинке, кончике и по краям языка среди нитевидных. Они более крупных размеров, имеют форму гриба с узким основанием и широкой вершиной, покрытой тонким слоем неороговеивающего эпителия, что придает им вид красных точек, слегка возвышающихся над уровнем нитевидных сосочков. В толще эпителия заложены вкусовые почки. По бокам у корня языка двумя группами располагаются листовидные сосочки, разделенные узкими глубокими бороздками. Желобовидные сосочки расположены вдоль пограничной линии между телом языка и его корнем в виде римской цифры V. Они имеют узкое основание и широкую уплощенную свободную часть, окружены щелью (желобком). За слепым

отверстием языка сосочки отсутствуют. В рыхлой соединительной ткани собственной пластинки находится скопление лимфоидной ткани, образующее язычную миндалину.

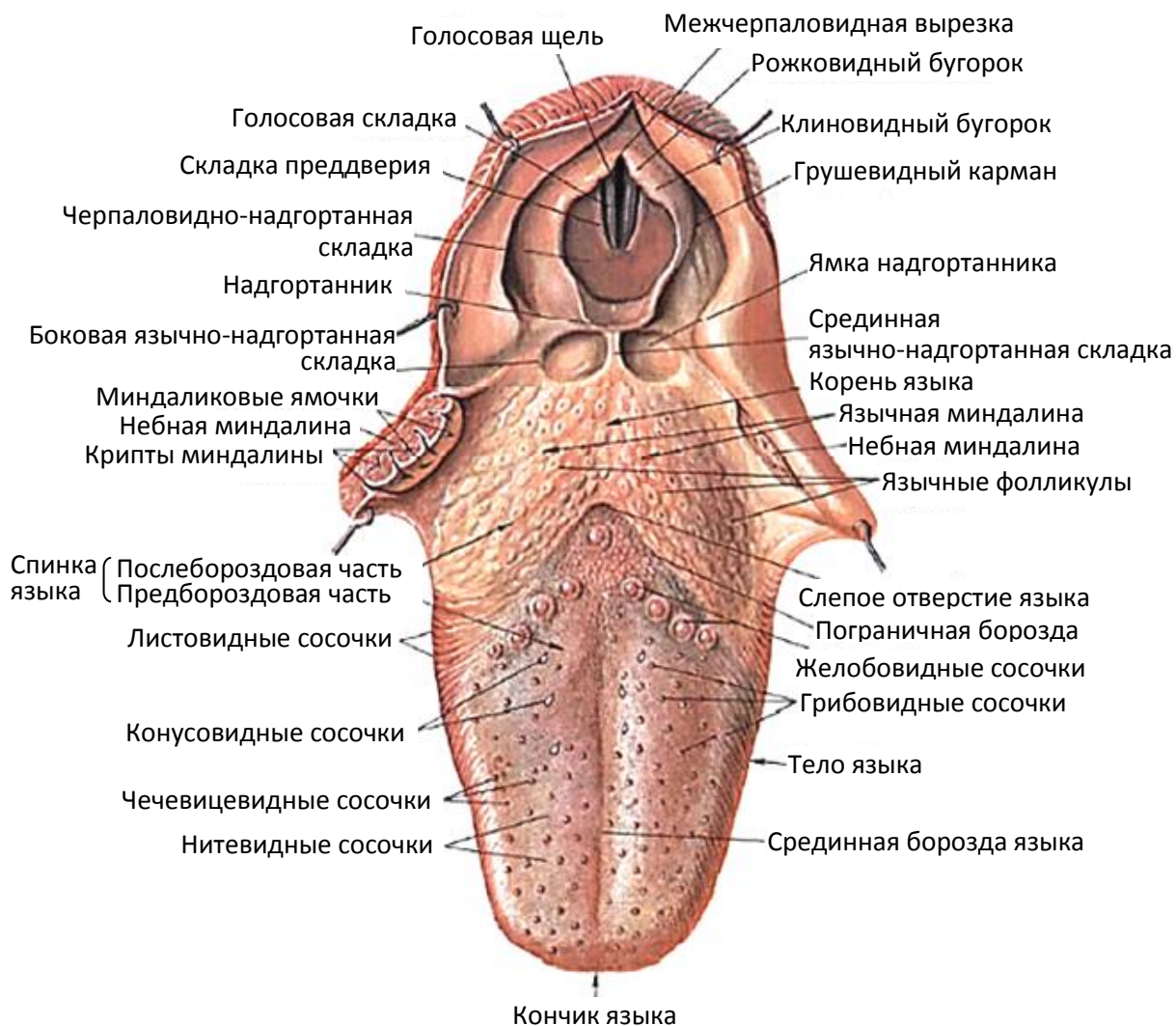


Рис. 3. Сосочки языка

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Следует отметить, что в настоящее время, учитывая демографическую ситуацию и старение населения, происходит рост заболеваний. Это объясняется физиологическим старением индивидуума, признаками инволюции органов и тканей рта, в том числе слизистой. Так, ухудшается прогноз заболеваний и патологических состояний, сопровождающихся элементами поражений на СОР, затягиваются сроки выздоровления, неэффективными оказываются общепринятые схемы лечения. В связи с этим при оценке слизистой следует учитывать возрастные изменения, генетические (эндогенные) и внешние (экзогенные) факторы, включающие профессиональные и экологические причины, вредные привычки, стресс.

В ряде случаев у пожилых лиц выявляются нарушение гистоархитектоники выстилающего эпителия (гиперкератоз), умеренно выраженный акантолиз и дистрофические изменения эпителиоцитов поверхностного и шиповатого слоев, уменьшение или отсутствие клеток Лангерганса, что расценивается как возрастные особенности строения СОР. У пациентов снижаются слюноотделение, местная резистентность тканей, а также изменяется микробиоценоз рта. Нарушаются основные тканевые и клеточные механизмы защиты слизистой, физиологические барьеры, снижается уровень неспецифических гуморальных факторов. Клинически слизистая выглядит атрофичной, сухой, выступают подъязычные вены («икорный» язык) (рис. 4). Обезвоженная слизистая становится чувствительной, легко ранимой, нарушается процесс заживления даже при незначительных повреждениях. У лиц пожилого возраста отмечается также выраженная тенденция к развитию гиперпластических, диспластических и опухолевых процессов в слизистой и других тканях челюстно-лицевой области.



Рис. 4. «Икорный» язык

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Патологические процессы СОР в связи с анатомо-физиологическими особенностями ее строения, наличием различных этиологических факторов и механизмов патогенеза носят специфический характер. Однако они подчиняются общебиологическим законам. Заболевания слизистой сопровождаются такими основными патоморфологическими изменениями как воспаление, дистрофия и образование опухоли, происходящими во всех слоях эпителия, собственной пластинке и подслизистой основе.

Воспаление — комплексный, местный и общий, защитно-приспособительный процесс в тканях, возникающий в ответ на повреждение или патогенный раздражитель, направленный на их устранение и восстановление в зоне повреждения. В зависимости от формы и течения воспаление бывает острым (серозным, гнойным), хроническим и специфическим.

Различают три фазы воспаления: альтеративную, экссудативную и пролиферативную.

