



Заболевания
полости рта



Essentials of
Oral Medicine

Sol Silverman, Jr, MA, DDS

Professor

Division of Oral Medicine

Department of Stomatology

University of California School of Dentistry

San Francisco, California

L. Roy Eversole, DDS, MSD, MA

Professor

Department of Pathology and Medicine

University of the Pacific School of Dentistry

San Francisco, California

Edmond L. Truelove, DDS, MSD

Professor and Chairperson

Department of Oral Medicine

University of Washington

University of Washington Medical Center

Seattle, Washington

2001

BC Decker Inc

Hamilton • London



Заболевания
полости рта

Сол Сильвермен
Л. Рой Эверсоул
Эдмонд Л. Трулав

Перевод с английского



Москва
«МЕДпресс-информ»
2010

УДК 616.31:61
ББК 56.6
С36

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Перевод с английского: О.Н.Лукинская

Сильвермен С.

С36 Заболевания полости рта / Сол Сильвермен, Л. Рой Эверсоул, Эдмонд Л. Трулав ; пер. с англ. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 472 с. : ил.
ISBN 978-5-98322-672-2

Данная книга посвящена оральной медицине – дисциплине, не изучающейся в нашей стране как отдельная наука, но ее разделы входят в состав изучаемых предметов. Оральная медицина включает в себя вопросы диагностики, лечения, профилактики заболеваний слизистой оболочки рта и мягких тканей челюстно-лицевой области, внутриротовых проявлений соматических заболеваний, болезней ротовой полости, связанных с неврологическими расстройствами. Книга привлекает именно интеграцией вышеупомянутых дисциплин в единую систему, позволяющую врачу упорядочить свои знания и умения.

По своей сути книга является учебным пособием и может быть интересна практикующим стоматологам-терапевтам, студентам и преподавателям стоматологических вузов и факультетов.

УДК 616.31:61
ББК 56.6

ISBN 1-55009-146-8
ISBN 978-5-98322-672-2

The original English language work has been published by B.C.DECKER, INC.
Hamilton, Ontario, Canada
© 2002 B.C.Decker, Inc. All rights reserved
© 2002 PMPH USA, Ltd. of Shelton, CT, USA
© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление,
оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2010



Содержание

НАЧАЛО РАБОТЫ С ПАЦИЕНТОМ

1. Сбор анамнеза 11
L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA, Sol Silverman, Jr, MA, DDS
2. Физикальное обследование головы и шеи 18
L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA, Sol Silverman, Jr, MA, DDS

ПРОЯВЛЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЛОСТИ РТА

3. Заболевания сердечно-сосудистой системы 35
L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA
4. Заболевания почек и артериальная гипертензия 47
L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA
5. Респираторные заболевания 55
L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA
6. Заболевания печени и желудочно-кишечного тракта 70
L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA
7. Нарушения свертываемости 79
L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA
8. Заболевания крови 87
Douglas E.Peterson, DMD, PhD, Mark M.Schubert, DDS, MSD, Sol Silverman, Jr, MA, DDS, L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA
9. Эндокринные заболевания 109
Carol M.Stewart, DDS, MS
10. Заболевания паразитовидных желез и нарушения кальциевого обмена 130
Sol Silverman, Jr, MA, DDS
11. Нежелательные реакции на лекарственные препараты 138
Peter L.Jacobsen, PhD, DDS

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

12. Механизмы инфекции и противоинфекционная защита организма 144
L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA
13. Вирусы герпеса и энтеровирусы 152
Sol Silverman, Jr, MA, DDS, L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA
14. Вирус иммунодефицита человека 165
Michael Glick, DMD, Sol Silverman, Jr, MA, DDS
15. Вирусы папилломы человека и папилломатозные поражения полости рта 185
L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA
16. Гепатиты В и С 195
Craig S. Miller, DMD, MS

17. Бактериальные инфекции 204
Jed J. Jacobson, DDS, MS, MPH, Sol Silverman, Jr, MA, DDS
18. Грибковые инфекции полости рта 218
Joel B. Epstein, DMD, MSD, FRCD(C), Sol Silverman, Jr, MA, DDS, Jacob Fleischmann, MD
19. Инфекционный контроль 230
Eve Cuny, MS, William M. Carpenter, DDS, MS

ПОРАЖЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

20. Предраковые состояния полости рта и плоскоклеточный рак 238
Sol Silverman, Jr, MA, DDS, L. Roy Eversole, DDS, MSD, MA
21. Иммунопатологические поражения слизистой оболочки 263
Sol Silverman, Jr, MA, DDS, L. Roy Eversole, DDS, MSD, MA
22. Пигментации слизистой оболочки рта и кожи лица 278
L. Roy Eversole, DDS, MSD, MA, Sol Silverman, Jr, MA, DDS
23. Пролиферативные заболевания и новообразования лица и полости рта 289
L. Roy Eversole, DDS, MSD, MA, Sol Silverman, Jr, MA, DDS
24. Гранулематоз челюстно-лицевой области и другие гиперпластические поражения 309
L. Roy Eversole, DDS, MSD, MA
25. Отклонения в развитии слизистой оболочки рта 318
Sol Silverman, Jr, MA, DDS
26. Заболевания слюнных желез 327
Philip C. Fox, DDS, L. Roy Eversole, DDS, MSD, MA

ЛИЦЕВАЯ БОЛЬ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

27. Органы чувств: расстройства вкуса и обоняния 348
Jonathan A. Ship, DMD, Elisa M. Chávez, DDS
28. Механизмы боли 363
Edmond L. Truelove, DDS, MSD
29. Боль и поведение 379
Edmond L. Truelove, DDS, MSD
30. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава 391
Edmond L. Truelove, DDS, MSD
31. Головная боль 410
Edmond L. Truelove, DDS, MSD
32. Невралгии и невропатическая боль 426
David A. Sirois, DMD, PhD
33. Атипичная лицевая боль 438
Bruce Blasberg, DMD, FRCD(C)
34. Синдром «горящего рта» 446
Miriam Grushka, DDS, PhD, Joel B. Epstein, DMD, MSD, FRCD(C), Jill S. Kawalec, PhD
35. Иррадиация боли в челюстно-лицевую область 452
Edmond L. Truelove, DDS, MSD
36. Боль в челюстно-лицевой области при злокачественных опухолях 463
Joel B. Epstein, DMD, MSD, FRCD(C)



Предисловие

Оральная медицина – дисциплина, включающая заболевания слизистой оболочки рта и внутриоральные проявления соматических заболеваний – является разноплановой и динамично развивающейся отраслью здравоохранения, которая требует от врача знаний основ стоматологии, общеклинических и общемедицинских дисциплин, необходимых для оказания пациенту помощи при множестве заболеваний и патологических состояний, развивающихся в области головы и шеи. Эти нарушения могут быть как локальными, так и являться проявлениями соматических заболеваний или, наоборот, захватывать другие органы и системы при патологических процессах в полости рта.

Несмотря на то что для становления фундаментальных знаний в области оральной медицины необходима структурированная учебная программа, главным для внедрения ее принципов в общую стоматологическую практику является наличие профессиональных знаний. Поскольку оральная медицина включает в себя основные элементы анатомии и патофизиологии, диагностики, профилактики и лечения, врачу нужны базовые данные, и постоянное образование в этой области никогда не закончится. Получая опыт дифференциальной диагностики, знания, умения и опыт назначения диагностических исследований и лечения, врач нарабатывает основные компоненты, необходимые для оптимального ведения пациентов.

С учетом вышесказанного мы разделили эту книгу на 5 частей, посвященных соответственно обследованию пациентов, ведению пациентов с общесоматическими нарушениями, инфекционно-воспалительными заболеваниями полости рта, поражениями мягких тканей, лицевой болью и неврологическими нарушениями. В каждой из частей описываются и иллюстрируются заболевания и патологические состояния ротовой полости, в том числе связанные с молекулярными нарушениями. Наша цель – облегчить как студентам, так и практикующим врачам постановку заключительного диагноза и назначение соответствующего лечения.

В книге обсуждаются и иллюстрируются основные методы сбора анамнеза, а также обследования полости рта, головы и шеи. Это первые шаги на пути соотнесения жалоб пациента и сущности заболевания (дифференциальный диагноз). Краткий обзор важнейших систем организма помогает понять взаимосвязь между находками в ротовой полости и общим состоянием здоровья пациента. В книге содержится большое количество цветных иллюстраций, для того чтобы врач смог определить и классифицировать отклонения от нормы, а также сущность заболевания.

Мы подготовили эту книгу, чтобы упростить врачу процесс диагностики и назначение лечения, улучшить уход за пациентом и предотвратить развитие осложнений. Мы надеемся, что она поможет вам достичь поставленной цели.

Sol Silverman Jr
L. Roy Eversole
Edmond L. Truelove

June 2001



Благодарности

Нам бы хотелось выразить свою благодарность нашим студентам и пациентам, которые постоянно рисковали стать жертвой нашей диагностической интуиции. Отдельное спасибо Ms. Heather Kidd из издательства «BC Decker» за ее поддержку и усилия, направившие нас к достижению цели (т.е. к изданию этой книги), за разработку всех ее элементов, за массу уточненных деталей и оформление нашего текста.

