

Конспект к разделу «Характеристика элементов поражения слизистой оболочки полости рта»

Заболевания слизистой оболочки полости рта представляют собой значительную проблему в стоматологии и общей медицине, поскольку они могут затрагивать не только локальные структуры, но и оказывать влияние на общее состояние организма.

Слизистая оболочка полости рта выполняет ряд жизненно важных функций: Она защищает внутренние органы от агрессивных внешних факторов, участвует в пищеварении, восприятии вкусов и обеспечивает важные аспекты дыхательного процесса. Патологии слизистой оболочки могут проявляться разнообразными клиническими симптомами и изменениями, что требует тщательной диагностики и комплексного подхода к лечению.

В норме слизистая оболочка полости рта имеет преимущественно гладкую, блестящую поверхность, причем на интенсивность блеска непосредственно влияет степень увлажнения её ротовой жидкостью.

Цвет слизистой колеблется от бледно-розового до красного в зависимости от степени васкулизации подлежащей соединительной ткани.

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 спинка языка.

Эпителий плотной слизистой оболочки ороговевает и при обычных условиях, поэтому появляющиеся здесь такие явления, как пузыри, папулы значительно более похожи на такие же образования кожи, чем процессы, возникающие на рыхлой оболочке.

Плотная слизистая оболочка покрывает и поверхность губ со стороны предверия полости рта. Но здесь между слизистой оболочкой и круговой мышцей рта толстым слоем располагаются малые слюнные железы, делающие внутреннюю поверхность губ мягкой.

Эпителий, покрывающий внутреннюю поверхность губ мягкий, тонкий. При его осмотре обнаруживаются мелкие капельки слюны соответственно выводящим отверстиям малых слюнных желез, не видимых не вооруженным глазом. Это явление наблюдается и на слизистой оболочке мягкого неба, если пациент некоторое время держит рот открытым.

Слизистую оболочку полости рта покрывает многослойный плоский эпителий. Различают три слоя в эпителии слизистой: базальный, шиповидный и поверхностный(зернистый), который способен ороговевать.

Митотическая способность слизистой оболочки полости рта высокая: на 1000 базальных клеток в среднем приходится одна делящаяся клетка. Поэтому время обновления слизистой оболочки полости рта короткое – 6-7 дней, в то время как кожи 21 день.

Клеточные элементы – чаще других встречаются фибробласты. Они располагаются в основном веществе или входят в состав соединительнотканых оболочек, сосудов или нервов. Макрофаги, лаброциты (тучные клетки), меланоциты, плазмоциты, клетки крови.

Строение слизистой оболочки десен: - принято различать маргинальную или свободную, альвеолярную или прикреплённую зоны и межзубной сосочек. В области свободной зоны десны, обращённой к полости рта, обнаруживается ороговение эпителия на бороздчатом участке обращённом к зубу. В прикреплённой зоне десны эпителий, как правило, не ороговевает. У людей с темным цветом кожи, т.е. имеющих много меланина, на слизистой десны прослеживается темная полоса.

Строение губ: - область красной каймы губ можно охарактеризовать как переход кожи в слизистую оболочку, здесь отсутствуют волосы и потовые железы, имеются сальные железы. Кроме того, красная кайма губ покрыта элеидином – специфическим эпителием, который хорошо пропускает через себя свет.

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

Строение слизистой оболочки языка: - подслизистый слой не выражен, т.е. слизистая оболочка языка неподвижна. Имеются сосочки: - нитевидные, грибовидные, листовидные и желобоватые.

ФУКЦИИ СЛИЗИСТО ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.

1.Барьерная функция – её выполнение обеспечивается наличием способности ороговения в зонах, где отмечается наибольшая механическая нагрузка, активной способностью к регенерации, значительного содержания в клетках базального слоя РНК и ДНК.

2.Всасывающаяся функция – за счёт процесса проницаемости. Проницаемость слизистой на разных участках не одинакова. Наибольшая проницаемость отмечается в области десневой бороздки и дна полости рта. Эта функция используется для введения некоторых лекарственных препаратов. Уровень проницаемости зависит от концентрации раствора, температуры внешней среды, возраста человека, функционального состояния организма, парциального давления, РН-среды.

3. Чувствительная функция слизистой оболочки полости рта обеспечивается рецепторами, распределение которых на разных участках неодинаково. Наибольшее количество вкусовых рецепторов расположено в желобоватых сосочковых языка, тактильных – в области губ, кончика языка, маргинальных участках десны, болевых – на мягким небе, небных дужках, по переходной складке.

4. Температурная чувствительность – количество тепловых и холодовых рецепторов различно.

5. Буферная способность – происходит за счет быстрого восстановления РН- среды.

Слизистая оболочка полости рта также принимает участие в обеспечении местного иммунитета. В слизистой полости рта имеются мелкие слюнные железы и сальные железы, за счет чего идет формирование пищевого комка.

ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.

Для диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта ведущее значение имеют морфологические элементы, свойственные той или иной патологии. Чтобы дать правильную оценку патологическому процессу, необходимо иметь представление о так называемых морфологических элементах. Элементы одинаковой формы и типа называют моноформной сыпью. Если сыпь состоит из нескольких видов морфологических элементов, говорят об истинном полиморфизме.

При описании элемента поражения следует придерживаться определенной последовательности:

1. локализация со ссылкой на ближайшие органы и ткани полости рта;
2. вид (папула, эрозия и т.д.);
3. размеры
4. окраска
5. поверхность (гладкая, шероховатая, зернистая);
6. границы (чёткие, не резко выраженные, ровные, фестончатые, зубчатой формы);
7. отношение к окружающей ткани (минус или плюс ткань);
8. вид налёта (фибринозный, покрышка пузыря, некротический);
9. при описании язвы характеризуется её дно (ровное, зернистое, покрытое грануляциями) и края (подрытые, ровные);
10. наличие фоновых изменений (гиперкератоз, застойная или яркая гиперемия, лихонизацией);
11. консистенция краёв и основания (плотная, мягкая);

12. болезненность.

