

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Заболевания слизистой оболочки полости рта

**(Учебно-методическое пособие для студентов 5-курса
стоматологического факультета по госпитальной
терапевтической стоматологии)**

Ташкент — 2012

Составители:

Камилов Х.П. — заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Ташкентской Медицинской Академии, доктор медицинских наук, профессор

Ибрагимова М.Х. — доцент кафедры терапевтической стоматологии Ташкентской Медицинской Академии, кандидат медицинских наук

Мелькумян Т.В. — доцент кафедры терапевтической стоматологии Ташкентской Медицинской Академии, доктор медицинских наук

Дадамова А.Д. Наврузова Ф.Р. — ассистенты кафедры терапевтической стоматологии.

Рецензенты:

Йулдашханова О.С. — Профессор кафедры детской стоматологии Ташкентской Медицинской Академии, доктор медицинских наук, профессор

Алимов А.С. — Профессор кафедры 1-стоматологии Ташкентского института Усовершенствования Врачей, доктор медицинских наук

Учебно-методическое пособие рассмотрено и утверждено Центральной методической комиссией стоматологического факультета ТМА

«__» _____ 2012 год протокол №__

Учебно-методическое пособие утверждено **и разрешено к печати** на Ученом Совете Ташкентской Медицинской академии

«__» _____ 2012 год протокол №__

IX – СЕМЕСТР

Занятие №1

1. ТЕМА: «ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ.»

2. Цель занятия: Изучить анатомическое и гистологическое строение СОПР, ее физиологию и классификацию заболеваний, ознакомить студентов с **участками** подвижной и неподвижной слизистой, гистологическим строением ороговевающего и неороговевающего эпителия, функциями слизистой оболочки, классификацией СОПР

3. План занятия: перечислить анатомические особенности строения СОПР, перечислить гистологическое строение СОПР, функции СОПР, перечислить основные группы заболеваний СОПР, основываясь на классификации ММСИ (1998 г)

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1. Анатомия полости рта.

Ротовая полость делится на преддверие и собственно полость рта. Преддверие полости рта спереди ограничено губами и щеками, сзади - вестибулярной поверхностью зубов и альвеолярных отростков челюстей. Собственно полость рта ограничена спереди зубами и альвеолярными отростками, сверху - твердым и мягким небом, снизу - дном полости рта. Рот - совокупность органов и тканей: язык, губы, зубы, слюнные железы, пародонт, челюсти. Преддверие и собственно полость рта выстланы слизистой оболочкой.

2. Гистология слизистой оболочки полости рта.

СОПР состоит из 3 слоев - эпителиального, собственно слизистого и подслизистого. Эпителий является многослойным плоским, имеет толщину до 500 мкм. Самый глубокий слой цилиндрических или кубических клеток расположенный на базальной мембране называется базальным слоем. Протоплазма клеток этого слоя нередко отличается базофилией, зависящей от содержания рибонуклеиновой кислоты. Затем идет шиповидный слой, состоящий из нескольких рядов полигональных клеток с более светлой протоплазмой и резко выраженными межклеточными мостиками. По мере приближения к поверхности клетки шиповидного слоя уплощаются и превращаются в плоские, которые постоянно слущиваются и примешиваются к слюне. Регенерация эпителия происходит за счет деления клеток более глубоких слоев. Описанная структура эпителия характерна для слизистой оболочки щек, губ, мягкого неба, переходных складок преддверия полости рта, а также дна полости рта и нижней поверхности языка.

Эпителий слизистой оболочки твердого неба и десен, т.е. отделов, наиболее подверженных механическим воздействиям при жевании, ороговеет. Процесс ороговения особенно выражен в эпителии твердого неба. Поверх слоя шиповидных клеток здесь располагается зернистый слой, состоящий из вытянутых клеток, содержащих в своей протоплазме зерна кератогиалина. Поверхностный «роговой» слой образован несколькими рядами полностью ороговших и лишенных ядер клеток.

Гистохимически установлено, что эпителий полости рта способен накапливать большое количество гликогена, больше всего он содержится в эпителии губ, щек, мягкого неба, переходных складок и языка. В эпителии твердого неба и десен гликоген в норме или отсутствует, или имеется в виде следов. Т.о. , гликогена больше всего в тех отделах СОПР, где эпителий не подвергается ороговению. Эта зависимость сохраняет свое значение и при патологии. Гликоген ,возможно, играет роль источника энергии или пластического материала для синтеза белка - кератина. Поэтому он быстро расходуется и не обнаруживается в участках ороговения. Наличие гликогена является характерной особенностью лишь эпителия полости рта человека.

Соединительнотканная основа СОПР , на которой лежит эпителий, образует собственный слой. Он состоит из плотной соединительной ткани и образует многочисленные выступы - сосочки, внедряющиеся в эпителий. В них проходят кровеносные сосуды, питающие эпителий, и нервы. Сосочки увеличивают поверхность соприкосновения между собственным слоем слизистой и эпителием, что способствует лучшему обмену веществ между ними.

Собственный слой без резкой границы переходит в подслизистый слой. В некоторых местах полости рта подслизистый слой вообще не выражен (язык, десна, латеральные отделы твердого неба и небного шва). Здесь слизистая неподвижно сращена с межмышечной соединительной тканью (в языке) или с надкостницей (на твердом небе и деснах).

В СОПР различных отделов заложено большое количество мелких слюнных желез. По характеру секрета они делятся на слизистые, белковые и смешанные. Кроме того, на поверхности СОПР открываются выводные протоки крупных слюнных желез - околоушной, подчелюстной и подъязычной.

