

## **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА: ЗНАЧЕННЯ В ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ**

**ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)**

**vitashinkevich2005@yandex.ru**

Робота виконана в рамках НДР ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Відновлення стану здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», № державної реєстрації 0111U006300.

Опис у медичній документації здорової слизової оболонки органів порожнини рота (СОПР) часом становить проблеми у клінічній стоматології, що пов'язано, зокрема, з відносно частішим описом у навчальній літературі патологічних елементів і меншою увагою, яка приділялась би варіантам норми. Часто бракує опису норми осіб контрольних груп порівняння в наукових дослідженнях, а посилання на опис норми датований 70-ми роками минулого століття [6]. Ознаки норми можуть змінюватися, наприклад, в залежності від екології [11] та досягнень цивілізації [8,9]. Якщо діагноз – це визнання хвороби, то діагностика вимагає фундаментального знання ознак здоров'я.

Даний літературний огляд присвячено опису нормальної слизової оболонки органів ротової порожнини у послідовності, якого вимагає обстеження, зауважено вікові особливості і наведено клінічні приклади.

Експерти ВООЗ рекомендують послідовність обстеження стоматологічного пацієнта «АВС»: кожній з літер відповідають наступні ділянки. «А» – позаротова ділянка голови та шиї [15]. «В» – навколоротові та внутрішньоротові м'які тканини. «С» – зуби і тканини пародонта. Етап «В» обстеження передбачає сім кроків: В1 – шкірна частина і червона облямівка губ; В2 – слизова губ та перехідна складка; В3 – кути рота, слизова оболонка щік; В4 – ясна та/або альвеолярний гребінь; В5 – язик; В6 – дно порожнини рота; В7 – тверде та м'яке піднебіння. Кожна анатомічна ділянка у порожнині рота має особливості клінічного обстеження.

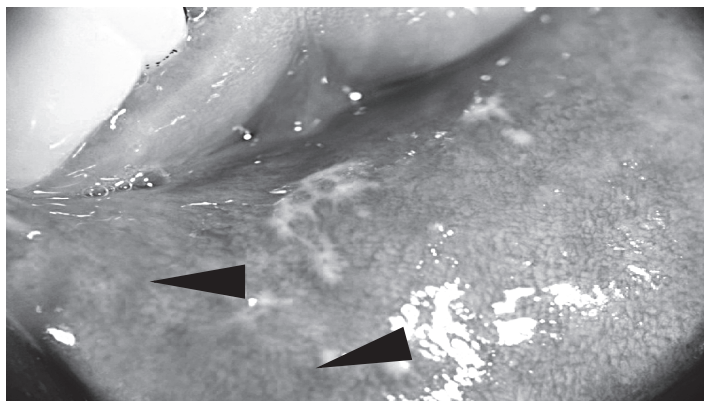
Порожнина рота обмежена губами спереду, щоками латерально, дном порожнини рота знизу і ротоглоткою позаду. Відділ ротоглотки починається зверху на сполученні твердого і м'якого піднебіння, знизу – за жолобуватими сосочками язика. Отже, порожнина рота включає в себе губи, ясна,

ретромоларні трикутники, зуби, тверде піднебіння, слизову оболонку щік, рухливий язик, і дно порожнини рота [1].

Довша верхня губа і коротша нижня сполучені губними комісурами, утворюючи кути рота. Губи відділені від щік носо-губними складками. Червона облямівка губ має внутрішню блискучу блідо-червону вологу поверхню і зовнішню суху блискучу червону поверхню, які розділені червоною лінією, та відділені білою лінією від зовнішньої шкірної частини губ. Внутрішня поверхня кожної губи зв'язана по центральній лінії з яснами складками слизової оболонки – вуздечками, з яких верхня розвинена більше.

Характеристику червоної облямівки губ складають: конфігурація, рельєф, колір, зволоженість. Колір залежить від віку: рівномірний чистий рожевий або насичений у підлітковому періоді, тьмяніший у похилому, внаслідок витончення епідермісу та старечих пігментацій.

