

СРИ на тему: «Гистологические признаки при различных патологических изменениях СОПР».

Подготовила:
Исатай Айжан
Ст-13-006-2

2018 год

План:

- Введение;
- Классификация;
- Вывод;
- Список литературы.

Полостью рта является пространство, впереди ограниченное губами и зубами, сбоку - поверхностью щек, сзади - языкоглоточными кольцами, снизу - языком и подъязычным пространством.

СОПР имеет четкое строение. Она состоит из эпителия, собственной пластинки и подслизистой основы. Соотношение толщины этих слоев на различных участках полости рта неодинаково. В СО твердого неба, языка, десны эпителиальный слой наиболее толстый.

Наиболее выражено ороговение эпителия на тех участках слизистой, которые подвергаются наибольшему механическому, химическому и термическому воздействию, что является подтверждением защитно-приспособительного характера процесса ороговения эпителия СОПР, который особенно ярко выражен на твердом небе, спинке языка и деснах. Роговой слой здесь представлен несколькими рядами полностью ороговевших и лишенных ядер клеток.

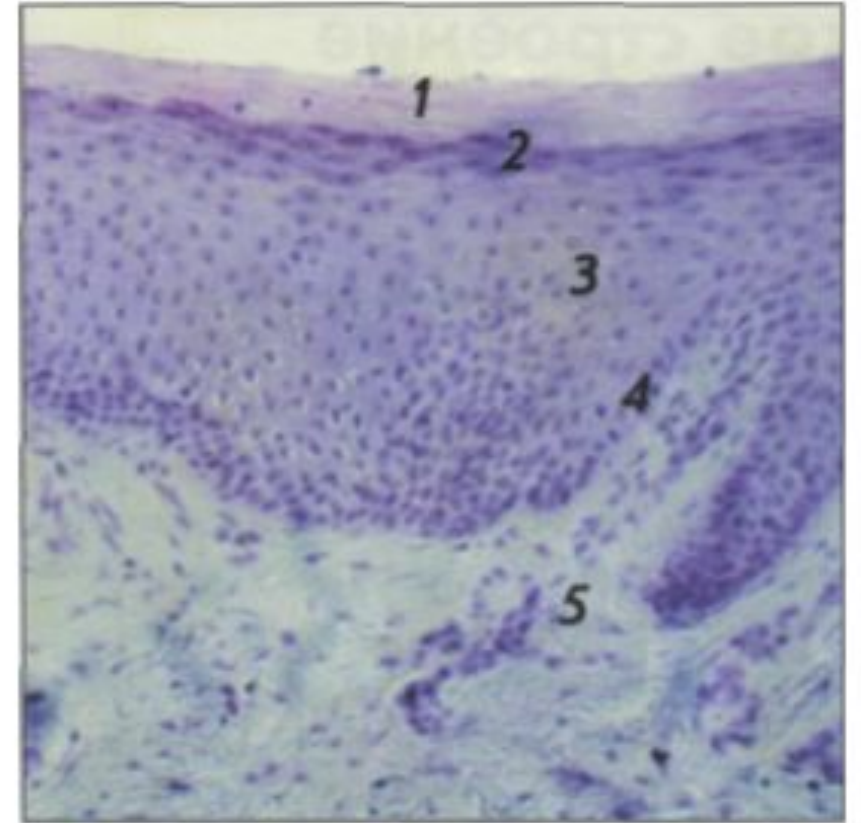


Рис. 1.
Ороговевающий многослойный плоский эпителий. X90.
1 — роговой слой; 2 — зернистый; 3 — шиповатый; 4 — базальный; 5 — собственная пластинка слизистой оболочки.

Известно, что 60 % поверхности десны склонны к ороговению, а на остальной поверхности наблюдаются явления, сходные с паракератозом: клетки рогового слоя ороговевают не полностью и сохраняют ядра.

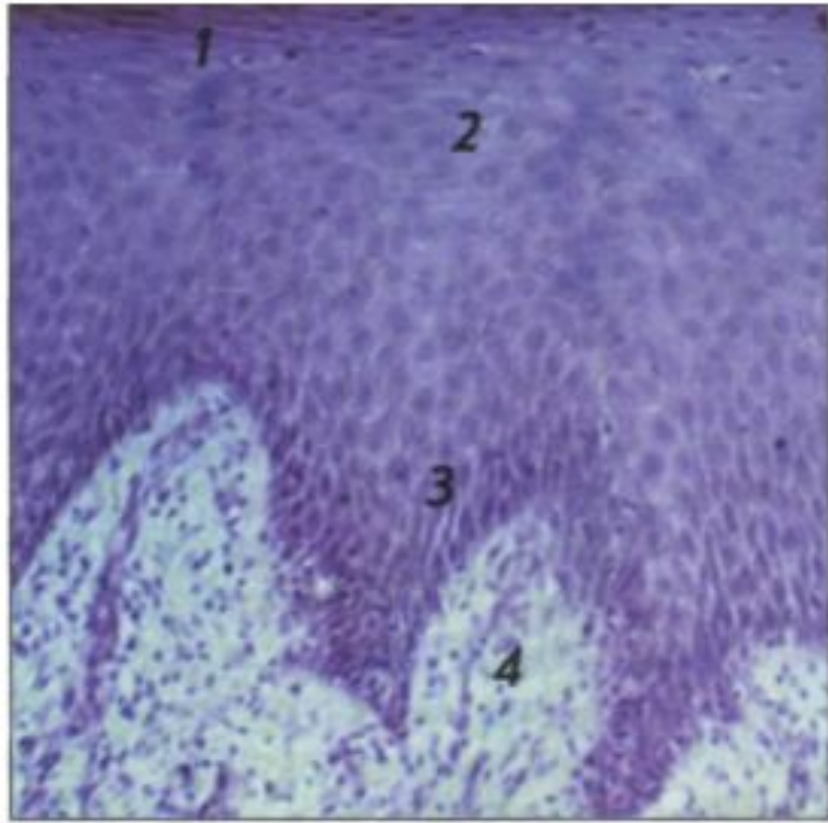


Рис. 2.
Неороговевающий многослойный плоский эпителий. X90.