3. Физиология полости рта.

Секрет всех мелких и крупных желез составляет слюну. За сутки у человека вырабатывается и выделяется в полость рта около 1,5 литра слюны. Кроме воды, слизи и белка в слюне содержится 0,2% неорганических веществ, в основном соли кальция, калия, натрия, концентрация которых во много раз выше, чем в крови. Имеются микроэлементы - железо, медь, марганец, никель, литий, и др. Органические вещества представлены главным образом альбуминами, глобулинами, ферментами. Слюна содержит также различные витамины.

В слюне обнаружено свыше 50 - ти ферментов, относящихся к гидролазам, трансферазам, липазам, изомеразам. Особый интерес вызывает лизоцим слюны, обладающий бактериолитическим, противовоспалительным, антигистаминным, гемостатическим действием, усиливает действие антибиотиков, способствует ускорению репаративных процессов в тканях полости рта . «Иммунными» тельцами, содержащимися в слюне, осуществляется местный иммунитет полости рта. Слюна, изливаясь в полость рта из выводных протоков слюнных и слизистых желез, превращается в так называемую ротовую жидкость , к которой примешиваются слущенные клетки эпителия, микроорганизмы, нейтрофильные лейкоциты, иногда лимфоциты.

В зависимости от состава потребляемой пищи, воздействие внешней среды и состояние организма изменяется и состав слюны. В норме реакция ротовой жидкости слабощелочная (рН - 6,9). Величина водородного показателя изменяется в зависимости от характера патологического процесса в полости рта: при инфекционных заболеваниях реакция кислая. Изменения состава слюны приводят к отложениям назубных камней, что в свою очередь является предрасполагающим фактором возникновения гингивита. В СОПР заложены рецепторы, обеспечивающие вкусовую, болевую, холодовую, тепловую, тактильную и др. чувствительность. Вкусовые рецепторы заложены в основном в сосочках языка. Тактильная чувствительность наиболее выражена в красной кайме губ и особенно в кончике языка. Болевая чувствительность выражена слабо, лучше она в небных дужках, мягком небе и в преддверии полости рта. Температурная чувствительность в разных участках слизистой неодинакова., например, на дне полости рта и на деснах она совсем отсутствует. Холодовая рецепция развита лучше, чем тепловая. В зависимости от того, какие участки СОПР раздражаются, возникают соответствующие рефлекторные изменения, например, характерные реакции сосудов. Так, при раздражении вкусовых рецепторов сладкими веществами отмечается расширение сосудов конечностей, горькие вещества вызывают их сужение. Раздражение рецепторов полости рта оказывает влияние на газообмен и работоспособность мышц.

Физиологические особенности СОПР проявляются и в регенераторных способностях эпителия. В течение суток слущивается большое количество плоского эпителия. Регенерация клеток эпителия происходит в результате митозов клеток базального и шиповидного слоев. Темпы обновления эпителия СОПР превышают скорость размножения эпидермиса. Известно, что раны в полости рта заживают значительно быстрее, чем кожные. Повышенная регенерация СОПР происходит в следствие раннего появления в ней гликогена, повышенного содержания РНК, а также накопления кислых мукополисахаридов и др. Быстрое заживление СОПР по сравнению с кожей объясняется и наличием в слизистой малодифференцированных клеточных элементов. Фибробласты СОПР по сравнению с фибробластами кожи менее дифференцированы и имеют вид характерный для молодых клеток. Ведущую роль в репаративных процессах играют факторы свертывания крови и фибринолитические ферменты. Физическая прочность СОПР и ее тургор определяются способностью выдерживать давление, сжатие, растяжение. Гидрофильность слизистой, ее физическая напряженность, эластичность, сопротивление и ретракционная способность определяют ее тургор, который не изменяется и не зависит от толщины подслизистой ткани, но подвергается возрастным изменениям. Способность СОПР к растяжению зависит от состояния эластических и коллагеновых волокон. Физическая прочность ее у новорожденных детей меньше, чем у людей молодого и зрелого возраста.

Буферная способность СОПР заключается в способности нейтрализовать воздействие кислот и щелочей и быстро восстанавливать рН среды полости рта. Она зависит от наличия и толщины рогового слоя и секрета слюнных желез и изменяется при патологических процессах в полости рта.

СОПР обладает всасывающей способностью, которая различна в разных участках и для разных веществ. Это свойство используется для введения некоторых лекарственных веществ, например, валидол лучше всасывается слизистой дна полости рта. Следует помнить, что здоровая слизистая всасывает лекарственные вещества быстрее, чем патологически измененная. Т.о., барьерную функцию СОПР обуславливают различные факторы, как анатомические, так и функциональные. К ним относятся: неравномерность ороговения, метатическая активность клеток эпителия и высокая регенеративная способность, активность обменных процессов, накопление гликогена, наличие большого количества клеточных элементов в собственном слое слизистой и миграция лейкоцитов в полости рта, бактерицидное действие компонентов слюны, избирательная всасывающая способность и физическая прочность СОПР и др.

