


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. М.І.ПИРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри  
терапевтичної стоматології ВНМУ  
ім. М.І. Пирогова  
Завідувач кафедри професор ЗВО  
 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА  
«28» серпня 2023р.  
Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисципліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 36	Класифікації захворювань СОПР. Особливості обстеження хворих із захворюваннями СОПР. Патологічні процеси на СОПР та червоної кайми губ. Первинні та вторинні елементи ураження.
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

**Тема 36.** Класифікації захворювань слизової оболонки порожнини рота. Особливості обстеження хворих із захворюваннями СОПР. Патологічні процеси на слизовій оболонці ротової порожнини та червоної кайми губ. Первинні та вторинні елементи ураження.

**Мета заняття :** вивчити класифікацію захворювань СОПР.

**Питання для формування і перевірки початкового рівня знань**

1. Особливості будови СОПР.
2. Особливості функції СОПР.

**Завдання для перевірки початкового рівня знань.**

Питання	Рівень	Еталони відповіді
1. З яких шарів складається СОПР?	I	З епітеліального, слизового, підслизового.
2. Яким епітелієм вкрита червона кайма губ?	I	Червона кайма губ вкрита багатошаровим плоским зроговілим епітелієм.

**Література:**

1. Лекції кафедри терапевтичної стоматології.
2. Терапевтична стоматологія : підручник у 4 т. / [М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко та ін.]. – Київ: Медицина, 2010. – 640 с.
3. Терапевтична стоматологія / [А. К. Ніколішин, В. М. Ждан, А. В. Борисенко та ін.]. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 680 с.
4. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г. М. Барер, Е. В. Зорян. – Москва: Литтерра, 2006. – 562 с.

**Додаткова:**

1. Морозова С. И. Заболевания слизистой оболочки рта / С. И. Морозова, Н. А. Савельева. – Москва: МИА, 2012. – 268 с.
2. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. Ч.3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Г. М. Барер, Е. А. Волков, В. В. Гемонов. – Москва: ГЕОТАР-медиа, 2006. – 286 с.
3. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / Л. А. Цветкова, С. Д. Арутюнов, Л. В. Петрова, Ю. Н. Перламутров. – Москва: МЕДпресс-информ, 2006. – 201 с.

**Питання, які підлягають вивченню на практичних заняттях :**

1. Які групи захворювань СОПР виділяють згідно з класифікацією Н.Ф. Данилевського М.П.?
2. Які групи захворювань СОПР виділяють згідно з класифікацією Максименко?
3. Які групи захворювань СОПР виділяють згідно з класифікацією МКХ-10?
4. Які групи захворювань СОПР виділяють за спорідненими етіологічними ознаками?
5. Які захворювання СОПР зумовлюють травматичні чинники?
6. Які захворювання СОПР зумовлюють інфекційні чинники?
7. Які захворювання СОПР пов'язані із сенсibiliзацією організму і порушення імунних

процесів?

***Класифікація Данилевського-Несина-Рахнія захворювань слизової оболонки порожнини рота:***

Захворювання слизової оболонки порожнини рота		
Самостійні	Симптоматичні	Синдроми
Травматичні ураження		
Механічна травма Фізична травма Хімічна травма Лейкоплакія		
Інфекційні захворювання		
Вірусні	Грип, кір, ящур, вітряна віспа, інфекційний мононуклеоз	СНІД
Бактеріальні	Кашлюк, дифтерія, скарлатина, туберкульоз, сифіліс, лепра	Бідерманна
Мікотичні		
Захворювання губ		
Екسفоліативний хейліт Метереологічний хейліт Актинічний хейліт Хронічна тріщина Гландулярний хейліт Лімфедема	Екзематозний хейліт Атопічний хейліт	Пуенте – Асеведо Мелькерссона – Розенталя, Мішера
Хвороби язика		
Десквамативний глосит Складчастий язик Волосатий язик Ромбоподібний глосит		Брока-Потріє
Новоутворення		
Передпухлинні Доброякісні пухлини Рак та інші злоякісні новоутворення		
При алергічних ураженнях		
	Реакції негайного типу Реакції сповільненого типу Хронічний рецидивний афтозний стоматит Багатоформна ексудативна еритема	Квінке Шенлейна-Геноха  Стівена-Джонсона, Лаєла
При дерматозах з аутоімунним компонентом		

	Пухирчатка Пемфігоїди Пухирний епідермоліз Червоний плоский лишай Червоний вовчак	Дюрінга  Грінспана
При екзогенних інтоксикаціях		
	Ртутний стоматит Свинцевий стоматит Вісмутовий стоматит	
При захворюваннях органів і систем		
	Травного каналу  Серцево-судинної системи  Ендокринної системи  Нервової системи  Крові та кровотворних органів  Гіповітамінозах Колагенозах	Россолімо-Бехтерева, Себрелла  Пухирно-судинний, Рандю-Ослера, Вебера  Аддісона, Іценка-Кушинга, Шмідта  Глосодинія  Аддісона-Бірмера, Вакеза, Верльгофа

### МКХ-10.

K06.2 Ураження ясен і беззубого альвеолярного краю, зумовлене травмою.  
 K06.8 Інші уточнені зміни ясен і беззубого альвеолярного краю  
 K12 Стоматит і подібні ураження  
 K12.0 Рецидивуючі афти порожнини рота  
 K12.1 Інші форми стоматиту  
 K13 Інші хвороби губ і слизової оболонки порожнини рота  
 K13.0 Хвороби губ  
 K13.1 Прикушування щоки і губ  
 K13.2 Лейкоплакія і інші зміни епітелію порожнини рота, включаючи язик  
 K13.3 Волосата лейкоплакія  
 K13.4 Гранулема і гранулемовидні ураження СОПР  
 K13.6 Гіперплазія слизової оболонки порожнини рота внаслідок подразнення  
 K13.7 Інші і не уточнені ураження слизової оболонки порожнини рота  
 K14 Хвороби язика  
 K14.0 Глосити  
 K14.1 "Географічний" язик  
 K14.2 Ромбоподібний глосит  
 K14.3 Гіпертрофія сосочків язика  
 K14.4 Атрофія сосочків язика  
 K14.5 Складчастий язик  
 K14.6 Глоссодинія  
 K14.8 Інші хвороби язика

L89 Декубітальна виразка  
K14.9 Хвороба язика неуточнена

### Класифікація Максименка П.Т.

**1 група:** первинні аутоінфекційні стоматити – гострий герпетичний, афтозний, виразково-некротичний стоматити та кандидоз СОПР.

**2 група:** стоматити бактеріальної природи – гострий афтозний, виразково-некротичний стоматити.

**3 група:** вірусної природи – герпетичний

**4 група:** мікотичні ураження – кандидоз

### СХЕМА ООД ПО ТЕМІ: «ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СОПР».

Основні методи обстеження:	Клінічні симптоми	Критерії самоконтролю
Опитування хворого <i>скарги</i>	1. Біль в будь-якій ділянці СОПР	1. Подразнення, здавлення нервових закінчень при запаленні і інших патологічних процесах
	2. Неприємні відчуття (поколювання, печія, відчуття стягнення, металевий присмак)	2. Порушення вегетативної іннервація (глосалгія, стомалгія)
	3. Изменение рельефу СОПР	3. Наявність первинних та вторинних елементів ураження
	4. Сухість в роті	4. Подразнення вегетативних волокон в нервовому стовбурі (глосалгія), захворювання слинних залоз, їх вивідних протоків.
	5. Зміна загального стану: температура тіла, слабкість, нездужання	5. Гострі інфекційні захворювання, токсико-алергічні реакції (гострий герпетичний стоматит, багатоформна ексудативна ерітема
	6. Неприємний запах з рота	6. Недостатній гігієнічний догляд, некротичні процеси в порожнині рота ( гінгіво-стоматит Венсана), уремія, діабет.
	7. Скарги відсутні	7. Безсимптомний перебіг захворювання, патологічні зміни в роті визначаються тільки випадково при огляді
Анамнез життя <i>стать, вік</i>		Деякі захворювання переважно зустрічаються в певних вікових групах людей (виразково-некротичний гінгівіт Венсана, гострий простий герпес), визначеної статі (ЧПЛ)
Перенесені і супутні	1. Захворювання ШКТ	1. Є супутніми для патології СОПР (глосити, гіповітамінози).

