

Волгоградский государственный  
медицинский университет



## Кафедра терапевтической стоматологии

**ЛЕКЦИЯ № 1 по дисциплине**  
**«Стоматология», раздел**  
**«Геронтостоматология»**

# **Строение слизистой оболочки полости рта. Функции.**

**Слюна, её состав и свойства.**

**Обследование больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.**

**Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.**

### **В норме:**

**Цвет** слизистой оболочки - бледно-розовый, обусловлен хорошей васкуляризацией (кровоснабжением).

**Подвижность** слизистой оболочки зависит от её топографии и определяется наличием хорошо развитого подслизистого слоя. Наиболее подвижна слизистая оболочка губ, щёк, дна полости рта, мягкого неба. Наименее подвижна слизистая оболочка десен, твердого неба и спинки языка.

В норме слизистая оболочка хорошо **увлажнена**.

Эпителий подвижной части слизистой оболочки (щеки, губы, мягкое небо, переходные складки, нижняя поверхность языка) **не ороговевает**, эпителий неподвижной части слизистой (твердое небо, десна) в норме **ороговевает**.

**Орогование** является ответной (защитной) реакцией эпителия на воздействие раздражителей.

Слизистая оболочка (*tunica mucosa*) полости рта, в отличии от других слизистых, имеет ряд особенностей. Она устойчива к воздействию раздражителей:

физических,  
термических,  
химических,

к проникновению **микроорганизмов**.

Слизистая полости рта обладает **высокой регенераторной способностью**.

выделяют **3 слоя**:

**эпителиального,**  
**собственной пластиинки слизистой оболочки**  
**подслизистого слоя.**

Вся слизистая оболочка полости рта выстлана **многослойным плоским эпителием.**

В полости рта можно выделить 3 типа многослойного эпителия:

1 - многослойный плоский неороговевающий;

2 - многослойный плоский, ороговевающий путем ортокератоза (*orthos* - истинный);

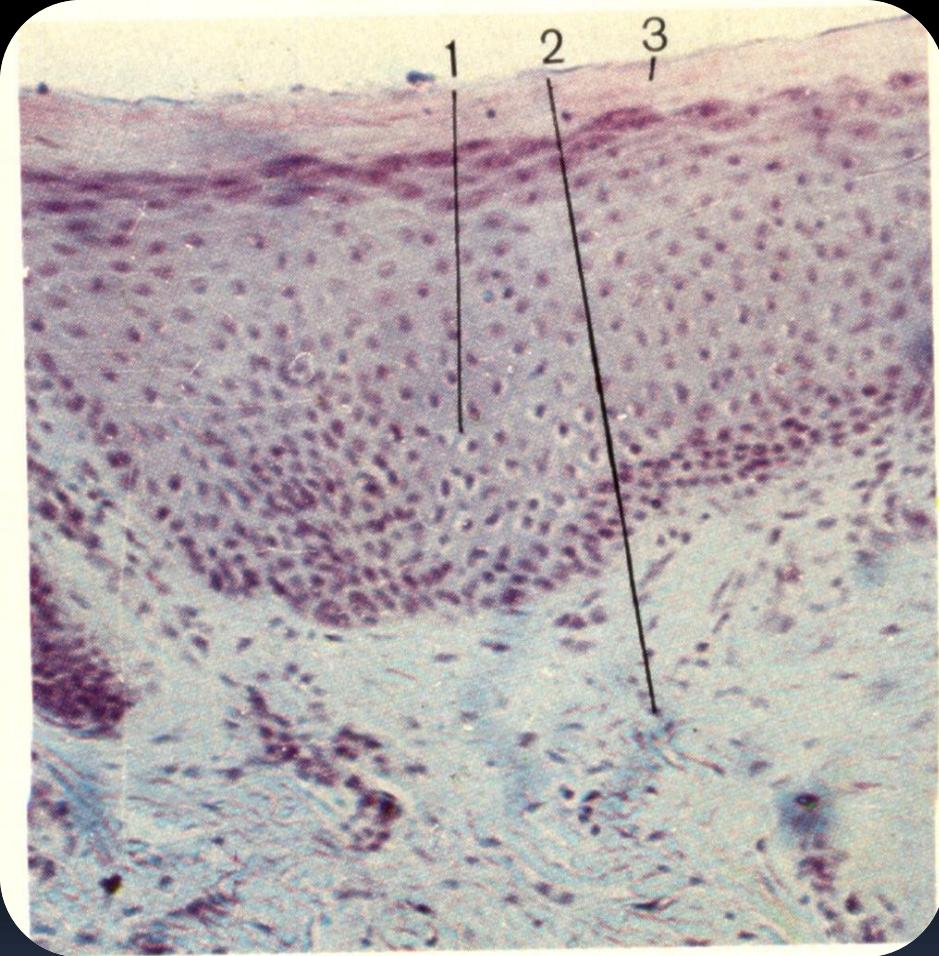
3 - многослойный плоский, ороговевающий путем паракератоза (*para* - около).