Полость рта на протяжении всей жизни является главным входным путем для микроорганизмов внешней среды.. Постоянство микрофлоры обеспечивается антагонистическим действием одних микробов на другие, бактерицидными свойствами слюны. Микрофлора различных участков полости рта разнообразна и изменяется с возрастом. Характерной флорой для гладких поверхностей слизистой (небо, щеки, десна) являются стрептококки; вибрионы и фузоспирохетный комплекс связаны с наличием зубов. Видовой состав микрофлоры полости рта составляют аэробные и анаэробные микроорганизмы. В одном мл слюны концентрация аэробных и факультативных бактерий составляет 10 000 000, а анаэробных - 100 000 000. Наиболее типичными из кокков являются слюнные стрептококки, к которым принадлежат 306 штаммов стрептококков из 409, выделенных из слюны. Кроме сапрофитных видов кокков из полости рта высеваются альфа - стрептококки и коагулазоположительные стафилококки. Энтерококки (стрептококки группы d) рассматриваются как постоянные обитатели полости рта. Характерные для слюны микробы ограничиваются только полостью рта до гортани. Кишечная палочка высевается из слюны только при снижении сопротивляемости организма в случаях дисбактериоза. Часто в симбиозе со спирохетами полости рта находятся фузиформные бактерии, которые в свою очередь состоят в симбиозе со стафилококками и стрептококками. В поддержании постоянства микрофлоры полости рта большую роль играют стрептококки, при подавлении которых нарушается баланс между постоянными обитателями полости и отмечается нарастание случайной флоры. Т.о., бактериальный антагонизм является существенным фактором антибактериальной защиты СОПР. В полости рта сапрофицируют и некоторые вирусы, например, вирусы простого герпеса, носителями которого могут быть около 60% людей.

4.Классификация заболеваний СОПР.

Для систематизации патологических состояний (заболеваний) СОПР Е.в.Боровский и А.Л.Машкиллейсон в 1984 г. предложили сгруппировать их , взяв за основу этиологический или патогенетический фактор, следующим образом:

I Травматические поражения вследствие действия механических факторов, высоких и низких температур, излучения, неблагоприятных метеорологических факторов (метеорологический хейлит, трещины губ), химических веществ и др. Форма проявления: гиперемия, эрозии, язвы, гиперкератозы (лейкоплакия).

II. Инфекционные заболевания:

1. Поражения СОПР при острых и хронических инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, ветряная оспа, туберкулез, сифилис, лепра и др.).

2. Собственно инфекционные и паразитарные заболевания СОПР и губ:

- вирусные (герпесы, ВИЧ-инфекция, бородавки и др.);

- фузоспирохетоз;

- бактериальные (стрепто - и стафилококковые, гонорейные и др.);

- грибковые (кандидоз, актиномикоз и др.);

III. Аллергические и токсико - аллергические заболевания:

- контактный аллергический стоматит, гингивит, глоссит, хейлит (от медикаментов, пластмасс, и др. материалов, используемых в стоматологии, красителей, зубных паст, эликсиров и др. химических веществ, контактирующих со слизистой оболочкой или красной каймой губ, ультрафиолетовых лучей);

- фиксированные и распространенные токсико - аллергические поражения (от медикаментов, пищевых веществ и др. аллергенов, поступающих в организм различными путями);

- дерматозы с поражением СОПР токсико - аллергического генеза (многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса - Джонсона, синдром Лайелла, первичные системные васкулиты, включая синдром Вегенера).

IV. Заболевания с аутоиммунным компонентом патогенеза:

- рецидивирующий афтозный стоматит, включая рубцующиеся афты;

- синдром Бехчета., включая большой афтоз Турена;

- синдром Шегрена;

- дерматозы с поражением СОПР (пузырчатка, пемфигоид, болезнь Дюринга, системная красная волчанка, системная склеродермия).

v. Кожно - слизистая реакция - красный плоский лишай.

VI. Изменения СОПР при экзогенных интоксикациях.

VI. Изменения СОПР и красной каймы губ при патологии различных органов и систем организма и нарушениях обмена веществ:

- при висцеральной и эндокринной патологии ;

- при гипо - и авитаминозах;

- при болезнях крови и кроветворных органов;

при патологии нервной системы;

- при беременности.

VII. Врожденные и генетически обусловленные заболевания:

- невусы и эпителиальные дисплазии: сосудистые невусы, включая синдром Стерджа - Вебера, бородавчатые и пигментные невусы, эпидермоидная киста,

болезнь Фордайса, белый губчатый невус (мягкая лейкоплакия, «щечное кусание» и др.), наследственный доброкачественный интраэпителиальный дискератоз;

- складчатый и ромбовидный глоссит;
- glandулярный хейлит;
- дерматозы с поражением СОПР и губ, буллезный эпидермолиз, атопический дерматит (хейлит), псориаз, ихтиоз, болезнь Дарье, синдром Пейтца - Егерса - Турена, врожденная паронихия, ангидротическая эпителиальная дисплазия.

IX .Предраковые заболевания, доброкачественные и злокачественные новообразования:

- облигатный предрак: болезнь Боуэна, бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз красной каймы губ, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти;
- факультативный предрак: лейкоплакия, ороговевающая папиллома и папилломатоз, керато-акантома, кожный рог, эрозивно - язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая, постлучевой хейлит;
- доброкачественные новообразования;
- рак.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органайзеров по теме «Особенности строения СОПР» :

1.Кластер

2.Концептуальная таблица.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача №1

Больному 22 года, жалуется на неприятный запах изо рта, временами в полости рта появляются болезненные образования. В это время прием пищи бывает затруднен из-за боли и жжения, это вызывает беспокойство больного. Для постановки предварительного диагноза необходимо провести осмотр полости рта:

1. Преддверие полости рта не является:

- a) уздечка языка
- b) уздечка верхней губы
- c) Уздечка нижней губы
- d) Стенонов проток
- e) Железы Фордайса

2. В преддверии полости рта входят

- a) переходная складка
- b) дно полости рта
- c) уздечка языка
- d) Вартонов проток
- e) уздечка

Ситуационные задача №2

Больной 43 лет жалуется на дискомфорт языка. При объективном осмотре:

1. На языке не бывают сосочки :

- a) ромбовидные
- b) листовидные
- c) грибовидные
- d) нитевидные

2. Самыми многочисленными сосочками языка являются:

- a) нитевидные
- b) грибовидные
- c) желобовидные
- d) листовидные

Ситуационные задача №3.