захворювання	2. Ендокринні захворювання (цукровий діабет)	2. Сприяють розвитку пародонтиту, кандидозу, ЧПЛ.
	3. Захворювання крові (лейкоз, анемія, поліцитемія)	3. Мають прояви в порожнині рота (зміни кольору слизової оболонки, виразково – некротичні процеси)
	4. ВІЛ-інфекція. Анемія	4. Мають прояви в порожнині рота (волосиста лейкоплакія, кандидоз, герпес, виразково-некротичний процес)
	5. Захворювання серцево-судинної системи	5. Сприяють розвитку захворювання СОПР (пухирно-судинний синдром, трофічна виразка).
Професійні шкідливості	1. Хімічні підприємства переробної промисловості.	Контакт з канцерогенними речовинами сприяє розвитку передракових захворювань, злоякісних новоутворень
	2. Контакт з пестицидами	Контакт з канцерогенними речовинами сприяє розвитку передракових захворювань, злоякісних новоутворень.
	3. Контакт з радіоактивними речовинами, важкими металами, хімічними реактивами.	Можливо розвиток променевої хвороби, отруєння солями тяжких металів - свинцем, вісмутом, ртуттю.
	4. Робота на вулиці, в полі.	Підвищена інсоляція сприяє розвитку передракових захворювань (актинічного, метеорологічного хейлітів).
Шкідливі звички	Куріння, вживання алкоголю, наркотичних речовин	Сприяє розвитку передракових станів СОПР (лейкоплакія, хейліт Манганотті) і ін.
	Звичне прикушування СОПР	Хронічна механічна травма (м'яка лейкоплакія)
Алергологічний статус	Алергія на продукти харчування, побутові хімічні речовини	У осіб з обтяженим алергологічним статусом частіше розвиваються і важкий перебіг різних алергічних захворювань (алергічний контактний стоматит, atopічний хейліт)
Додаткові методи обстеження Цитологічне дослідження	Відбиток або зіскоб з поверхні ерозії, виразки	Виявляють специфічні зміни клітинного складу при раку, пухирчатці, туберкульозі.
Бактеріоскопічне дослідження	Зіскоб нальоту з поверхні СОПР (забарвлений препарат)	Виявляють флору з ураженою СОПР
	Мікроскопія в темному полі (нативний препарат)	Виявляють бліду трепонему сифілісу
Загальний клінічний аналіз крові	Кількість еритроцитів	Зменшено при анемії, збільшено при поліцитемії
	Кількість лейкоцитів,	Виявляють запальні стани організму,

	лейкоцитарна формула	захворювання крові (лейкоз, ВІЛ-інфекція)
	Кольоровий показник	Високий показник (вище 1) характерний для перніціозної анемії (авітаміноз В12), низький - для інших форм анемії (залізодефіцитна)
	ШОЕ	Прискорене при різних патологічних станах (запалення, новоутворення)
Біохімічний аналіз крові	Вміст глюкози	При підозрі на цукровий діабет
Гістологічне дослідження	Біопсія	Використовується для уточнення діагнозу
Алергологічне дослідження	Гістамінова проба	Застосовують для визначення чутливості до гістаміну. Позитивна проба при хронічному рецидивуючому афтозному стоматиті, багатоформній ексудативній еритемі
	Шкірно-алергічні проби Реакція гальмування міграції лейкоцитів, реакція бластної трансформації, реакція лейкоцитолізу, пряма та непряма реакція флюоресценції	Використовуються для діагностики бактеріальної алергії, при ХРАС і БЕЕ. Проводять з різними алергенами для виявлення причинного алергену.
	Шкірні аплікаційні і скарифікаційні проби	Проводять з різними алергенами
Імунологічне дослідження	Пряма і непряма реакції імунофлюоресценції (РІФ)	Використовують для диференціювання пухирних захворювань і червоного вовчаку
	Визначення в крові кількості Т- і В-лімфоцитів в крові, лізоцим, Ig M, IgG, Ig A (слина, кров)	Застосовують для визначення кількості Т- і В-лімфоцитів. Мають значення при інфекційних і запальних захворюваннях для визначення неспецифічної резистентності і специфічної імунної відповіді
Серологічне дослідження	Реакція Вассермана Реакція іммобілізації блідих трепонем Реакція імунофлюоресценції. На ВІЛ - інфекцію	Використовують для діагностики сифілісу, СНІДу, інфекційно-алергічних захворювань
Люмінесцентне дослідження	Свічення в променях Вуда	Використовують для діагностики червоного вовчаку, лейкоплакії, червоного плоского лишая
Рентгенологічне дослідження	Внутрішньоротова рентгенограма (панорамна, ортопантомограма)	Виявлення осередків одонтогенної інфекції у хворих з бактеріальною алергією
Консультації фахівців	Гастроентеролог, ендокринолог, алерголог та інші.	По показанням

**Схема ООД по темі: «Додаткові і спеціальні методи обстеження при захворюваннях СОПР».**

<i>Метод обстеження</i>	<i>Матеріальне забезпечення</i>	<i>Методика проведення</i>
<i>Забір матеріалу з поверхні ерозії для цитологічного дослідження</i>	- комплект інструментів для обстеження зубів - предметне скло, стерильні маркери	1. Промити ротову порожнину фізіологічним розчином з метою видалення залишків їжі і слизу. 2. Стерильним ватним вологим тампоном звільнити поверхню виразки від некротичних плівок. 3. Підготувати предметне скло. 4. Стерильний гумовий маркер прикласти до досліджуваної ділянки. 5. Перенести відбиток на предметне скло. 6. Повторити забір матеріалу з тієї ж самої ділянки для цитологічного дослідження глибших шарів виразки. 7. Висушити одержаний препарат, зафіксувати метиловим спиртом. 8. Пофарбувати препарат. 9. Під мікроскопом провести оцінку цитологічного матеріалу.
<i>Метод розширеної стоматоскопії для оцінки доброякісності або злоякісності виразки язика (проба з толуїдиновим синім)</i>	- набір інструментів для обстеження порожнини рота - стерильні ватні тампони - рукавички - 1% водний розчин толуїдинового синього	1. Пацієнта усадити в крісло. 2. Оглянути СОПР. 3. Пінцетом узяти невеликий ватний тампон і змочити його 1% водним розчином толуїдинового синього, злегка віджати. 4. Нанести розчин на уражену ділянку СОПР. 5. Оцінка: у нормі слизова оболонка мови не забарвлюється або забарвлюється в блакитний колір, ділянки атипового епітелію забарвлюються в темно-синій колір.
<i>Проба Роттера</i>	- набір інструментів для обстеження порожнини рота	1. Ватним тампоном просушити слизову оболонку спинки язика. 2. По середній лінії язика наносимо за допомогою ін'єкційної голки (d=0,2 мм) 1 краплю (0,007мм)
	- стерильні ватні тампони - шприц	0,06% нормального розчину фарби Тільманса. 3. Зникнення забарвленої плями більш ніж за 16-20 з свідчить про дефіцит аскорбінової к-ти.
<i>Волдирна проба Олдріча</i>	- набір інструментів для обстеження порожнини рота - рукавички - ізотонічний розчин - шприц	1. Пацієнта усадити в крісло. 2. Набрати в шприц ізотонічний розчин. 3. Дзеркалом відсунути щок. 4. В бічну поверхню язика ввести 0,2 мм ізотонічного розчину (у підслизовий шар) 5. Міхур, що утворився, в нормі зникає через 40 хв., при підвищеній гідрофільності тканин – через 3-15 хв., тим самим визначається прихований набряк тканин СОПР.