Отмечается также состояние соседних отделов полости рта (цвет, рельеф). Характерные признаки морфологических элементов оценивается визуально, пальпаторно, путём поскабливания или с применением дополнительных методов диагностики (люминисцентная, стоматоскопия, цитологическое и гистологическое исследования).

Элементы поражения слизистой оболочки полости рта делятся на первичные и вторичные

Правильная дифференциация первичных и вторичных элементов поражения, понимания их гистологической сущности помогут клиницисту в установлении диагноза.

К первичным элементам высыпания относят - пятно, узелок (папулу), узел, бугорок, пузырь, гнойник (пустулу), кисту.

К вторичным – чешуйку, эрозию, экскориацию, афту, язву, тещину, корку, рубец и др.

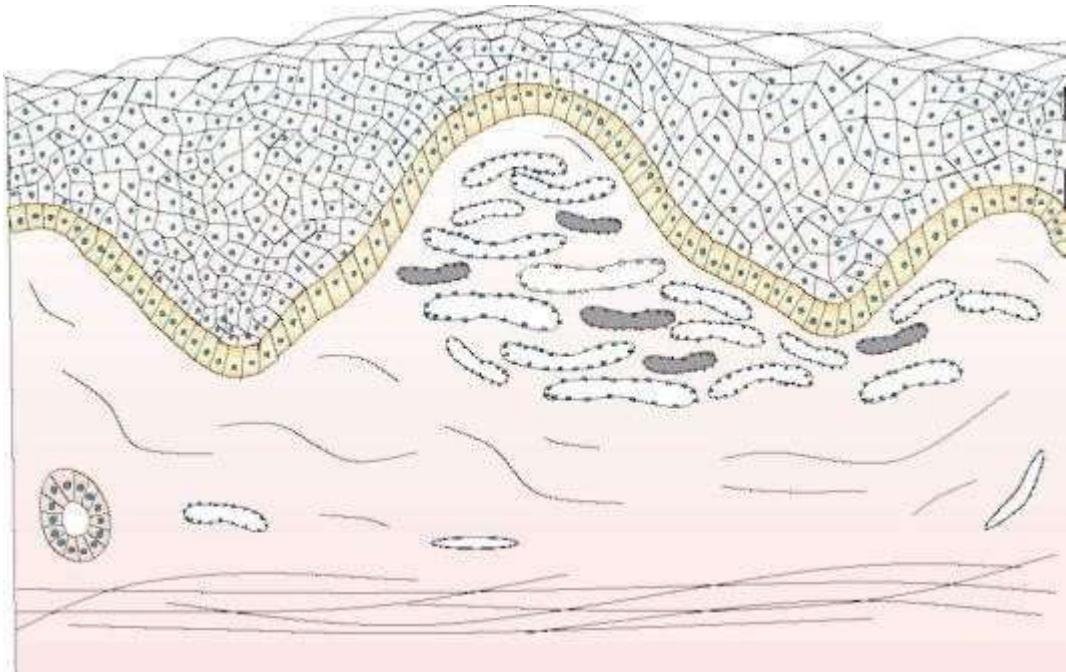
Первичные элементы поражения

Пятно (macula) - ограниченное изменение цвета слизистой оболочки полости рта.

Цвет пятна зависит от причин его образования. Пятна никогда не выступают над уровнем слизистой оболочки, то есть не изменяют её рельеф.

Различают: сосудистые, пигментные и пятна возникающие вследствие отложения в слизистой оболочке красящих веществ. Сосудистые пятна могут возникать в результате временного расширения сосудов в следствие воспаления. Воспалительные пятна имеют разные оттенки чаще красного и реже синеватого цвета. При надавливании они исчезают, а затем, после прекращения давления, появляются вновь.

Эритема - неограниченное, без чётких контуров покраснение слизистой оболочки.



Розеола – небольшая эритема округлой формы, размером от 1,5 -2 до 10 мм в диаметре с ограниченными контурами. Розеолы наблюдаются при инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, тиф, сифилис).

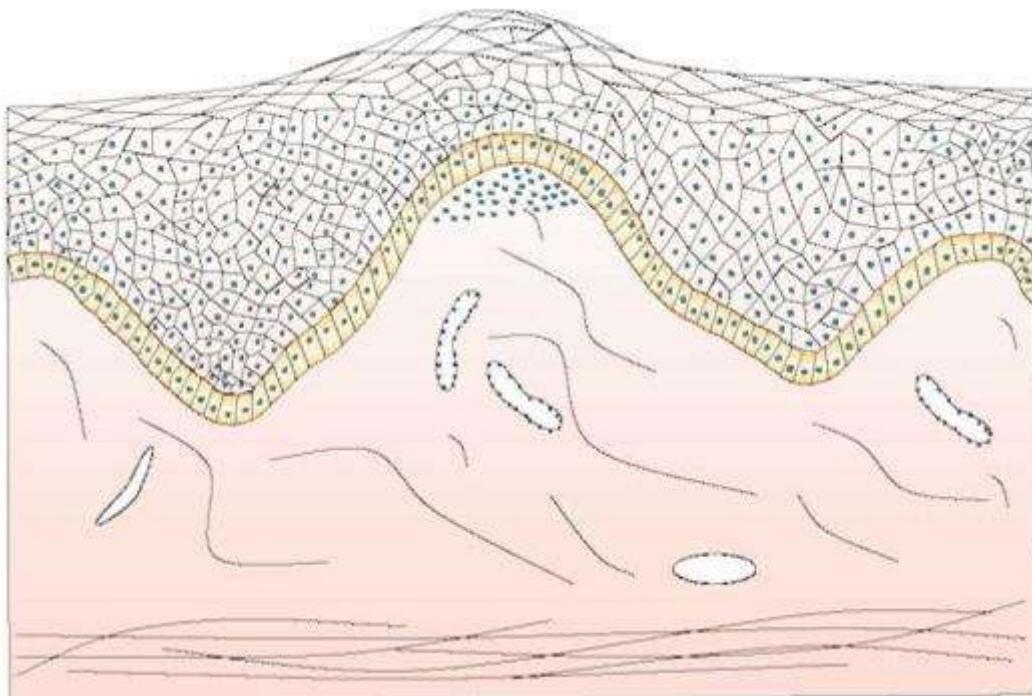
Геморрагии – пятна, которые возникают вследствие нарушения целостности сосудистой стенки. Цвет таких пятен не исчезает при надавливании на них и в зависимости от разложения кровяного пигмента может быть красным, синюшно-красным, зеленоватым, желтым и т.д. Эти пятна бывают разной величины.