В многослойном плоском неороговевающем эпителии (*epithelium stratificatum non cornificatum*) различают 3 слоя: базальный, промежуточный (шиповатый), поверхностный (слой плоских клеток).

- Самый глубокий слой – **базальный**, который представлен цилиндрическими или кубическими клетками. В базальном слое локализуются стволовые эпителиальные клетки, способные к митотическому делению.
- Выше – **шиповатый слой**, состоящий из нескольких рядов клеток полигональной формы. В зоне ороговевающего эпителия поверх слоя шиповатых клеток располагается зернистый слой (вытянутые клетки, содержащие зерна кератогиалина).
- Ближе к поверхности шиповатые клетки видоизменяются и превращаются в слой **плоских клеток**. В норме эти клетки **слущиваются** и, оказавшись в ротовой жидкости, перемешиваются с ней.
- На границе эпителия и собственно слизистого слоя располагается **базальная мембрана**, состоящая из волокнистых структур.



## Схема строения слизистой оболочки полости рта



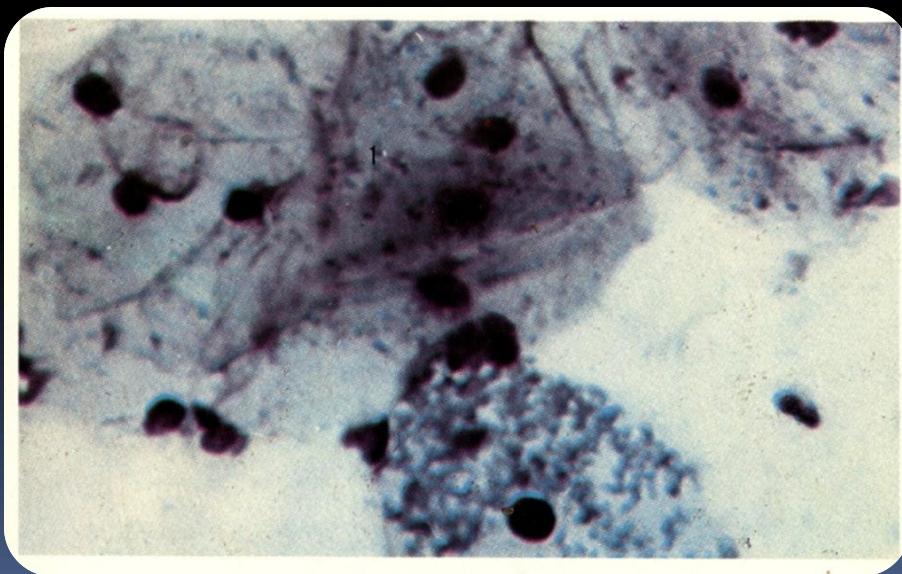
**Ороговевающий  
многослойный  
плоский эпителий  
твёрдого нёба.**

**1-эпителий;  
2- собственный  
слой;  
3- ороговевший  
слой эпителия**

Местами в эпителии слизистой рта обнаружаются **меланоциты**, которые образуют пигмент – **меланин**. У людей с темной кожей наблюдается повышенное скопление меланоцитов и меланина.

**Митотическая способность** слизистой оболочки полости рта высока:

время обновления слизистой оболочки полости рта составляет 6-7 дней, в то время как кожи -21 день.