<p><i>Визначення злаякісного процесу СОПР (проба з оцетовою 4% кислотою)</i></p>	<p>- набір інструментів для обстеження порожнини рота - 4% розчин оцетової кислоти - стерильні ватні тампони -рукавички</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пацієнта усадити в крісло.</li> <li>2. Оглянути уражену ділянку СОПР.</li> <li>3. Ватний тампон змочити 4% оцетовою кислотою.</li> <li>4. Нанести розчин на уражену ділянку язика.</li> <li>5. Оцінка: збліднення вогнища протягом 1-1,5 хв. свідчить про еластичність судин, тобто про доброякісність процесу. З початком розвитку злаякісного процесу слизиста оболонка порожнини рота в кольорі не змінюється.</li> </ol>
<p><i>Проба Ясиновського (міграція лейкоцитів)</i></p>	<p>- набір інструментів для обстеження порожнини рота - рукавички - штатив, пробірки - фізіологічний розчин - мікроскоп - камера Горяєва</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хворий приходить натщесерце, після чищення зубів.</li> <li>2. Пацієнт фракційний полоще рот 10 мл фізіологічного розчину, по 2 мл на одноразове полоскання тривалістю 30 с. Проміжки між полосканнями складає 5 хв.</li> <li>3. Перші три порції змиву виливають.</li> <li>4. Останні дві порції збирають в пробірки для досліджень.</li> <li>5. Змив розбавляють фізіологічним розчином в 3 рази і центрифугують.</li> <li>6. Одержаний осад офарблюють 1% водним розчином трипанового синього і 1% водним розчином конгорот по 1 краплі кожного.</li> <li>7. Потім піпеткою заповнюють камеру Горяєва.</li> <li>8. Під мікроскопом визначають кількість живих і мертвих лейкоцитів, а також клітини плоского епітелію. Розрахунок по формулі: <math>X = a \cdot v / b \cdot g</math>, де X - число формених елементів в <math>1 \text{ мм}^3</math> а – кількість формених елементів, підрахованих в камері, в – розбавлення змиву, g – об'єм камери над квадратом <math>1/4000 \text{ мм}^3</math>. У нормі: до 150 лейкоцитів ( 20% мертвих клітин), 25-100 епітеліальних клітин. Зміни для окремої патології: при гінгівіті і пародонтиті цей показник зростає залежно від ступеня важкості від 200-800 лейкоцитів в <math>1 \text{ мм}^3</math> змиву.</li> </ol>

Оцінка атиповості клітин плоского епітелію СОПР (забарвлення гематоксилином)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- набір інструментів для обстеження порожнини рота</li> <li>- фарбник</li> <li>- ватні тампони</li> <li>- перманганат калію</li> </ul>	<p>1. Хворого усадити в крісло.</p> <p>2. Приготувати розчин: розчин квасцов нагрівають, фільтрують змішують із спиртним розчином гематоксилина. До одержаної суміші додають насичений водний розчин калію перманганату, доводять до кипіння, охолоджують і фільтрують.</p> <p>3. Розчином гематоксилина змащують в течії 2-3 хв. слизову оболонку у області осередку ураження.</p> <p>4. У нормі епітелій забарвлюється в блідо-фіолетовий колір. Атиповий приймає темно-фіолетове забарвлення. При злоякісності слизової оболонки інтенсивність забарвлення різко зростає за рахунок збільшення кількості ядерної субстанції і гіперхромності ядер. Ділянки ороговіння бідні ядрами клітин, забарвлюються трохи. При гіперкератозі фарбування не відбувається.</p>
--	---	--

**Графологічна структура теми:**  
**«Елементи ураження СОПР»**

Елементи виразки	Клінічні симптоми	Патологічні процеси СОПР. Патогенетичний механізм утворення елементів.	Клінічні приклади
<b>І. Первинні</b> Патоморфологічні елементи. <b>1. Пляма</b> запальна	Обмежена зміна кольору, не виступає над слизовою оболонкою  <i>Колір яскраво - червоний або синюшний. При натисненні зникає. Розмір від 1 до 10 мм (розеола) або більше (енантема, ерітема)</i>	<i>Гостре запалення: розширення судин мікроциркуляторного русла власне СОПР.</i>	<i>Травма без порушення слизової оболонки: гострі запальні захворювання СОПР (БЕЕ, алергічний стоматит).</i>
пігментна	1. Ділянка слизової оболонки інтенсивно забарвлена темно - коричневий колір (гіперпігментована пляма)	Підвищене відкладання меланіну в клітинах базального слоя епітелію	Вродженні плями, природний колір ясен і інших ділянок слизової оболонки в представників південних народів і негроїдної раси
	2. Ділянка слизової оболонки інтенсивно забарвлена в чорно-синій колір. Плями поширені на яснах, щоках, губах, піднебінні	Відкладення в власні пластинці слизової оболонки на колагенових волокнах, навколо судин чорних гранул солей важких металів.	Отруєння свинцем вісмутом, ртуттю.

геморагична	Ділянка синюшно-червоного кольору різних розмірів: точкові плями на слизовій оболонці (петехії), до 1 см (пурпура) обширні крововиливи (екхімози)	В результаті підвищеної проникності судинної стінки, зміни в згортальній системі крові, проникності судин, вихід формених елементів крові в власне пластинку слизової оболонки Розрив судин в підслизовому шарі, власні пластинці слизової оболонки, вихід елементів крові в тканини	Захворювання крові (гострий лейкоз, тромбоцитопенія).  Гостра травма, захворювання крові
2. <b>Вузлики (папули)</b>	1. Білувате або перламутрове, майже не підвищується над СО (до 1 мм) утворення, при зіскобі не видаляється, папули мають схильність до злитті, утворює бляшки	Хронічний запальний процес в верхніх відділах власної пластинки слизової оболонки супроводжується потовщенням епітеліального шару (акантоз); посилення ороговіння (гіперкератоз) і запальними змінами у верхніх відділах власне слизовому шарі, розширення судин, набряк і запальна інфільтрація.	ЧПЛ, лейкоплакія  Вторинний сифіліс
	2. Застійно гіперемійована ділянка СО до 5 мм, з невеликим інфільтратом в основі і чіткими межами. З розвитком запалення набуває білувато-сірого кольору. Щільний, обмежений вузьким гіперемійованим віночком. При зіскобі верхні шари знімаються, утворюються м'ясо – червоні ерозії	Специфічний запальний інфільтрат, локалізується в верхніх відділах власної пластинки слизової оболонки. Ексудат, що накопичився, просякає покривний епітелій, внаслідок чого поверхня папули набуває білувато-сірого кольору та некротизується.	
3. <b>Бугорок</b>	Щільне, різко обмежене утворення, підвищується над СО, червоно-жовтого(туберкульозний вовчак) або червоно - бурого кольору (бугорковий сифілід) розміром до 5 мм.	Вогнище обмеженого продуктивного запалення (інфекційна гранульома). Інфільтрат охоплює всі слої слизової оболонки, швидко розпадається з подальшим рубцюванням	Туберкульозний вовчак, горбиковий сифілід

4. <b>Вузол</b>	Крупне щільне утворення, при розташуванні в підслизовому шарі підвищується над поверхнею слизової оболонки. Слизова оболонка може бути не змінена або застійно-червоного кольору	Специфічний запальний інфільтрат в підслизовому шарі. Некротизується з подальшим рубцюванням	Сифілітична гума
5. <b>Волдирь</b>	Підвищується над шкірою червоне, в центрі біле утворення. Існує короткочасно, на слизовій оболонці перетворюється в пухирь	Гострий обмежений набряк сосочкового шару дерми (або власної пластинки СО)	Алергічні захворювання (кропив'янка)
6. <b>Пухирець</b>	Утворення, яке дещо підвищується над поверхнею шкіри, має серозний або геморагічний вміст, покривка швидко вскривається. На слизовій оболонці швидко руйнується та завжди представлений мілкою ерозією округлих форм	Накопичення ексудату між клітинами шиповидного шару епітелію (спонгіоз), порушення зв'язку між клітинами, утворення внутрішньоепітеліальної порожнини. Одночасно рідина накопичується всередині клітин базального і шиповидного шару (вакуольна дистрофія), клітини руйнуються або округляються в розмірах, нагадуючи кульки або балони (балонуюча дегенерація)	Простий герпес, оперізуючий лишай, ящур, вітряна віспа
7. <b>Пухир -підепітеліальний</b>	Підвищується над поверхнею СО, має серозний або геморагічний ексудат, щільну покривку	Спонгіоз, вакуольна дистрофія сприяють накопиченню рідини під епітелієм, розволокнення базальної мембрани	БЕЕ, неакантолітична пухирчатка, пухирно-судинний синдром
- <b>внутрішньо-епітеліальний</b>	Швидко розкривається покривка, по краях спостерігаються залишки пухиря. При потиранні або потягуванні за край покривки пухиря виявляється розшарування слизової оболонки – симптом Нікольського	Порушення імунних механізмів веде до розплавлення міжклітинних зв'язків шиповидних клітин (акантоліз). Виникають порожнини всередині шиповидного шару	Вульгарна пухирчатка