На червоній облямівці губ нерідко вдається виявити білуваті вузлики, розміром з голівку шпильки. Це сальні залози (залози або гранули Фордайса). Гранули Фордайса також можуть спостерігатися на слизовій губ (рис. 1), в інших відділах СОПР, на статевих органах, ареолах молочних залоз і відносяться до варіанту норми, хоча можуть спричиняти косметический дефект. Причиною появи гранул Фордайса вважається посилення продукції сальних залоз і звуження їх протоків, що частково



**Рис. 1. Залози Фордайса на слизовій оболонці губи.**

пов'язують із статевим дозрівання та дією статевих гормонів [20]. Відмічено взаємозв'язок виникнення гранул Фордайса на червоній облямівці губ з частотою рецидивів простого герпесу в цих ділянках, що теоретично може бути виправдане, оскільки герпес може призводити до мікрорубцювання та вторинного звуження протоків сальних залоз. В ранні періоди зрілого віку людини гранули Фордайса поступово згладжуються та розсмоктуються, що пов'язано з фізіологічним зменшенням секреції сальних залоз [16]. Спроби самостійного «лікування» гранул Фордайса (вичавлювання, проколювання, нанесення аплікацій) можуть призводити до запальних ускладнень.

Слизова оболонка губ покрита багатошаровим плоским незроговіваним епітелієм, що розташований на власній пластинці (*lamina propria*) – аналогу дерми. У підслизовій основі розміщені численні тубулоацинальні губні залози, переважно слизові, секрет яких змочує ротову слизову оболонку через мілкі протоки які відкриваються у порожнину рота [2]. Їх легко виявити при огляді, при пальпації, тому їх може виявити сам пацієнт і фіксувати на цьому надмірну увагу. Основу губ складають волокна попереочно-смугового кругового м'язу рота [13].

Губи у новонароджених і грудних дітей пристосовані до смоктання, а шар епітелію, що їх вкриває, утворює своєрідні валики (*toruli labiorum*) та сосочок (*tuberculum labiale*) [17]. Основні структури губ формуються до 16 років. При старінні відбуваються дистрофічні зміни: сполучнотканинні сосочки згладжуються, зменшується товщина пучків колагенових волокон, тому втрачається еластичність і з'являються так звані кисетні зморшки на шкірній частині губ.

Щоки мають м'язово-слизову будову і обмежені зверху і знизу верхнім та нижнім присінками порожнини рота, спереду – губною комісурою, і позаду – ретромолярними трикутниками та міжщелепними зв'язками. Щоки вкриває слизова оболонка, що вислана незроговіваним епітелієм, окрім лінії змикання зубів, де розвинене потовщення за рахунок паракератозу. Підлегла власна пластинка слизової оболонки утворює товстий сосочковий шар, в якому розміщені кров'яні судини та нервові закінчення, і здатна розтягуватися, пристосовуючись до рухів підлеглих м'язів. Підслизова основа багата на волокнисті еластичні структури, що сприяють м'язовій рухливості, і містить численні малі залози, переважно слизові. При огляді слизової оболонки щік в нормі визначається блідо-рожевий колір. По лінії змикання зубів визначається невеликий валик чи лінія звичайного, або бліднішого кольору – так звана, оклюзійна або біла лінія (*linea alba*). В області цієї лінії також можуть розміщуватися різні за чисельністю сальні залози (**рис. 2**).

На щоках відзначаються випинання слизової оболонки, особливо навпроти третього верхнього моляра – ацинозна залоза. На рівні другого верхнього моляра відкривається протока привушної слинної залози, або Стенонова протока (*Stensen's duct*), утворюючи сосочок [10].



**Рис. 2.** Залози Фордайса на слизовій оболонці щоки.

По перехідній складці, тобто в місці переходу слизової оболонки щоки на ясна, іноді яскраво просвічуються кровоносні судини, особливо вени. Перераховані вище анатомічні утворення є нормальними, і їх не слід приймати за патологічні елементи, або патологічні зміни.

У грудних дітей епітелій щік не зроговіває, нерідко покритий епітеліальними виростами, які нагадують ворсинки, аналогічні червоній облямівці губ. У товщі щоки у грудних дітей залягає жировий комок Біша, що сприяє створенню вакууму у роті при смоктанні.