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

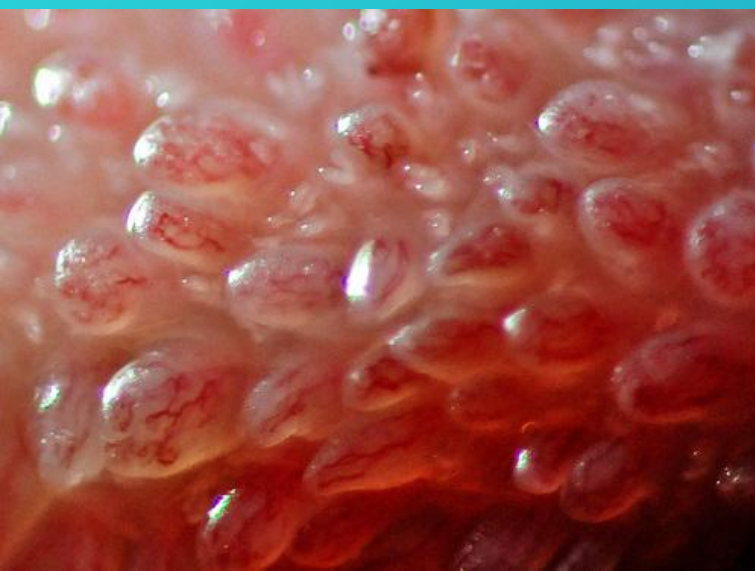
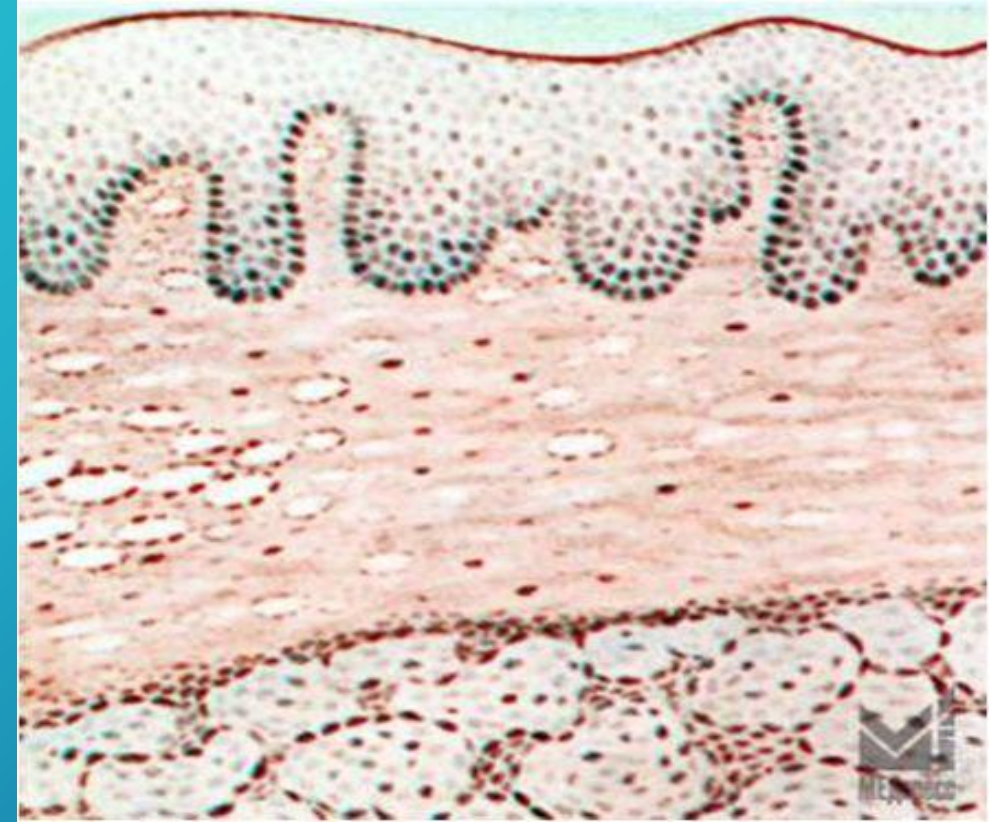
К роговому слою примыкает зернистый слой, состоящий из вытянутых клеток, содержащих в своей цитоплазме зерна кератогиалина. На остальных участках СОПР в норме ороговения не наблюдается и поверхностный слой эпителия представлен уплощенными клетками шиповатого слоя — слоем плоских клеток (рис. 2). Под ним, а в отделах, где выражен процесс ороговения, — под зернистым слоем находится слой шиповатых клеток. Его клетки имеют полигональную форму и располагаются в несколько рядов. Самым глубоким слоем эпителия является базальный, который образован располагающимися в один ряд клетками цилиндрической или кубической формы.

Собственная пластинка состоит из рыхлой соединительной ткани, представленной основным веществом, волокнистыми структурами и клеточными элементами.

- Основное вещество составляют гликозаминогликаны.
- Клеточные элементы представлены в основном фибробластами, фиброцитами, оседлыми макрофагоцитами, плазмócитами и тканевыми базофилами (тучные клетки). Основной клеточной формой соединительной ткани собственной пластинки являются фибробласты – продуценты проколлагена.
- Волокнистые структуры представлены коллагеновыми и ретикулярными (аргирофильными) волокнами.

Собственная пластинка без резких границ переходит в подслизистую основу, которая состоит из рыхлой соединительной ткани, где наряду с волокнами и клетками, присущими рыхлой соединительной ткани имеется жировая ткань, слизистые и слюнные железы. Подслизистая основа отсутствует в СО языка, десен и частично неба, но хорошо выражена в области дна полости рта, переходных складок губ и щек. Подвижность СОПР находится в прямой зависимости от толщины подслизистой основы.

Защитная - слизистая оболочка защищает подлежащие ткани от возможного повреждающего действия содержимого, находящегося в полости рта. В СОПР как эпителий, так и соединительная ткань адаптированы к противодействию различным нагрузкам. Эпителий слизистой оболочки полости рта относительно устойчив к воздействию не только механических, но и химических факторов. Это происходит за счет постоянной десквамации (слущивания) и активной регенерации эпителия СОПР в физиологических условиях.



Сенсорная - осуществляется благодаря присутствию рецепторов, воспринимающих температурные, тактильные и болевые сигналы. В полости рта имеются также специализированные вкусовые рецепторы.



Иммунная - слизистая оболочка полости рта принимает участие в обеспечении местного иммунитета. Она содержит клеточные элементы, участвующие как в афферентном, так и эфферентном звеньях иммунных реакций (клетки Лангерганса, макрофаги, лимфоциты, плазматические клетки). В слюне, омывающей поверхность слизистой оболочки, присутствуют антитела.

Всасывательная - некоторые участки слизистой проницаемы для ряда веществ (йода, калия, натрия, отдельных аминокислот). Важное клиническое значение имеет ее проницаемость для некоторых лекарственных веществ. Например, нитроглицерин, применяемый для снятия приступа стенокардии, помещается под язык откуда быстро всасывается.

Секреторная - поверхность СОПР смачивается слюной, которая вырабатывается крупными и мелкими слюнными железами. Слюна, размягчая пищу, препятствует механическому повреждению СОПР, удаляет различные микроорганизмы с поверхности СОПР. Она также содержит неспецифические противомикробные вещества и антитела, препятствующие прикреплению микробов к поверхности эпителия.

Слюна (лат. saliva) — прозрачная бесцветная жидкость, жидкая биологическая среда организма выделяемая в полость рта тремя парами крупных слюнных желез (подчелюстные, околоушные, подъязычные) и множеством мелких слюнных желез полости рта. В полости рта образуется смешанная слюна или ротовая жидкость, состав которой отличается от состава смеси секретов желез, так как в ротовой жидкости присутствуют микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности и различные компоненты пищи, компоненты зубного налета и зубного камня.

Слюна смачивает полость рта, способствуя артикуляции, обеспечивает восприятие вкусовых ощущений, смазывает и склеивает пережёванную пищу, способствуя глотанию. Кроме того, слюна очищает полость рта, обладает бактерицидным действием, предохраняет от повреждения зубы. Под действием ферментов слюны в ротовой полости начинается переваривание углеводов.