Авторы также хотят выразить свое признание Drs. Rasika Naran, Perry T. Francis, Don Fowkes и Mrs. Maria Co-Viray за выполнение роли экспертов и пациентов в материалах раздела, посвященного методике обследования. Хочется также отметить содействие и совместную работу других авторов – их содержательные дополнения к этой книге были очень ценны для нас.

Эта книга посвящается пациентам, которых авторы обследовали, диагностировали и лечили в общей сложности на протяжении более века совокупной клинической практики. Эти пациенты испытывали боль, прошли через потерю функций, физические изменения, снижение качества жизни от многочисленных неопластических, инфекционных, воспалительных и неврологических заболеваний, которые они перенесли. Мы надеемся, что сделали все возможное для их излечения.

1

Сбор анамнеза

L.Roy Eversole, DDS, MSD, MA, Sol Silverman, Jr, MA, DDS

Подход к пациенту, 11

Выявление основной жалобы, 12

Общемединский анамнез, 13

Стоматологический анамнез, 13

Обзор систем органов, 15

Для того чтобы лечение стоматологического пациента оказалось эффективным, прежде всего необходимо: 1) установить контакт с пациентом; 2) выявить его основную жалобу; 3) записать историю настоящего заболевания; 4) ознакомиться с перенесенными и сопутствующими заболеваниями; 5) провести тщательное физикальное обследование (рис. 1-1). Выполнение данных пяти пунктов позволяет врачу получить необходимую информацию о пациенте и составить план дальнейшего обследования и лечения. Многие жалобы характерны для нескольких заболеваний, поэтому следует проводить дифференциальную диагностику. Для этого проводятся дополнительные клинические, лабораторные исследования (цитологический метод, биопсия), лучевая диагностика. После сбора и анализа всей информации ставится окончательный диагноз. В некоторых случаях, когда установить окончательный диагноз не удастся, можно назначить лекарственную терапию, для того чтобы определить, имеется ли какое-либо улучшение.

Подход к пациенту

При обследовании пациента одним из наиболее важных этапов является установление с ним контакта. Партнерские взаимоотношения между врачом и пациентом являются залогом честности и доверия со стороны пациента. Необходимо приложить усилия, для того чтобы пациент сотрудничал с врачом

и воспринимал себя активным участником процесса лечения, а не сторонним наблюдателем. Довольно часто пациенты с патологическими элементами в полости рта подозревают у себя наличие таких серьезных заболеваний, как рак или синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Кроме того, пациенты, которые при отсутствии эффективного лечения в течение несколь-



Рис. 1-1 Обследование пациента.

ких недель или даже месяцев испытывают хроническую боль, могут быть тревожны и раздражительны. Доброта, поддержка, забота и честность врача помогут расположить к себе пациента. Больной должен почувствовать себя одним из наиболее важных людей в расписании врача. Некоторых пациентов сопровождают друзья, родственники или супруги. Сопровождающим людям следует объяснить, что вам необходимо побеседовать с больным наедине и что вы им обязательно сообщите о результатах обследования, если раскрытие данной информации не повредит пациенту. При приеме детей желательно присутствие кого-нибудь из родителей.

На сегодняшний день возросло число судебных разбирательств по делам о сексуальных домогательствах, поэтому при обследовании пациента целесообразно, чтобы в кабинете находился ассистент или чтобы дверь оставалась открытой, особенно если врач и пациент разного пола. Шутливый тон является неуместным в профессиональной беседе с больным, потому что зачастую он может быть воспринят пациентом оскорбительно.

Получить необходимую информацию можно следующим образом:

1. До посещения заполняется анкета пациента с основными пунктами анамнеза. Затем во время осмотра врач проверяет анкету и записывает дополнительную информацию, полученную при опросе.
2. Врач собирает анамнез непосредственно во время беседы с пациентом, делая соответствующие записи в медицинскую карту.

Общая схема для двух вышеперечисленных методов одинаковая.

Жалобы – это субъективные ощущения пациента. К ним относятся: боль, дискомфорт, жжение, онемение, шероховатость, отек. Как правило, это первое, что записывается в анамнезе. *Объективные симптомы* заболевания выявляются при обследовании пациента. К ним относятся пульс, артериальное давление, опухолевидное образование, язва, эрозия, лейкоплакия, волдырь, пигментация, гиперемия. Объективные сим-

птомы обычно записываются в соответствующем разделе истории болезни. Выявить их можно визуально, при аускультации, при помощи обоняния и при пальпации тканей.