Здорові ясна вкриті жувальним типом слизової оболонки, яка зроговіває переважно шляхом паракератозу, не має підслизової основи і тісно спаяна з окістями щелеп. Виділяють маргінальну, не прикріплену частину ясен, і альвеолярну, прикріплену. Ясна в нормі мають мікрозернистий вигляд поверхні, блідо-рожевий або коралово-рожевий колір у європейців, з різним ступенем пігментації в інших расах. Ясенний край щільно прилягає до тканини зуба і потоншений у цій ділянці у вигляді «леза ножа». Маргінальний край розміщений на рівні емалево-цементного сполучення. «Зубчаста» конфігурація ясен відповідає міжзубним сосочкам і язичному і щічному заглибленню. Кривікулярна борозна має глибину 1-3 мм з невеликою кількістю кривікулярної рідини, а при її легкому зондуванні відсутня кровоточивість [12,21]. Більш яскравий колір ясен у ранньому дитячому віці (1-3 роки) зумовлений нижчим рівнем зроговіння та паракератозу епітелію: в загальних рисах, процеси розвитку переважають над диференціюванням клітин слизової, що справедливо для всіх його відділів. У дітей до трьох років ясна багаті глікогеном у якості «будівельного матеріалу», а не продукту, що вивільняється при запаленні і дає позитивну реакцію на забарвлення йод-місними розчинами, тому індекс ПМА в модифікації Parma до трьох років не визначають, а запальні процеси на СОПР із залученням ясен вважаються, умовно, гінгивостоматитами [14].

При огляді язика відзначається дуже різноманітна і складна картина. Спинка язика (*dorsum*) покрита спеціалізованою слизовою, здатною сприймати

смак, має неблизку, шороховату або бархатисту ворсинчасту поверхню, тому що рясно вкрита сопочками: ниткоподібними (*papillae filiformis*), грибовидними (*papillae fungiformis*), конічними і листоподібними (*papillae circumvallatae*), серед яких зроговівають тільки ниткоподібні, і тільки вони не містять смакові рецептори, і переважно зумовлюють колір спинки язика – частіше дещо світліший, порівняно з іншими відділами СОПР. Листоподібні і конічні сосочки мають блідо-рожевий колір, грибовидні – яскраво-рожевий, ниткоподібні – білясто-сірий або коричневий відтінок. У передній і середній третині спинки язика містяться ниткоподібні і грибовидні сосочки, на бічних поверхнях переважають листоподібні. Середня частина язика відокремлена від її дистальної частини або кореня жолобуватими сопочками (*papillae vallatae*), розташованими у вигляді V-літери, на вершині якої локалізується сліпий отвір (*foramen caecum*), хоча він є не у всіх, а дистальніше від лінії – масивне скупчення лімфоїдної тканини – язичний мигдалик.

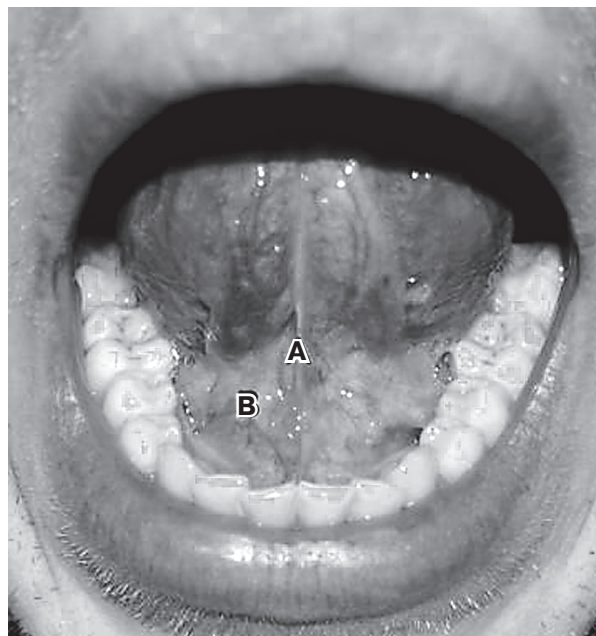
На вентральній (нижній) поверхні язика анатомічно можна відзначити вуздечку, розміщену по середній лінії, і протоки під'язичних слинних залоз у вигляді двох під'язикових складок (*plicae sublingualis*), які відкриваються разом з протоками підщелепних слинних залоз безпосередньо побіля вуздечки язика на дні порожнини рота, утворюючи під'язичні сосочки (*sacunculae sublingualis*) (рис. 3) [10,24].