Для *острого экссудативного* воспаления характерны расширение сосудов, набухание эндотелиальных клеток, отек и инфильтрация лейкоцитами стенок сосудов и периваскулярной соединительной ткани. Клинически визуализируется изменение цвета (гиперемия), контура (увеличение объема) и консистенции слизистой за счет отека (наблюдается симптом вазопареза). Далее происходит мукоидное и фибриноидное перерождение стенок сосудов и волокнистого компонента собственной пластинки. Следствием является переход экссудативной фазы в пролиферативную. При нарушении целостности клинически наблюдается появление зернистой (грануляционной) и соединительной ткани (рубца).

При *пролиферативном (продуктивном)* воспалении преобладают процессы размножения и трансформации клеток, которые завершаются образованием зрелой соединительной ткани (рубца). Как правило, это хроническое воспаление, при котором сосудистые изменения менее выражены. Однако процесс может приобретать черты хронического продуктивного процесса, не исключая его периодических обострений. Иногда в ответ на хроническое раздражение в процессе заживления происходит чрезмерное образование молодой зернистой ткани (грануляционной), богатой новообразованными сосудами и клеточными элементами. В ряде случаев в результате хронического воспаления инфекционной, неинфекционной и другой неуточненной этиологии наблюдается узловое скопление тканей — гранулема.

При *альтеративном* (некротическом, язвенном) воспалении преобладают некротические и дистрофические процессы во всех слоях эпителия и соединительной ткани. Влажный (колликвационный) некроз слизистой и других тканей происходит в результате действия фузобактерий, спирохет и их токсинов. В зависимости от глубины поражения вторичные элементы (эрозии, язвы) покрыты толстым или тонким слоем некротического налета, который удаляется путем соскабливания. Происходит регресс элементов поражения как без образования рубца, так и с образованием.

Специфическое воспаление вызывается инфекционными возбудителями (сифилиса, туберкулеза, хламидиоза, герпеса и др.) и имеет ряд морфологических особенностей. Клинически воспаление протекает волнообразно с ремиссиями и обострениями, длится от 2 месяцев до нескольких лет. Преобладает стадия пролиферации с образованием гранул (гранулематоз), исходом которых является рассасывание, нагноение, замещение соединительной тканью. Может наблюдаться некроз. Гранулематозное воспаление является разновидностью продуктивного воспаления.

Дистрофия — патологический процесс обмена веществ с повреждением структур клеток и появлением в тканях веществ, которые в норме

не определяются. Виды дистрофий: белковая, жировая, углеводная, минеральная. На слизистой рта дистрофические процессы чаще всего связаны с нарушением ороговения. Различают несколько состояний, соответствующих изменению нормального процесса ороговения: кератоз, гиперкератоз, паракератоз, дискератоз.

Кератоз — понятие, объединяющее группу заболеваний кожи и слизистой оболочки невоспалительного характера, характеризующихся утолщением ороговевающего слоя, образованием рогового слоя в неороговевающем эпителии.

Гиперкератоз — чрезмерное утолщение рогового слоя эпителия в результате избыточного образования кератина.

Паракератоз — неполное ороговение, связанное с потерей способности клеток эпителия вырабатывать кератогиалин, и исчезновение зернистого слоя.

Дискератоз — патологическое ороговение отдельных эпителиальных клеток. При доброкачественном дискератозе наблюдается образование круглых телец и зерен в роговом слое. При злокачественном дискератозе происходит ороговение незрелых и появление атипичных клеток.

Клинически начальным проявлением кератоза слизистой является помутнение и/или белые плоские пятна без видимых изменений рельефа. При значительном увеличении рогового слоя (гиперкератоз) белые поражения (пятна и бляшки) отличаются размерами, границами, иногда выступают над поверхностью слизистой, не соскабливаются инструментом.

В клетках эпителиального слоя происходят удлинение межсосочковых выростов эпителия вследствие усиления пролиферации клеток базального и шиповатого слоев (*акантоз*), разрастание сосочкового слоя собственной пластинки слизистой оболочки и врастание его в эпителий (*папилломатоз*). Клинически папилломатоз проявляется разрастанием тканей СОР, акантоз — изменением цвета кожи и слизистых (при некоторых соматических заболеваниях).

Следствием патологических процессов также могут быть другие изменения слизистой, к которым относятся вакуольная дистрофия, спонгиоз, баллонизирующая дистрофия и акантолиз.

Вакуольная дистрофия — скопление жидкости внутри клеток шиповатого и базального слоев. При слиянии нескольких одноклеточных полостей образуются полости большего размера.

Спонгиоз, или межклеточный отек, — скопление жидкости в межклеточных пространствах шиповатого слоя. Серозный экссудат поступает в межклеточные пространства из подлежащей соединительной ткани.

Баллонизирующая дистрофия — очаговые изменения клеток шиповатого слоя, которые увеличиваются, округляются, приобретая вид шаров или баллонов, заполненных экссудатом.

Акантолиз — расплавление межклеточных мостиков, ведущее к потере связи между эпителиальными клетками и образованию между ними щелей, а затем и пузырей. Отдельные эпителиальные клетки без связи с крупными ядрами свободно плавают в содержимом пузыря. Эти клетки получили название акантолитических, или клеток Тцанка. Они имеют важное диагностическое значение при пузырчатке.

Клиническими проявлениями перечисленных патоморфологических изменений является наличие на СОР пузырьков и пузырей, после вскрытия которых появляются эрозии и язвы, покрытые фибринозным налетом. При- и подлежащая слизистая может быть воспалена — гиперемирована, отечна (рис. 5–8).

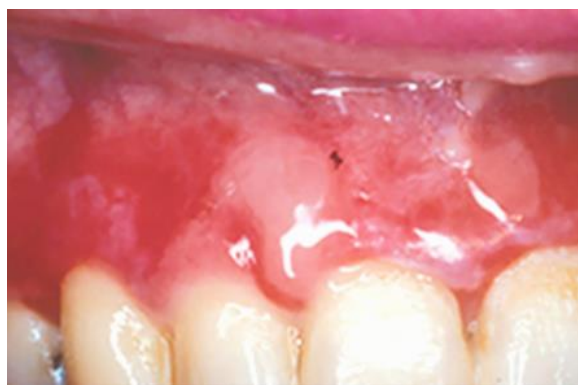


Рис. 5. Субэпителиальный пузырь на слизистой оболочке альвеолярного отростка верхней челюсти при пемфигоиде

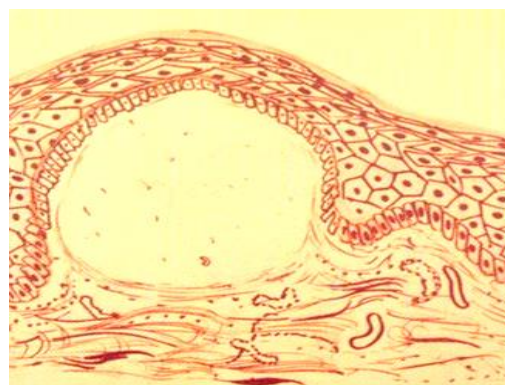


Рис. 6. Схема субэпителиального пузыря при пемфигоиде



Рис. 7. Эрозия слизистой альвеолярного отростка с обрывками тонкой крышки пузыря по периферии при пемфигусе (вульгарной пузырчатке)

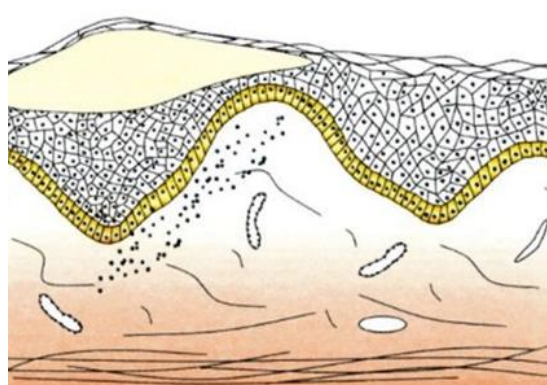


Рис. 8. Схема интраэпителиального пузыря при пемфигусе (вульгарной пузырчатке)

Под **опухолью** понимают добро- и злокачественный патологический процесс, в основе которого лежит потенциально беспредельное размножение клеточных структур, характеризующееся морфологическим и биохимическим *атипизмом*. Источником роста опухолей являются участки

тканей, где сохраняются способные к размножению клетки, например базальный слой эпителия, периваскулярные ткани, эпителий выводных протоков желез.