Петехии – точечные геморрагии, а большие геморрагии называются экхимозами. Особенностью геморрагических пятен является то, что они рассасываются и исчезают, не оставляя следа.

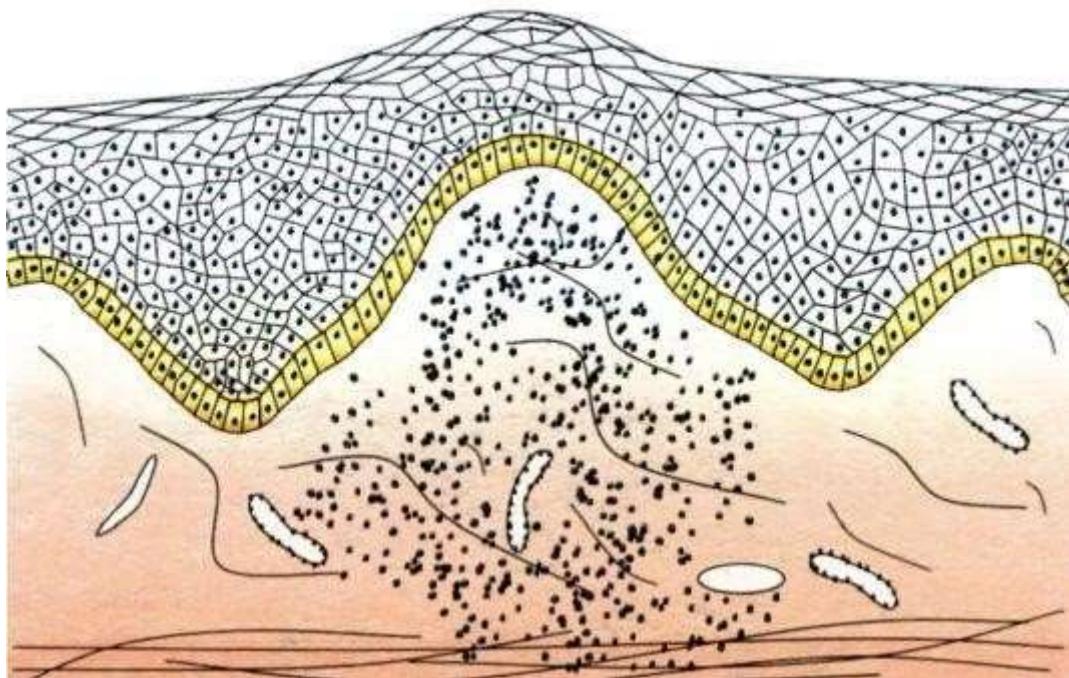
Телеангиэкзазии – пятна, которые возникают вследствие стойкого не воспалительного расширения сосудов или их новообразования. Они образуются тонкими извилистыми анастомозирующими между собой сосудами. При диаскопии (надавливании стеклом) телеангиэкзазии немного бледнеют. Пигментные пятна возникают в связи с отложением в слизистой оболочке красящих веществ экзогенного и эндогенного происхождения. Они могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные пигментации называются невусами. Приобретенные пигментации имеют эндокринное происхождение или развиваются при инфекционных заболеваниях.

Узелок или папула (papula) – бесполостной, выступающий над поверхностью слизистой оболочки элемент, инфильтрат которого находится в сосочковом слое собственной пластинки. Форма папул может быть остроконечной, полукруглой, круглой, кеглеобразной. Диаметр папул 3-4мм.

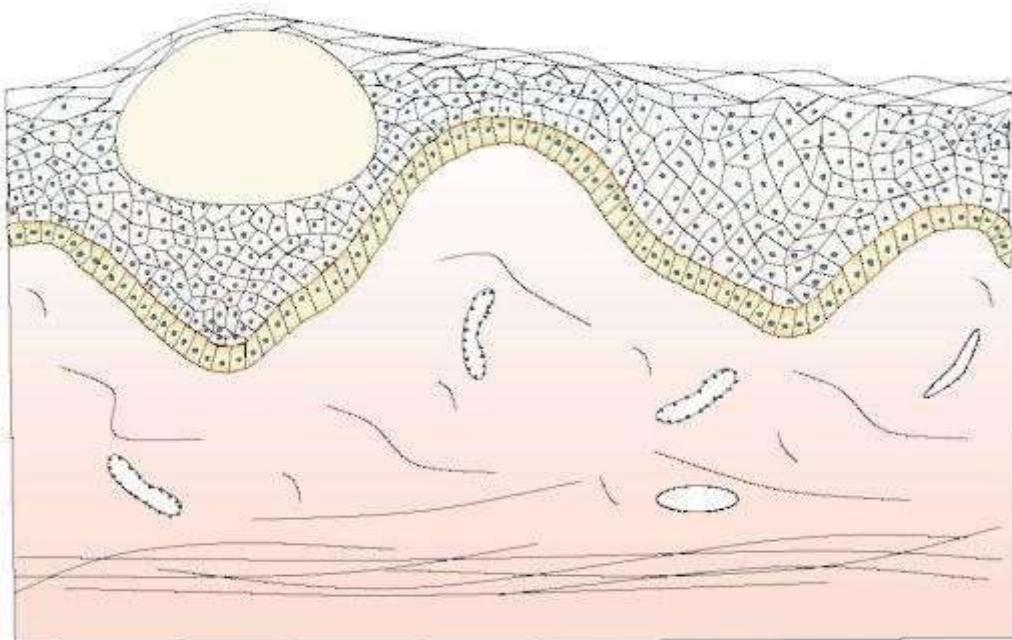
При слиянии их образуются бляшки. При обратном развитии папула не оставляет следа.