**Собственная пластиинка слизистой оболочки** (*lamina propria mucosae*) представлена плотной соединительной тканью, пронизанной **коллагеновыми и эластическими** волокнами. Она образует выступы в сторону эпителия – **соединительнотканые сосочки**.

В собственной пластиинке располагается сеть капилляров, обеспечивающая питание всей слизистой оболочки. Здесь также локализуются свободные и инкапсулированные нервные окончания.

**Клеточный состав:** фибробlastы, гистиоциты, тучные клетки.

Без видимой границы собственно слизистый слой переходит в **подслизистую основу** (*tela submucosa*).

Она состоит из **рыхлой соединительной ткани**.

В языке, десне, твердом небе подслизистая основа отсутствует и собственный слой слизистой соединяется с межмышечной соединительной тканью, надкостницей и относительно неподвижен.

В области губ (*labia oris*) происходит постепенный переход кожного покрова, располагающегося на наружной поверхности губы, в слизистую оболочку полости рта. Различают 3 отдела : *кожный (pars cutanea)*, *промежуточный (pars intermedia)*- красная кайма, *слизистый (pars mucosa)*. **Эпителий**, покрывающий внутреннюю поверхность губ **многослойный плоский неороговевающий.**

В подслизистой основе имеются скопления жировых клеток и секреторные концевые отделы слизистых и смешанных слюнных желез (*glandulae labiales*), выводные протоки которых открываются в преддверие полости рта.

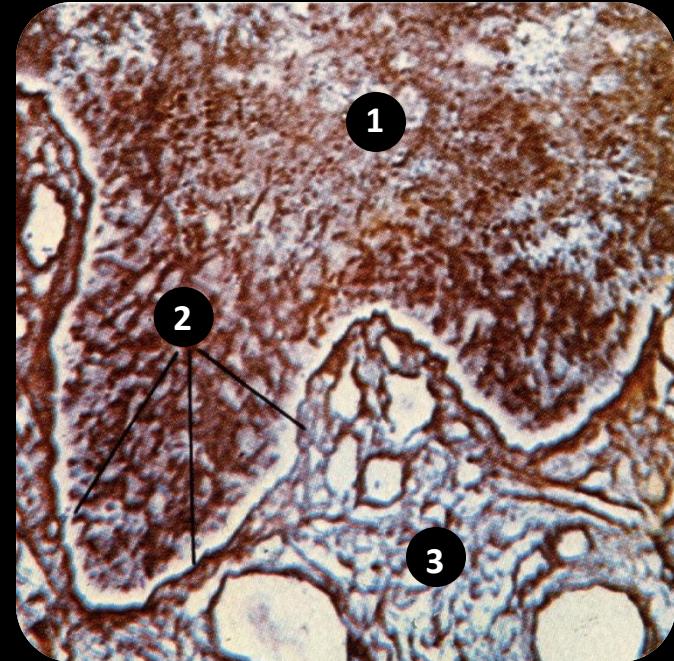
## ***Строение слизистой оболочки десен: -***

Слизистая оболочка десны подразделяется на 3 части: прикрепленную, свободную и десневые межзубные сосочки. Эпителий десны - многослойный плоский ороговевающий. Орогование в десне происходит путем как паракератоза (75%), так и истинного кератоза (15%). Эпителий десны переходит в неороговевающий эпителий десневой борозды и эпителий прикрепления, срастающийся с кутикулой эмали зуба.



### Десна.

- 1- эпителиальный слой;  
2- собственный слой.



### Базальная мембрана эпителия десны.

- 1- эпителиальный слой;  
2- базальная мембрана;  
3- собственный слой.

Особенностью строения слизистой **мягкого неба** является наличие большого количества гликогена в цитоплазме шиповидных клеток эпителия.

Особенности строение слизистой оболочки **языка**: - слизистая оболочка языка **неподвижна**, подслизистый слой **не выражен**, вместо него расположен **мышечный слой**. Имеются **сосочки**: - нитевидные, грибовидные, листовидные и желобоватые.