Предопухолевые заболевания, или предраки, — это процессы, на фоне которых возможно развитие злокачественных опухолей. Предраковые заболевания отличаются от злокачественных опухолей тем, что им не хватает одного или нескольких признаков, совокупность которых позволяет поставить диагноз злокачественной опухоли. В зависимости от степени вероятности озлокачествления различают *облигатные* и *факультативные* предопухолевые процессы (рис. 9, 10).



Рис. 9. Веррукозная лейкоплакия слизистой дна полости рта, ассоциированная с кандидозной внутриэпителиальной инфекцией. Факультативный предрак



Рис. 10. Эритроплазия — облигатный предрак

Согласно классификации предраковых изменений СОР и красной каймы губ (А. Л. Машкилейсон, 1970) к облигатным предракам относят: болезнь Боуэна и эритроплазию Кейра; бородавчатый предрак красной каймы губ; абразивный преинвазивный хейлит Манганотти; ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ; хронические язвы СОР и губ.

К факультативным предраковым заболеваниям с большей потенциальной злокачественностью относят лейкоплакию эрозивную и веррукозную, папиллому и папилломатоз неба, кожный рог, кератоакантому, с меньшей потенциальной злокачественностью — лейкоплакию плоскую, хронические язвы СОР, эрозивные и гиперкератотические формы красной волчанки и красного плоского лишая, пострентгеновский хейлит и стоматит, метеорологический хейлит.

Доброкачественные опухоли СОР состоят из дифференцированных клеток, мало отличающихся по строению от материнской ткани. Они растут медленно, экспансивно, четко отграничены от окружающих тканей. Увеличиваясь в объеме, эти новообразования не врастают в соседние ткани, а лишь раздвигают или оттесняют их. Доброкачественные опухоли не метастазируют и не рецидивируют (рис. 11).

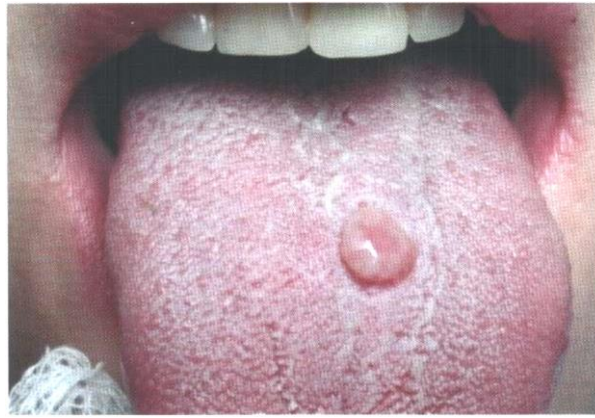


Рис. 11. Образование на дорсальной поверхности языка без признаков ороговения (неуточненное)

Злокачественные опухоли представлены, как правило, низкодифференцированными клетками. Незрелым опухолям свойственен клеточный атипизм, характеризующийся изменением формы и увеличением объема ядер и самих клеток паренхимы опухоли, несоответствием величины ядра размерам клетки, появлением гигантских многоядерных клеток. Злокачественные опухоли характеризуются быстрым инфильтрирующим ростом, склонностью к метастазированию и рецидивированию. Следует помнить, что помимо классической триады озлокачествления (*атипия, полиморфизм и инвазивный рост*), существуют и другие патологические признаки малигнизации, присущие определенным видам новообразований. Поэтому определение вида и характера злокачественной опухоли должно базироваться на сумме морфологических и клинических признаков, присущих именно данному виду.

Важно подчеркнуть, что основополагающим методом диагностики, дифференциальной диагностики является гистологическое исследование биопсийного материала. Только на основании гистологических исследований можно установить патоморфологические изменения СОР.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Для клинической диагностики заболеваний СОР ведущее значение имеют клиничко-морфологические первичные и вторичные элементы поражения, свойственные той или иной патологии. Правильная дифференциация которых, понимание их гистологической сущности помогут клиницисту в выборе лабораторного метода диагностики при установлении окончательного диагноза.

К первичным элементам поражения относят пятно, узелок (папулу), узел, бугорок, пузырек, пузырь, гнойник (пустулу), кисту, абсцесс и др.

Ко вторичным — чешуйку, эрозию, эскориацию, пигментацию, афту, язву, трещину, корку, рубец и рубцовую атрофию, вегетацию, лихенизацию и др.

Первичные элементы поражения:

1. **Пятно** — характеризуется изменением цвета слизистой оболочки и кожи на ограниченном участке. Отличается от здоровых участков цветом, не возвышается над окружающими тканями (сосудистые, пигментные (дисхромические) пятна).

2. **Узелок (папула)** — небольшое (1–3 мм), резко ограниченное, плотное, слегка возвышающееся, бесполостное образование различного цвета. По форме узелки могут быть плоскими, полушаровидными, коническими. При слиянии папулы образуют бляшки.

3. **Узел** — плотное, округлой или овальной формы образование диаметром от 1 мм до 5 см. Узел может визуально возвышаться над тканями или определяться пальпаторно. Выделяют воспалительные и невоспалительные узлы. При воспалении ткани над узлом гиперемированы, заживают с образованием рубца (сифилис, туберкулез, лепра). Невоспалительные узлы встречаются при новообразованиях, отложении продуктов обмена (кальция, холестерина) и др.

4. **Бугорок** — ограниченное, плотное, выступающее над поверхностью кожи бесполостное образование диаметром 1–10 мм. Бугорки образуются в результате скопления воспалительного инфильтрата.

5. **Волдырь** — бесполостное, визуально плоское образование размером до 2 см, гиперемированное или белое, тестообразной консистенции, возвышающееся над окружающими тканями, резко ограниченное, возникает в результате острого отека собственного слоя слизистой или дермы.

6. **Пузырек** — полостной элемент, располагающийся внутриэпителиально. Элементы размером от 1 до 5 мм, множественные, группируются, могут сливаться. Вскрываются, образуя эрозию или корки, заживают без рубца.

7. **Пузырь** — полостной, внутри- или подэпителиальный, возвышающийся элемент с различным содержимым (гнойное, серозное, геморрагическое). При вскрытии образует эрозию, покрытую налетом и/или крышкой пузыря. На слизистой губ и кожи возможны корки. Заживает без рубца, возможно длительное изменение цвета.