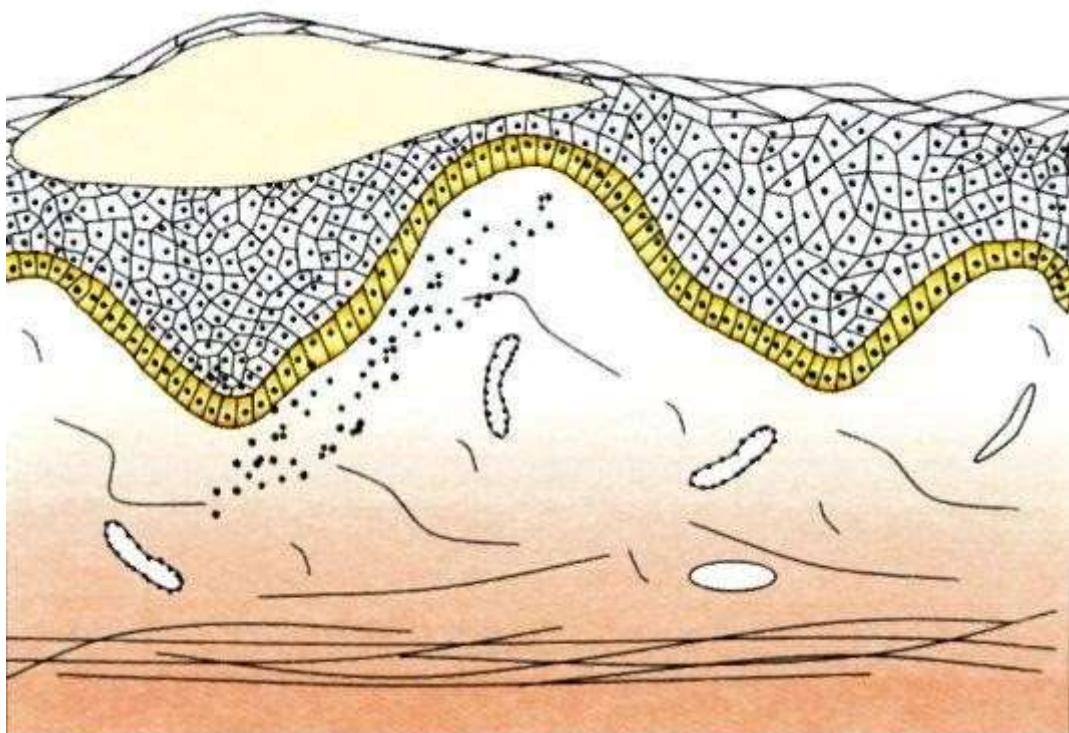
Бугорок (tuberculum) – инфильтративный бесполостной элемент окружлой формы, размером до горошины, выступающий над уровнем слизистой оболочки. Инфильтрат охватывает все слои слизистой. Особенностью бугорка, который сначала похож на узелок, является то, что центральная его часть, а иногда и весь элемент, некротизируется, что приводит к образованию язвы, которая рубцуется или бугорок рассасывается без нарушения целостности эпителия с формированием рубцовой атрофии. Бугорки имеют склонность группироваться или, располагаясь близко друг к другу, сливаться. Бугорки – первичные элементы при туберкулезной волчанке, третичном сифилисе, лепре и др.



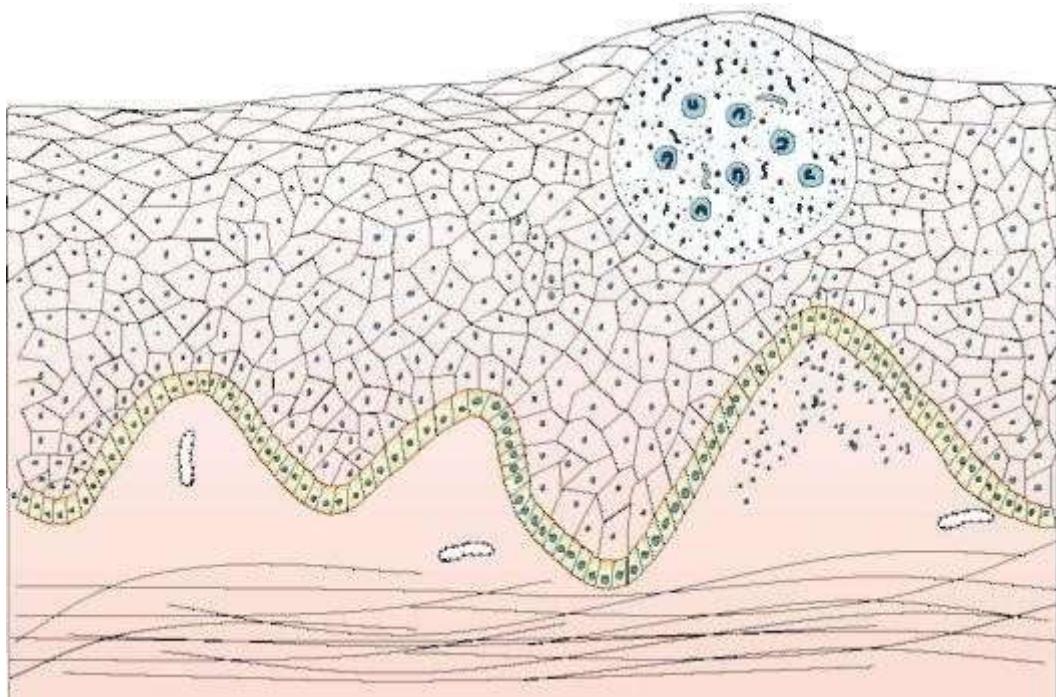
Пузырек (vesiculum) – полостной элемент размером от булавочной головки до горошины, наполненный жидкостью. Формируется пузырек в шиповатом слое эпителия, чаще имеет серозное, иногда геморрагическое содержимое. Высыпания пузырьков могут быть как на неизмененной, так и на гиперемированной и отечной основе. В связи с тем, что стенки пузырька образованы тонким слоем эпителия, его покрышка быстро лопается образуя эрозию, по краям которой остаются обрывки пузырька. При обратном развитии пузырек не оставляет следа. Нередко пузырьки располагаются группами. Формируются пузырьки вследствие вакуольной или баллонирующей дистрофии, как правило при разных вирусных заболеваниях (герпес и др.).