На вентральній поверхні язика з обох боків від вуздечки простягаються бахромчаті складки, що сходяться на верхівці (*plicae fimbriata*) і більше виражені у дітей. У цій складці знаходиться отвір серозно-слизової передньої язичної залози Бландин-Нуна (*glandula lingualis anterior*), яка закладена у м'язях кінчика язика [17]. Уздовж цієї складки розташована яскраво виражена венозна мережа, її вигляд і норма залежить від віку і патології серцево-судинної системи, але навіть потовщення судинного візерунку і коричневатий колір цього сплетіння не є патологією для язика, а лише показником загального стану здоров'я пацієнта.

Перераховані утворення язика часто приймаються пацієнтами, а нерідко і лікарями, за патологію, особливо: грибовидні сосочки, поздовжня, і поперечні складки язика, скупчення лімфоїдної тканини і венозні сплетіння побіля кореня язика і на його бічних поверхнях.

Дитина починає відчувати смак їжі майже з перших днів, тобто смаковий апарат язика працює. Наліт на язичці у грудних дітей буває частіше після їжі, тому що менше відбувається зроговіння ниткоподібних сосочків язика. З 3-4 місяців життя починають активно працювати великі слинні залози, що пояснює слинотечу у окремих малюків, але не початок прорізування зубів, хоча це може співпадати. У літніх осіб сосочки язика значно атрофуються, а слизова оболонка стоншується.

Піднебіння нагадує форму підкови і створює купольний дах ротової порожнини. Піднебіння розділяється на тверде та м'яке. Тверде відноситься до порожнини рота, м'яке належить до ротоглотки і відділяє носоглотку. Тверде піднебіння є увігнутим



**Рис. 3 [24]. Дно порожнини рота:  
А – вуздечка язика. В – під'язичні сосочки.**

і цю увігнутість займає, в основному, язиком у стані спокою. Тверде піднебіння підрозділяється на первинне і вторинне піднебіння. Первинне відділене від вторинного невеликим заглибленням позаду центральних різців – різцевою ямкою (*incisive fossa*), де відкривається різцевий отвір. Передні дві третини твердого піднебіння різцевою кісткою (*premaxilla*), та піднебінними відростками верхніх щелеп. Горизонтальна пластинка піднебінної кістки утворює задню третину. Вторинне піднебіння представлене серединною припіднятою шовною лінією – серединний або піднебінний шов. Трансверзальні чи поперечні складки (*rugae palatine*) на передній третині піднебіння слугують для формування харчового комка.

Тверде піднебіння вислане жувальним типом слизової оболонки. В області шва слизова щільно прикріплена до окістя і відсутня підслизова основа. В інших відділах підслизова містить товсті колагенові пучки, що простягаються від слизової до кістки і залягають у власній пластинці. Підслизова основа містить жирову тканину у передній частині піднебіння і слизові залози – у задній частині [3].

Торус твердого піднебіння і торус нижньої щелепи – це доброякісні кісткові вирости щелеп. Спостерігаються у 3% до 56% дорослих осіб і частіше зустрічається у жінок, азіатів і представників північних народностей. Поряд із залозами Фордайса забезпечують індивідуальні особливості норми. Зазвичай проявляються після 20 років і продовжують рости протягом всього життя. Торус твердого піднебіння локалізується по його середній лінії, і торус нижньої щелепи знаходиться на язичній поверхні переднього відділу нижньої щелепи, в першу чергу в області премоларів. Торуси безсимптомні, але часом заважають розміщенню протеза чи викликають дискомфорт під час прийому їжі. За необхідності, лікування здійснюється шляхом хірургічного висічення,

але торуси можуть відновлюватися, хоча їх зляквісна трансформація не описана [19].