Выявление основной жалобы

При сборе анамнеза прежде всего необходимо записать *основную жалобу*. Пациента спрашивают о цели данного обращения к врачу, как правило, все ответы представляют собой жалобы. В таблице 1-1 перечислены элементы основной жалобы. При заболеваниях полости рта основной жалобой может не быть, если, например, врач сам обнаружил патологическое изменение. После выявления жалоб следует спросить пациента о том, когда впервые возникли описываемые ощущения, как долго длятся, имеет ли тот или иной симптом острое, хроническое или циклическое течение, характер жалобы и насколько симптом или симптомы сильны по мнению самого пациента. Пациент может предъявлять несколько жалоб. При данном опросе заполняется часть анамнеза, относящаяся к *истории настоящего заболевания*. Например, пациент может предъявлять жалобы на боль и отечность десны и при этом отметить, что боль появилась около недели назад, а отек не спадает в течение трех дней. Пациент может характеризовать боль как постоянную, ноющую, резко усиливающуюся при употреблении холодного, при этом постоянная боль умеренная, а приступы острой боли нестерпимы. Также можно привести другой пример, характеризующий основную жалобу: пациент жалуется на прогресси-

Таблица 1-1 Основная жалоба и история настоящего заболевания

Характеристика основной жалобы	Симптомы
Начало	Боль
Длительность	Жжение
Периодичность	Чувствительность
Природа или характер	Ксеростомия
Тяжесть	Парестезия
Провоцирующие факторы и связи	Гипестезия
	Отек
	Шероховатость
	Видимые изменения тканей

рующую сухость во рту. Впервые пациент отметил сухость во рту около 9 мес. назад, тогда как в течение последних 2 месяцев она стала более заметной. Больше всего сухость во рту беспокоит пациента по утрам, а также пациент интересуется, может ли данная проблема быть связана с применением антидепрессантов, которые ему прописали незадолго до начала симптомов. Все жалобы должны быть отмечены в соответствующей графе медицинской карты. После получения имеющейся информации врач может думать о предполагаемом диагнозе, который соответствовал бы данному случаю. Однако не стоит проводить дифференциальную диагностику, до тех пор пока не будет собрана вся необходимая информация.

Общемедицинский анамнез

После того как выявлены жалобы, с которыми обратился пациент, необходимо установить сопутствующие и перенесенные заболевания. С одной стороны, это может никак не помочь в дальнейшем при постановке диагноза, но с другой стороны, довольно часто бывает, что основная жалоба является проявлением патологии со стороны какой-либо системы органов. В таблице 1-2 приведены элементы анамнеза, в том числе стоматологического. Пункты анкеты, касающиеся перенесенных детских инфекций, таких как эпидемический паротит, корь, краснуха, ветряная оспа и т.д., и списка вакцинаций, обязательны к заполнению как детям, так и взрослым.

При записи данных о госпитализации собирается информация о причине пребывания в стационаре и о проведенных хирургических вмешательствах. Затем записываются лекарственные препараты, применяемые в прошлом и в настоящее время, указывается доза и суточный прием, а также наличие побочных или аллергических реакций. Про воздействие незнакомых лекарственных препаратов на организм следует выяснить в фармакологическом справочнике до начала лечения.

Стоматологический анамнез

При заполнении стоматологического статуса оценивается наличие кариеса, имеющиеся

реставрации, заболевания пародонта, ортопедические конструкции и перенесенные хирургические вмешательства. Затем делаются записи относительно гигиенического ухода за полостью рта и наличия таких привычек, как курение, употребление табака, бруксизм (стискивание зубов).

Довольно часто гигиенический уход за полостью рта, заболевания слизистой оболочки рта и наличие лицевых болей зависят от психосоциального статуса пациента. В медицинской карте должны отмечаться наличие у пациента беспокойного состояния и стоматофобий, возможно направление больного к врачам соответствующего профиля для корректировки данных состояний. При тщательном наблюдении за пациентом во время собеседования можно выявить наличие более серьезных психопатологических отклонений. Необходимо выяснить, принимает ли больной какие-либо лекарственные препараты, потому что эта информация может в дальнейшем повлиять на план лечения, особенно для пациентов, основной жалобой которых является боль. Среди обращающихся за стоматологической помощью могут встречаться агграванты, а также люди, ищущие доступ к наркотическим препаратам или лекарствам, оказывающим психотропное воздействие, кроме того, среди пациентов могут оказаться выздоравливающие наркоманы, назначение которым наркотических анальгетиков противопоказано. Взаимодействие фармакологических препаратов друг с другом особенно важно у лиц, принимающих лекарственные препараты. В медицинскую карту заносится, употребляет ли пациент алкоголь. Чрезмерное употребление алкоголя может быть причиной хронических заболеваний печени со склонностью к кровотечениям. Следует обратить внимание на алиментарный статус пациента, даже несмотря на то, что дефицит питательных веществ нехарактерен для людей, проживающих в индустриальных странах. Количество употребляемого сахара важно у пациентов с множественным кариесом и ксеростомией. Однако прежде всего нужно установить социально-экономический статус больного, для того чтобы выяснить, как будет осуществляться оплата предоставленных услуг. План лечения