**ФУНКЦИИ СЛИЗИСТОЙ  
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.**

**Всасывающая функция** осуществляется за счет хорошей проницаемости. Проницаемость слизистой на разных участках неодинакова. Наибольшая проницаемость отмечается в области десневой бороздки и дна полости рта. Эта функция используется для введения некоторых лекарственных препаратов. Уровень проницаемость зависит от концентрации раствора, температуры внешней среды, возраста человека, функционального состояния организма, парциального давления, pH-среды.

**Защитная функция** – обеспечивается наличием участков ороговения в зонах, где отмечается наибольшая механическая нагрузка, активной способностью к регенерации, значительного содержания в клетках базального слоя РНК и ДНК. В эпителиальном пласте имеется ряд других клеток, которые в совокупности называют «светлыми». Клетки Лангерганса, участвующие в иммунных реакциях.

**Сенсорная функция** слизистой оболочки полости рта обеспечивается рецепторами, воспринимающими тактильные, температурные и болевые раздражения. Наибольшее количество вкусовых рецепторов расположено в сосочках языка, тактильных – в области губ, кончика языка, маргинальных участках десны, болевых - на мягком небе, небных дужках, по переходной складке. Клетки Меркеля и афферентные нервные волокна образуют осязательные mechanорецепторы, реагирующие на прикосновение.

**Слюна, её состав и свойства.**

## **СЛЮНА**

Находящаяся в полости рта **смешанная слюна** является ротовой пищеварительной жидкостью. В периоде покоя её количество меняется от 0,3 до 0,5 мл/мин. Во время сна слюны образуется очень мало – до 0,05 мл/мин. Под влиянием раздражения образование слюны возрастает до 1,5-2,3 мл/мин. В сутки – учитывая приемы пищи, покоя, сна – выделяется примерно 750-1200 мл. 70% слюны в периоде покоя образуется подчелюстными железами. Околоушные железы дают только 25% слюны, 5% приходится на малые слюнные железы.

Околоушные слюнные железы выделяют **белковый секрет.**

Подчелюстные и подъязычные слюнные железы выделяют **белково-слизистый секрет.**

Мелкие слюнные железы – **слизистый секрет.**

Ротовая жидкость содержит 99% воды, соли, белки, муцины, ферменты (амилаза, мальтаза, липаза, пептидаза, протеиназа и др.), бактерицидное вещество — лизоцим и другие. В смешанной слюне содержатся спущенные клетки эпителия, лейкоциты и пр.

Слюна является гипотоническим раствором, её точка замерзания колеблется в температурном режиме  $0,1^{\circ}$  -  $0,25^{\circ}$  С.

Концентрация натрия, хлоридов и бикарбонатов возрастает параллельно со скоростью секреции слюны.

Концентрация кальция в подчелюстной слюнной железе выше, чем в околоушной. За счет количества кальция и фосфора в ротовой жидкости происходит минерализация и реминерализация эмали зубов.

Слюна обладает чётко выраженной буферной ёмкостью и её pH = 6,5-6,9.

Из основных ферментов можно выделить **амилазу** (расщепление углеводов), **фосфатазу** (Р-Са обмен), антибактериальные ферменты – **лизоцим, лейкины** и др.

Всего в ротовой жидкости присутствуют более 100 ферментов.

Имеются в слюне **иммуноглобулины** и наиболее важный **иммуноглобулин А.**

Основные **неорганические вещества** – ионы Na, K, Cl, НСО<sub>3</sub>, Ca, Mg и др.

## **ФУНКЦИИ СЛЮНЫ**

**Защитная** – слюна защищает слизистую полости рта от высыхания, от воздействия физических и химических факторов, выравнивает температуру пищи, отмывает налет, способствует самоочищению полости рта и зубов, обезвреживает микрофлору, обеспечивает заживление ран полости рта, участвует в процессах реминерализации эмали.

**Пищеварительная функция:** Слюна увлажняет пищу, облегчает жевание и глотание, а также способствует артикуляции. **Муцин** обволакивает пищевой комок, амилаза расщепляет крахмал, превращая его в мальтозу, а затем расщепляется мальтозой до декстразы. Кроме того муцин участвует в формировании пелликулы зуба.

На состав слюны и её количественный состав влияет возраст больных, болезни.

Слюнные железы выполняют экскреторную функцию, выделяя из организма мочевую кислоту, креатинин, железо и др. Эндокринная функция слюнных желез связана с выработкой инсулиноподобного вещества, фактора роста нервов, фактора роста эпителия и других биологически активных соединений.