8. **Абсцесс** — полостное образование, заполненное гноем, возвышающееся над уровнем окружающих тканей. Возникает вследствие разложения патологически измененной ткани или слияния гнойничков.

9. **Киста** — полостное образование, имеющее соединительнотканную капсулу и эпителиальную выстилку.

Вторичные элементы поражения:

1. **Чешуйки** — отторжение верхних рядов шиповатого слоя.

2. **Трещины** — линейные (поверхностные и глубокие) нарушения целостности кожи и слизистой оболочки вследствие чрезмерной ее сухости или потери эластичности при воспалительной инфильтрации.

3. **Корки** — ссохшийся экссудат, образовавшийся в результате засыхания содержимого пузырьков/пузыря, на поверхности эрозий и язвы.

4. **Эрозия** — поверхностное повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия, возникающее после вскрытия пузырька, пузыря или развивающееся на месте папулы, бляшки, а также в результате травмы, заживает без рубца.

5. **Афта** — поверхностный дефект эпителия круглой или овальной формы, располагающийся на воспаленном участке слизистой рта, окруженный по периферии ярко-красным ободком (венчиком) и покрытый белесоватым налетом.

6. **Язва** — дефект, захватывающий все слои слизистой оболочки и подслизистого слоя, заживающий с образованием рубца.

7. **Рубец** представляет собой соединительную ткань, образующуюся на месте глубокого дефекта кожи или слизистой оболочки. Может располагаться на одном уровне с окружающей тканью, западать, быть втянутым или возвышаться. Бывает мягким, плотным, толстым, деформирующим. При рубцовой атрофии кожа и слизистая оболочка истончены, просвечиваются сосуды.

8. **Лихенизация** — массивная инфильтрация сосочкового слоя с акантозом. Клинически слизистая белесоватая, истонченная, «морщинистая» при высушивании.

9. **Атрофия** — уменьшение рядов клеток, чаще в шиповидном слое эпителия, сопровождающееся дистрофическими процессами в соединительной ткани. Слизистая оболочка истончена, легко травмируется, с просвечивающимися сосудами.

10. **Гиперплазия** — увеличение числа структурных элементов тканей путем их избыточного образования.

11. **Пигментация** — изменение цвета слизистой в результате временного отложения меланина.

12. **Вегетация** возникает в результате разрастания сосочков дермы с одновременным утолщением шиповатого слоя эпителия.

На сегодня принято клинико-морфологические элементы поражения разделять по изменению цвета (белого, красного, голубого), нарушению целостности (эрозии, язвы, трещины), скоплению экссудата (пузырьки, пузыри, волдыри), разрастанию (вегетации) и напластованию (корки).

В основе «красных» поражений лежит воспаление (продуктивное и/или экссудативное).

«Красно-голубые» поражения возникают в результате сосудистой патологии и нарушения пигментации.

К «белым» поражениям относятся кератотический и некротический типы воспаления, а также пузырьно-пузырьковые элементы поражения с наличием покрывок пузырей.

Кератотический тип — нарушение процессов ороговения (гиперкератоз и паракератоз). При этом измененная поверхность слизистой, «белые» поражения, не соскабливается инструментом.

Некротический тип может быть результатом альтеративного воспаления, чаще специфического (колликвационный некроз) или коагуляционного, сухого некроза. Целостность эпителия нарушена, имеется серовато-белый налет различной толщины, который удаляется с помощью инструмента или слабыми растворами антисептиков. Под распадом обнаруживаются первичные или вторичные элементы поражения (эритема, эрозия и др.). Так, например, при псевдомембранозной форме кандидоза клинически на пораженной поверхности слизистой языка обнаруживается белесовато-молочного цвета налет, легко снимаемый, после чего определяется эритематозное (атрофическое) изменение слизистой или эрозия.

Пузырно-пузырьковые элементы поражения относят к «белым» поражениям из-за серозного содержимого пузырьков и «покрывок» пузырей, которые придают слизистой рта белесоватый цвет. Основой изменений является экссудативное воспаление.

Кроме того, пузырьно-пузырьковые элементы поражения выделяют в отдельную клинико-морфологическую группу в зависимости от характера образования пузырей (внутри- и подэпителиальные).

Сочетанные поражения объединяют «белые» и «красные» элементы, а также другие группы элементов поражения.

Следует отметить, что в литературе встречается термин «**полиморфизм** элементов поражения», который в клинике представлен наличием у одного и того же пациента различных элементов поражения одновременно (рис. 12–17). Например, наличие у пациента в различных анатомо-топографических областях изменений цвета (белого, красного), нарушений целостности (эрозии, язвы) и других элементов (корки, чешуйки на губах).



Рис. 12. Эрозии и корки на красной кайме нижней губы



Рис. 13. Десквамация и эритема слизистой дорсальной поверхности языка

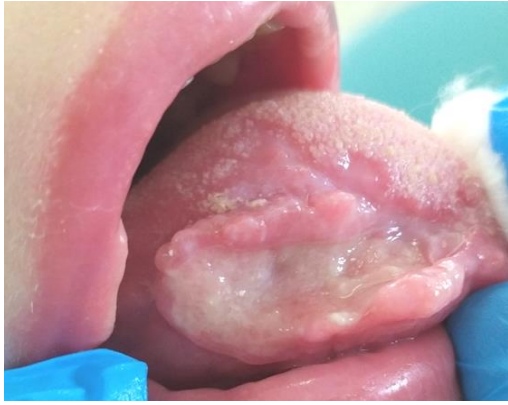


Рис. 14. Язвенное поражение боковой и дорсальной поверхности языка



Рис. 15. «Белые» поражения дорсальной поверхности языка (папулы, бляшки, гиперкератоз сосочков)



Рис. 16. Пузырь (покрышки пузыря) на слизистой альвеолярного отростка верхней челюсти слева



Рис. 17. Полиморфные элементы поражения на слизистой нижней губы («белые», «красные», эрозивные)

КЛАССИФИКАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Классификации рассматриваются как системы диагностики (системы оценки СОР). Различные изменения слизистой, определяемые при визуальной оценке, как правило, систематизируются на основании клинкоморфологических классификаций.

Наиболее распространенными классификациями патологических состояний и заболеваний, проявляющихся на слизистой рта, принятыми в мире и Республике Беларусь, являются:

- МКБ (Международная классификация болезней);
- клинко-морфологические;
- клинические.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ЭЛЕМЕНТОВ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

В русскоязычных классификациях (Е. В. Боровский, А. Л. Машкил-лейсон, 1984) элементы поражения подразделяются на первичные и вторичные:

1. Первичные:

- пятно (лат. *macula*);
- узелок (лат. *papula*);
- узел (лат. *nodus*);
- бугорок (лат. *tuber*);
- пузырек (лат. *bulla*);
- пузырь (лат. *vesicula*);
- гнойничок (лат. *pustula*);
- киста (лат. *cysta*);
- волдырь (лат. *urtica*);
- абсцесс (лат. *abscessus*).

2. Вторичные:

- эрозия (ссадина) (лат. *erosio, excoriatio*);
- афта (греч. *aphtha*);
- язва (лат. *ulcus*);
- трещина (лат. *fissura*, греч. *rhagas*);
- рубец (лат. *cicatrix*);
- налет (гиперкератинизация);
- чешуйка (лат. *squama*);
- корка (лат. *crusta*);
- атрофия (лат. *atrophia*);
- опухоль (лат. *tumor*);
- ангиоматоз;
- папилломатоз.