Рис. 2-2 Расположение пальцев над сонной артерией впереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы для измерения частоты, наполнения и ритма пульса.

сердца, что может наблюдаться при ишемии миокарда и миокардите или быть следствием метаболических расстройств. Как уже отмечалось выше, наполнение пульса является субъективным ощущением врача, и для его



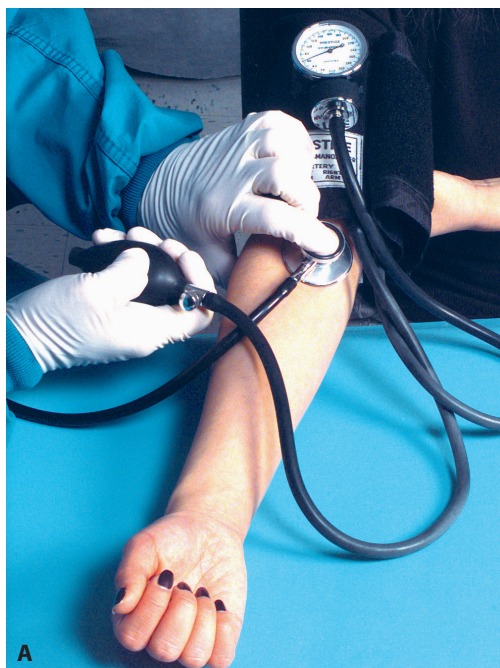
Рис. 2-3 Расположение пальцев для измерения пульса на лучевой артерии.

определения требуется определенный опыт. Пульс хорошего наполнения говорит о высоком минутном сердечном объеме, а пульс слабого наполнения наблюдается при низкой сократительной способности сердечной мышцы.

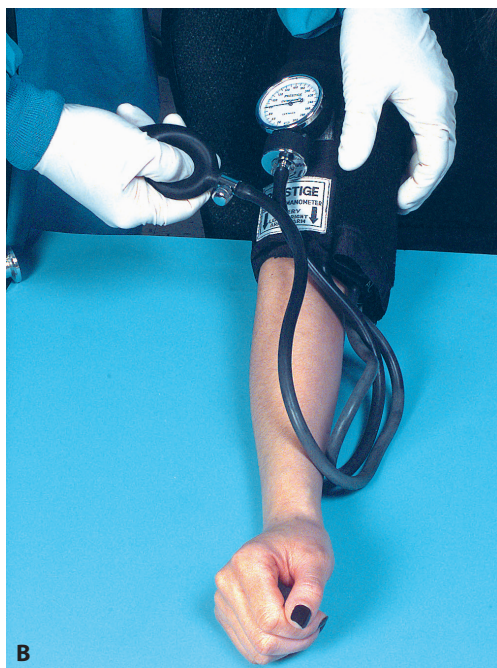
Артериальное давление и температура тела

При измерении АД оценивается давление внутри артерий во время систолы и во время диастолы сердечной мышцы. Для получения данных параметров необходимо оказать внешнее давление, которое превосходит давление внутри артерии, и затем медленно снижать его, до тех пор пока внутриартериальное давление не станет превышать внешнее, в результате чего артерии открываются, и как только кровь снова начинает проходить через них, можно определить пульсацию. Давление, при котором определяется первая пульсация, называется верхним, или систолическим, в норме оно составляет от 110 до 130 мм рт.ст. После определения систолического давления внешне оказываемое давление следует продолжать снижать, пока пульсация не прекратится. Это давление называется диастолическим и в норме варьирует от 70 до 90 мм рт.ст.