Больной жалуется на неприятный запах изо рта и чувство жажды. Какие части полости рта необходимо осмотреть:

- a) преддверие полости рта
- b) собственно полость рта
- c) язык
- d) небо
- e) все ответы правильные

2. Малоподвижность слизистой оболочки десны обеспечивается:

- a) подслизистый слой
- b) собственный слой
- c) эпителий
- d) роговой слой
- e) зернистый слой

Ситуационная задача № 4

Больной 25 лет , злостный курильщик , жалуется на чувство стянутости и жжения в полости рта, появление белесоватого пятна на слизистой оболочки щеки. При объективном осмотре на слизистой оболочки щеки обнаруживается неравномерное помутнение эпителия с чёткими краями . Пятно не выступает над уровнем окружающих участков СОПР.

1. Какой основной метод исследования СОПР необходимо провести:

- a) пальпация
- b) цитологический
- c) бактериологический
- d) функциональный
- e) иммунологический.

2. Какой преэичный элемент поражения СОПР отмечается у больного:

- a) пятно
- b) афта
- c) язва
- d) трещина

3. В пределах каких слоёв СОПР располагается пятно:

- a) эпителий

- b) собственно слизистый слой
 - c) подслизистый слой
 - d) мышечный слой
 - e) соединительно тканый слой
4. В собственном слое не бывает:
- a) остеобластов
 - b) фибробластов
 - c) гистиоцитов
 - d) макрофагов
 - e) тучных клеток

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Пальпация слизистой оболочки полости рта..

Цель: Научить студента пальпации СОПР.

Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

Шаги выполнения мануальных навыков:

№	Выполняемые шаги.	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надеть средства защиты	0	20
2	Правой рукой с надетой на нее резиновой перчаткой пальпировать морфологический элемент.	0	20
3.	Большим и указательным пальцем правой руки определить границы морфологического элемента	0	20
4.	Пальцами прощупать есть или нет вставания элемента в подлежащие ткани	0	20
5.	Определить болезненность и размеры морфологического элемента.		20
	Итого:	0	100

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Анатомическое строение СОПР.
2. Гистологическое строение СОПР.
3. Физиология полости рта.
4. Буферное свойство СОПР.
5. Всасывающая способность СОПР.
6. Микрофлора полости рта.
7. Классификация заболеваний СОПР.

ЗАНЯТИЕ №2

1. ТЕМА: «МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.»

2. Цель занятия:

Ознакомить студентов с основными методами обследования:

- a) опросом; b) осмотром

С дополнительными методами обследования:

а) лабораторными б)аллергологическими в)функциональными г) цитологическими е) люминесцентными и др.

3. План занятия: провести **основные** методы обследования больного с заболеваниями СОПР, дополнительные методы обследования больного с заболеваниями СОПР, применяя основные методы обследования поставить предварительный диагноз, использовать дополнительные методы обследования проводить дифференциальную диагностику сходных по клиническому течению заболеваний СОПР.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1. Тема «Методы обследования больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.»

Для диагностики заболеваний СОПР кроме основных методов (субъективных и объективных) исследования необходимо использовать **разнообразные** дополнительные методы.

Примерная схема обследования больных с заболеваниями СОПР:

1. Жалобы.

2. Анамнез заболевания.

3. Осмотр больного по системам и органам.

4. Исследования микрофлоры полости рта (виды микробов, их чувствительность к лекарственным средствам).

5. Взятие материала со слизистой оболочки для цитологического исследования.

6. Биопсия элементов поражения СОПР.

7. Исследования рН среды полости рта.

8. Кожные пробы с аллергенами, **специфическими** сыворотками и вакцинами.

9. Общий анализ крови.

10. Посев крови на стерильность.

11. Исследования крови на билирубин, холестерин, фибриноген, сахар, общий белок, белковые фракции, гистамин.

12. Общий анализ мочи, а по показаниям **особые** анализы.

13. Фракционное исследование содержимого желудка.

14. Исследования дуоденального содержимого.

15. Рентгеноскопия (графия) грудной клетки и желудочно - кишечного тракта.

16. Исследования кала на яйца глистов.

17. Ректороманоскопия.

18. Кроме того, могут быть проведены другие дополнительные исследования, назначенные смежными специалистами.

Наиболее часто в диагностике заболеваний СОПР, сопровождающихся кератозом, применяется люминесцентная диагностика - метод макролюминесценции в лучах Вуда. Нормальная слизистая оболочка полости рта в лучах Вуда имеет голубовато - синий цвет, что объясняется близким расположением сосудов. При красном плоском лишае наблюдается беловато - голубоватое свечение элементов поражения, при простой форме лейкоплакии определяется мутно - белое свечение, при веррукозной лейкоплакии - белое, при эрозивной - коричневое свечение эрозий и беловатое участков ороговения. Красная волчанка имеет белоснежное свечение. Бородавчатый предрак в лучах Вуда имеет темно - коричневую окраску и т.д.