Слюна обладает рН от 5,6 до 7,6. Идеальный уровень рН для ротовой полости — выше 7. Чем выше кислотность, тем более благоприятная среда для развития микроорганизмов. Кислая среда возникает, например, после употребления богатой углеводами пищи. На 98,5 % и более состоит из воды, содержит соли различных кислот, микроэлементы и катионы некоторых щелочных металлов, муцин (формирует и склеивает пищевой комок), лизоцим (бактерицидный агент), ферменты амилазу и мальтазу, расщепляющие углеводы до олиго- и моносахаридов, а также другие ферменты, некоторые витамины. Также состав секрета слюнных желез меняется в зависимости от характера раздражителя.

В среднем за сутки выделяется 1—2,5 л слюны.

Вещество	Содержание
Вода	994 г/л
Белки	1,4—6,4 г/л
Муцин	0,9—6,0 г/л
Холестерин	0,02—0,50 г/л
Глюкоза	0,1—0,3 г/л
Аммоний	0,01—0,12 г/л
Мочевая кислота	0,005—0,030 г/л
Соли натрия	6—23 ммоль/л
Соли калия	14—41 ммоль/л
Соли кальция	1,2—2,7 ммоль/л
Соли магния	0,1—0,5 ммоль/л
Хлориды	5—31 ммоль/л
Гидрокарбонаты	2—13 ммоль/л
Мочевина	140—750 ммоль/л

Пищеварительная

- За счет ферментов амилазы и мальтазы слюна обеспечивает химическую обработку пищи, в частности, расщепление углеводов до ди- и моносахаридов
- Смачивает, увлажняет пищу и связывает ее отдельные частицы за счет муцина, т. е. принимает участие в формировании пищевого комка
- Принимает участие в формировании вкусовых ощущений
- Необходима для осуществления физиологического акта глотания
- Способствует рефлексорной секреции желудочного и других пищеварительных соков

Защитная

- Слюна постоянно увлажняет слизистую оболочку рта.
- Способствует самоочищению полости рта и зубов, отмыванию налета.
- Обеспечивает регуляцию температуры полости рта и соответственно принимаемой пищи.
- Обеспечивает нейтрализацию кислот, снижение концентрации токсических факторов
- Обладает выраженными буферными свойствами
- Повышает неспецифическую резистентность полости рта к воздействию инфекционных патогенных факторов

Трофическая

- Слюна является основным источником кальция, фосфора, цинка, используемых для образования эмали и других компонентов зуба
- Трофическая функция слюны обеспечивается также за счет наличия в ней различных ферментов и гормонов. Такие ферменты, как калликреин и саливаин, регулируют микроциркуляторное кровообращение в тканях слюнных желез и слизистой оболочке полости рта.

Экскреторная

- В составе слюны могут выделяться некоторые конечные продукты обмена (мочевина, мочевая кислота, аммиак, креатин), лекарственные препараты, алкоголь,
- а также ионы металлов экзогенного происхождения, в частности, ртути, свинца, висмута.
- Экскреторная функция слюнных желез заметно усиливается при почечной или печеночной недостаточности, эндокринопатиях, когда в организме человека начинают накапливаться различные токсические продукты эндогенной природы.

Каждому заболеванию слизистой оболочки полости рта (далее СОПР) присуще возникновение на её поверхности различных элементов поражения.

Высыпания, которые мы можем наблюдать на коже и слизистой оболочке (далее СО) состоят из отдельных элементов. Их можно объединить в группы:

- изменение цвета слизистой;
- изменение рельефа поверхности;
- ограниченные скопления жидкости;
- наслоение на поверхности;
- дефекты СО.

Сами элементы поражения делятся на:

- первичные;
- вторичные.

Первичные элементы — это те элементы, которые возникают на неизменённой СО. Вторичные элементы — являются результатом трансформации или повреждения уже существующих элементов.

Пятно (лат. - macula) — ограниченное изменение цвета СОПР. Пятно никогда не нарушает рельеф СО, это подразумевает, что оно никогда не возвышается над уровнем СО. Цвет пятна может быть разный, зависящий от причин его появления. Различают:

- сосудистые пятна;
- пигментные пятна;
- пятна вследствие отложения красящих веществ в СО.

Сосудистое пятно может возникнуть вследствие временного расширения сосудов и воспаления. Воспалительные пятна имеют разные оттенки, чаще красного, чем синего. Если надавить на такое пятно, оно исчезнет, но появится после прекращения давления на него. (Метод Диаскопии, проводится нажатием стеклянной пластиной на элемент поражения.)

Эритема — пятно, не имеющее четких контуров, неограниченное.

Розеола — маленькая эритема, размером от 1.5 мм до 10 мм в диаметре. имеет ограниченный контур. Розеола наблюдается при инфекционных заболеваниях, таких как — корь, скарлатина, тиф, сифилис.





Геморрагии — пятна, появляющиеся вследствие нарушения целостности сосудистой стенки. Цвет зависит от стадии разложения кровяного пигмента. Может быть красным, синюшно-красным, зелёного оттенка, желтоватого оттенка и т. д.. Пятна могут быть различной величины, не пропадают при надавливании. Геморрагические пятна рассасываются и исчезают не оставляя следов. Петехии — точечные геморрагии. Экхимозы — большие геморрагии.



Пигментные пятна — появляются вследствие отложения в СО красящих веществ. Может быть как экзогенного, так и эндогенного характера. Врождённые пигментации называются невусами. Приобретённые пигментации имеют эндогенное происхождение или развиваются при инфекционных болезнях. Вещества экзогенно окрашивающие СО: дым, лекарства, химикаты, производственная пыль. Также пигментация может происходить от проникновения в организм тяжёлых металлов и их солей. Такие пигментации имеют четкую форму. Цвет от ртути — черный, от серебра — черный или аспидный, от меди — зеленоватый, от цинка — серый, от олова — синева-черный, от свинца и висмута — темно-серый.



Узелок (папула) - бесполостное образование воспалительного происхождения размером до 5 мм, выступающее над уровне слизистой оболочки и захватывающее эпителий и поверхностный слой собственно слизистой оболочки.

Морфологически определяется мелкоклеточная инфильтрация, гиперкератоз и акантоз. Красный плоский лишай дает типичные примеры проявления папул на СОПР. При обратном развитии папулы следа не остается. В случае слияния папул образуется бляшка.



Узел - плотный малоболезненный округлый инфильтрат, берущий начало в подслизистой основе. По размерам гораздо больше узелка. В случае актиномикоза возможно его нагноение с образованием свища, а при сифилитической гумме он может изъязвляться. Узел образуется в результате воспалительного процесса, опухолевого роста и др.

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



Пузырек - это полостной элемент до 5 мм в диаметре, возникающий в результате ограниченного скопления жидкости(экссудата, крови. Он располагается в шиповатм слое(внутриэпителиально), быстро вскрывается, образуя эрозию. Пузырек возникает при вирусных инфекциях.

Пузырь - образование, отличающееся от пузырька более крупными размерами(более 5 мм), с серозным или геморрагическим экссудатом. Он может располагаться внутриэпителиально (при акантолитической пузырчатке) и подэпителиально (при МЭЭ, аллергии и др.).