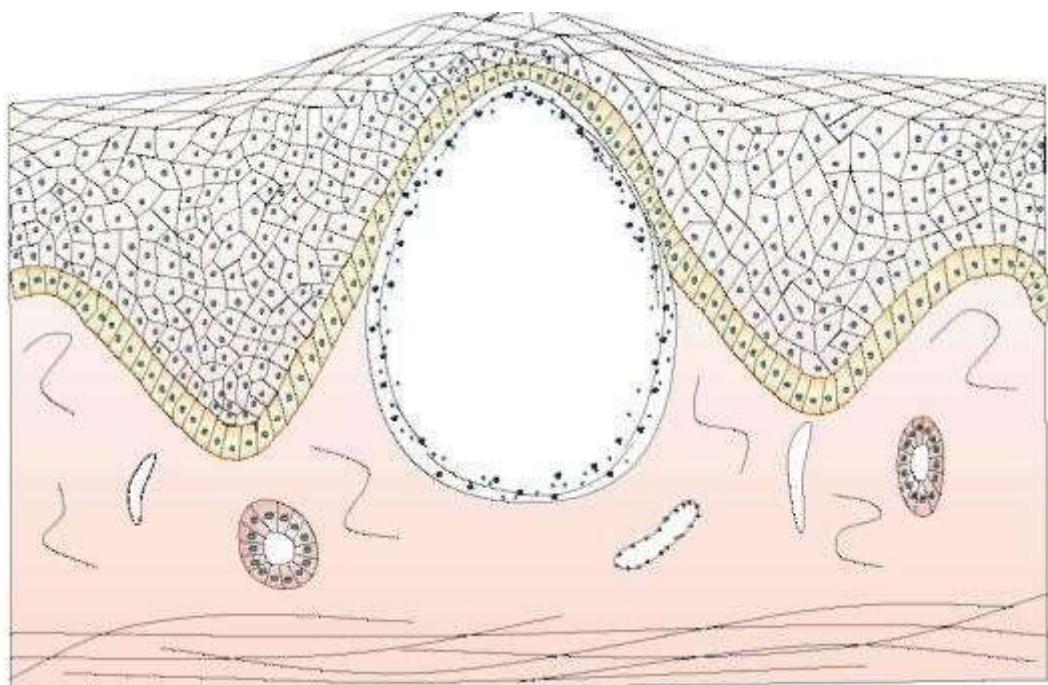
Пузырь (bulla) – полостной элемент значительных размеров (до куриного яйца), заполненный жидкостью. Формируется внутриепителиально или подэпителиально. В нем различают покрышку, дно и содержимое. Эксудат может быть серозным или геморрагическим. Покрышка подэпителиального пузыря относительно толстая, поэтому он существует на слизистой более продолжительное время, чем внутриепителиальный пузырь, покрышка которого тонкая и быстро разрывается. Эрозия образующаяся на месте пузыря заживает без образования рубца.



Гнойничок (pustula) – ограниченное скопление гнойного экссудата. Различают первичные и вторичные гнойники. Располагаются пустулы на разной глубине, то есть могут быть поверхностными и глубокими.

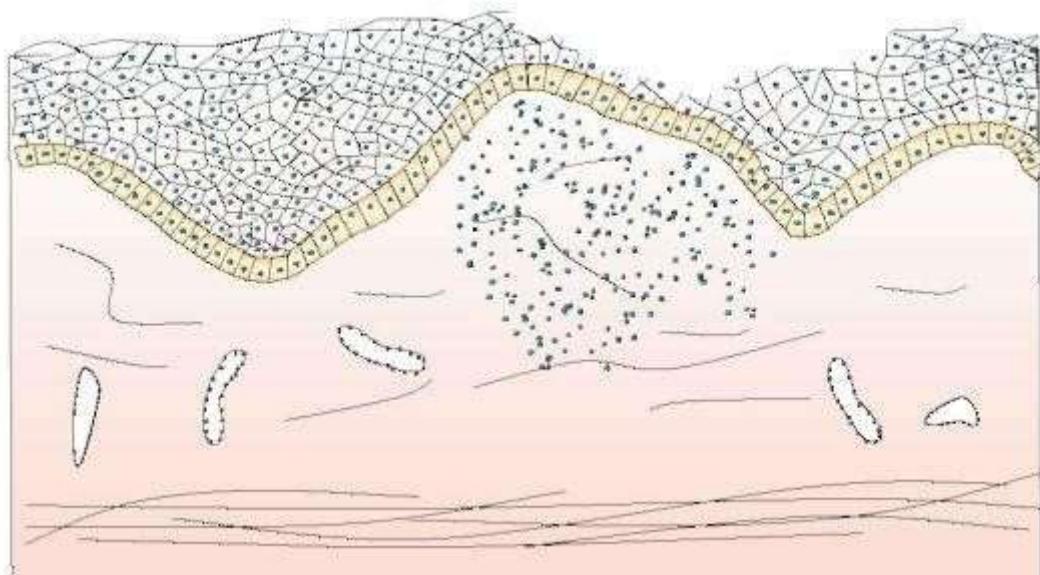


Киста (cystis) – полостное образование, которое имеет стенку и содержимое. Кисты бывают эпителиального происхождения и ретенционные. Последние образуются вследствие закупорки выводных протоков мелких слизистых и слюнных желез. Эпителиальные кисты имеют соединительнотканную стенку, выстланную эпителием. Содержимое кисты – серозное, серозно-гнойное или кровянистое. Ретенционные кисты располагаются на губах, мягкому небе и слизистой щек, заполнены прозрачным содержимым, которое при инфицировании становится гноевым.