Функциональные пробы волдырная проба применяется для определения гидрофильности тканей и скрытого отека СОПР.

Гистаминовая проба применяется для определения чувствительности к **гистамину**, участвующему в аллергических реакциях.

Проба Шиллера-Писарева применяется для определения интенсивности и распространенности воспалительного процесса и основана на окрашивании гликогена, содержащегося в СОПР йодом в коричневый цвет.

Проба Ясиновского -проводится для оценки эмиграции лейкоцитов через СОПР и количества слущенного эпителия.

Проба Кавецкого (Базарновой) с трепановым синим служит для определения фагоцитарной активности и регенеративной способности тканей.

Проба Роттера -применяется для определения насыщенности организма аскорбиновой кислотой.

Лабораторные методы исследования: цитологические методы исследования основаны на изучении структурных особенностей клеточных элементов и их конгломератов. Материалом могут быть мазок - отпечаток, мазок - перепечаток, мазок - соскоб с поверхности слизистой оболочки, эрозии, язв, свищей и т.д., осадок промывной жидкости полости рта и пунктат участка, расположенного в глубоко лежащих тканях.

Биопсия-прижизненное иссечение тканей для микроскопического исследования с диагностической целью.

Бактериологическое исследование- бактериоскопия материала, получаемого с поверхности СОПР, язв, эрозий.

Серологические исследования - методы изучения определенных антител или антигенов в сыворотке крови больного, а также выявление антигенов микроорганизмов или тканей с целью их идентификации, основанные на реакциях иммунитета (реакция Вассермана, Кана, ВИЧ - инфицирование и др.)

Диагностика лекарственной аллергии: аллергологический анамнез, постановка кожных и провакцинационных проб с лекарственными веществами или сывороточными препаратами.

Общий клинический анализ крови включает в себя определение количества гемоглобина, числа эритроцитов и лейкоцитов, цветового показателя, подсчет лейкоцитарной формулы и является важным дополнительным методом диагностики.

Биохимические исследования крови , мочи и др. на содержание глюкозы, ферментов, билирубина и т.д. Нередко возникает необходимость проведения исследования желудочного сока и др.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органайзеров по теме «Методы обследования больных с заболеваниями СОПР»

1.Категориальная таблица.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Решение ситуационных задач.

Ситуационные задача №1

1. При осмотре полости рта у больного после приёма антибиотика на языке обнаруживается гиперемия и легко снимаемый белый налёт. Для постановки точного диагноза какой метод обследования необходимо провести.

- a) микробиологический *
- v) гистаминовая проба
- c) серологический метод
- d) иммунологический метод
- e) функциональный метод

2. Проведите дифференциальный диагноз:

- a) лейкоплакия
- b) красный плоский лишай
- v) аллергический стоматит
- g) сифилитическая папула
- d) все ответы верны *

3. Основным методом обследования является:

- a) пальпация*
- b) цитологический
- v) бактериологический
- g) функциональный
- d) иммунологический

Ситуационные задача №2

1.. У больного 56 лет отмечается веррукозная лейкоплакия щеки. Сопровождается ороговением, усилением кровоточивости. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести :

- a) цитологические*
- b) люминисцентные
- c) гистологические
- d) микробиологические
- e) иммунологические

2. Люминисцентный метод применяется для определения

- a) характера кератоза*
- b) специфических поражений
- v) грибковых поражений
- g) вирусных поражений
- d) аллергии

3. К цитологическим методам относится:

- a) мазок – отпечаток*
- b) люминисцентный
- v) функциональный
- g) томография
- d) проба Олдрича

Ситуационные задача №3

Больная 45 лет обратилась с жалобами на дискомфорт в полости рта. При объективном осмотре обнаружена гиперемия и отечность СОПР. Провели основные методы обследования:осмотр,опрос,пальпацию.

1. Для выявления воспаления применяют пробу:

a. Шиллера – Писарева*

b. Ясиновского

v Олдрича

g Роттера

d Кавецкого – Базарновой

2. Степень насыщения тканей аскорбиновой кислотой выявляет проба:

a Роттера*

b Олдрича

v Шиллера - Писарева

g Ясиновского

d Кавецкого – Базарновой

Ситуационные задача №4

Больной 36 лет жалуется на неприятные ощущения в полости рта, возникшие на 7-10 после наложения постоянной пломбы на /_7 . При объективном осмотре на слизистой оболочке щеки отмечается эрозия на уровне острого края восстановленной коронки /_7

1.Напишите формулу зуба по ВОЗ

Ответ: /_27

2. Какой вторичный элемент поражения отмечается у больного:

a. пятно

b. узел

v. бугорок

g. эрозия *

d. киста

3. Какие дополнительные методы обследования нужно провести :

a. цитологический*

b. бактериологический

v. осмотр

g. пальпация

d. опрос больного

4. Какие лечебные мероприятия необходимо провести:

a. шлифовка и полировка пломбы*

b. проводниковую анестезию

v. удаления зуба

g. криотерапия

d. иссечение тканей

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Этапы местной обработки СОПР.

Цель:Провести местную обработку СОПР у пациентов.

Показание: Местная обработка при воспалении СОПР.