8. <i>Гнійничок</i>	Пухирець з гнійним вмістом дещо підвищується над поверхнею шкіри	Спонгіоз, вакуольна дистрофія, балонуюча дегенерація з подальшим інфікуванням ексудата гнійною флорою (стафілококова або стрептококова)	Виникає на шкірі і червоній каймі губ при хронічному рецидивуючому герпесі
9. <i>Кіста</i>	Підвищується над СО рота, містить прозорий вміст	Закупорка вивідних протоків малих слинних залоз, приводить до накопичення рідини. Формується утворення круглих контурів з епітеліальною вистилкою всередині	Ретенційна кіста малих слинних залоз
10. <i>Абсцес</i>	Підвищується над СО при розташуванні в підслизовому шарі. СО може бути змінена, межі чітко визначаються	Гнійне запалення тканин з формуванням порожнини	Пародонтальний абсцес

## II. *Вторинні морфологічні елементи*

1. <i>Ерозія</i>	Поверхневий дефект епітелію	Утворюється при пошкодженні покривки пухирця або вузлика	Герпетичний стоматит, БЕЕ, алергічний стоматит, ЧПЛ, травма
2. <i>Афта</i>	Поверхневий дефект СОПР, що має округлі чіткі контури, ярко-червоний обідок, розміром до 7 мм, вкритий фіброзним нальотом	Гостре альтеративне запалення, супроводжується руйнуванням поверхневого епітелію і запальною інфільтрацією власне слизової оболонки рота.	Хронічний рецидивний афтозний стоматит.
3. <i>Виразка</i>	Глибокий дефект СОПР. Визначаються краї і дно.	Руйнування епітелію і навколишніх тканин, запальна інфільтрація. Розпад пухлини або специфічної гранульоми.	Травма, рак, туберкульоз, сифіліс.
4. <i>Тріщина</i>	Лінійний дефект СОПР	Інфільтрація тканин, втрата еластичності і пружності. При розтягненні тканин руйнуються на всю глибину епітелію і нижчележачих шарів.	Хронічна тріщина губи
5. <i>Кірка</i>	Утворюється на відкритих ділянках шкіри і червоній каймі губ різного кольору - жовтого, бурого.	Висохлий ексудат пухирів або виділень ерозій і виразок. Колір залежить від характеру ексудату.	На губах при БЕЕ, хронічних тріщинах губ, вірусних ураженнях

6. <i>Наліт</i>	<p>Різні за кольором нашарування на поверхні СО від білуватого до темно-коричневого. При зіскобі знімаються.</p> <p>Фіброзний на поверхні ерозій, афт.</p> <p>Некротичний на поверхні виразок</p>	<p>Накопичення мікроорганізмів, слизу, відторгнених клітин епітелію. Колір нальоту зумовлений присутністю пігментоутворюючих мікроорганізмів, забарвлених продуктами харчування, лікарськими речовинами.</p> <p>Альтеративне запалення з утворенням ексудату, великою кількістю фібриногену, який перетворюється на фібрин. Фібрин служить основою для утворення репаративної тканини.</p> <p>Розпад тканин субстрата, частіше при інфікуванні анаеробною флорою. Глибоко проникають у власне слизовий, підслизовий, м'язовий шари заміщаються грубою фіброзною тканиною. Покриваючий його епітелій стоншується</p>	<p>Кандидоз, обкладений язик.</p> <p>БЕЕ, ХРАС, алергічний стоматит.</p> <p>Виразково-некротичний стоматит Венсану. Глибокі виразки СОПР, афта Сеттона</p>
7. <i>Рубець</i>	<p>Утворення, яке підвищується над поверхнею слизової оболонки (келлоїдний або гіпертрофічний рубець) або западає (атрофічний) на місці заживлення глибокого дефекту.</p>	<p>Глибокі дефекти, які проникають в власну пластинку, підслизовий, м'язевий шари, заміщуються грубою волокнистою тканиною. Епітелій, який покриває рубець, стоншується</p>	<p>В результаті глибоких виразок слизової оболонки рота, афт Сеттона</p>
8. <i>Лусочка</i>	<p>Поверхня, яка шелушиться слизової оболонки аьочервоної кайми губ</p>	<p>Неповне ороговіння епітеліальних клітин (паракератоз). Клітини легко відторгаються в вигляді тонких пластинок скопичуються на поверхні червоної кайми губ</p>	<p>Ексфоліативний хейліт (суха форма), метеорологічний хейліт</p>
9. <i>Вегетація</i>	<p>Горбисті м'які розростання, їх поверхня червоного кольору, ерозована, з серозним абогнійним ексудатом.</p>	<p>Розростання сосочків дерма з одночасним потовщенням шиповидного шару епітелію</p>	<p>Ерозії, папули при сифілісі.</p>

### *Загальний огляд стоматологічного хворого.*

## **ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО В КЛІНІЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

З метою встановлення діагнозу і вибору адекватного лікування лікар-стоматолог повинен ретельно обстежити хворого. Обстеження починають із опитування, яке включає виявлення скарг, з'ясування історії розвитку даного захворювання, анамнезу життя. Після опитування лікар проводить огляд щелепно-лицевої ділянки у певній послідовності, застосовуючи основні та додаткові методи діагностики.

### **ОСНОВНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ**

#### **ОПИТУВАННЯ**

Опитування хворого – збір анамнезу – перший і дуже важливий етап обстеження хворого. Вірно проведене опитування дозволяє передбачити діагноз, котрий повинен бути підтверджений об'єктивними методами обстеження.

**Скарги.** Опитування починають зі з'ясування скарг. Можна задавати питання, але краще попросити хворого розказати, що його турбує в даний момент. Під час бесіди лікар спрямовує розповідь у потрібне русло.

Найчастіше на прийом до лікаря-стоматолога хворі звертаються зі скаргами на біль, який має певні особливості залежно від діагнозу.

#### **Больовий симптом при ураженні твердих тканин зуба, пульпи і періодонту.**

Опитуючи хворого, необхідно звернути увагу на наступні особливості, що характеризують біль:

##### *- Характер виникнення болю:*

біль може бути „самовільним” - виникати без дії зовнішніх подразників (характерно для пульпіту, періодонтиту), а також бути „причинним” – виникати під впливом зовнішніх механічних, хімічних та температурних подразників (характерно для ерозії твердих тканин зуба, карієсу, пульпіту). Характер подразника, що викликає біль, указує на особливості патологічного процесу і полегшує його діагностику. Наприклад, якщо біль виникає на „гаряче”, а при дії холоду зникає, можна судити про наявність гострого гнійного пульпіту. Певний склад їжі може також викликати больові відчуття: біль від солодкого, кислого, соленого виникає у разі карієсу. У разі запального процесу в тканинах періодонту, механічне навантаження на зуб призводить до посилення болю

##### *- Локалізація та поширення болю:*

біль може бути **локалізованим** (в окремому зубі, або групі зубів), а також **нелокалізованим** (біль поступово або відразу набуває невизначеної розлитості локалізації), біль може **іррадіювати** (поширюватись) за відгалуженнями трійчастого нерва.