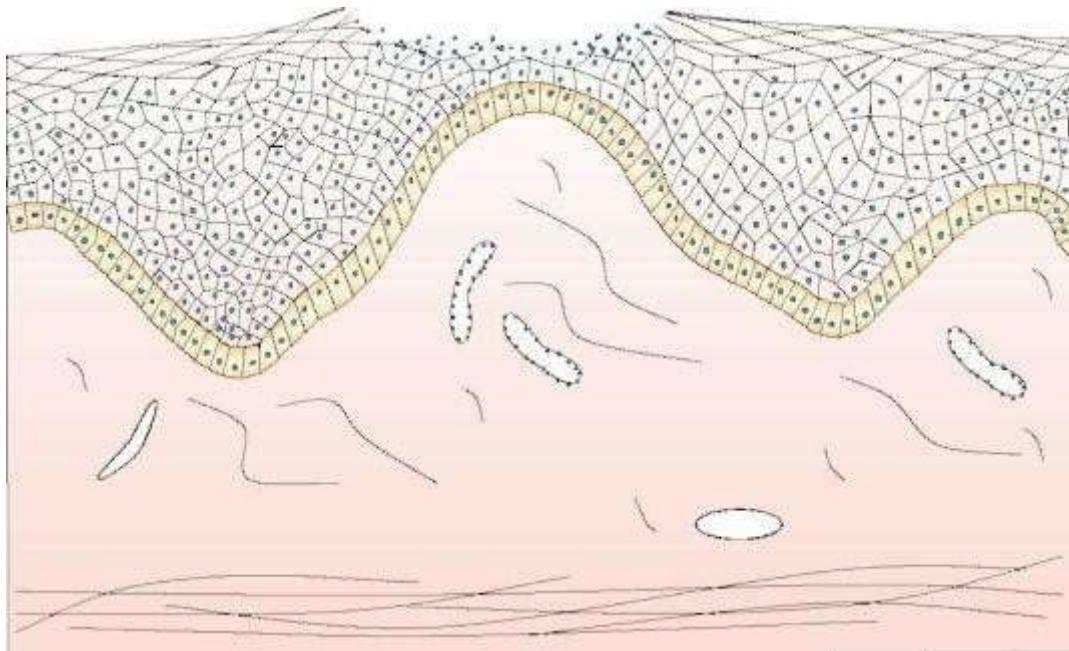


Вторичные элементы поражения.

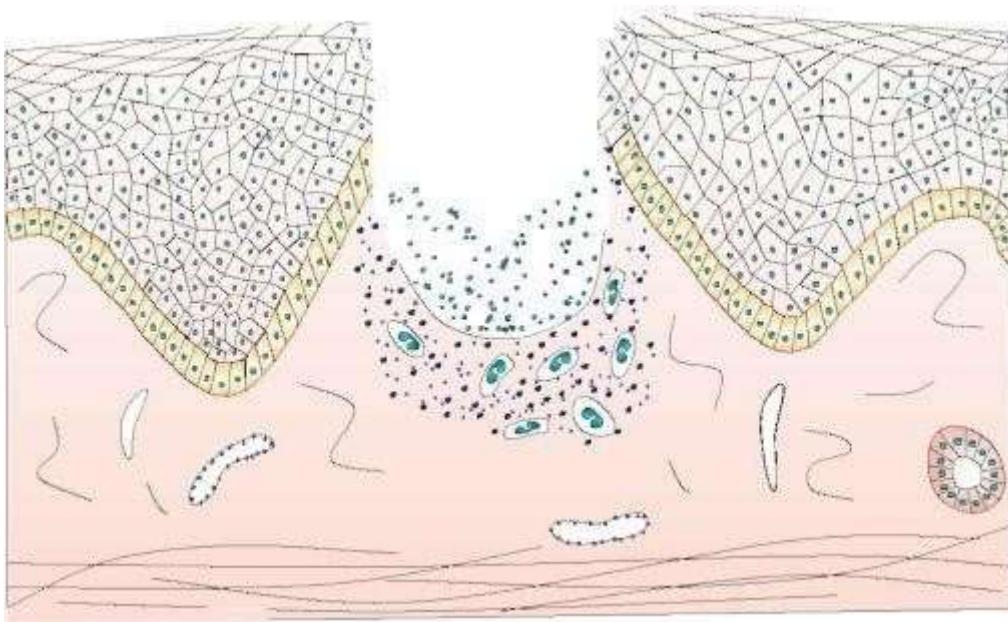
Эрозия (erosio) – дефект поверхностного слоя эпителия, поэтому после заживления не оставляет следа. Эрозия возникает от разрыва пузырька, пузыря, разрушения папул, травматического повреждения. При разрыве пузыря эрозии повторяют его контуры. На слизистой оболочке эрозивные поверхности могут образовываться без предшествующего пузыря, например, эрозивные папулы при сифилисе, эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая и красной волчанки. Поверхностный дефект слизистой, который возникает при механическом повреждении, называется эскориацией.