# **Методы обследования больных с патологией слизистой оболочки полости рта.**

**Классификация заболеваний СОПР.**

**Значение общих и местных факторов, условий в возникновении и развитии патологического процесса в полости рта.**

Для постановки диагноза заболевания СОПР и дальнейшего лечения больного врач должен провести тщательное обследование.

## ОБСЛЕДОВАНИЕ

### Основные методы

- опрос
- осмотр полости рта
- инструментальное обследование

Предварительный  
диагноз

### Дополнительные методы

- цитологический метод
- морфологические методы
- микробиологические методы
- биохимические исследования
- серологические методы
- иммунологические методы
- лабораторные методы

Окончательный диагноз

## **ОПРОС**

Опрос начинается с выявления жалоб. Они могут быть весьма разнообразными. Сложность дифференцировки их заключается в возможной общности жалоб при различной патологии.



## ***Основные жалобы при изолированных заболеваниях СОПР:***

- Боль.
- Неприятные ощущения (покалывание, жжение).
- Появление в полости рта эрозий, язв, покраснения, различных высыпаний (изменение рельефа слизистой оболочки).
- Нарушение вкуса, чувствительности, недостаток слюны или полное ее отсутствие и, как следствие, затруднение при приеме пищи.
- Нарушение общего состояния.
- Жалобы отсутствуют( бессимптомное течение).

## **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- когда началось заболевание;
- с чем больной связывает его появление;
- как оно протекает;
- как часто повторяется (рецедивы)
- эффективность проводимого ранее лечения

## **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

- Пол, возраст
- перенесенные и сопутствующие заболевания;
- возможные профессиональные вредности, вредные привычки;
- наличие аллергических проявлений, наследственность;
- переносимость лекарственных препаратов.

## **ОСМОТРИ И ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Проводится внешний осмотр:**

лица, головы, шеи, челюстно-лицевой области.

**Оцениваются:**

цвет кожи, ее эластичность, тургор, плотность;

**Выявляются:**

наличие асимметрии, отеков, припухостей, высыпаний, свищевых ходов, новообразований.

**Особое внимание обращается на:**

целостность и цвет красной каймы губ, наличие сухости, трещин, чешуек, корочек, эрозий, заед и т.д.

## **ПАЛЬПАЦИЯ**

- При диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта пальпация приобретает достаточно важное значение.
- Определяется **тургор** кожных покровов, **болезненность, припухлость** отдельных участков кожи лица, слизистой, **инфилtrация, флюктуация** и др.
- При пальпации лица определяется **тонус мышц**.
- Определяется **степень открывания рта**.
- При пальпации височно-нижнечелюстного сустава исследуется **движение** его при открывании и закрывании рта, наличие **щелчков, болезненности**.
- Определяется наличие болезненности в точках **Валле**.

## **ПАЛЬПАЦИЯ**

- При пальпации регионарных **лимфатических узлов** отмечают их размер, консистенцию, подвижность, болезненность.
- Пальпацию проводят **бимануально**, начиная со здоровой стороны, постепенно подходя к патологическому процессу.

## **При пальпации язв важно установить:**

- плотность краев;
- уплотнение под язвой;
- спаянность с подлежащими тканями;
- болезненность;

## **ЗОНДИРОВАНИЕ**

При диагностике заболеваний СОПР зондирование применяется редко, в основном, при исследовании свищевых ходов. Для этого используется пуговчатый зонд или гуттаперчевые штифты.

## *Осмотр полости рта*

### **Осмотр зубных рядов:**

- Состояние зубных рядов.
- Вид прикуса.
- Наличие и состояние реставраций, ортопедических и ортодонтических конструкций.
- Наличие зубных отложений.

***При осмотре слизистой оболочки  
преддверия и собственно полости рта  
отмечается:***

- цвет слизистой оболочки;
- рельефность;
- влажность;
- наличие элементов поражения;



**ЯЗЫК** занимает в оценке состояния СОПР особое место.

Необходимо осмотреть **все части и поверхности языка:**



- спинку,
- корень,
- кончик,
- боковые поверхности,
- подъязычную область.