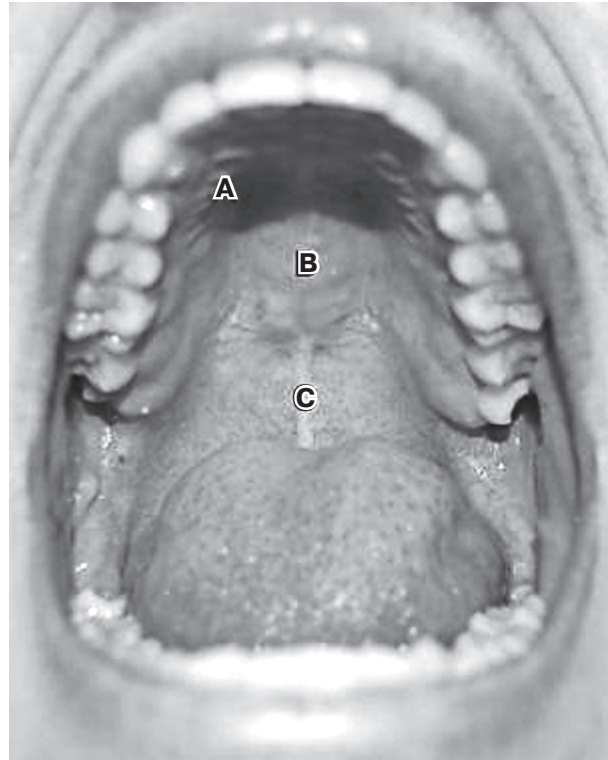
М'яке піднебіння є ознакою початку ротоглотки і являє собою рухому задню третину піднебіння. Воно створює неповну перетинку між ротом і глоткою. Воно також має серединний шов і є неперервним продовженням даху порожнини рота і слизової оболонки носа нижнього поверху (рис. 4) [24].

У розслабленому стані передня поверхня м'якого піднебіння увігнута, а задня – опукла. Передня апоневротична частина кріпиться до задньої межі твердого піднебіння, а задня м'язова частина підвішена між ротом і глоткою і називається піднебінне вітрило (або velopharynx). Парус подовжений за рахунок середнього вільного відростка язичку (uvula) і подвійних двосторонніх складок: язично-піднебінних і піднебінноглоточних арок або дужок, які обмежують тонзиллярні синуси, або ямки, де розміщені піднебінні мигдалики. Зів – це простір між порожниною рота і ротоглоткою, обмежений зверху краєм м'якого піднебіння, знизу коренем язика, а з боків піднебінними дужками. М'яке піднебіння вкрите вистилаючою слизовою, аналогічною описаній вище.

Клінічний огляд твердого піднебіння виявляє його бліднуватий колір, внаслідок відносно потовщеного епітелію і більш яскравий колір м'якого піднебіння, та симетричність будов.

На СОПР та шкірі обличчя у дітей грудного та раннього дитячого віку зустрічаються, так звані, залози Серра, або, згідно міжнародним класифікаціям, перлини Епштейна – 65-85% (інші назви: піднебінні кісти новонароджених, вузли Бона, ясенні кісти). Ці утворення заповнені кератином, що накопичився внаслідок дизонтогенезу. Дуже рідко ці утворення можуть виявлятися і у дорослих. Вони локалізуються на слизовій оболонці альвеолярного відростку верхньої та нижньої щелепи, твердого піднебіння. Щільні на дотик, безболісні, округлі горбки, розміром 1-3 мм мають білувато-жовтий колір і блискучу поверхню. Лікування не вимагають і, зазвичай, зникають із часом [18,22,23]. Відома класифікація цих елементів [18].

При захворюваннях, таких як пухирчатка, лейкоплакія, червоний плаский лишай, хейліт Манганотті, виявляють обмежені ділянки гіперкератозу. Гіперкератоз може залучати будь-яку ділянку слизової



**Рис. 4 [24]. Тверде та м'яке піднебіння.**  
**A – трансверзальні складки твердого піднебіння;**  
**B – серединний шов твердого піднебіння;**  
**C – серединний шов м'якого піднебіння.**

оболонки, однак, найчастіше локалізується в зонах, що вкриті зроговіваним епітелієм. При таких захворюваннях як рецидивуюча афта, елементи ураження не розвиваються в ділянках жувальної слизової оболонки, де відсутня підслизова основа. Отже, знання норми будови слизової оболонки порожнини рота має велике практичне значення [4]. Нормальна анатомія органів ротової порожнини та її вікові зміни часто зумовлюють розвиток певних елементів ураження та їх типову локалізацію при хворобах [5,7].