Следует отметить, что количество элементов как в первой группе, так и во второй группе в литературных источниках отличается. Например, И. В. Анисимова и соавторы не относят ко вторичным элементам поражения атрофию, ангиоматоз, папилломатоз.

В зарубежной научной литературе предпочтение отдается классификациям по группам элементов поражения (рис. 18–23).

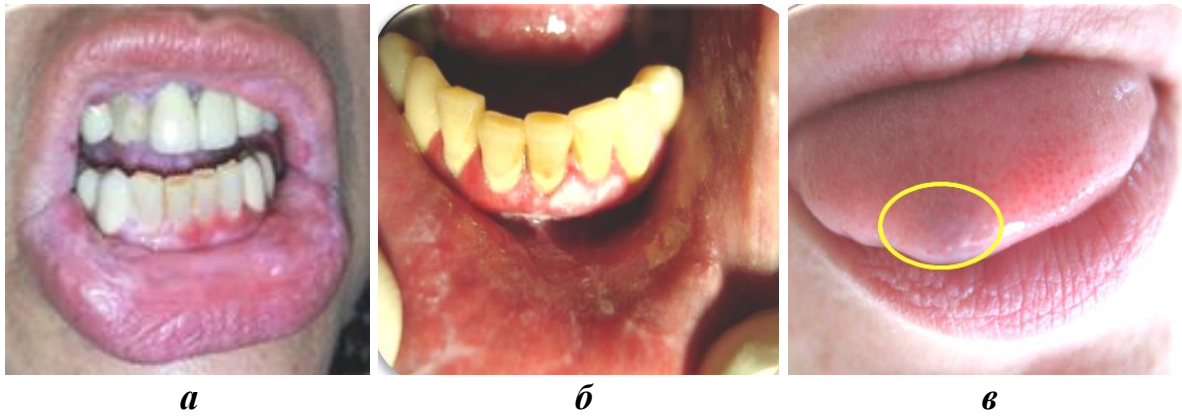


Рис. 18. Изменение цвета:
а — белого; *б* — красного; *в* — красно-голубого

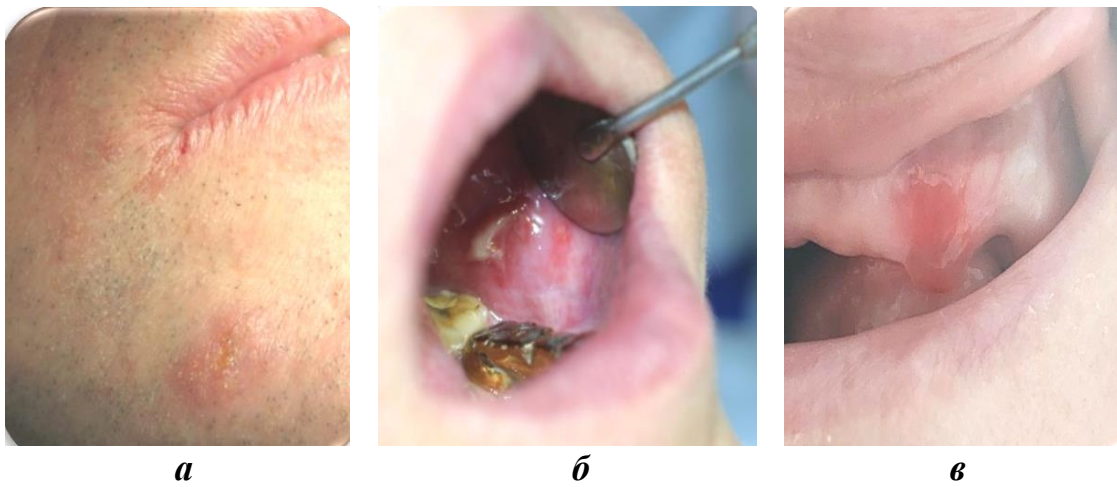


Рис. 19. Скопление экссудата:
а — пузырьно-пузырьковые элементы поражения; *б, в* — пузырьные элементы поражения



Рис. 20. Эрозивно-язвенные элементы поражения



Рис. 21. Разрастание тканей

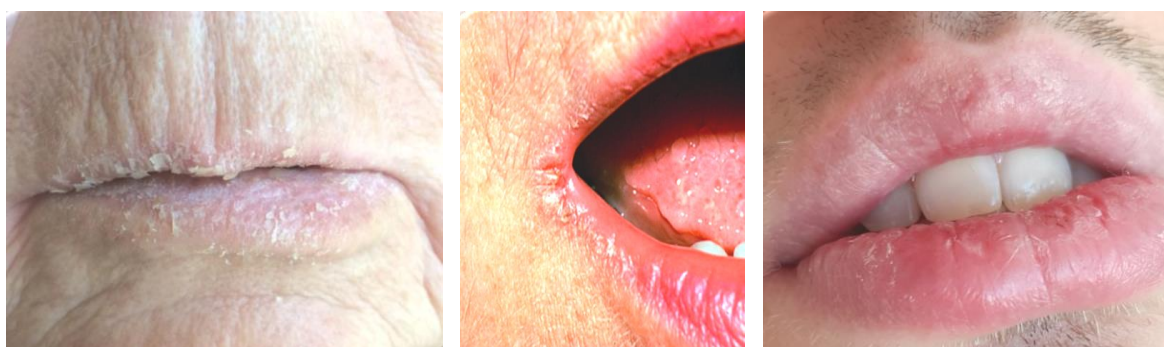


Рис. 22. Наслоения на поверхности (напластования, корки)



Рис. 23. Полиморфизм элементов поражения

Наиболее часто используемыми являются классификации Norman K. Wood (1997) и G. Laskaris (1998). Оба автора выделяют следующие группы элементов поражения:

1. Изменение цвета.
2. Скопление экссудата.
3. Дефекты СОР (нарушение целостности).
4. Разрастание тканей.
5. Наслоения на поверхности (напластования).

В классификации Norman K. Wood выделены «красные» поражения, «белые» поражения, поражения кератотического и некротического типа, пузырьково-пузырные, сочетанные «красные» и «белые» поражения, «красно-голубые» поражения.

В классификации G. Laskaris представлены «белые», «красные» и другие поражения. В «белых» поражениях отражены нозологические формы заболеваний. В «красных» и других — этиологические факторы и нозологические формы заболеваний.

Нозологические формы заболеваний по классификации G. Laskaris (1998):

1) «белые» поражения:

- лейкоплакия;
- плоский лишай;
- никотиновый стоматит;
- кандидоз;
- химические повреждения;
- лейкедема;
- веррукозная карцинома;

2) «красные» поражения:

- травматическая эритема;
- термический ожог;
- радиационные повреждения;
- «географический» язык;
- срединный ромбовидный глоссит;
- эритематозный кандидоз;
- эритроплакия;
- контактный аллергический стоматит;
- гемангиома;
- тромбоцитопеническая пурпура;
- анемия;
- геморрагические телеангиэктазии;

3) другие поражения:

– «черные» и «коричневые» поражения (меланома, черный волосатый язык);

– пузырьково-пузырные поражения (герпес, герпангина, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса–Джонсона, буллезная форма плоского лишая и др.);

- язвенные поражения;
- опухоли.