Отмечаются **цвет**, **величина** (макро- микроглоссия), **отек** (по наличию отпечатков зубов на боковой поверхности), наличие очагов **десквамации**, **элементов поражения, складчатости**, выраженного **сосочкового рельефа** языка, внешний вид и консистенция **налета, подвижность языка**.

# *ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ*



## **Цитологический метод .**

Основан на **изучении структурных особенностей** клеточных элементов. Этот метод прост, безопасен для больного, эффективен и надежен. Его используют при диагностике, при наблюдении за динамикой развития и эффективности лечения.

Материал для исследования берут разными способами: **мазок-отпечаток** со СОПР, **мазок-перепечаток, мазок-соскоб, пунктат, смывы** со слизистой полости рта.

Объектами исследования в терапевтической стоматологии являются эрозии, язвы, трещины, пузыри и пузырьки.



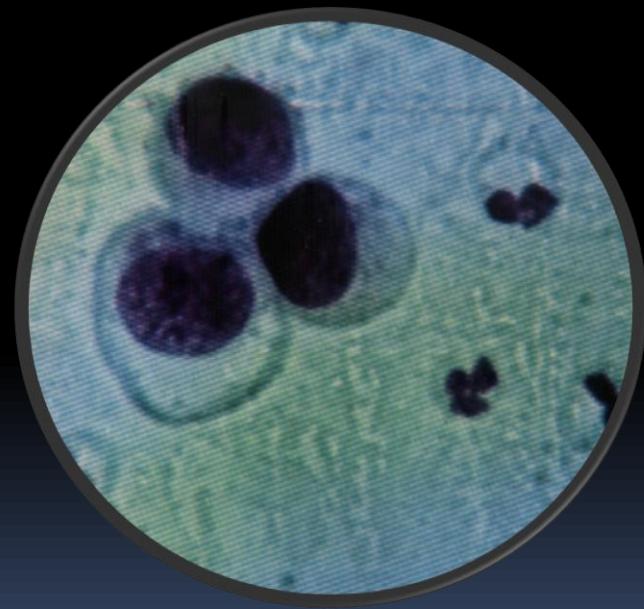
Мазки-отпечатки могут быть получены следующим образом: с доступных поверхностей путем отпечатка на обезжиренное стекло, с труднодоступных поверхностей – на ученическую стирательную резинку с последующим переносом на стекло – мазок-перепечаток.

Если поверхность язвы покрыта некротическими массами, то делается соскоб-отпечаток. Удаляются некротические массы, затем стоматологическим шпателем делается соскоб со дна язвы и переносят на стекло, избегая попадание крови.

Во всех случаях делают 3-4 стекла. Материал сушится при комнатной температуре, фиксируют, окрашивают.

Существует правило, согласно которому при постановке диагноза следует руководствоваться не только результатами цитологического исследования, но и клиническими данными. Несовпадение клинического и цитологического диагноза еще не говорит о клинической ошибке. Оно может быть результатом неудачного взятия материала: не с того места, недостаточно глубокий соскоб и др.

Цитологическая картина при акантолитической пузырчатке, некоторых вирусных инфекциях, опухолях, туберкулезных и сифилитических язвах имеет свою специфику. При других заболеваниях специфические изменения в клетках отсутствуют.



Акантолитические клетки Тцанка.  
Х 900.

**Морфологические методы** – исследование биоптатов различных органов и тканей полости рта. Биопсию делают в том случае, когда установить диагноз другими способами не удается. При биопсии достаточно взять кусочек ткани диаметром 5-6 мм. Если исследуемый участок небольшой, то его иссекают полностью (тотальная биопсия).

Из биоптатов делают срезы, фиксируют, окрашивают. Этой диагностической процедурой занимается гистолог.

Морфологическому исследованию может подвергаться пунктат.

Эти методы позволяют точнее определить характер поражения органов и тканей, особенно в случае опухолевого процесса.

**Микробиологические методы** достаточно широко используются при заболеваниях СОПР. С их помощью мы выявляем **возбудителей специфической инфекции**: сифилис, туберкулез, гонорейное поражение, актиномикоз, лепра, грибковые заболевания. Бактериологическое исследование поможет врачу определить чувствительность микрофлоры к назначаемым антибиотикам.