##### *-Тривалість болю:*

- **короткочасний** (біль від подразників у разі карієсу, ерозії, гіперестезії тканин зуба, який швидко проходить після усунення подразника), а також **тривалий** (біль, який виникає у відповідь на подразники і не зникає після припинення їх дії, що характерно для запалення пульпи).

- самовільний біль може виникати у вигляді **приступів** (характерний для пульпіту, приступи болю можуть бути короткочасними (кілька хвилин), або тривалими, між приступами є періоди відсутності болю – інтермісії, або послаблення болю - ремісії), а також бути **постійним** (характерний для гострого чи загостреного періодонтиту).

##### *- Час виникнення болю :*

самовільні приступи болю у разі пульпіту часто вперше виникають **вночі**, характерним є також посилення інтенсивності болю в нічний час (у хворих на невралгію біль виникає лише **в денний час**).

Окрім указаних різних за характером больових відчуттів, хворі із патологією твердих тканин зуба можуть скаржитись на появу естетичних дефектів (некаріозні ураження, початковий та поверхневий карієс). Відчуття дискомфорту, незначний біль при накушуванні часто виникають у разі хронічного періодонтиту, особливо гранулематозного та гранулюючого, іноді такі хворі відмічають появу рубця від нориці.

### **Скарги хворих із патологією тканин пародонта**

Як правило, хворі із патологією тканин пародонта скаржаться на:

- **кровоточивість ясен** (під час чищення зубів, іноді – спонтанну, без видимої причини);
- **больові відчуття в яснах** (незначні – у разі хронічних процесів, інтенсивні – у разі гострих і загострених; біль у яснах пульсуючого характеру виникає при пародонтальних абсцесах);
- **зміну кольору ясен** (яскрава гіперемія характерна для гострих і загострених запальних процесів, ціанотичний відтінок – для хронічних, дистрофічні процеси характеризуються блідістю ясен);
- **наявність зубних відкладень** (м'якого нальоту, над- і під'ясенного зубного каменю);
- **гноєстечу з ясен** (виникає при глибоких пародонтальних і кісткових кишнях, посилюється у разі загостреного перебігу генералізованого пародонтиту, при пародонтальних абсцесах);
- **гіперестезію зубів** (внаслідок оголення шийок і коренів зубів);
- **неприємний запах з рота** (обумовлений зубними відкладеннями, гнійними виділеннями з пародонтальних кишень, низьким рівнем гігієни порожнини рота);
- **рухомість зубів** (внаслідок резорбції міжзубних перегородок);
- **зміну положення окремих зубів, появу діастем, трем** (внаслідок резорбції міжзубних перегородок, травматичної оклюзії);
- **зміну прикусу** (у разі значної резорбції міжзубних перегородок, вираженої травматичної оклюзії);
- **порушення функції жування, мовлення** (у разі значної резорбції міжзубних перегородок, вираженої травматичної оклюзії);
- **загальну слабкість, головний біль, підвищення температури тіла** (у разі гострого і загостреного перебігу захворювань);
- **збільшення лімфатичних вузлів** (характерне для гострого, загостреного перебігу захворювань, абсцедування).

Слід відмітити, що на початкових етапах перебіг захворювань пародонта характеризується відсутністю скарг, або ж симптоми захворювань незначні, на що хворі практично не звертають уваги і не надають належного значення.

### **Скарги хворих із патологією СОПР і губ**

Як правило, хворі із патологією слизової оболонки порожнини рота і губ скаржаться на: - **біль в різних ділянках СОПР і губ** (виникає у разі запальних, алергічних процесів, при інфекційних захворюваннях, травматичних ураженнях, передпухлинних і пухлинних процесах);

- **незвичний вигляд СОПР і губ, появу висипань** (обумовлюється наявністю елементів ураження – первинних і вторинних);
- **печію, свербіж** (виникає у разі запальних, алергічних процесів, при інфекційних захворюваннях, часто - у разі кандидозу);



- **сухість в порожнині рота** (виникає внаслідок захворювань, що призводять до порушення функції великих і малих слинних залоз: атрофічний кандидоз, червоний плоский лишай, червоний вовчак, дифузна склеродермія, ревматоїдний артрит, цукровий діабет, тощо);
- **відчуття „стягнутості” СОПР** (у разі порушення процесів зроговіння СОПР, рубцевих змін);
- **спотворення смакових відчуттів** (виникає внаслідок пошкоджень СОПР під впливом мікрострумів, у разі ртутного, свинцевого стоматиту, кандидозу, тощо);
- **неприємний запах з рота** (виникає у разі таких захворювань СОПР, що супроводжуються некротичними змінами слизової оболонки, наявністю гнійних виділень і нальоту: виразково-некротичний гінгівостоматит Венсана, гангренозний стоматит, багатоформна ексудативна еритема, тощо);
- **загальну слабкість, головний біль, підвищення температури тіла** (при вірусних і інфекційних ураженнях СОПР, токсикоз-алергічних процесах);
- **збільшення лімфатичних вузлів** (характерне для інфекційних захворювань СОПР, СНІДу, сифілісу, туберкульозу, злоякісних новоутворень).

Ураження СОПР і губ можуть проявлятися самостійно, а також у поєднанні з ураженнями шкіри та інших слизових оболонок, патологією внутрішніх органів і систем.

Слід відмітити, що деякі захворювання СОПР і губ мають безсимптомний перебіг і виявляються тільки під час стоматологічного обстеження. Особливо це стосується передпухлинних і пухлинних захворювань.

### ***АНАМНЕЗ ХВОРОБИ***

Після з'ясування скарг необхідно зібрати анамнез хвороби, проаналізувати послідовність виникнення і взаємозв'язок окремих ознак хвороби та динаміку захворювання в цілому.

Для цього слід уважно розпитати хворого про найбільш ранні прояви захворювання, коли, на думку хворого, воно почалося, яким був перебіг захворювання: чи змінювались больові відчуття, чи не було раніше подібних проявів. Необхідно звернути увагу на те, як часто пацієнт звертається до стоматолога, чи регулярно і якісно проводить гігієну ротової порожнини. Враховуючи можливу спадкову схильність до деяких захворювань, необхідно з'ясувати у хворого, чи були випадки подібних захворювань у його родичів та батьків. Якщо ознаки захворювання відмічались хворим раніше, дізнаються про те, який був встановлений діагноз і як проводилося лікування, чи було воно ефективним.

Вивчення динаміки захворювання включає відомості про стан здоров'я і працездатність хворого до захворювання, про тривалість захворювання і особливості початкового періоду, про послідовність розвитку різних проявів захворювання. З'ясовують, чи були періоди покращення або погіршення стану, чим хворий їх пояснює. Лікаря повинні цікавити не тільки факти і ознаки захворювання, але і відношення хворого до цих фактів. Дане захворювання може виявитись загостренням хронічного чи наслідком іншого захворювання, навіть перенесеного в ранньому дитинстві.

Якщо у пацієнта є документація про проведене обстеження і лікування (виписка з історії хвороби, рентгенограми, лабораторні аналізи, спеціальні методи обстеження, консультації різних спеціалістів), необхідно з нею ознайомитись. З'ясовують також можливий зв'язок даного захворювання із іншими хворобами, оперативними втручаннями, травмами, тощо.

Правильно зібраний і проаналізований лікарем анамнез хвороби дає відомості про характер перебігу захворювання, взаємозв'язок із патологією інших органів і систем, об'єм та ефективність раніше проведеного лікування.

### **АНАМНЕЗ ЖИТТЯ**

**Анамнез життя** – наступний етап суб'єктивного обстеження пацієнта, який дає можливість встановити причини виникнення захворювання, правильно провести диференційну діагностику, а також дає загальне поняття про особливості організму пацієнта, що має значення для вибору методу лікування та для профілактики ускладнень захворювання.