Следует отметить, что одно и то же заболевание СОР в зависимости от клинической формы и степени тяжести может проявляться различными клинико-морфологическими элементами поражения.

Так, например, при кандидозе СОР (рис. 24, 25) встречаются «белые», «красные» и эрозивно-язвенные элементы поражения.



Рис. 24. Воспалительная папиллярная гиперплазия (эритематозная), вызванная *Rhodotorula candida*



Рис. 25. Узелковый (пятнистый) хронический гиперпластический кандидоз

При плоском лишае СОР встречаются различные формы заболевания (рис. 26–28), проявляющиеся всеми видами клинико-морфологических элементов поражения (Е. В. Боровский, А. Л. Машкиллейсон, 1984) (табл.).



Рис. 26. Типичная форма плоского лишая (папулы белого цвета, сливающиеся в «кружевной» рисунок на слизистой оболочке щеки)



Рис. 27. Экссудативно-гиперемическая форма плоского лишая (эритема на слизистой альвеолярного отростка)



Рис. 28. Эрозивно-язвенная форма плоского лишая (эрозия покрыта фибринозным налетом на дорсальной и боковой поверхностях языка)

Форма и группы элементов поражения при плоском лишае слизистой оболочки рта

Форма	Поражения
Типичная, гиперкератотическая	«Белые»
Экссудативно-гиперемическая	«Красные»
Эрозивно-язвенная	Эрозивно-язвенные
Буллезная	Пузырные

Кроме того, важно отметить, что один и тот же клинико-морфологический элемент поражения может быть вызван различными этиологиче-

скими факторами (рис. 29–30). Например, эрозивно-язвенные поражения СОР встречаются:

- при инфекции (туберкулез, сифилис, хламидийная, герпетическая и др.);
- травме (механическая, лучевая и др.);
- соматических заболеваниях (дерматозы и др.);
- онкологических заболеваниях (малигнизация язвы).



Рис. 29. Эрозивное поражение слизистой твердого неба справа при Herpes zoster



Рис. 30. Проявление хламидийной инфекции в полости рта (язва на боковой поверхности языка)

В Международной классификации стоматологических болезней на основе МКБ-10 (МКБ-10-С, 1997) слизистой рта и губ выделяют два раздела, в которых отражены заболевания и патологические состояния, сопровождающиеся наличием элементов поражения на СОР.

К первому разделу (I) относят болезни мягких тканей полости рта, языка (рис. 31):

- стоматит (рецидивирующие афты рта, другие формы стоматита);
- болезни губ и слизистой рта (лейкоплакия, хейлиты, прикусывание);
- болезни языка (глоссит, травматическая язва).

Ко второму разделу (II) относят проявления общих болезней на СОР (рис. 32):

- инфекционные и паразитарные болезни;
- опухоли;
- эндокринные и обменные болезни;
- болезни крови;
- кожные болезни;
- повреждения и отравления;
- другие.

Необходимо подчеркнуть, что первый раздел включает только самостоятельные, или «истинные», заболевания, развивающиеся при непосредственном воздействии патогенных факторов на слизистую рта и губ.



Рис. 31. Накусывание слизистой щеки относится к разделу I (болезни мягких тканей рта, языка (самостоятельное заболевание) в результате хронической травмы)



Рис. 32. Эрозивно-язвенный хламидийный стоматит. Выявлены высокие титры IgG к *S. trachomatis*. Относится к разделу II (проявление инфекционного заболевания)

Таким образом, при определении этиологического фактора (герпетический стоматит, кандидозный глоссит) поражения СОР из первого раздела переходят во второй.

Следует отметить, что в каждом классе из раздела II есть проявления патологии на слизистой рта. Например, туберкулезная и сифилитическая язва на слизистой рта (класс «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни»: туберкулез (A18–A22), сифилис (A50–A52) и т. д.). Фрагменты классификации МКБ-10-С представлены в приложении.

КЛИНИЧЕСКИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Поскольку клинико-морфологические классификации элементов поражения не всегда отражают этиологические факторы, клинические проявления, форму и степень тяжести заболевания, в практической деятельности необходимо использовать принятые в мире и Республике Беларусь клинические классификации заболеваний СОР, которые учитывают клиническую форму, течение, степень тяжести заболевания, локализацию. Например: «Острый герпетический стоматит»; «Хронический рецидивирующий герпетический стоматит (перманентное течение)»; «Псевдомембранозный, эрозивно-язвенный кандидоз» и т. д.

Примером клинической классификации, учитывающей формы, степень тяжести, течение и локализацию кандидоза слизистой рта может служить классификация Г. П. Соснина, Г. И. Бойко (1997):

1. По течению и формам:
 - 1) острый:
 - катаральный;
 - псевдомембранозный;
 - эрозивно-язвенный;

- 2) хронический:
 - катаральный;
 - гиперпластический;
 - атрофический.

2. По локализации:

- 1) хейлит;
- 2) глоссит;
- 3) гингивит;
- 4) палатинит;
- 5) стоматит.

3. По степени тяжести:

- 1) легкой;
- 2) средней;
- 3) тяжелой.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, на основании клинических проявлений врач может выставить только предварительный диагноз. Для постановки окончательного диагноза требуется использование современных лабораторных методов диагностики (иммунологических, морфологических, микробиологических и др.).

Верификация поражений СОР требует интеграции врачей-специалистов в связи с различными этиологическими факторами и патогенетическими механизмами развития заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Анисимова, И. В.* Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ / И. В. Анисимова, В. Б. Недосеко, Л. М. Ломиашвили. Москва : Мед. книга, 2008. 194 с.
2. *Борк, К.* Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение : атлас и руководство : пер. с нем. / К. Борк, В. Бургдорф, Н. Хеде. 3-е изд. Москва : Мед. лит., 2011. 438 с.
3. *Заболевания* слизистой оболочки полости рта и губ : учеб. пособие / под ред. Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллейсона. Москва : МЕДпресс-информ, 2001. 320 с.
4. *Гемонов, В. В.* Гистология и эмбриология органов полости рта и зубов [Электронный ресурс] / В. В. Гемонов, Э. Н. Лаврова, Л. И. Фалин. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>. Дата доступа: 01.09.2023.
5. *Заболевания* слизистой оболочки полости рта и губ : учеб. пособие / Н. Ф. Данилевский [и др.]. Москва : Стоматология, 2001. 270 с.
6. *Заболевания* слизистой оболочки полости рта и губ : учеб. пособие / Л. А. Цветкова [и др.]. Москва : МЕДпресс-информ, 2005. 208 с.
7. *Заболевания* слизистой полости рта : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Манак [и др.]. Минск : БГМУ, 2022. 144 с.
8. *Луцкая, И. К.* Заболевания слизистой оболочки полости рта / И. К. Луцкая. Москва : Мед. лит., 2007. 288 с.
9. *Метод* инцизионной биопсии слизистой оболочки полости рта : инструкция по применению, рег. № 029-0616 от 30.06.2016 / А. С. Рутковская [и др.] // Стоматолог. 2020. № 4. С. 48–53.
10. *Сильвермен, С.* Заболевания полости рта / С. Сильвермен, Л.-Р. Эверсоул, Э.-Л. Трулав. Москва : МЕДпресс-информ, 2010. 472 с.
11. *Стоматологические* обследования. Основные методы : пер. с англ. / ВОЗ. 5-е изд. Москва : Медицина, 2013. 136 с.
12. *Oral manifestations of autoinflammatory and autoimmune diseases* / Š. Baglama [et al.] // Acta Dermatovenerol. Alp. Pannonica Adriat. 2018. Vol. 27. P. 9–16.
13. *Management of bullous pemphigoid: the European Dermatology Forum consensus in collaboration with the European Academy of Dermatology and Venereology* / C. Feliciani [et al.] // Br. J. Dermatol. 2015. Vol. 172. P. 867–877.
14. *Reed, S.-G.* Oral Chlamydia trachomatis in Patients with Established Periodontitis / S.-G. Reed, D. E. Lopatin, B. Foxman // Clin. Oral Investig. 2000. № 4 (4). P. 226–232.

**ФРАГМЕНТЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ОСНОВЕ МКБ-10 (1997)**

КЛАСС I

НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

A18–A22 Туберкулез

A18.8 Туберкулез других уточненных органов

A18.8X Область рта

A30–A43 Другие бактериальные болезни

A36 Дифтерия

A36.VX Проявления в полости рта

A38 Скарлатина

A38.XX Проявления в полости рта

A50–A58 Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем

A50 Врожденный сифилис

A50.0 Ранний врожденный сифилис с симптомами

A50.0X Пятна на слизистой оболочке полости рта

A51 Ранний сифилис

A51.2 Первичный сифилис других локализаций

A51.2X Проявления в полости рта

A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек

A51.3X Проявления в полости рта

A52 Поздний сифилис

A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса

A52.70 Гумма тканей полости рта

A52.71 Перфорация неба сифилитическая

A54 Гонококковая инфекция

A54.8 Другие гонококковые инфекции

A54.8X Гонококковый стоматит

A65–A69 Другие болезни, вызываемые спирохетами

A69 Другие инфекции, вызванные спирохетами

A69.0 Некротизирующий язвенный стоматит

Гангренозный стоматит

A69.1 Другие инфекции Венсана

A69.10 Острый некротический язвенный гингивит

(фузоспирохетозный гингивит) (гингивит Венсана)

*B00–B08 Вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи
и слизистых оболочек*

B00 Инфекции, вызванные вирусом герпеса (*herpes simplex*)

Исключена: герпетическая ангина (B08.5X)

- V00.2 Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит
- V00.2X Герпетический гингивостоматит
- V01 Ветряная оспа (*varicella*)
- V01.8 Ветряная оспа с другими осложнениями
- V01.8X Проявления в полости рта
- V02 Опоясывающий лишай (*herpes zoster*)
- V02.8 Опоясывающий лишай с другими осложнениями
- V02.8X Проявления в полости рта
- V05 Корь
- V05.8 Корь с другими осложнениями
- V05.8X Проявления в полости рта
пятна Коплика
- V06 Краснуха (немецкая корь)
- V06.8 Краснуха с другими осложнениями
- V06.8X Проявления в полости рта
- V08 Другие вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек, не классифицированные в других рубриках
- V08.5 Энтеровирусный везикулярный фарингит
Герпетическая ангина
- V20–V24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)*
- V35–V48 Микозы*
- V37 Кандидоз
Включены: кандидоз
монилиаз
- V37.0 Кандидозный стоматит
- V37.00 Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит
- V37.01 Острый эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит
- V37.02 Хронический гиперпластический кандидозный стоматит
- V37.03 Хронический эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит [протезный стоматит в результате кандидозной инфекции]
- V37.04 Кожно-слизистый кандидоз
- V37.05 Кандидозная гранулема полости рта
- V37.06 Ангулярный хейлит
- V37.08 Другие уточненные проявления в полости рта
- V37.09 Проявления в полости рта неуточненные

КЛАСС II

НОВООБРАЗОВАНИЯ

Злокачественные новообразования

C00–C14 Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки

C46–C49 Злокачественные новообразования мезотелиальной и мягких тканей

- C46 Саркома Капоши
- C46.1 Саркома Капоши мягких тканей
- C46.1X Мягких тканей рта
- C46.2 Саркома Капоши неба

C81–C96 Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей

- C91–C95 Лейкоз
- Проявления в полости рта

Доброкачественные новообразования

D10 Доброкачественное новообразование рта и глотки

КЛАСС III

БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ

D50–D53 Анемии, связанные с питанием

- D50 Железодефицитная анемия
- D50.0 Железодефицитная анемия вторичная вследствие потери крови (хроническая)
- D50.0X Проявления в полости рта
- D51 Витамин B₁₂-дефицитная анемия
- D51.VX Проявления в полости рта
- D52 Фолиеводефицитная анемия
- D52.VX Проявления в полости рта
- D53 Другие анемии, связанные с питанием
- D53.VX Проявления в полости рта

D55–D59 Гемолитические анемии

D65–D69 Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния

КЛАСС IV

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

Болезни щитовидной железы

- E07 Другие болезни щитовидной железы
- E07.9 Болезнь щитовидной железы неуточненная
- E07.9X Проявления в полости рта

Сахарный диабет

- E14 Сахарный диабет неуточненный

- E14.XX Проявления в полости рта
- E50–E61 Другие виды недостаточности питания*
- E50 Недостаточность витамина А
- E50.8 Другие проявления недостаточности витамина А
- E50.8X Проявления в полости рта
- E51 Недостаточность тиамина
- E51.1 Бери-бери
- E51.1X Проявления в полости рта
- E52 Недостаточность никотиновой кислоты (пеллагра)
- E52.XX Проявления в полости рта
- E53 Недостаточность других витаминов группы В
- E53.0 Недостаточность рибофлавина
- E53.0X Проявления в полости рта
- E55 Недостаточность витамина D
- E55.0 Рахит активный
- E55.0X Проявления в полости рта
- E56 Недостаточность других витаминов
- E56.8X Проявления в полости рта

КЛАСС XI

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

- K00–K14 Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей*
- K12 Стоматит и родственные поражения
- K12.0 Рецидивирующие афты полости рта
- K12.00 Рецидивирующие (малые) афты
 - афтозный стоматит
 - язвенное поражение [*Canker sore*]
 - афты Микулича
 - малые афты
 - рецидивирующие афтозные язвы
- K12.01 Рецидивирующий слизисто-некротический периаденит
 - рубцующийся афтозный стоматит
 - афты Саттона
 - большие афты
- K12.02 Герпетиформный стоматит (герпетиформная сыпь)
 - Исключены: герпетиформный дерматит (L13.0X)
 - герпетический гингивостоматит (B00.2X)
- K12.03 Афты Беднара
- K12.04 Травматическое изъязвление
 - Исключены: травматические изъязвления языка (K14.01)
 - изъязвление языка БДУ (K14.09)
- K12.08 Другие уточненные рецидивирующие афты полости рта
- K12.09 Рецидивирующие афты полости рта неуточненные