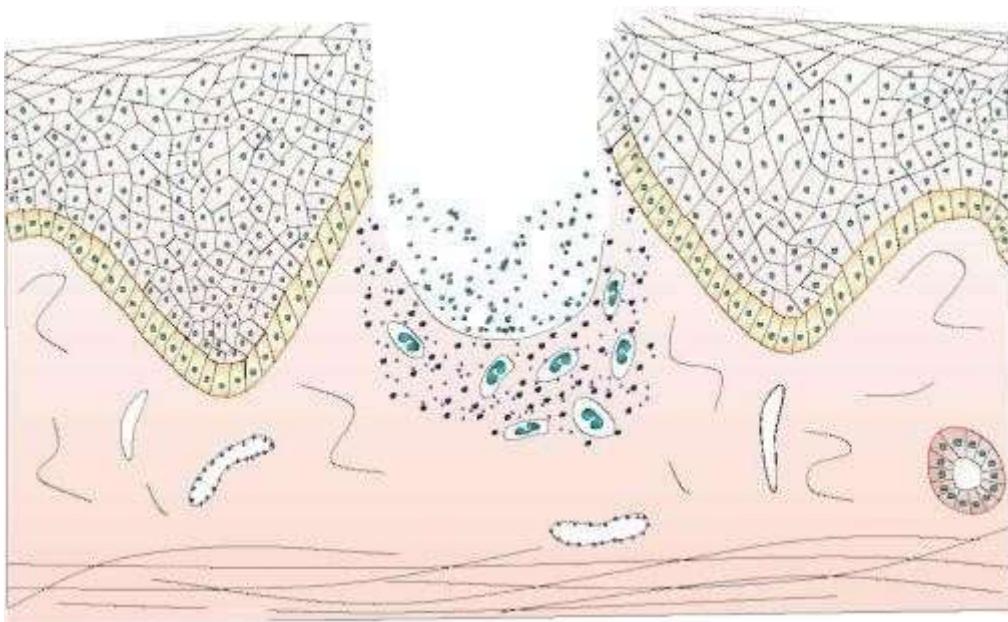
Афта (aphtha) -поверхностный дефект эпителия круглой или овальной формы, диаметром 5-10 мм, располагающийся на воспаленном участке слизистой оболочки. Афта покрыта фибринозным выпотом, который придает элементу поражения белый или желтый оттенок. По периферии афта окружена ярко красным ободком.



Язва (ulcus) – дефект слизистой оболочки в пределах соединительнотканного слоя. Заживление язвы сопровождается рубцом. Поскольку образованием язвы характеризуется ряд патологических процессов, то для определения их характера необходимо оценить все особенности поражения: состояния краев, глубину, состояние окружающих тканей. Знание их особенностей облегчает и дифференциальную диагностику. Края язвы могут быть подрытыми и нависающими над дном, отвесными или блюдцеобразными. Края и дно язвы могут быть мягкими и твердыми. Кроме того, дно язвы может быть покрыто гнойным налетом, некротическими массами, сосочковыми разрастаниями, оно может легко кровоточить при травматизации. Часто по краям язвы сохраняются элементы поражения основного патологического процесса. Иногда язва распространяется и в подлежащие ткани (мышцы, кость) и даже разрушает их. Следует отметить, что одной лишь клинической оценки язвы бывает недостаточно для уточнения диагноза заболевания. Для этого необходим весь комплекс лабораторных исследований, а также обязательно общее обследование больного.

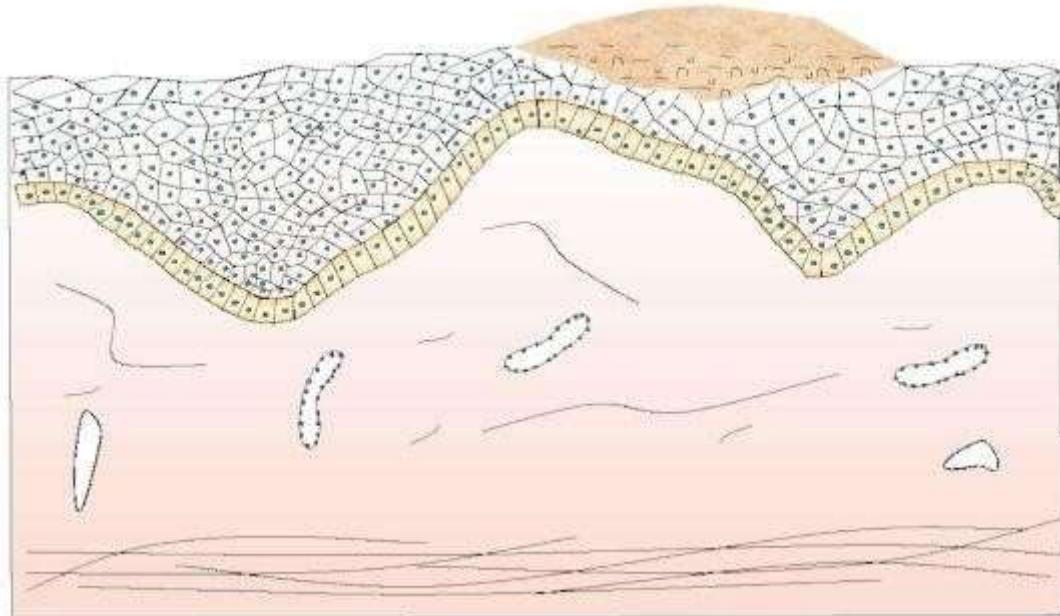


Трещина (rhagad) – линейный надрыв слизистой оболочки, красной каймы губ, который возникает при чрезмерной сухости или потери эластичности, при воспалительной инфильтрации. Чаще всего трещины образуются в местах естественных складок или местах, которые подвержены травматизации и растяжению. Глубокая трещина распространяется на соединительную ткань собственной пластинки, заживает с формированием рубца. Различают поверхностные и глубокие трещины. Поверхностная трещина располагается в пределах эпителия, заживает без образования рубца.