Для измерения кровяного давления надувная манжетка сфигмоманометра накладывается на плечо пациента (рис. 2-4). Манжетки бывают разных размеров как для детей, так и для взрослых. Стетоскоп с плоской диафрагмой помещается в локтевую ямку. Локализация плечевой артерии не всегда одинакова, поэтому сначала следует пропальпировать данную область и найти пульс. После установления стетоскопа при помощи резинового баллона сфигмоманометра в манжету накачивается воздух до уровня давления приблизительно 150 мм рт.ст. Винт, находящийся под баллоном, должен быть полностью закручен. Если пульсация появляется сразу, необходимо повысить давление в манжете до тех пор, пока никакие звуки не будут аускультироваться. После этого следует медленно поворачивать винт, выпуская воздух из манжеты. Если же быстро выпустить воздух из манжеты, то измеряемые показатели будут неточны-



A



B



C

Рис. 2-4 Измерение кровяного давления. А. Манжета сфигмоманометра и стетоскоп в области локтевой ямки. В. Сфигмоманометр показывает диастолическое давление. С. Цифровой прибор показывает систолическое и диастолическое давление, а также сердечный ритм. Повышение диастолического давления свидетельствует о повышении общего периферического сопротивления сосудов («уплотнение» артерий или артериосклероз). Высокое систолическое давление говорит о гипертензии.

ми. Для правильного измерения давление должно падать на 5 мм рт.ст. каждую секунду. У некоторых пациентов во время интервала между систолическим и диастолическим давлением пульсация прекращается и возобновляется после падения давления на 5–15 мм рт.ст. Это нормально. Поэтому следует продолжать аускультацию, пока давление не достигнет 60 мм рт.ст.

Температура измеряется при помощи термометра или специальных одноразовых ротовых полосок. Любой из этих измерительных приборов помещается в ротовую полость, кончиком под язык, и держится

от 1,5 до 2 мин. В норме температура тела составляет 37°C. Повышение температуры тела (лихорадка), как правило, бывает вызвано микробной инфекцией.

Волосы и кожа головы

Состояние волос оценивается по их количеству и толщине (или тонкости). Облысение у мужчин является нормальным процессом и наследуемым признаком. Очаговое выпадение волос называется гнездовой алопецией и является патологией. Тонкие завитые волосы, или лануго, встречаются при различных

заболеваниях и синдромах. Распространенная потеря волос наблюдается у пациентов, принимающих химиотерапевтические препараты при лечении злокачественных опухолей. Радиация может стать причиной временного или постоянного повреждения волосяных фолликулов.

Кожа на лице подвержена инсоляции, и значительная часть ультрафиолетовой радиации, или так называемых фотохимических повреждений, проявляется на лице. Это эритематозные очаги с кератозом, узелки, опухоли, язвы и пигментацию. Также на лице бывают макулопапулезные и везикулезные высыпания. При обследовании данные повреждения легко обнаруживаются. Кроме того, осматриваются веки, брови, лоб, переносица и крылья носа, скуловая область, красная кайма губ и подбородок, также изучается кожа подподбородочной области, передней, боковой и задней части шеи и области наружного уха.

Глаза

Исследование остроты зрения, периферического зрения, полей зрения, зрачкового рефлекса и целостности сетчатки (офтальмоскопия) проводится во время диагностики черепных нервов. Поэтому при физикальном обследовании оцениваются только внешние параметры органа зрения. Вначале проводится осмотр бровей, затем кожи верхнего и нижнего века и, наконец, ресниц. Состояние слизистой оболочки век (конъюнктивы век) определяется после выворачивания века. Для осмотра конъюнктивы нижнего века большой или указательный палец помещают на кожу посередине века и сдвигают ее вниз. С верхним веком все несколько сложнее. Для осмотра его слизистой оболочки следует поместить спичку или зубочистку с притупленным концом вдоль верхнего века и при легком давлении пальцем веко завернется на спичку. Белая часть глазного яблока, склера, покрыта конъюнктивой, слизистой оболочкой с тонкими сосудистыми бороздками (рис. 2-5). При обследовании конъюнктивы глазного яблока обращают внимание на ее увлажненность, наличие эрозий, телеангиэктазий, рубцов и узелков. Рубцовое сращение конъюнктивы глазного



Рис. 2-5. Анатомическое строение глаза.

яблока с конъюнктивой века носит название симблефарон. Термин «колобома» означает щелеобразный дефект века. Радужка, пигментированное кольцо, окружающее зрачок, покрыта выпуклой прозрачной роговицей. Дефект радужки в виде замочной скважины называется колобомой радужки. В зависимости от фокусного расстояния между глазом и источником света радужка может расширяться и сужаться, регулируя диаметр зрачка. При неврологических расстройствах и лекарственной или наркотической передозировке диаметр зрачка изменен. Чрезмерное расширение зрачка (более 6 мм) носит название мидриаза, а чрезмерное сужение, при котором диаметр зрачка составляет менее 2 мм, называется миозом. Роговица осматривается на наличие помутнения, что свидетельствует о катаракте.