Гнойник (лат. -pustula) — ограниченное скопление гнойного экссудата. Гнойники могут быть, как первичными - появляются на неизменённой слизистой и сразу заполняются гнойным содержимым беловато-желтого цвета, так и вторичными — возникают из пузырьков и пузырей. Гнойники являются следствием действия на эпителий токсинов и ферментов-продуктов жизнедеятельности стрептококков и стафилококков. Могут быть как поверхностными, так и глубокими.



Киста (лат. -cystis) — полостное образование. Киста имеет стенку и содержимое. Могут быть эпителиальными и ретенционными. Ретенционные кисты — следствие закупорки выводных протоков слизистых и слюнных желёз. Располагаться могут на нёбе, губах, слизистой щёк. Заполнены прозрачным содержимым, которое может становиться гнойным. Эпителиальные же кисты имеют соединительнотканную стенку, выстланную эпителием. Содержимое может быть серозным, серозно-гнойным и кровянистым.

Эрозия - нарушение целостности эпителия, возникающее в месте папулы, после вскрытия пузырька в результате травмы. Заживает без рубца. Эрозию травматического происхождения называют эксфоликацией.



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



Язва - дефект, захватывающий все слои слизистой оболочки,. Заживление происходит с образованием рубца. Они возникают при травме, туберкулезе, сифилисе, при распаде опухоли.



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

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

Налет - образование, состоящее из микроорганизмов, фибринозной пленки или слоев отторгнутого эпителия.



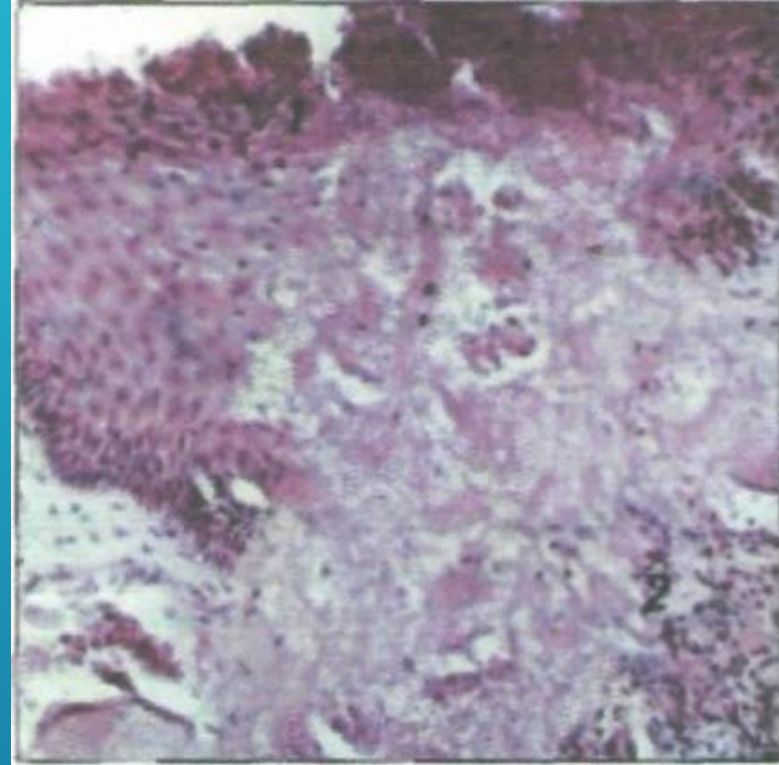
Чешуйка - отпадающая тонкая пластинка из ороговевших клеток эпителия, возникающая в результате патологического ороговения, в частности при некоторых хейлитах.

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

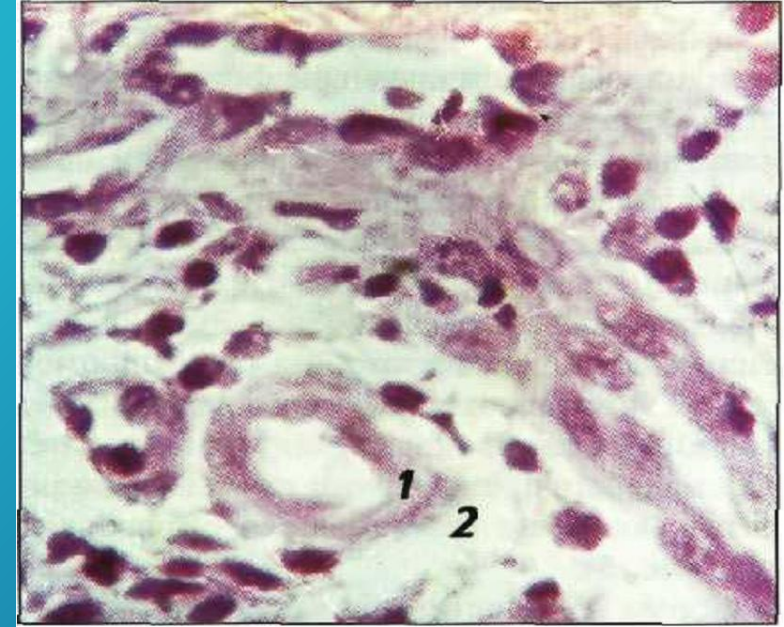
Воспаление - защитная сосудисто-тканевая реакция организма на действие раздражителя. По морфологии различают три фазы воспаления: альтеративную, экссудативную и пролиферативную. По течению воспаление бывает острое, подострое и хроническое. При остром течении преобладают альтеративные и экссудативные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

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

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



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



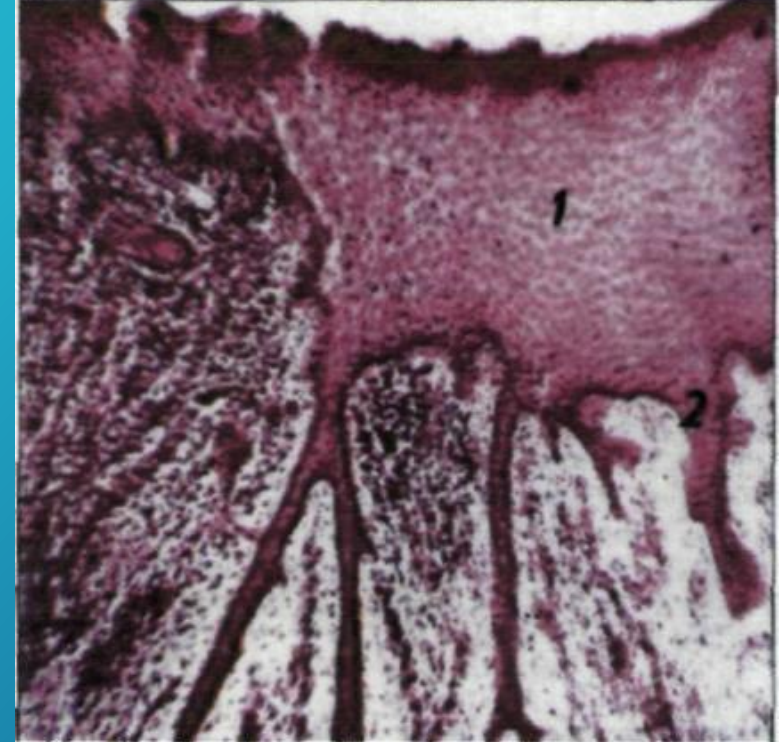
Пролиферативная фаза воспаления характеризуется процессами размножения и трансформации клеток. Размножение соединительнотканьных клеток лежит в основе образования грануляционной ткани. В процессе фибропластической пролиферации происходит новообразование соединительнотканьных волокон. Это исход острого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

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

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

Заболевания, которым сопутствует данный патологический процесс:

- Красный плоский лишай;
- Лейкоплакия;
- Мягкая лейкоплакия;
- Гипо- и авитаминозы;
- Красная волчанка;
- Преканцерозный хейлит Манганотти;
- Сухая форма эксфолиативного хейлита;
- Атопический хейлит;
- Актиномикоз;
- Изменение слизистой при эндокринных нарушениях.