Оснащение: Стоматологическое кресло, стоматологическая установка, стандартный стоматологический набор, анестетики, антисептики, вата, валики, Камистад – гель

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполн ил этап	Выполн ил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподава теля
1. Определить патологический очаг в полости рта.	0	15		
2. Полоскание полости рта слабым раствором антисептика	0	15		
3. Воспаленный участок изолировать от слюны ватными валиками, высушить.	0	20		
4. Провести местное аппликационное обезболивание	0	20		
5. Камистад – гель нанести на ватный валик и наложить на воспаленный участок СОПР	0	20		
6. Дать рекомендации пациенту.	0	10		
Итого:	0	100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислите функциональные методы обследования:
2. Перечислите лабораторные методы обследования:
3. Метод люминесцентной диагностики
4. Опишите примерную обследование больных с заболеваниями СОПР.
5. Перечислите клинические лабораторные методы обследования
6. Перечислите цитологические методы исследования

ЗАНЯТИЕ №3

1. ТЕМА: «ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В СОПР. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ».

2. Цель занятия: Изучить патологические процессы, возникающие в СОПР при различных заболеваниях и морфологические элементы для каждой патологии.

3. План занятия: различать отдельные патологические процессы, происходящие в СОПР, различать первичные элементы поражения, различать вторичные элементы поражения, определить различные стадии развития элемента поражения, дифференцировать элементы поражения, сходные между собой, различать элементы поражения.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Патологические процессы выражаются в изменении окраски, целостности и рельефа СОПР. Особенно важно для диагностики заболевания СОПР уметь различать дегенеративные процессы в эпителии.

Спонгиоз - скопление жидкости между клетками шиповидного слоя. Жидкость, скапливаясь, может **растрывать** протоплазматические мостики клеток и, заполняя полости, образовывать пузыри.

Баллонирующая дегенерация - нарушение связи между клетками шиповидного слоя, что приводит к свободному расположению отдельных клеток или их групп в экссудате, образующихся пузырьков в виде шаров (**баллонов**).

Акантолиз - дегенеративное изменение клеток шиповидного слоя, выражающееся в расплавлении межклеточных протоплазматических мостиков.

Акантоз - это утолщение клеток шиповидного слоя, характерное для воспаления.

Гиперкератоз - это избыточное ороговение за счет нарушения явлений десквамации или усиленного продуцирования ороговевших клеток.

Паракератоз - это нарушение процесса ороговения, которое выражается в неполном ороговении поверхностных клеток шиповидного слоя.

Папилломатоз - это разрастание сосочкового слоя в сторону эпителия.

Различают первичные элементы поражения, т.е. возникающие самостоятельно, и вторичные, развивающиеся из первичных. Кроме того, определяется мономорфный тип поражения - скопление однородных первичных элементов, и полиморфный тип поражения - скопление разнородных первичных элементов. Различные стадии развития одного элемента - ложный полиморфизм.

ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ:

А. И Н Ф И Л Ь Т Р А Т И В Н Ы Е

Пятно - изменение окраски слизистой оболочки. Пятна бывают мелкие и крупные, разлитые и ограниченные, стойкие и нестойкие. Характерным для пятен является то, что они не ощущаются при пальпации. Различают сосудистые, пигментные (дисхроматические) пятна, возникающие в результате отложения в слизистой оболочке красящих веществ. Сосудистые пятна могут возникнуть в результате временного рефлекторного расширения кровеносных сосудов и при воспалении. Воспалительные пятна могут иметь различные оттенки красного цвета, при надавливании на них они всегда исчезают, и затем появляются вновь. Множественные мелкие пятна называются розеолой крупные - эритемой. Пятна, возникшие в результате стойкого невоспалительного расширения поверхностных сосудов или их новообразования, называются телеангиэктазиями. Пятна на коже и слизистых оболочках могут возникнуть в результате нарушения целостности сосудистой стенки (разрыв, повышение проницаемости) - геморрагические пятна. Цвет таких пятен не исчезает при надавливании и в зависимости от времени, прошедшего после кровоизлияния, имеет различные оттенки. Точечные геморрагии называются петехиями, множественные кровоизлияния небольших размеров называются пурпурой, крупные кровоизлияния - экхимозами.

Пигментные (дисхроматические) пятна возникают в результате скопления, или уменьшения, а иногда и полного отсутствия пигмента меланина.

Узелок - бесполостное образование в эпителии за счет акантоза, выступающее над поверхностью слизистой оболочки. Поверхность узелков может быть плоской, конусообразной или полушаровидной, очертания круглые или полигональные. Узелки могут быть различного цвета и консистенции. Величина узелков от просыаного зерна и более, они могут увеличиваться в размере и сливаться, образуя бляшки. При заживлении узелков на их месте следов не остается.

Узел - плотное образование, берущее начало в подслизистом слое. Обнаруживается при пальпации в виде плотного малоболезненного округлой формы инфильтрата. По мере развития он увеличивается, возвышается над поверхностью слизистой. Возможно нагноение или изъязвление узла.

Бугорок - это инфильтративное бесполостное образование, захватывающее все слои слизистой оболочки и возвышающееся над ее поверхностью, как правило, располагаются бугорки скучено и быстро подвергаются распаду. На их месте образуются язвенные поверхности, покрытые грануляциями и вегетациями. Заживают с образованием рубца.

б. Э К С С У Д А Т И В Н Ы Е

Пузырек - полостной элемент, возникающий в результате ограниченного скопления жидкости. **Располагается** в шиповидном слое, имеет дно, и тонкую крышку, возвышается над поверхностью слизистой и легко вскрывается при механическом воздействии. Размеры пузырька до 2 мм.

Пузырь - полостное образование, отличающееся от пузырька более крупными размерами и расположением жидкости не только внутри, но и подэпителиально. При внутриэпителиальном пузыре крышка состоит из клеток шиповидного слоя и вскрывается очень быстро. Крышка подэпителиального пузыря достаточно прочная и сохраняется до нескольких дней.