Анамнез життя можна збирати за наступною схемою:

1. Загальні біографічні дані (де народився, чи не відставав у фізичному розвитку від однолітків)
2. Умови життя пацієнта (незадовільні соціально - побутові умови, навіть ті, що мали місце в минулому, особливо в дитячому віці, можуть впливати на розвиток захворювання).
3. Характер харчування (незбалансоване харчування, дефіцит у харчовому раціоні вітамінів, мінералів, білків, ненасичених жирних кислот, переважання вуглеводів та ін. чинників, які створюють передумови, що можуть бути причиною захворювання або обтяжувати його перебіг).
4. Перенесені захворювання, травми, операції (звернути особливу увагу чи не хворіє пацієнт туберкульозом, венеричними захворюваннями, СНІДом. Лікар не повинен обмежуватись лише установленням факту перенесених захворювань, необхідно також з'ясувати особливості їх перебігу та наявність ускладнень).
5. Алергологічний анамнез (наявність алергологічного анамнезу слід враховувати при застосуванні лікарських препаратів та проведенні анестезії).
6. Спадковість. Сімейний анамнез (стан здоров'я родичів; причини смерті близьких родичів; наявність спадкових захворювань).
7. Професійна діяльність (відомості про умови праці та їх вплив на здоров'я пацієнта, виявлення професійних шкідливостей дають можливість встановити причини розвитку захворювання).
8. Шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю, наркотиків - можуть бути причиною чи обтяжують перебіг багатьох захворювань).

Повний анамнез життя в комплексі з даними скарг хворого й анамнезу хвороби дають можливість лікарю встановити попередній діагноз захворювання, передбачити його перебіг та можливі ускладнення.

### **ОГЛЯД ХВОРОГО**

Після з'ясування, скарг, анамнезу хвороби та життя, приступають до огляду пацієнта. Огляд включає наступні етапи:

А. Зовнішній огляд

Б. Огляд порожнини рота: а) м'які тканини;

б) зуби і тканини періодонту.

Зовнішній огляд хворого проводять при денному світлі. Лікар повинен одягнути рукавиці, маску.

Звертають увагу на загальний вигляд хворого, конфігурацію обличчя (наявність набряку, асиметрії), колір шкіри та червоної облямівки губ, наявність елементів ураження.

**Конфігурація обличчя** може змінюватись при запальних процесах щелепно-лицевої ділянки, пухлинах, травмах, при деяких ендокринних захворюваннях. Так, при гіперфункції щитовидної залози ( „базедова хвороба” ) відмічають вип'ячування

очного яблука ( екзофтальм ), збільшення щитовидної залози.. При нефриті, серцево-судинних захворюваннях конфігурація обличчя може змінюватись за рахунок набряку. Набряк обличчя може спостерігатись при алергічних станах (набряк Квінке ).

Зміна конфігурації обличчя, наявність набряку, колір шкірних покривів, пігментації, а також стан волосяного покриву і нігтів часто допомагають лікарю правильно провести диференційну діагностику.

Зміни **кольору шкірних покривів та червоної облямівки губ** можуть проявлятися *блідістю*, яка спостерігається у разі анемії та захворювань нирок. Однак, шкіра при нирковій анемії тепла, а при захворюваннях серця - холодна. У хворих на мікседему шкіра бліда і зморшкувата, епідерміс ущільнений, чим відрізняється від стану шкіри хворих із патологією нирок і серця.

*Почервоніння* шкіри спостерігається у разі поліцитемії ( збільшення кількості еритроцитів ) і супроводжується розширенням судин. Почервоніння обличчя спостерігається також при алкоголізмі, що обумовлено помірною поліцитемією і частково розширенням судин.

Колір обличчя, губ, СОПР може мати *синюшний (ціанотичний) відтінок*. Ціаноз поділяється на справжній та несправжній. Справжній - з'являється, коли в крові знаходиться значний відсоток відновленого гемоглобіну, а також при довготривалому прийомі лікарських препаратів (сульфаніламідів, фенацетин, аналгетики). Справжній ціаноз спостерігається також при вроджених та набутих вадах серця, при легеневій недостатності (емфізема легень, бронхоектази та ін.). Несправжній ціаноз спостерігається внаслідок відкладення в шкірі та СОПР похідних срібла та золота.

Шкірні покриви *жовтуватого відтінку* різної інтенсивності відмічаються у разі захворювань печінки, при анеміях (гемолітичній та перніціозній) хронічних ентероколітах, затяжних септичних станах, у хворих із онкологічною патологією та ін.

Пігментна маска, або *гіперпігментація* навколо очей у вигляді окулярів, спостерігається переважно у жінок і часто носить сімейний характер. Гіперпігментація може спостерігатись у хворих на цироз печінки та тіреотоксикоз. Пігментація шкіри часто відмічається у вагітних. У разі залізодефіцитної анемії, хвороби Аддісона, гемохроматозу, лімфогранулематозу, оваріальних дисфункцій, авітамінозів В 12, РР, В1 та ін. часто виявляється значна пігментація шкіри.

Часто пігментації зумовлені надмірним вмістом меланіну, а при деяких захворюваннях, таких як гемосидероз - гемосидерину, хронічна порфірія-порфіріну, тощо.

Оглядаючи шкірні покриви обличчя і шиї, відмічають наявність елементів ураження (первинних, вторинних). У разі їх проявів, а також скарг хворого на появу висипань в порожнині рота, оглядають шкірні покриви тіла

Після зовнішнього огляду визначають **еластичність шкіри обличчя**, оцінюючи вміст рідини в тканинах та стан кровопостачання. Для цього двома пальцями ( великим і вказівним ) беруть шкіру у складку, а тоді відпускають її, визначаючи ступінь зневоднення та стан кровопостачання.

Далі визначають **стан лімфатичних вузлів**. При цьому слід звернути увагу на розмір, рухомість, болючість, а також на спаяність з підлеглими тканинами. При пальпації підщелепних, задніх вušних і шийних лімфовузлів однією рукою нахилиють голову хворого вниз, а другою послідовно пальпують лімфовузли трьома пальцями. Підборідочні лімфовузли пальпуються в такому ж положенні вказівним пальцем. Щічні, носогубні, нижньощелепні лімфовузли пальпуються бімануально: пальцями однієї руки зі сторони ротової порожнини, іншої руки - ззовні.

Навколоушні лімфовузли пальпують двома - трьома пальцями в проекції гілки нижньої щелепи або позащелепної ділянки, а також бімануально по передньому краю привушних слинних залоз.

Якщо хворий скаржиться на зміни СОПР чи появу елементів ураження, необхідно ретельно оглянути шкірні покриви тіла.

### **ВНУТРІШНЬО-РОТОВЕ ОБСТЕЖЕННЯ.**

Пацієнт знаходиться у положенні сидючи, знімні протези необхідно зняти. Внутрішньо-ротове обстеження починають з **огляду червоної облямівки та куточків рота** при закритому та відкритому роті. Визначають їх колір, блиск, консистенцію. У нормі червона облямівка губ рожевого кольору, м'якої консистенції, в цій зоні розташовуються сальні залози (звернути увагу на зміну кольору, наявність патологічних елементів, ущільнень у даній ділянці). При огляді внутрішньої поверхні губи виявляється горбиста поверхня, обумовлена розташуванням у слизовому шарі дрібних слинних залоз. Можна побачити точкові отвори - вивідні протоки цих залоз і спостерігати накопичення крапель секрету біля їх устя, затримуючи рот у відкритому положенні.