Систематичне дослідження індивідуальних особливостей будови та вікових варіантів норми слизової оболонки органів ротової порожнини забезпечить фундаментальну базу для діагностики.

### Література

1. Анатомия и топография головы. Гистология органов полости рта / [И.М. Андреев, И.А. Мухина, С.Б. Орлов, И.В. Фраучи, Ю.А. Чельшев и др.]. – Казань, КГМУ, 2005. – 144 с.
2. Банченко Г.В. Анатомо-физиологическая характеристика малых слюнных желез слизистой оболочки полости рта / Г.В. Банченко, И.М. Рабинович, Н.В. Терехова [та ін.] // Стоматология. – 1991. – № 2. – С. 90-93.
3. Вільхова О.В. Морфологічна характеристика слинних залоз твердого піднебіння в нормі та при асептичному запаленні / О.В. Вільхова // Актуал. пробл. сучасн. мед.: Вісн. Укр. мед. стомат. акад. – 2007. – Т. 6, № 3 – С. 167-169.
4. Гасюк А.П. Морфо- та гистогенез основних стоматологічних захворювань / А.П. Гасюк, В.І. Шелітько, В.М. Ждан. – Полтава, 2008. – 98 с.
5. Герпетична інфекція на слизовій оболонці порожнини рота та шкірі обличчя: частота, структура та клінічні прояви / К.Є. Іщейкін, С.О. Білоконь, Л.Г. Павленко, Н.П. Білоконь // Вісник проблем біології та медицини. – 2011. – Вип. 3. – Т. 3 (89). – С. 69-74.
6. Григорьян А.С. Морфогенез ранних стадий воспалительных заболеваний пародонта / А.С. Григорьян, О.А. Фролова, Е.В. Иванова // Стоматология. – Моск. – 2002. – № 1. – С. 19-26.
7. Єрошенко Г.А. Характеристика каріометричних показників міжзубного ясеневого сосочка в нормі / Г.А. Єрошенко // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – Вип. 3, Т. 1 (94). – С. 133-135.

8. Кайдашев И.П. Роль NF-В в функционировании отдельных тканей, развитии и синтропии заболеваний основных систем организма / И.П. Кайдашев // Журнал НАМН України. – 2012. – Т. 18, № 2145. – С. 186-198.
9. Карасюнок О.А. Нарушения структуры слизистой оболочки мелкого преддверия полости рта и факторов местного иммунитета у детей с зубочелюстными аномалиями / О.А. Карасюнок, В.Д. Куроедова, И.П. Кайдашев // Проблемы экологии та медицини. – 1999. – Т. 3, № 6. – С. 21-24.
10. Лісова І.Г. Сучасні уявлення про морфофункціональні особливості слинних залоз людини / І.Г. Лісова // Укр. мед. альманах. – 2001. – Т. 4, № 4. – С. 97-102.
11. Остапко О.І. Комплексна профілактика хронічного катарального гінгівіту у дітей, які мешкають в екологічно несприятливих умовах / О.І. Остапко // Вісник проблем екології та медицини. – 2012. – Вип. 1 (91). – С. 284-287.
12. Очерки иммунобиологии слизистой оболочки полости рта / И.П. Кайдашев, В.И. Шинкевич, Д.М. Король [и др.]; Под ред. И.П. Кайдашева. – Полтава: «Полимет», 2008. – 304 с.
13. Прилуцький О.К. Загальна анатомія органів порожнини рота / О.К. Прилуцький // Мир медицини и биологии. – 2013. – № 4. – С. 129-133.
14. Состояние иммунологического аппарата у детей с хроническим катаральным гингивитом / П.И. Ткаченко, И.П. Кайдашев, Н.М. Лохматова [и др.] // Современная стоматология. – 2002. – № 4. – С. 39-42.
15. Стоматологические обследования. Основные методы / ВОЗ. – Женева, 1989. – 60 с.
16. Тимофеев А.А. Заболевания слизистых оболочек полости рта при гальванической патологии в стоматологии / А.А. Тимофеев // Современная стоматология. – 2014. – № 1. – С. 60-65.
17. Хмара Т.В. Епонімічні назви структур у клінічній анатомії голови та шиї / Т.В. Хмара, Ю.Т. Ахтемічук, Р.П. Гулик // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2010. – № 1, Т. 9. – С. 117-122.
18. Berk D.R. Milia: a review and classification / D.R. Berk, S.J. Bayliss // J Am Acad Dermatol. – 2008. – Vol. 59, № 6. – P. 1050-1063.
19. Flint P.W. Otolaryngology–Head & Neck Surgery/ P.W. Flint, C.W. Cummings. – [5th ed.]. – Philadelphia: Mosby/Elsevier, 2010.
20. Gaballah K.Y. Can presence of oral Fordyce's granules serve as a marker for hyperlipidemia? / Kamis Y. Gaballah, Iman Rahimi // Dent Res J (Isfahan). – 2014. – Vol. 11, № 5. – P. 553-558.
21. Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease / J. Highfield // Aust Dent J. – 2009. – Vol. 54. – Suppl 1. – P. 11-26.
22. Langley R.G. Multiple eruptive milia: report of a case, review of the literature, and a classification / R.G. Langley, N.M. Walsh, J.B. Ross // J Am Acad Dermatol. – 1997. – Vol. 37, № 2, Pt 2. – P. 353-356.
23. Michaelsson G. The Rombo syndrome: a familial disorder with vermiculate atrophoderma, milia, hypotrichosis, trichoepitheliomas, basal cell carcinomas and peripheral vasodilation with cyanosis / G. Michaelsson, E. Olsson, P. Westermark // Acta Derm Venereol. – 1981. – Vol. 61, № 6. – P. 497-503.
24. Mouth Anatomy [Електронний ресурс] / A. Christopoulos, S.P. Moubayed, M.-E. Nader [et al.] // Medscape article. – Updated: Sep 11, 2015. – Режим доступу: <http://emedicine.medscape.com/article/1899122-overview#a3>.