Гнойничек - полостное образование, заполненное гнойным экссудатом.

Киста - полостное образование, выстланное эпителием и имеющее соединительнотканную оболочку. Содержимое может быть прозрачным или геморрагическим.

Волдырь - бесполостное образование, возникающее в результате острого ограниченного отека сосочкового слоя и выступающее над слизистой оболочкой, имеет форму плоской возвышенности, по окраске может быть бледным или красным., размеры от 0,2 до 1,5 см. Могут быть экзогенного и эндогенного происхождения.

ВТОРИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ.

Эрозия - нарушение целостности поверхностного слоя эпителия, заживает без рубца.

Афта - ограниченный участок некроза эпителия желто - серого цвета округлой или овальной формы, размером 0,2 - 0,5 см или больше. Окружен ярко - красным воспалительным ободком. Заживает без рубца.

Язва - некроз тканей, захватывающий все слои слизистой оболочки, имеет дно и края. Заживает с образованием рубца.

Рубец - замещение дифференцированных тканей соединительной тканью, возникает на месте некоторых первичных или вторичных элементов.

Чешуя - отделяющиеся ороговевшие пластинки эпителия.

Корка - ссохшийся экссудат из пузырька, эрозии, язвы. Цвет зависит от характера экссудата, обычно располагаются на красной кайме губ или вблизи них.

Трещина - линейный дефект, возникающий при потере тканью эластичности, локализуется чаще в углах рта и на красной кайме губ.

Абсцесс - полостное образование, заполненное гноем.

Атрофия - истончение слизистой оболочки.

Пигментация - изменение цвета ткани, возникающее после воспаления.

Следует помнить, что морфологические элементы не всегда патогномичны, но в комплексе исследований больного служат важным дополнительным фактором в постановке диагноза.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Сеть паука”.

Составление оргайзеров по теме «Патоморфологические процессы, возникающие в СОПР. Морфологические элементы поражения.»

1. Составление Кластера.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача № 1

Больной 66 лет жалуется на неприятные ощущения в полости рта, возникшие после наложения металлической пломбы на /_6. При объективном осмотре на слизистой оболочки щеки отмечается пятно на уровне /_6

1. Напишите формулу зуба по ВОЗ

Ответ: /_26

2. Сосудистые пятна на СОПР не называют

- а) пустула*
- б) питехия
- в) пурпура
- г) розеола
- д) энантема

3. Первичным элементом поражения СОПР является

- а) папула*
- б) эрозия
- в) рубец
- г) трещина
- д) корка

4. Первичным элементом поражения СОПР является

- а) пузырь*
- б) эрозия
- в) рубец
- г) трещина
- д) корка

5. Первичным элементом поражения СОПР является

- а) волдырь*
- б) эрозия
- в) рубец
- г) трещина
- д) корка

Ситуационная задача № 2

. Больная 47 лет жалуется на боль и жжение в полости рта, появившуюся 2 дня назад. Из анамнеза выяснено, что в течении последних 2 лет у больного

периодически через каждые 5-6 месяцев появляются афты на кончике языка . Заживление афт наступает через 10-12 дней после появления . Больная страдает хроническим гастритом .

1. Какой первичный элемент поражения предшествует афте:

- a. пятно*
- b. узелок
- v. узел
- g. бугорок
- d. волдырь

2. При гистологическом исследовании афты не выявляется :

- a. расширение сосудов
- b. периваскулярная инфильтрация
- v. отёк шиповатого слоя эпителия
- g. глубокое фибринозно-некротическое воспаление
- d. акантолитические клетки Тцанка*

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести :

- a. иммунологический *
- b. цитологический*
- v. опрос
- g. осмотр
- d. пальпация

4. Какой основной метод обследования нужно провести:

- a. пальпация*
- b. цитологический
- v. микробиологический
- g. иммунологический
- d. опрос больного*

Ситуационная задача № 3

Больная в., 30 лет , обратилась с жалобами на наличие очень болезненных афт на щеках , губах и языке, болезненность при приёме пищи. Из анамнеза выяснилось, что подобные афты образуются весной и осенью.

Объективно: на слизистых оболочках щек в области левых нижних 5 и 6 зубов, на боковых поверхностях языка, на слизистой нижней губы имеются единичные афты около 0,6-0,8 , покрытые плотно сидящим фибринозным налётом на фоне гиперемированной СОПР , болезненные , мягкие при пальпации.

1. При желудочно-кишечной патологии образуются афты :

- a. покрытые фиброзным налётом.*
- b. мясо-красного цвета
- v. покрытые некротическим налётом.
- g. покрытые творожистым налётом

2. Афты это:

- a. плотное образование
- b. дефект на все слои эпителия
- v. линейный дефект

- g. сохшийся экссудат
 - d. овальная эрозия , покрытая фибринозным налётом *
3. Для общего лечения как средство неспецифической сенсбилизации используют:
- a. анальгин
 - b. ципролет
 - v. лидокаин
 - g. мепивокаин
 - d. гистаглобулин*

Ситуационная задача № 4

Больной 34 лет, обратился в отделение Тс. Жалобы: на новообразование в полости рта, хронические рецидивы, общую слабость, недомогание.

Из анамнеза : больной страдает 4 года, постоянное выделение мокроты иногда с кровью, находится на учёте в туберкулёзном диспансере.