- K12.1 Другие формы стоматита
- K12.10 Стоматит артефициальный
- K12.11 «Географический» стоматит
Исключен: «географический» язык (K14.1)
- K12.12 Стоматит, связанный с ношением протеза
Исключены: протезный стоматит в результате кандидоза (B37.03)
травматическое изъязвление от протеза (K12.04)
- K12.13 Папиллярная гиперплазия неба
- K12.14 Контактный стоматит
стоматит «ватного валика»
- K12.18 Другие уточненные формы стоматита
- K12.19 Стоматит неуточненный
- K13 Другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта
- K13.0 Болезни губ
Исключены: актинический хейлит (L56.8X)
арибофлавиноз (E53.0)
- K13.00 Ангулярный хейлит
ангулярный хейлоз
трещина спайки губ (заеда) НКДР
Исключена: трещина спайки губ (заеда) вследствие:
– кандидоза (B37.0)
– недостаточности рибофлавина (E53.0)
- K13.01 Хейлит glandулярный апостематозный
- K13.02 Хейлит эксфолиативный
- K13.03 Хейлит БДУ
- K13.04 Хейлодиния
- K13.08 Другие уточненные болезни губ
- K13.09 Болезнь губ неуточненная
- K13.1 Прикусывание щеки и губ
- K13.2 Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта,
включая язык
Исключены: кандидозная лейкоплакия (B37.02)
очаговая эпителиальная гиперплазия (B07.X2)
фрикционный кератоз (K06.22)
функциональный кератоз (K06.22)
волосатая лейкоплакия (K13.3)
- K13.20 Лейкоплакия идиопатическая
- K13.21 Лейкоплакия, связанная с употреблением табака
Исключены: никотиновый лейкокератоз неба (K13.24)
небо курильщика (K13.24)
- K13.22 Эритроплакия
- K13.23 Лейкедема
- K13.24 Небо курильщика (никотиновый стоматит) (никотиновый лейкокератоз неба)

- K13.28 Другие изменения эпителия
- K13.29 Неуточненные изменения эпителия
- K13.3 Волосатая лейкоплакия
- K14 Болезни языка
- K14.0 Глоссит
 - Исключен: атрофический глоссит (K14.42)
- K14.00 Абсцесс языка
- K14.01 Травматическое изъязвление языка
- K14.08 Другие уточненные глосситы
- K14.09 Глоссит неуточненный
- K14.1 «Географический» язык
 - Доброкачественный мигрирующий глоссит
 - Экфолиативный глоссит
- K14.2 Срединный ромбовидный глоссит
- K14.3 Гипертрофия сосочков языка
- K14.30 Обложенный язык
- K14.31 «Волосатый» язык
 - черный «волосатый» язык
 - черный «ворсинчатый» язык
 - Исключены: волосатая лейкоплакия (K13.3)
 - «волосатый» язык вследствие приема антибиотиков (K14.38)
- K14.32 Гипертрофия листовидных сосочков
- K14.38 Другая уточненная гипертрофия сосочков языка
 - «Волосатый» язык вследствие приема антибиотиков
- K14.39 Гипертрофия сосочков языка неуточненная
- K14.4 Атрофия сосочков языка
- K14.5 Складчатый язык
 - Морщинистый язык
 - Бороздчатый язык
 - Расщепленный язык
 - Исключен: расщепленный язык врожденный (Q38.33)
- K14.6 Глоссодиния
- K14.8 Другие болезни языка
- K14.80 Зубчатый язык (язык с отпечатками зубов)
- K14.81 Гипертрофия языка
 - Исключена: макроглоссия врожденная (Q38.2X)
- K14.82 Атрофия языка
 - Исключена: атрофия сосочков языка (K14.4)
- K14.88 Другие уточненные болезни языка
 - Болезни язычной миндалины
- K14.9 Болезнь языка неуточненная

КЛАСС XII
БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

L10–L13 Буллезные нарушения

Исключен: доброкачественный семейный пемфигус (болезнь Хейли–Хейли) (Q82.80)

- L10 Пузырчатка (пемфигус)
- L10.0 Пузырчатка обыкновенная
- L10.0X Проявления в полости рта
- L10.1 Пузырчатка вегетирующая
- L10.1X Проявления в полости рта
- L10.2 Пузырчатка листовидная
- L10.2X Проявления в полости рта
- L10.5 Пузырчатка медикаментозная
- L10.5X Проявления в полости рта
- L10.8 Другие виды пузырчатки
- L10.8X Проявления в полости рта
- L12 Пемфигоид
- L12.0 Буллезный пемфигоид
- L12.0X Проявления в полости рта
- L12.1 Рубцующий пемфигоид
- Включен: доброкачественный пемфигоид слизистой оболочки
- L12.1X Проявления в полости рта
- L13 Другие буллезные изменения
- L13.0 Герпетиформный дерматит
- Включена: болезнь Дюринга
- Исключен: герпетиформный стоматит (K12.02)
- L13.0X Проявления в полости рта

L23–L24 Дерматит и экзема

- L23 Аллергический контактный дерматит
- L23.2 Аллергический контактный дерматит, вызванный косметическими средствами
- L23.2X Проявления в полости рта
- L24 Простой раздражительный контактный дерматит
- Исключен: контактный стоматит (K12.14)
- L24.VX Проявления в полости рта

Папулосквамозные нарушения

- L40 Псориаз
- L43 Лишай красный плоский
- L43.1 Лишай красный плоский буллезный
- L43.1X Проявления в полости рта
- L43.2 Лишаевидная реакция на лекарственное средство
- При необходимости идентифицировать лекарственное средство используют дополнительный код внешних причин (раздел XX)

- L43.2X Проявления в полости рта
- L43.8 Другой красный плоский лишай
- L43.80 Проявления красного плоского лишая папулезные в полости рта
- L43.81 Проявления ретикулярные красного плоского лишая в полости рта
- L43.82 Проявления красного плоского лишая атрофические и эрозивные в полости рта
- L43.83 Проявления красного плоского лишая (типичные бляшки) в полости рта
- L43.88 Проявления красного плоского лишая уточненные в полости рта
- L43.89 Проявления красного плоского лишая неуточненные в полости рта

Крапивница и эритема

- L51 Эритема многоформная
- L51.0 Небуллезная эритема многоформная
- L51.0X Проявления в полости рта
- L51.1 Буллезная эритема многоформная
Включен: синдром Стивенса–Джонсона
- L51.1X Проявления в полости рта
- L51.9 Эритема многоформная неуточненная
- L51.9X Проявления в полости рта

КЛАСС XIII

БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

M30–M35 Системные поражения соединительной ткани

- M32 Системная красная волчанка
- M32.VX Проявления в полости рта

КЛАСС XIX

ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН

S00–S09 Травмы головы

T00–T07 Травмы, захватывающие несколько областей тела

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки рта и губ в норме	4
Возрастные изменения слизистой оболочки рта	7
Патоморфологическая характеристика поражений слизистой оболочки рта	8
Клинико-морфологические элементы поражения слизистой оболочки рта	13
Классификации поражений слизистой оболочки рта	17
Клинико-морфологические классификации элементов поражения слизистой оболочки рта	18
Клинические классификации поражений слизистой оболочки рта	24
Список использованной литературы	26
Приложение	27

Учебное издание

Александрова Людмила Львовна
Рутковская Анна Станиславовна
Казеко Людмила Анатольевна
Литвинчук Яна Олеговна

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ
ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА.
КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко
Старший корректор А. В. Царь
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 16.11.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,59. Тираж 40 экз. Заказ 626.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-1432-5



9 789852 114325