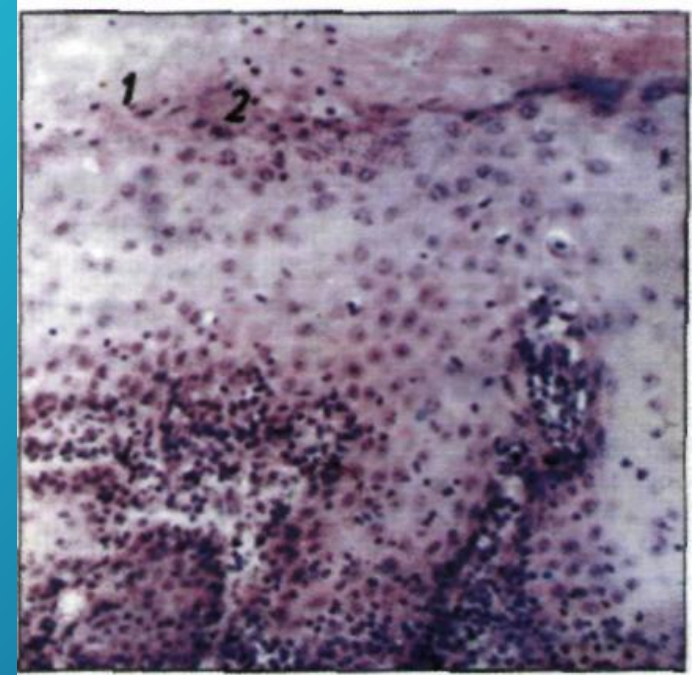


Паракератоз - неполное ороговение поверхностных клеток шиповидного слоя при сохранении в них уплощенных вытянутых ядер. При этом процессе выпадает фаза образования кератогиалина и элеидина, поэтому зернистый и блестящий слои отсутствуют. Из клеток рогового слоя исчезает клейкое вещество-кератин, вследствие чего обнаруживается выраженное шелушение эпидермиса.

Образующиеся чешуйки легко отторгаются. Заболевания, которым сопутствует данный патологический процесс:

- Лейкоплакия;
- Гипо и авитаминозы А, С, В;
- Красный плоский лишай;
- Сухая форма эксфолиативного хейлита;
- Атопический хейлит;
- Красная волчанка.

Результатом паракератоза является появление пятна, лихенизации, вегетации, узла, узелка. Участки паракератоза имеют беловатую окраску, не соскабливаются.



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

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



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

• Сухая форма эксфолиативного хейлита;

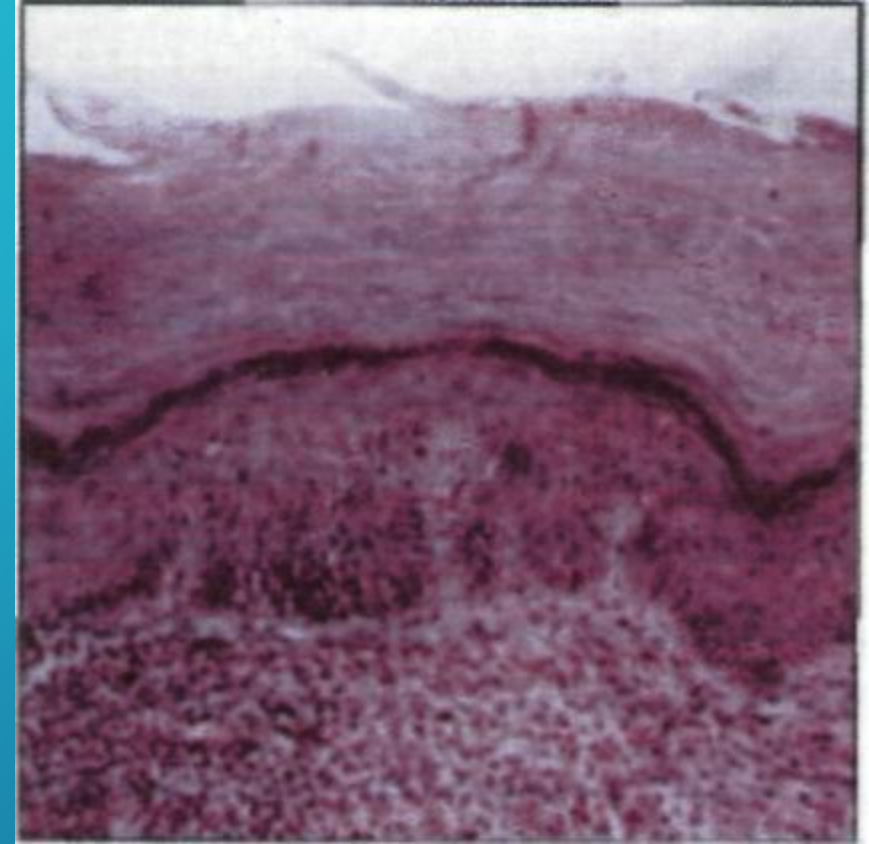
• Лейкоплакия;

• Красный плоский лишай;

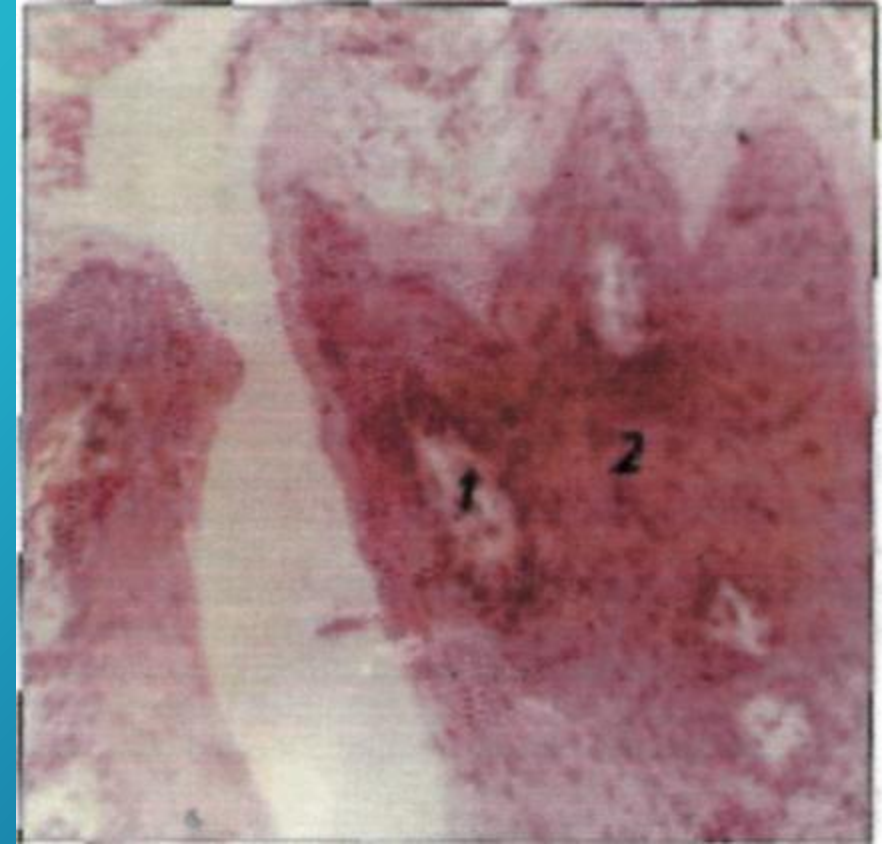
• Интоксикацию ртутью, свинцом, алюминием, висмутом, цинком и т.д.