УДК 611.31:616-053-07

## **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА: ЗНАЧЕННЯ В ДІАГНОСТИЧНОМУ ПРОЦЕСІ**

**Скрипников П. М., Скрипнікова Т. П., Шинкевич В. І., Коломієць С. В., Білоус С. В.**

**Резюме.** Опис у медичній документації здорової слизової оболонки органів порожнини рота (СОПР) часом становить проблеми у клінічній стоматології, що пов'язано, зокрема, з відносно частішою характеристикою у навчальній літературі патологічних елементів і меншою увагою, яка приділялась би варіантам норми. Ознаки норми можуть змінюватися, наприклад, в залежності від екології та досягнень цивілізації.

Огляд присвячено опису нормальної слизової оболонки органів ротової порожнини у послідовності, якого вимагає клінічне обстеження, зауважено вікові особливості і наведено клінічні приклади.

У статті коротко наведені анатомічні межі та утворення відділів СОПР, окремі дані по гістології відділів, які обумовлюють клінічні ознаки норми, власне короткий клінічний опис та основні вікові відмінності. Також наведені ілюстрації варіантів будов окремих відділів СОПР в нормі. Власне анатомія органів ротової порожнини та її вікові зміни часто зумовлюють розвиток певних елементів ураження та їх типову локалізацію при хворобах СОПР. Систематичне дослідження індивідуальних особливостей будови та вікових варіантів норми слизової оболонки органів ротової порожнини забезпечить фундаментальну базу для діагностики.

**Ключові слова:** слизова оболонка ротової порожнини, вікові та індивідуальні відмінності.

УДК 611.31:616-053-07

## **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА: ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ**

**Скрипников П. Н., Скрипникова Т. П., Шинкевич В. И., Коломиец С. В., Белоус С. В.**

**Резюме.** Описание в медицинской документации здоровой слизистой оболочки органов полости рта (СОПР) иногда может становиться проблемой в клинической стоматологии, в связи с относительно частой характеристикой в учебной литературе патологических элементов и меньшим вниманием, которое уделялось бы вариантам нормы. Признаки нормы могут меняться, например, в зависимости от экологии и достижений цивилизации.

Обзор посвящен описанию нормальной слизистой оболочки органов ротовой полости в последовательности, которой требует клиническое обследование, отмечены возрастные особенности и приведены клинические примеры.