Далі оглядають **присінок рота**: визначають межі вуздечок та складок слизової, відводячи губу, а потім щоку вперед та вгору при напіввідкритому роті. У нормі вуздечки верхньої та нижньої губи закінчуються на слизовій оболонці альвеолярного відростка, не доходячи до ясенного краю на 5-7 мм. Інший кінець з'єднується з апоневрозом колового м'язу рота (відмітити відхилення від норми у прикріпленні вуздечок, звернути увагу на наявність діастем, стан тканин пародонта в ділянці аномалійно розташованих тяжів). З вестибулярного боку в ділянці премолярів як на верхній, так і на нижній щелепі є бічні щічно-ясенні складки (відмічають висоту їх прикріплення, рухомість, зв'язок з ясенними сосочками). Звертають увагу на перехідну складку (місце переходу рухомої слизової альвеолярного відростка у слизову щоку), вона є верхньою (для верхньої щелепи) та нижньою (для нижньої щелепи) межею склепіння присінку рота. Склепіння має різний об'єм (воно є вузьким у передній ділянці та розширюється у дистальному напрямку), при відкритому роті за рахунок скорочення м'язів зменшується і його вертикальний розмір. Відмічають стан слизової оболонки присінку рота (колір, консистенцію, зволоженість, стан дрібних слинних залоз, наявність патологічних елементів). Визначають глибину присінку (вимірюють відстань від краю ясен до дна присінку градуйованим інструментом). Присінок рота вважається дрібним, якщо його глибина не більше 5мм, середнім-8-10мм, глибоким-більше 10мм.

Після цього переходять до **огляду щік**. Використовуючи два дзеркала, обстежують слизову оболонку спочатку правої, а потім лівої щоки від кута рота до піднебінної мигдалини. При відкриванні рота слизова гладка, а при змиканні щелеп стає складчастою. Відмічають колір, зволоженість, тургор слизової (якщо наявні патологічні елементи - вказати на це); звертають увагу на стан вивідних протоків привушних слинних залоз, які відкриваються на рівні других верхніх молярів. Не слід приймати за патологію залози Фордайса (сальні залози, розташовані по лінії змикання зубів, у вигляді блідо-жовтих вузликів діаметром до 1-2 мм, які не підвищуються над рівнем слизової).

Далі проводять **огляд ясен**. Спочатку оглядають щічну та губну ділянки, починаючи з правої верхньої ділянки, поступово переміщуючись по дузі вліво. Перемістити дзеркало на нижню щелепу зліва і йти вправо по дузі. Потім обстежити язикову та піднебінну ділянки ясен таким самим чином. Відмітити колір, консистенцію, кровоточивість, глибину ясенної борозни, цілісність зубоясенного з'єднання, стан та контури міжзубних сосочків. Нормальна, клінічно здорова слизова

ясен блідо-рожевого кольору, помірно зволожена, при пальпації не болюча, пружної консистенції. Ясна щільно охоплюють шийку зуба, ясенні сосочки займають міжзубні проміжки в ділянці шийок зубів, утворюючи „фестони”. У нормі в місці зубоясенного з’єднання утворюється ясенна борізка, глибина якої становить 1-1,5мм. У разі запального процесу відмічають характер запалення (катаральне, гіпертрофічне, виразкове), характер перебігу (гострий, хронічний, загострений), поширеність (локалізоване, генералізоване), ступінь запалення. Якщо відмічається порушення цілісності зубоясенного з’єднання та утворення пародонтальної кишені, необхідно провести вимірювання її глибини за допомогою пародонтологічного зонда або каліброваної гладилки (проводять не менше 4-х вимірювань з кожного боку зуба: з медіальної і дистальної частини на вестибулярній стороні і аналогічно - на оральній; аналізуючи отримані значення, враховують максимальну глибину кишені). Одночасно визначають наявність та характер ексудату в кишенях. Перевіряють наявність набряків, нориць, пухлинних утворів.

Потім переходять до обстеження **власне порожнини рота**. У першу чергу проводять загальний огляд, звертаючи увагу на колір, зволоженість слизової (у разі наявності зміни кольору, ознак запалення, патологічних елементів указують на це).

**Огляд язика.** Розрізняють кінчик, тіло та корінь язика; верхню(спинка) і нижню поверхні, а також бічні краї язика. На задній третині язика локалізується лімфоїдна тканина у вигляді фолікулів (язикова мигдалина). На поверхню язика (особливо дистальної частини) відкриваються протоки дрібних слинних залоз. Власне слизова оболонка разом з епітелієм утворює сосочки язика: ниткоподібні (найбільш чисельні, розташовані по всій поверхні язика), грибоподібні (у вигляді червоних крапок розташовуються на кінчику язика, меншою мірою –на спинці), листоподібні (розташовуються по краях язика у дистальних відділах, утворюючи невеликі виступи, які не слід приймати за патологію), та жолобуваті (розташовуються на лінії межі кореня та тіла язика у вигляді римської цифри V). На бічній поверхні в ділянці кореня язика є більшою чи меншою мірою виражене судинне венозне сплетення, яке помилково можна прийняти за патологію.

Оглядаючи язик, звертають увагу на розмір (відмічають можливі відхилення від норми: макро-, мікрогловію, набряк язика); наявність нальоту; зміни рельєфу, кольору слизової; консистенцію та рухомість язика. Відмічають наявність патологічних елементів.

На нижній поверхні язика слизова більш рухома і в середній частині переходить у вуздечку язика та вистилає дно порожнини рота.

**Огляд дна порожнини рота.** Слизова оболонка, яка вистилає дно порожнини рота, утворює декілька складок. Вуздечка язика –це вертикальна складка, яка з’єднує нижню поверхню язика з оральною частиною ясен. По боках від вуздечки язика відкриваються протоки піднижньощелепної та під’язикової слинних залоз, від яких дистально іде валик, утворений тілом і протокою залози. Особливістю слизової дна порожнини рота є наявність добре розвинутого підслизового шару з підлеглими м’язами та жировою тканиною, що обумовлює значну рухомість слизової.

Відмічають колір, судинний малюнок, податливість слизової оболонки; прикріплення вуздечки язика, обмеження рухів язика, ретракцію ясен у разі короткої вуздечки; стан вивідних протоків великих слинних залоз (під’язичних і підборідочних).

Далі переходять до **огляду твердого та м’якого піднебіння**. Слизова оболонка твердого піднебіння майже на всьому протязі щільно з’єднана з окістям (альвеолярна ділянка, піднебінний шов), в указаних ділянках слизова нерухома. У передньому відділі твердого піднебіння є незначна кількість жирової тканини, що обумовлює її

вертикальну податливість. У дистальній третині піднебіння добре виражений підслизовий шар (місце виходу судинно-нервових пучків через великий та малий піднебінні отвори), тому указана ділянка має деяку рухомість.

Визначають стан (вираженість, положення, забарвлення, болючість) різцевого сосочка, поперечних піднебінних складок, шва піднебіння, наявність піднебінного валика. У різних людей ці утвори можуть бути значно або, навпаки, зовсім не виражені; але це є варіантами норми. Одночасно визначають висоту склепіння піднебіння, яка залежить від вертикального розміру альвеолярного відростка (ця величина змінюється залежно від наявності або відсутності зубів, причин втрати зубів) та розвитку всієї щелепи. При вузькій верхній щелепі склепіння піднебіння є високим, при брахіцефалічній формі черепа - плоским.

На межі твердого та м'якого піднебіння по боках від серединного піднебінного шва розташовуються піднебінні сліпі ямки. Вддовж лінії розташування цих ямок у нормі блідо-рожева слизова твердого піднебіння переходить у слизову м'якого піднебіння, яка відрізняється рожево-червоним забарвленням (відмічають колір, зволоженість, наявність патологічних елементів слизової м'якого піднебіння). За крило-піднебінною складкою конкуруються піднебінні мигдалики (звертають увагу на їх розмір, колір слизової, наявність ознак запалення та патологічних елементів).

### **ОГЛЯД ЗУБІВ**

Визначають стан твердих тканин зубів, застосовуючи інструменти: стоматолгічне дзеркало, зонд, пінцет. Візуально визначають колір, величину зубів, наявність ділянок ураження.

Проводять зондування зубів для визначення їх цілісності, консистенції, дефектів і ступеня чутливості твердих тканин. Однією рукою беруть дзеркало, іншою - зонд і обстежують стан твердих тканин зубів, виявляють каріозні порожнини. За допомогою зонду визначають глибину, розміри порожнини, ступінь розм'якшення емалі та дентину.

Далі проводять перкусію зубів для визначення стану верхівкового періодонту: пінцетом або ручкою зонда перкутують по ріжучому краю або жувальній поверхні зуба, спочатку у вертикальному, а потім - у горизонтальному напрямку. Деталізують відчуття пацієнта, проводячи порівняльну перкусію в сусідніх (інтактних) зубах.