• Красная волчанка;

• Актиномикоз.



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



Вакуольная дистрофия - внутриклеточный отек эпителиальных клеток с появлением в цитоплазме вакуолей, разрушающих клетки. Иногда вакуоль занимает почти всю клетку, оттесняя ядро к периферии.

При этом ядро принимает седловидную форму.

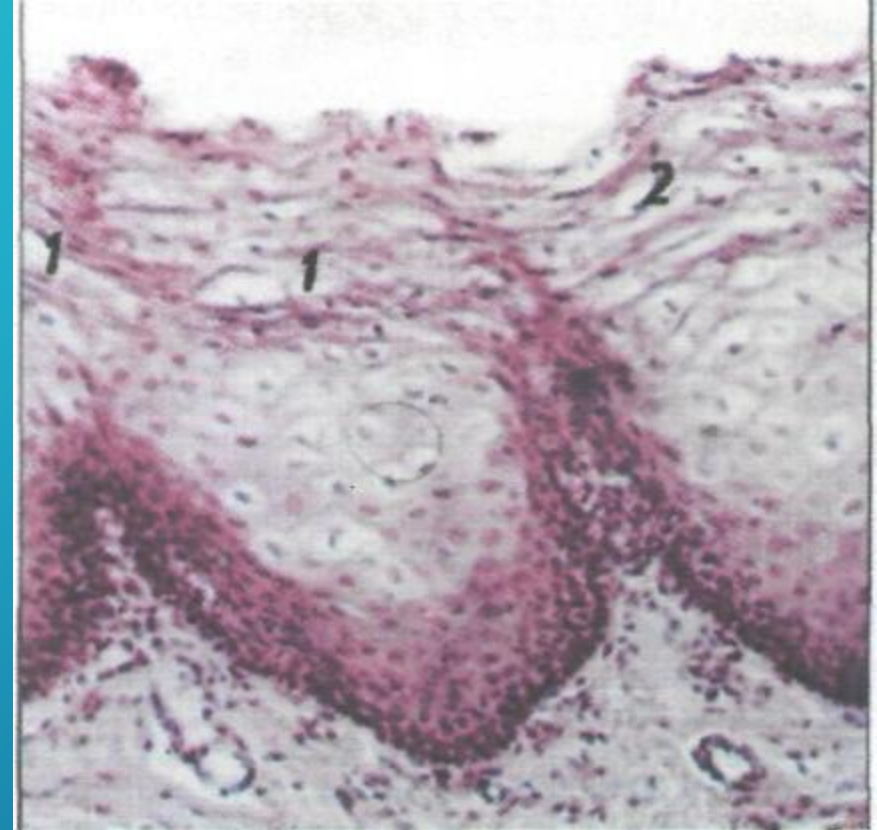
Причиной вакуольной дистрофии принято считать дегенеративные изменения в цитоплазме эпителиальных клеток. Заболевания, которые сопровождаются данным процессом:

- Вульгарная пузырчатка;

- Простой герпес;

- Красная волчанка;

- Изменение слизистой при эндокринных заболеваниях (гингивит беременных, синдром Иценко-Кушинга и др.).



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

Спонгиоз сопровождается следующие заболевания:

- Простой герпес;
- Вульгарную пузырчатку;
- Красный плоский лишай;
- МЭЭ
- Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- Экзему эпителиальной, соединительной, сосудистой, железистой, мышечной и нервной тканей, а так же смешанные опухоли.

- На слизистую оболочку полости рта постоянно воздействуют самые различные раздражители – химические, механические, термические, многочисленные микробные агенты и токсины. Кроме того полость рта – чуткий индикатор, показывающий состояние работы внутренних органов и оперативно сигнализирующий о наличии неполадок в той или иной системе организма. Если хотя бы один защитный фактор ослаблен, существует угроза развития воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта. Наиболее распространенные из них – это **стоматит и глоссит**.

- Причиной заболеваний слизистой оболочки полости рта могут явиться: травматические повреждения тканей полости рта и иные травмирующие воздействия (химические, термические и т.д.) с развитием травматической эрозии, язвы, лейкоплакии или лейкокератоза (ороговения участка слизистой, способного к злокачественному перерождению).
- Инфекционные заболевания, поражающие слизистую оболочку рта при проникновении вирусов, бактерий, грибов.
Довольно часто возникновение патологических изменений на слизистой оболочке полости рта связано с нарушением работы разных органов и систем организма: аллергией, нарушением функции сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринными расстройствами, системными заболеваниями соединительной ткани, болезнями крови, дерматозами, туберкулезом, СПИДом и некоторыми другими состояниями. Зачастую выявить истинную причину патологии слизистой оболочки полости рта довольно трудно - необходим большой опыт, высокий профессионализм, умение не только тщательно собирать информацию, но и правильно ее интерпретировать и делать соответствующие выводы.

Основные клинические проявления

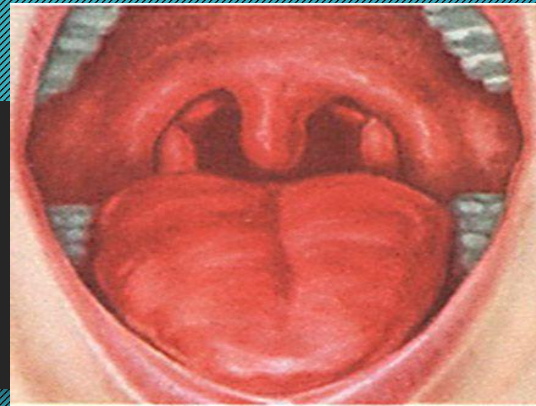
- Существует общее название для воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта - стоматиты. При локализации патологического процесса на языке говорят о глоссите, на десне - о гингивите, на губах - о хейлите. Когда слизистая оболочка рта утолщается, роговеет и лущится, говорят об особом виде заболевания - лейкоплакие. Характерным проявлением стоматита является появление на слизистой оболочке полости рта очагов покраснения, пузырьков, эрозий (афт) или язвочек, покрытых налетом. Выявляются эти очаги чаще на слизистой щек, дне полости рта, твердом небе, кончике языка. Часто отмечается болезненность в месте расположения эрозий и язв, увеличение рядом расположенных лимфатических узлов, иногда - повышение температуры тела. Средняя продолжительность заболевания - 7-14 дней. Стоматит может рецидивировать при снижении иммунитета, нарушении режима питания, гиповитаминозе, инфекционных заболеваниях, причем обострения чаще встречаются весной и осенью.