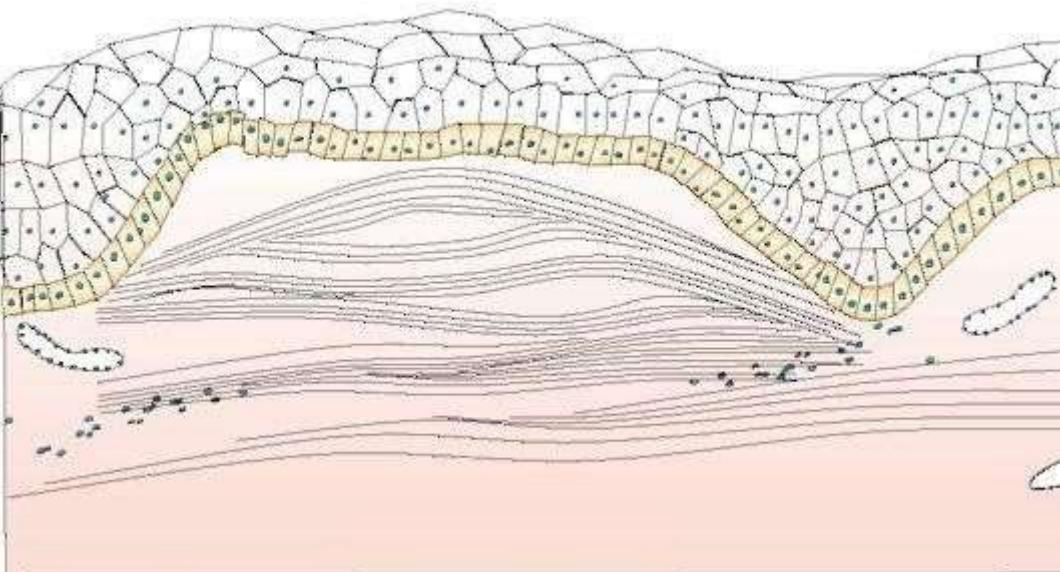


Корка (crusta) – ссохшийся экссудат, который образуется после вскрытия пузырька, пузыря, пустулы. Корка представляет собой соединение

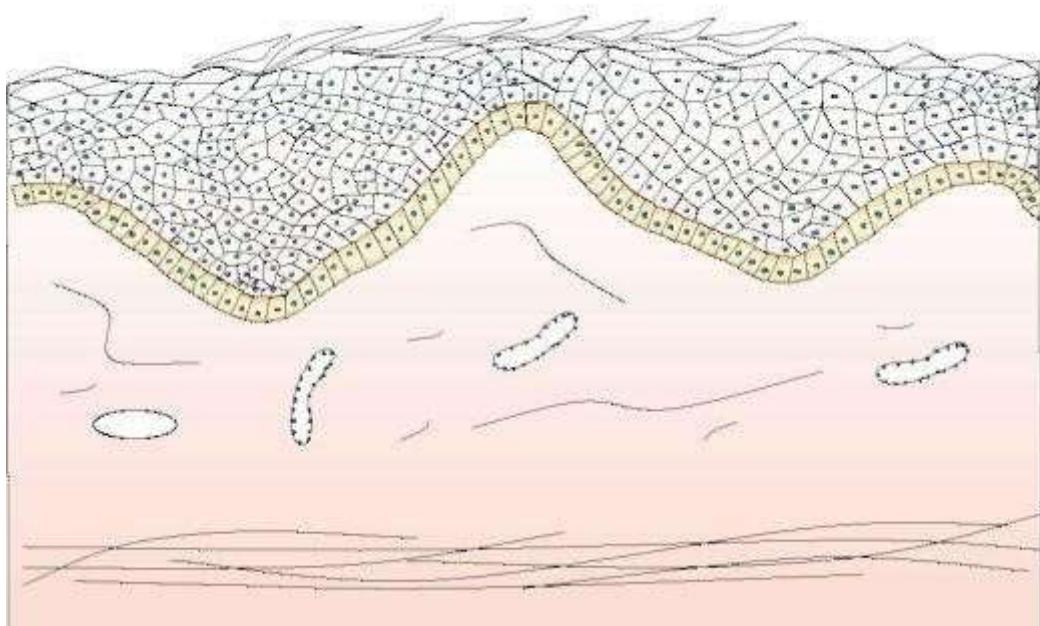
коагулированной тканевой жидкости и плазмы крови, распавшихся клеток крови и эпителиальных клеток. При насильственном снятии корки оголяется эрозивная или язвенная поверхность, а после естественного отпадения – участок регенерации, рубец или рубцовая атрофия.



Рубец (cicatrix) – участок соединительной ткани, замещающий дефект слизистой оболочки, который возник при повреждении или патологическом процессе. Рубец состоит в основном из коллагеновых волокон, покрыт тонким слоем эпителия, в котором отсутствуют эпителиальные выступы. Различают гипертрофические и атрофические рубцы.



Чешуйка (squama) – пластинка, состоящая из десквамированных ороговевших клеток эпителия. Чешуйки возникают в результате гипер и паракератоза.



Пигментация (pigmentation) – изменение цвета слизистой оболочки или кожи на месте патологического процесса вследствие отложения меланина или другого пигмента. Отложение пигмента может быть нормой (у жителей юга). Кроме элементов поражения следует отличить изменения в слизистой и эпидермисе.

Спонгиоз (spongiosis) – скопление жидкости между клетками шиповидного слоя.

Баллонирующаяся дегенерация – нарушение шиповидного слоя, приводящее к свободному расположению отдельных клеток или групп в экссудате образующихся пузырьков (в виде шаров-балонов).

Акантолиз (acantolysis) – дегенеративные изменения клеток шиповидного слоя, характеризующиеся расплавлением межклеточных цитоплазматических связей.

Акантоз (acantosis) – утолщение клеток шиповидного слоя.

Гиперкератоз (giperkeratosis) – избыточное орогование за счёт нарушения явлений десквамации или усиления орогования клеток.

Паракератоз (parakeratos) – нарушение процесса орогования, выражающееся в неполном ороговении поверхностных клеток шиповидного слоя.

Папилломатоз (papillomatosis) – разрастание в сторону эпителия сосочкового слоя слизистой оболочки.