**Биохимические исследования** используются для уточнения диагноза, оценки эффективности проводимого лечения и прогнозирования. Материалом служат биологические жидкости: кровь, слюна, моча, десневая жидкость, субстраты твердых и мягких тканей полости рта, в которых определяются **белковые фракции**, соотношение альбуминов и глобулинов, **уровень сахара** в крови и моче, что позволяет впервые заподозрить сахарный диабет, **наличие солей тяжелых металлов** и т.д.

К **серологическим методам** исследования относятся методы изучения взаимодействия антител и антигенов в сыворотке крови больного.

Реакции **Вассермана** (реакция свертывания комплемента), **Кана** и **цитохолевую** (осадочные реакции) применяют для диагностики сифилиса.

С помощью других серологических проб выявляют лиц, инфицированных **вирусом иммунодефицита** человека (ВИЧ).

**Иммунологические методы** включают исследования системного, **общего иммунитета**: определение абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов, регуляторных клеток Т-хелперов, Т-супрессоров, активных Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов и т.д.

**Местный** (специфический и неспецифический) иммунитет полости рта может оцениваться при исследовании слюны (содержание лизоцима,  $\beta$ -лизинов, полиморфноядерных лимфоцитов).

Эти методы позволяют уточнить диагноз заболевания, оценить эффективность лечения.

Сегодня они достаточно важны при диагностике, прогнозировании течения заболеваний СОПР, поскольку многие из них относятся к иммунодефицитам.

**Лабораторные методы исследования** широко используются при диагностике заболеваний СОПР. Наиболее часто проводится **общий анализ крови**. Он включает определение количества гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов, цветового показателя, подсчет лейкоцитарной формулы. Эти показатели очень часто указывают на патологию крови, а первичные изменения появляются в полости рта. СОЭ – скорость оседания эритроцитов – показатель не специфический, но всегда говорящий о наличие патологического процесса.

К лабораторным методам относится диагностика **лекарственной аллергии**.

Условно можно выделить следующие основные методы диагностики лекарственной аллергии: сбор аллергического анамнеза, постановка кожных и провокационных проб, проведение лабораторных исследований, в том числе неспецифических и специфических тестов.

**Сбор аллергического анамнеза** играет очень важную, а возможно, и основную роль в диагностике аллергических поражений СОПР. Этот этап позволяет установить ранее перенесенные аллергические заболевания, наличие аллергических реакций у ближайших родственников, что говорит о генетической предрасположенности, определить возможный аллерген.

Собранный аллергический анамнез врач должен оценить критически, так как информация больного не всегда бывает объективной.

**Кожные пробы** просты, доступны и информативны, но широко они не применяются, так как их нельзя считать абсолютно специфичными и безопасными, а результаты могут быть как ложноположительными, так и ложноотрицательными.

Различают **аппликационные, капельные, скарификационные и внутрикожные** пробы.

Кожные пробы проводят специально обученный средний медперсонал в амбулаторных и обычных стационарных условиях.

При проведении **провокационных** проб воспроизводят местную очаговую реакцию путем введения в организм больного (в период ремиссии) аллергена, к которому предполагается повышенная реакция.

Все результаты, полученные основными и дополнительными методами исследования заносятся в **медицинскую карту стоматологического больного** – учетную форму № 043/ У.

Медицинская карта больного как юридический и научный документ хранится в регистратуре в течение 5 лет, а затем архивируется.

## **Общая морфологическая характеристика заболеваний СОПР.**

По своим морфологическим особенностям все заболевания СОПР можно разделить на 2 группы:

- заболевания, в основе которых лежит **воспалительный процесс**;
- заболевания, в основе которых лежит **опухолевый**, или бластоматозный процесс.

**Воспаление** мы понимаем как сложную, комплексную, местную сосудисто-тканевую защитно-приспособительную реакцию целостного организма на действие патогенного раздражителя.

Под **опухолью (бластомой)** понимают патологический процесс, в основе которого лежит потенциально беспределное размножение клеточных структур того или другого органа, характеризующихся морфологическим и биохимическим атипизмом.