Диагностика

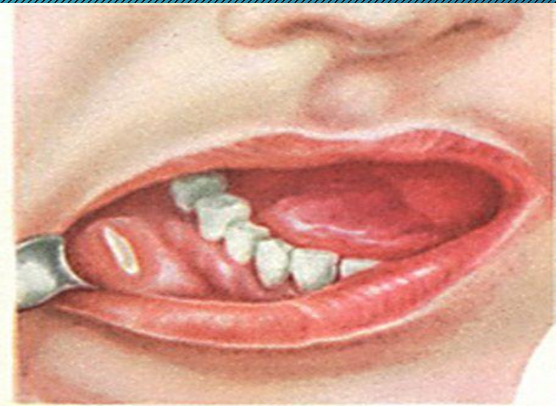
- Диагностика стоматита и других заболеваний полости рта основана на проведении тщательного клинического осмотра пациента врачом-стоматологом, что позволяет определить стадию патологического процесса и его распространенность, наличие общей реакции организма на воспаление. Очень важно установить истинную причину заболевания (травма, инфекция, аллергия, патология внутренних органов, гиповитаминоз и т.п), ведь именно от этого будет зависеть эффективность лечения и отсутствие обострений в последующем.

Стоматит

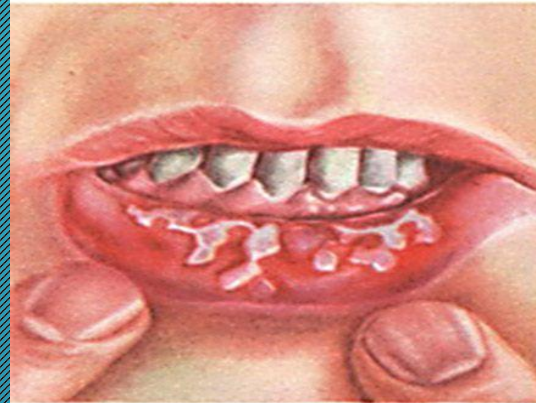
- *Стоматит* - это общее понятие воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта. Возникает данная патология, как правило, на фоне общего и локального снижения иммунитета. В зависимости от причины возникновения, различают следующие виды стоматита:
 - Хронический рецидивирующий афтозный
 - Герпетический
 - Язвенно-некротический
 - Кандидозный



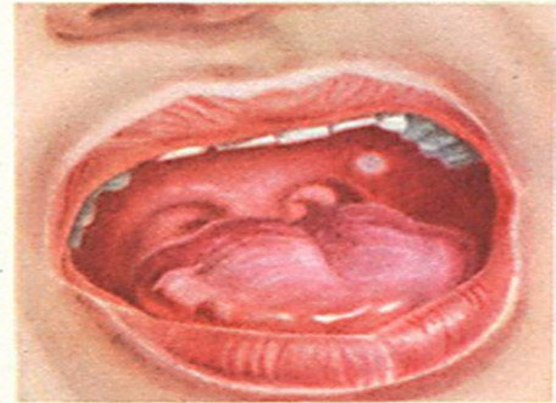
1



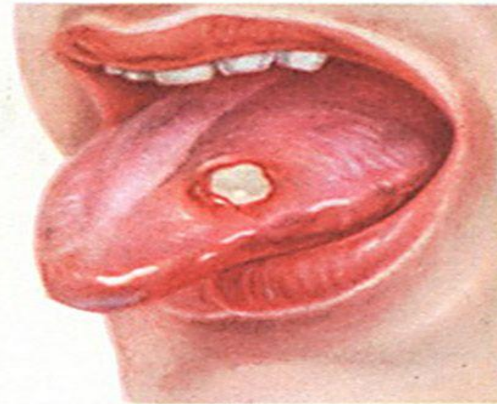
2



3



4



5



6

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит -

- проявляется в виде характерных болезненных афт на слизистой губ, щек, неба или языка. Основными возбудителями данного заболевания, являются вирусы и бактерии. Заболевание проявляется на фоне нарушения баланса в организме таких витаминов, как В1 и В12. Чаще всего это можно наблюдать при хронических заболеваниях печени и ЖКТ (желудочно-кишечного тракта).

Герпетический стоматит -

- Возбудителем герпетического стоматита является вирус обычного герпеса. Чаще всего встречается герпетический стоматит у детей в возрасте от 1 до 3 лет. При этом у малышей, в самом начале заболевания, начинают проявляться общие симптомы интоксикации:
 - Возникает общее недомогание
 - Повышается температура тела
 - Увеличиваются лимфатические узлы
 - Тошнота и рвота
 - Диарея
- Затем, на слизистой полости рта, а так же на красной кайме губ, начинают формироваться своеобразные пузырьки, которые достаточно быстро вскрываются и образуют эрозии с характерными, так называемыми фестончатыми (неровными) краями. Примерно через 8-10 дней происходит заживление.



Язвенно-некротический стоматит -

- *характеризуется некрозом десневого края.* Чаще, воспаление начинается с межзубных сосочков и прилегающей слизистой оболочки, а именно щек. Затем образуются болезненные, легко кровоточащие язвы, которые очень быстро сливаются и образуют достаточно большие дефекты слизистой. В результате возникновения активного процесса некроза, возникает характерный гнилостный запах изо рта. Такую картину можно наблюдать при неудовлетворительной гигиене полости рта. Наиболее распространен этот вид стоматита у взрослых людей в возрасте от 17 до 30 лет. Язвенно-некротический стоматит может присоединяться к таким заболеваниям как грипп, ангина, ОРЗ, различным заболеваниям крови, СПИДу, туберкулезу и давать довольно неприятные и тяжелые осложнения. Помимо высыпаний, при данной патологии слизистой, так же отмечаются общие симптомы интоксикации - повышение температуры тела, общее недомогание, а так же увеличение и болезненность лимфатических узлов.

Кандидозный стоматит -

- довольно распространенное заболевание слизистой полости рта, возбудителем, которого являются грибы рода *Candida*. В полости рта при этом отмечаются следующие проявления:
 - Сухость
 - Жжение
 - Образование белого творожистого налета (при снятии этого налета слизистая обильно кровоточит)



Клинические проявления стоматитов

- По клиническим особенностям выделяют следующие виды стоматитов: катаральные, язвенные, афтозные.



Катаральный стоматит -

- наиболее часто встречающееся поражение слизистой оболочки полости рта. Причиной его возникновения считают местные факторы: несоблюдение гигиены полости рта, болезни зубов, зубные отложения, дисбактериоз полости рта. Заболевания желудочно-кишечного тракта, такие как гастрит, дуоденит, колит, также могут быть причиной катарального стоматита. Причиной катарального стоматита может быть глистная инвазия. При этом заболевании слизистая оболочка рта становится отечной, болезненной, гиперемированной, она может быть покрыта белым или желтым налетом. Отмечается гиперсаливация (повышенное выделение слюны). Может отмечаться кровоточивость десен, появляться дурной запах из рта.