Уши

Форма наружного уха обусловлена формой хряща (рис. 2-6). Его строение помогает направить звуковые волны в наружный слуховой проход. Наружная кривизна – это завиток ушной раковины, заканчивающийся внизу мочкой уха. Хрящевой выступ кпере-



Рис. 2-6 Анатомические ориентиры наружного уха.

ди от наружного слухового прохода – это козелок ушной раковины. На данных участках, подвергнутых инсоляции, может быть рак кожи, особенно на завитке раковины.

Для обследования барабанной перепонки или среднего уха требуется отоскоп (рис. 2-7). Данный диагностический инструмент состоит из рукоятки с батарейками, источника света, увеличивающей линзы и ушной воронки. Ушная воронка может изменять свой размер в зависимости от диаметра наружного слухового прохода. Для осмотра барабанной перепонки наружный слуховой проход должен быть свободен от ушной серы. Как правило, для очищения ушного прохода достаточно ватной палочки, однако у некоторых пациентов необходимо использовать специальные ушные кюретки. Для обследования барабанной перепонки ушную раковину необходимо обхватить большим и указательным пальцами и оттянуть вверх и назад. Ушная воронка медленно и аккуратно помещается в слуховой проход с небольшим наклоном кпереди. Следует помнить, что слуховой проход не располагается под прямым углом. Ушная воронка помещается до основания, и врач, проводящий обследование, смотрит через линзу. Если барабанная перепонка не видна, тогда врач, продолжая смотреть в линзу, должен несколько изменить наклон воронки. Барабанная перепонка белесовата и упруга, как поверхность барабана (рис. 2-8). Верхняя часть (провисающая), *pars flaccida*, – матовая, а нижняя (натянутая), *pars tensa*, – прозрачная. На поверхности могут быть видны небольшие сосуды. В месте соединения



Рис. 2-7 Помещение отоскопа в наружный слуховой проход.

двух частей барабанной перепонки имеется обращенная книзу линейная структура, представляющая собой место прикрепления слуховой косточки, молоточка, на противоположной стороне мембраны (среднее ухо). Во время обследования следует обратить внимание на наличие телеангиэктазий, выпукхания, эритемы, поверхностных белых бляшек и перфораций.

Ротовая полость и ротоглотка

Обследование ротовой полости включает в себя визуальный осмотр и пальпацию. Для того чтобы не пропустить какую-либо область, целесообразно проводить осмотр последовательно. Вначале проводят полный визуальный осмотр (рис. 2-9–2-11), затем те

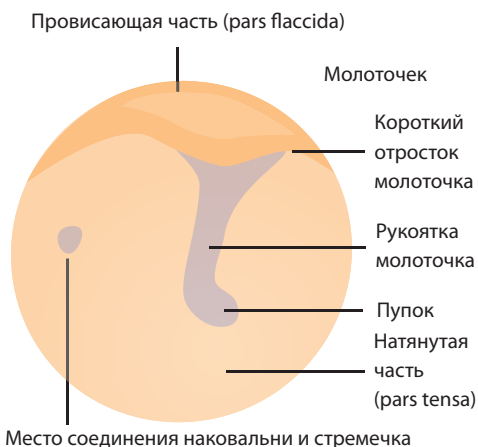


Рис. 2-8 Схема строения барабанной перепонки.