За допомогою стоматологічного пінцета визначають рухомість зубів у вестибуло-оральному, мезіо-дистальному та вертикальному напрямках.

Зміни епітелію СОПР, що виникають унаслідок різних патологій і процесів, можна розподілити на три типи: порушення зроговіння, ексудативні зміни та гіпертрофія.

До порушень зроговіння належать пара-, гіпер- та дискератоз.

**Паракератоз** - неповне зроговіння, пов'язане із втратою здатності клітин епітелію виробляти кератогіалін. Зернистий шар відсутній, роговий шар потовщується, а його клітини містять паличкоподібні ядра. Клінічно це проявляється помутнінням епітелію СО.

**Гіперкератоз** - надмірне потовщення рогового шару епітелію. Інколи роговий шар утворений декількома десятками рядів зроговілих клітин. Гіперкератоз виникає унаслідок надмірного утворення кератину, коли

зернистий та шипуватий шари потовщуються, або через затримку злущування, коли зернистий, а інколи і шипуватий шари виявляються тоншими, ніж звичайно. В основі гіперкератозу лежить інтенсивний синтез кератину в результаті підвищення функціональної активності клітин епітелію, що клінічно проявляється значним побілінням та потовщенням СО.

**Дискератоз** - порушення процесу зроговіння окремих епітеліальних клітин. Вони збільшуються, стають округлими; ядра інтенсивно забарвлені, цитоплазма еозинофільна, злегка зерниста. Такі клітини втрачають міжклітинні контакти, хаотично розташовані у більшості шарів епітелію. Доброякісний дискератоз характеризується утворенням круглих тілець і зерен у роговому шарі. При злоякісному дискератозі відбувається зроговіння незрілих та поява атипичних клітин, що характерно для хвороби Боуена та плоскоклітинного раку. Ексудативні зміни в епітелії спостерігаються при запальних захворюваннях. До цих змін належать вакуольна дистрофія, спонгіоз, балонуюча дистрофія, акантоліз.

**Вакуольна дистрофія** - це накопичення рідини всередині клітин шипуватого та базального шарів. Розміри клітин збільшуються; ядро відтискується до периферії, змінює форму і розміри, а надалі розпадається з утворенням одноклітинної порожнини. У разі злиття кількох таких порожнин виникають порожнини більшого розміру.

**Спонгіоз, або міжклітинний набряк**, - накопичення рідини в міжклітинних просторах шипуватого шару. Серозний ексудат потрапляє в міжклітинні проміжки епітелію сполучної тканини СОПР. Ексудат розтягує, а потім і розриває міжклітинні зв'язки, заповнюючи порожнини, що при цьому утворюються.

**Балонуюча дистрофія** - вогнищеві зміни клітин шипуватого шару, які збільшуються, округлюються, набуваючи вигляду кульок або балонів. Унаслідок колікваційного некрозу такої ділянки епітелію утворюються порожнини, заповнені ексудатом, де плавають гомогенні кулькоподібні клітини, що нагадують балони.

**Акантоліз** - розплавлення міжклітинних сполучень, що спричинює втрату зв'язків між епітеліальними клітинами, та утворення між ними щілин, а згодом і пухирів. Епітеліальні клітини, що втратили зв'язок, зменшуються, округлюються, мають більші ядра, вільно плавають. Ці клітини називаються акантолітичними, або клітинами Тцанка. Вакуольна дистрофія, спонгіоз, балонуюча дистрофія та акантоліз клінічно проявляються наявністю на СО пухирів та пухирців. Кожна з цих змін самотійно трапляється рідко, найчастіше вони відображають динаміку ексудативного запалення СОПР.

Характерні ознаки морфологічних елементів оцінюються візуально, пальпаторно, шляхом зішкрябування чи з використанням додаткових методів діагностики (люмінесценція, стоматоскопія, цитологічне і гістологічне дослідження). Так, визначити характер окремих уражень (виразок, новоутворів) допомагає пальпація, яка дає можливість визначити консистенцію утвору, глибину його залягання, рухомість, характер зв'язку з прилеглими тканинами, наявність запального інфільтрату, болючість, кровоточивість. Така пальпація може проводитись не тільки мануально, а й за допомогою пінцета з ватним тампоном. Для клінічної оцінки запальних та бластоматозних процесів велике значення має пальпація лімфатичних вузлів (підщелепних, підборідних, шийних, щічних). Проведення спеціальних методів обстеження значно наближає лікаря до встановлення остаточного діагнозу захворювань СОПР. Нерідко для його підтвердження використовують цілу низку допоміжних методів обстеження. Залежно від характеру ураження СОПР застосовують загальноклінічні лабораторні методи дослідження (клінічний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, сечі, визначення електролітів крові, визначення вмісту вітамінів у крові; моноцитограма). Аналіз крові дає змогу уточнити характер захворювань СОПР, виявити його зв'язок із патологією органів кровотворення. За допомогою біохімічного дослідження крові визначають протеїнограму, концентрації білків крові, електроліти у сироватці крові, вміст вітамінів тощо. Концентрація протеїнів у плазмі крові свідчить про ступінь тяжкості захворювання. Протеїнограма свідчить про стан реактивності організму. Зміни концентрації електролітів часто свідчать про тяжкість захворювання. Про захисну реакцію організму свідчить також моноцитограма. Дослідження сечі проводять при запаленнях СО з метою виявлення захворювань нирок, цукрового діабету. Велике значення в діагностиці надається морфологічним методам дослідження: цитологічному, гістологічному, гістохімічному. Вони являються також об'єктивними тестами для оцінки реактивності організму, перебігу хвороби в динаміці й ефективності проведеного лікування. Мікробіологічне дослідження дозволяє виявити етіологію захворювання, встановити вірулентність мікрофлори та її чутливість до антибіотиків та інших протимікробних препаратів. Імунологічні дослідження дають змогу з'ясувати як етіологію захворювання (реакція Васермана, Манту, Пірке, алергічні проби, на СНІД), так і дати оцінку імунологічного стану хворих з ураженням СОПР (внутрішньошкірна проба Р.Е.Кавецького в модифікації С.М.Базарнової, визначення лізоциму, фагоцитарна активність лейкоцитів, РАМ (реакція адсорбції мікроорганізмів та інші). Про стан реактивності організму хворого свідчать і функціональні проби (пухирна, гістамінова).



**Проба Роттера** дозволяє якісно виявити недостачу вітаміну С в організмі. Проба Шиллера-Писарева свідчить про ступінь запального процесу, її використовують і для оцінки ефективності лікування захворювань пародонта і СОПР. Для діагностики захворювань СОПР сьогодні широко використовують інструментальні методи діагностики. Так, діаскопія дає можливість визначити характер еритеми й уточнити деталі елементів ураження.

**Стоматоскопія** дає змогу конкретизувати клінічний діагноз на ранніх стадіях розвитку патологічного процесу. Проведення за допомогою фотодіаскопа (фотостоматоскопія) дозволяє документувати осередки ураження СО.

**Люмінесцентне дослідження** дає більш докладнішу інформацію про зону ураження, особливо при захворюваннях, що супроводжуються зроговінням епітелію. Здорова СО відсвічує блідо-синювато-фіолетовим кольором. Для діагностики передпухлинних захворювань широко використовують флюоресцентну біомікроскопію, особливо конкретну флюоресцентну біомікроскопію (КФБ). Визначення електролітних потенціалів у порожнині рота дає можливість діагностувати гальванізм. Величина електропотенціалів у ротовій порожнині в нормі за відсутності в порожнині рота металевих включень дорівнює 2-5 мкВ. Аналіз і синтез отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних, як правило, через систему диференційного діагнозу допомагає з'ясувати остаточний діагноз хворого. Але слід пам'ятати, що в окремих випадках є необхідність звертатися за консультацією до інших спеціалістів (дерматовенеролога, гастроентеролога, гематолога, інфекціоніста, алерголога та ін.).