Язвенный стоматит -

- более тяжелое заболевание, чем катаральный, он может развиваться как самостоятельно, так и быть запущенной формой катарального. Чаще всего это заболевание развивается у больных, страдающих язвенной болезнью желудка или хроническим энтеритом. Также оно часто возникает у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и крови, при инфекционных заболеваниях и отравлениях. В отличие от катарального стоматита, поражающего только поверхностный слой слизистой оболочки, при язвенном стоматите поражается вся толща слизистой. Начальные признаки при катаральном и язвенном стоматите похожи, однако впоследствии при язвенном стоматите отмечается повышение температуры, слабость, головная боль, увеличение и болезненность лимфатических узлов. Прием пищи сопровождается сильными болевыми ощущениями. При появлении таких симптомов необходимо обратиться к врачу.

Афтозный стоматит -

- характеризуется появлением единичных или множественных афт (язвочек) на слизистой оболочке полости рта. Афты бывают овальной или округлой формы, размером не более чечевичного зерна, с четкими границами в виде узкой красной каймы и серовато-желтым налетом в центре.

Причинами возникновения этого варианта стоматита считаются заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергические реакции, вирусные инфекции, ревматизм.

Заболевание начинается с общего недомогания, повышения температуры тела, появления болевых ощущений во рту на месте образования афт. Лечение этого заболевания должен заниматься врач.

Лейкоплакия -



- хроническое поражение слизистой оболочки ротовой полости, в основе которого находится повышенное ороговение эпителия (гиперкератоз). Поражает оно преимущественно мужчин после 40 лет и локализуется на слизистой оболочке щеки, в углах рта и боковых поверхностях языка. Причинами лейкоплакии могут быть механические травмы слизистой оболочки: порезы крючками от зубного протеза, ожоги от горячей или острой пищи и проч. Это заболевание чаще всего не имеет выраженных симптомов, лишь иногда больной может чувствовать легкий зуд и жжение. Но опасность заболевания в том, что оно может переходить в злокачественные формы, поэтому больному необходима консультация у врача-онколога.

ГЛОССИТ -

- это воспаление тканей языка. Он может быть поверхностным или глубоким. Чаще всего глоссит является симптомом какого-либо общего заболевания организма, но может возникать и самостоятельно.



Основные причины

- **возникновения глоссита это:**
кариозные зубы, затрудненное прорезывание зубов, зубной камень, травмы слизистой оболочки языка и ротовой полости, курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная гигиена полости рта, отравление солями тяжелых металлов, ожоги, слишком горячая пища, острые специи, аллергические реакции и т.д.
Поверхностный глоссит часто является признаком заболеваний желудочно-кишечного тракта, инфекционных болезней. Он характеризуется наличием налета на языке, его отеком, уплотнением, ограничением подвижности. Язык приобретает ярко-красную окраску, возникает чувство жжения в языке, болезненность, потеря вкусовых ощущений, обильное слюноотделение.

Лечение

- **Лечение поверхностного глоссита** основывается на применении местных обезболивающих и противовоспалительных средств. Для приёма внутрь назначают поливитамины, десенсибилизирующие средства (антигистаминные препараты), иммуностимуляторы. Большое значение имеет санация полости рта (процесс очистки открытой раны путем удаления из нее чужеродного материала и мертвой ткани, чтобы ничто не препятствовало ее заживлению).
- **С глубоким глосситом** всё намного сложнее. Воспалительный процесс при данной форме заболевания локализуется в толще языка и проявляется в виде абсцесса (ограниченное скопление гноя, возникающее при острой или хронической очаговой инфекции). Глубокий глоссит может распространиться на дно ротовой полости и вызвать воспаление в области подбородка и шеи. При такой форме глоссита показано хирургическое лечение.

Помимо вышеперечисленных, существуют также невоспалительные формы глоссита, а именно:

- - **десквамативный глоссит (географический язык)**
Данная форма заболевания встречается при беременности, поражении ЖКТ, заболеваниях крови, нарушении метаболизма, инфекционных болезнях, глистных инвазиях, ревматизме. Он характеризуется очаговым разрушением эпителия красного цвета на спинке и боковых поверхностях языка. Чередование очагов с восстановленным и разрушенным эпителием делает поверхность языка похожей на географическую карту. Помимо внешних изменений возможно появление жжения и боли в языке.
- - **ромбовидный (срединный) глоссит**
Ромбовидный глоссит является врожденной аномалией языка в результате нарушения процессов развития плода.
- - **ворсинчатый глоссит: данная форма глоссита**
характеризуется разрастанием и ороговением нитевидных сосочков.
- - **складчатый глоссит: глоссит такой формы**
представляет собой врожденную аномалию и характеризуется образованием на спинке языка складок, самая глубокая из которых проходит продольно по срединной линии. Складчатый глоссит обычно не вызывает жалоб и лечения не требует.
- - **гунтеровский глоссит: такая форма глоссита**
является одним из признаков анемии, вызванной недостатком витамина B12 и фолиевой кислоты. Характеризуется отсутствием сосочков и гладкой (лакированной) поверхностью языка.
- - **интерстициальный глоссит:**
подобная форма глоссита развивается при заболевании сифилисом в третичном периоде. Язык уплотняется, его подвижность ограничивается.

Профилактика глоссита

- гигиену полости рта и зубов, регулярное посещение стоматолога, снижение употребления агрессивной и острой пищи, незлоупотребление курением и алкоголем.

Лечение

- Основой лечения заболеваний слизистой оболочки ротовой полости является устранение причин, спровоцировавших их. Полость рта подлежит санации, острые края зубов обрабатывают, правильно подгоняют зубной протез. Больному рекомендовано отказаться от курения и употребления в пищу острых и горячих блюд.
- Зубной камень при стоматитах удаляется, а зубы подлежат лечению. Необходимо полоскать слизистую оболочку рта антисептическими средствами. Применяют также народные средства: настои и отвары ромашки и календулы. Если признаки стоматита сохраняются спустя 5-10 дней, вероятней всего их причиной стало заболевание органов желудочно-кишечного тракта или глистная инвазия. Тогда местное лечение сочетают с общим.

Принципы лечения

- Этиотропная и патогенетическая терапия, направленная на устранение причины заболевания (противовирусная, антибактериальная терапия при инфекционной природе стоматита, глоссита, хейлита, витаминотерапия при гиповитаминозе, проведение лечения основного заболевания, вызвавшего появление патологического процесса на слизистой полости рта);
Местное лечение, направленное на устранение местных травмирующих факторов, основных симптомов заболевания и быстрее заживление имеющихся эрозий и язв;
Общеукрепляющее лечение, стимулирующее защитные силы организма.
Раннее обращение к врачу-стоматологу при выявлении первых признаков патологии со стороны слизистой оболочки полости рта - залог быстрого выздоровления!

Список литературы:

- Руководство по стоматологии детского возраста под ред. А. И. Евдокимова и проф. Т. Ф. Виноградовой. — М.. 1976. — С. 334-335.
- Руководство по ортодонтии под ред. проф. Ф. Я. Хоропшлкиной. — М., 1982