# **КЛАССИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Существующие классификации заболеваний СОПР базируются на различных **признаках**:

- **клинико-анатомических** (стоматит, хейлит, глоссит);
- **характере течения** (острый, хронический, обострение хронического, ремиссия);
- **клинико-морфологических** (катаральный, гипертрофический, язвенный, некротический, гиперкератотический и т.д.);
- **глубине поражения** (поверхностные, глубокие);
- **характере высыпаний** (буллезные, язвенные, и т.д.).

Однако каждая из них имеет свои недостатки, поскольку не отвечает основному принципу классификации – **этиопатогенетическому**.

## ***Классификация стоматитов по А.И.Рыбакову (1964).***

Все заболевания СОПР – это стоматиты. Они подразделялись на 3 группы:

- Травматические стоматиты.
- Инфекционные стоматиты.
- Специфические стоматиты.

В каждой группе выделялись течение заболевания, форма проявления и этиологические факторы.

Тем не менее, в эту классификацию явно не вписывались многие заболевания и, в том числе, заболевания губ, языка, пузырные заболевания.

*Классификация заболеваний слизистой  
оболочки полости рта ММСИ (1972)*

**I. Травматические поражения:** (механические, химические, физические), а именно: травматическая эритема, эрозия, язва, лейкоплакия, актинический хейлит, лучевые и другие повреждения.

**II. Инфекционные заболевания:**

- **вирусные** (герпетический стоматит, опоясывающий лишай, ящур, вирусные бородавки, грипп, ВИЧ-инфекция);
- **язвенно-некротический стоматит Венсана;**
- **бактериальные инфекции** (стрептококковый стоматит, пиогенная гранулема, шанкриформная пиодермия, ТВС и др.);
- **болезни, передаваемые половым путем** (сифилис, гонорейный стоматит);
- **микозы** (кандидоз, актиномикоз и др.).

**III. Аллергические заболевания** (отек Квинке, аллергические стоматит, хейлит и глоссит, медикаментозные стоматит, хейлит и глоссит, МЭЭ, ХРАС и др.).

**IV. Изменения СОПР при экзогенных интоксикациях.**

**V. Изменения СОПР при некоторых системных заболеваниях и болезнях обмена** (гипо- и авитаминозы, болезни эндокринной системы, болезни ЖК тракта, болезни ССС, системы крови и НС, ревматические болезни, или коллагенозы).

**VI. Изменения СОПР при дерматозах** (пузырчатка, герпетiformный дерматит Дюринга, КПЛ, КВ).

**VII. Аномалии и самостоятельные заболевания языка** (складчатый язык, черный волосатый язык, ромбовидный и десквамативный глосситы).

**VIII. Хейлиты** (гlandулярный, эксфолиативный, актинический, метеорологический, атопический, экзематозный, контактный хейлиты, макрохейлит).

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

## **Классификация МКБ-10**

**Класс XI** Болезни органов пищеварения.

**К 00-К14** Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей.

**К 06 .1** Фиброматоз десен

**К 06.2** Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой (для идентификации причин используют дополнительный код внешних причин (класс XX)).

**К 12** Стоматит и родственные поражения

**К 12.1** Другие формы стоматита : стоматит зубного ряда, язвенный стоматит, везикулярный стоматит.

**К 13.1** Прикусывание щек и губы.

**К 13.2** Лейкоплакия

## *Общие и местные факторы в возникновении и развитии заболеваний СОПР.*

Сегодня правильно говорить о полиэтиологичности заболеваний СОПР. Нельзя ограничиться одним каким либо причинным фактором в возникновении заболеваний. На развитие данных заболеваний влияют и иммунный статус пациента, и его генетическая предрасположенность, и различные местные и общие вредные факторы (прикусывание губ, щек, жевание и держание за щекой различных смол, курение, инсоляция, климатические факторы и т. д.). Такой подход к теории возникновения и развития заболеваний СОПР подтверждается связью большинства заболеваний СОПР и губ с изменениями органов и систем организма. Изменения слизистой оболочки нередко являются первыми симптомами нарушения обмена веществ, заболеваний кроветворной и СС систем, желудочно-кишечного тракта, кожных и венерических заболеваний.

**Благодарю за внимание!**