В статье кратко очерчены анатомические границы и образования отделов СОПР, некоторые данные по гистологии, которые обуславливают клинические признаки нормы, собственно краткое клиническое

описание и основные индивидуальные различия. Данные проиллюстрированы. Нормальная анатомия органов ротовой полости и ее возрастные изменения обуславливают развитие определенных элементов поражения и их типичную локализацию при заболеваниях СОПР. Систематическое исследование индивидуальной изменчивости строения и возрастных вариантов нормы слизистой оболочки органов ротовой полости обеспечит фундаментальную базу для диагностики.

**Ключевые слова:** слизистая оболочка полости рта, возрастные различия.

UDC 611.31:616-053-07

### AGE FEATURES OF ORAL MUCOSA AND THEIR IMPORTANCE IN THE DIAGNOSTIC PROCESS

Skrypnikov P. N., Skrypnikova T. P., Shinkevich V. I., Kolomiets S. V., Bilous S. V.

**Abstract.** Healthy oral mucosa description in medical records can become a problem in clinical dentistry sometimes, possible because of relatively common description of pathological elements in academic literature and less attention was paid to normal oral mucosa. Natural variants can occur, for example, depending on environment and achievements of the civilization.

The review was devoted to the description of normal oral mucosa by the sequence, which requires clinical examination, was marked age-related features and provided clinical examples.

WHO experts recommended sequence of dental patient examination in sequence «ABC»: each of letters correspond to the certain areas. Step “B” of examination involves seven steps: B1 – skin and red border of lips; B2 – lips mucosa and oral vestibule; B3 – corners of mouth and cheeks mucous membrane; B4 – gums and alveolar process; B5 – tongue; B6 – floor of mouth; B7 – hard and soft palate.

The oral cavity (see the image below) is oval shaped and is separated into the oral vestibule and the oral cavity proper. It is bound by the lips anteriorly, the cheeks laterally, the floor of the mouth inferiorly, the oropharynx posteriorly, and the palate superiorly.

Characteristic of lips consists from configuration, shape, color and moisture. The color depends on age, and general health. Labial tubuloacinar gland, Fordaysa glands number and labial frenulum are responsible for individual variability. And features of labial skin and mucosa are responsible for age-related changes.

Sebaceous glands, expression of the linea alba and the vasculature makes natural variants of buccal mucosa. Non-keratinizing epithelium of the cheeks mucosa, epithelial mucosal villi and fatty lump deep in cheeks are the main differences of child.

The healthy periodontium, of which only the gingival tissues may be directly observed, is described as being stippled, pale pink or coral pink, in the Caucasian, with various degrees of pigmentation in other races. It is tightly adapted to the underlying tissues, with a knife edge margin where it abuts the tooth. The gingival margin is located, in the absence of pathology, at the cemento-enamel junction. It displays a scalloped edge configuration highest interdentially, where it constitutes the interdental papilla and lowest buccally and lingually. There is a gingival crevice where it abuts the tooth which in health is 1–3 mm deep. There is an absence of bleeding from the crevice on gentle probing. The crevice in health will show a small amount of interstitial fluid, gingival crevicular fluid. Bright color ash in early childhood and the presence of glycogen in the gums are features of childhood, and reduction of the epithelial attachment is the main sign of aging.

Expression of Tongue papillae and numerous anatomical formation on its ventral surface often focus excessive attention of patient.

Torus palatinus and torus mandibularis are benign bony outgrowths of the palate and mandible (see the image below). Tori of the oral cavity occur in 3% to 56% of adults and are more common in women, Asians, and Inuits. They usually manifest in the second decade and continue to grow throughout life.

Milia are benign, keratinous cysts that commonly manifest as tiny white bumps on the face of the newborn. When present on the gum margin and midline palate they are referred to as Bohn nodules and Epstein pearls, respectively. Milia can be broadly categorized into primary and secondary types. Congenital milia in newborns account for the vast majority of primary milia.

Mouth anatomy and its age-related and individual changes often lead to certain oral lesion development in typical localization at diseases of oral mucosa.

**Keywords:** oral mucosa, age and individual differences.

*Рецензент – проф. Ніколішин А. К.  
Стаття надійшла 27.02.2016 року*