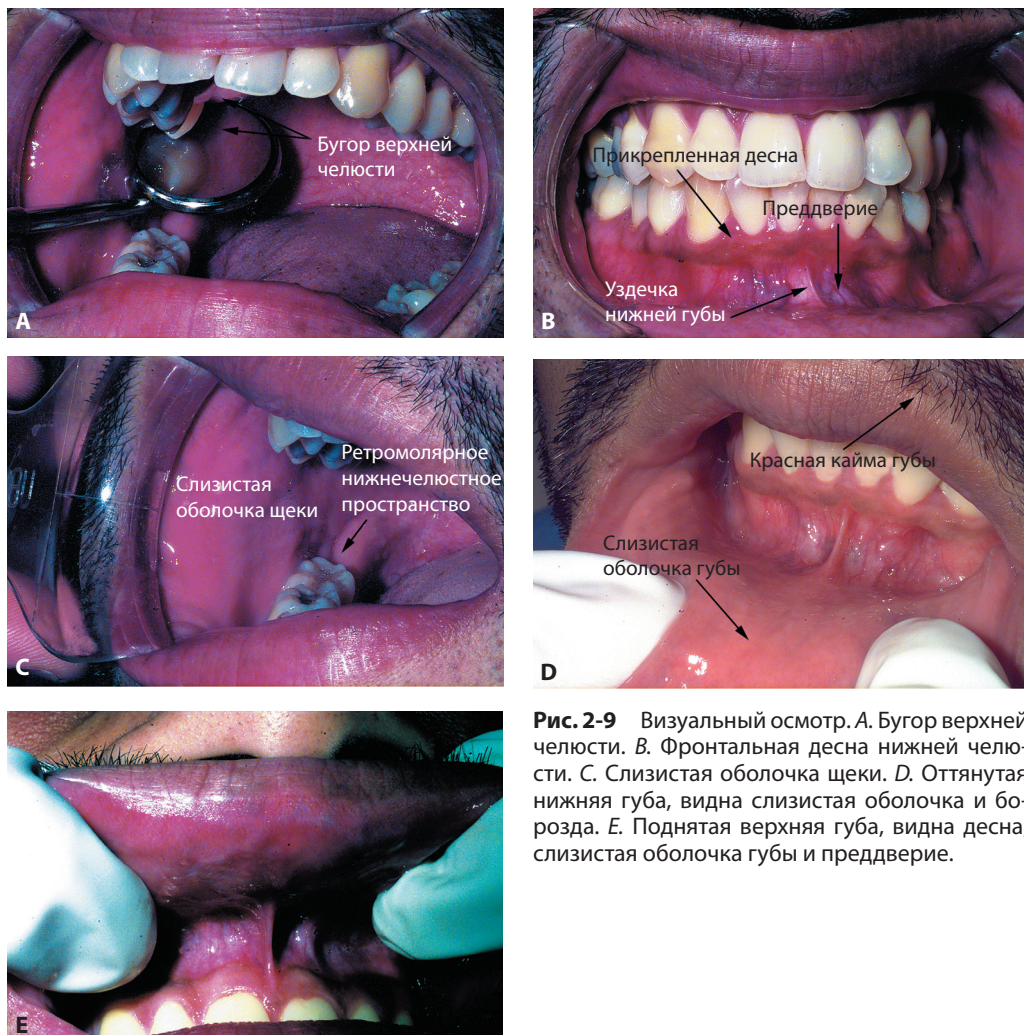


Рис. 2-9 Визуальный осмотр. А. Бугор верхней челюсти. В. Фронтальная десна нижней челюсти. С. Слизистая оболочка щеки. D. Оттянутая нижняя губа, видна слизистая оболочка и борозда. E. Поднятая верхняя губа, видна десна, слизистая оболочка губы и преддверие.

же ткани нужно оценить при пальпации (см. рис. 2-12, 2-13). Обследование начинается с преддверия полости рта.

Затем при помощи зеркала осматривают бугор верхней челюсти справа. Однако в ходе обследования рекомендуется поворачивать голову пациента и направлять свет таким образом, чтобы осмотр проходил под прямым визуальным контролем без использования зеркала. После обследования правого верхнечелюстного бугра оценивают состояние десны верхней челюсти с обеих сторон, прикрепление уздечки и левый верхнечелюстной бугор (рис. 2-9, А и В). Щеки и губы можно отодвигать пальцами и зер-

калом. Затем обращают внимание на ретромолярное нижнечелюстное пространство и треугольную область от данного пространства до крылофидно-нижнечелюстного шва. Далее производят осмотр десны и зубодесневой борозды; отворачивают щеку и губу и осматривают контуры правого ретромолярного треугольника. Слизистая оболочка правой щеки осматривается между зубодесневыми бороздами сверху вниз и от крылофидно-нижнечелюстного шва до комиссур губ, сзади спереди (рис. 2-9, С). Следует отогнуть губы, чтобы осмотреть слизистую оболочку (рис. 2-9, D и E). Слизистая оболочка губы является немного бугристой

**Сильвермен Сол,
Эверсоул Л. Рой,
Трулав Эдмонд Л.**

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА

Перевод с английского

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*
Ответственный редактор: *О.А.Эктова*
Корректор: *О.В.Воронцова*
Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, Д.В.Давыдов*

ISBN 978-5-98322-672-2



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 30.08.10. Формат 70×100/16.
Бумага мелованная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 38,35.
Гарнитура Таймс. Тираж 2000 экз. Заказ №1593

Издательство «МЕДпресс-информ».
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3
E-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ОАО «Типография «Новости».
105005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46