Объективно: На СОПР имеются множественные рубцы , на некоторых из них элемент воспаления формы сферы(полушария), безболезненное величиной с булавочную головку (диаметр 1—3 мм), мягкой консистенции, красного или желтовато-красного цвет, склонны к периферическому росту и слиянию с соседними элементами, что приводит к образованию различных размеров и очертаний бляшек.

1. Какой первичный элемент СОПР при туберкулёзе был описан:

- a. афта
- b. язва.
- v. пятно
- g. бугорок*
- d. узелок

2. Какой вторичный элемент СОПР имеется у больного

- a. пузырь
- b. рубец*
- v. бугорок
- g. бляшка.
- d. пятно

3. Какие слои СОПР захватывает бугорок:

- a. эпителий
- b. собственно слизистую пластинку.
- v. подслизистый слой
- g. мышечный
- d. a, b, v *

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык «Методы обследования больного с заболеваниями СОПР.»

Цель: Научить студента методам обследования больного с заболеваниями СОПР.

Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

Выполняемые шаги:

№	Выполняемые шаги.	Шаг	не	Шаг выполнен

		выполнен.	полностью.
1.	Надеть средства защиты	0	20
2	Провести внешний осмотр больного	0	20
3.	Провести осмотр преддверия полости рта (при сомкнутых челюстях)	0	20
4.	Произвести осмотр собственно полости рта	0	20
5.	Произвести пальпацию слюнных желез	0	20
	Итого:	0	100

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите инфильтрированные морфологические элементы поражения
2. Назовите экссудативные элементы поражения
3. Перечислите первичные элементы поражения
4. Перечислите вторичные элементы поражения
5. Что такое пятно, дайте характеристику различным пятнам
6. Что такое баллонизирующая дегенерация
7. Что собой представляет акантолиз.
8. Что собой представляет гиперкератоз.
9. Что собой представляет паракератоз.
10. Что такое спонгиоз.

ЗАНЯТИЕ №4

1. ТЕМА: МЕХАНИЧЕСКИЕ ТРАВМЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

2. Цель занятия: Обучить студентов методам диагностики механических травм, ознакомиться с этиологическими факторами острой и хронической механической травмы, обучить студентов умению характеризовать клиническую картину механической травмы, обучить проведению дифференциальной диагностики, обучить выбору метода лечения, ознакомить студентов с профилактическими мерами по предупреждению возникновения механической травмы.

3. План занятия: провести осмотр и пальпацию область поражения, определение характера поражения в зависимости от травмирующего фактора, устранение острого и хронического травмирующего фактора, провести аппликационную анестезию области поражения, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элемент поражения, аппликацию кератопластических средств на элемент поражения.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Причины развития механической травмы. Острая механическая травма возникает в результате удара, укуса, ранения режущим или острым предметом. Травма может сопровождаться нарушением целостности эпителия, которое ведет к возникновению язвы либо эрозии, или возникает внутритканевое кровоизлияние без нарушения целостности эпителия (гематома). Вокруг эрозии развивается воспалительная реакция локализованного характера с инфильтрацией собственно слизистой оболочки. Причиной хронической механической травмы может быть длительная травма слизистой оболочки острыми краями зубов, некачественно изготовленными или устаревшими протезами, расположенными вне дуги зубами. Травмирующими факторами могут быть нависающие края пломб, проволочные шины или лигатуры при шинировании челюстей, вредные привычки. Неадекватным раздражителем СОПР может стать любая ортопедическая, либо

ортодонтическая конструкция: съемный протез, промежуточная часть мостовидного протеза, искусственные коронки. Механическая травма слизистой оболочки нередко связана с прорезыванием зубов-прикусывание щеки, языка, губы, что определяется по множеству рубцов на слизистой оболочке полости рта, у грудных детей-прикормлении из соски больших размеров.

Клиническая картина механической травмы. При острой механической травме отмечается незначительная болезненность на месте травмы. При внутритканевом кровоизлиянии через 1-3 дня выявляется гематома синюшно-черного цвета. При повреждении эпителия образуется болезненная эрозия, инфильтрированная в основании, которая обычно быстро эпителизируется. В случае вторичного инфицирования эрозия может перейти в длительно незаживающую язву.

Изменения слизистой оболочки при хронической травмы могут длительное время не беспокоить больного. Ощущается чувство неловкости, дискомфорта, незначительная болезненность, припухлость. При осмотре слизистой оболочки выявляются катаральное воспаление (отек, гиперемия), нарушение ее целостности (эрозия, язвы), пролиферативные изменения (гипертрофия десневых сосочков, десневого края), гипертрофия сосочков языка типа папилломатоза, повышенное ороговение (лейкоплакия). Декубитальная афта – это хроническая механическая травма при отсутствии лечения. Она болезненна, особенно при приеме пищи, разговоре. Края язвы гиперемированы, болезненны при пальпации, дно покрыто некротическим налетом. Глубина различная - вплоть до мышечного слоя. Регионарные узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. Язва может осложниться фузоспирохетозом или кандидозом, при длительном течении (2-3 мес и более) может озлокачествиться.

Диагностика и дифференциальная диагностика механической травмы.

Диагностика острой механической травмы не представляет затруднений. Причина легко выявляется при сборе анамнеза.

Хроническую механическую травму необходимо отличать от рака, туберкулезных язв, сифилитических язв, хронического язвенно-некротического гингивостоматита Венсана, трофических язв.

Удаление травмирующего фактора также служит дифференциально-диагностическим целям. Быстрое, в несколько дней, заживление язвы свидетельствует о ее травматическом происхождении.

Лечение механической травмы. Лечение острой механической травмы зависит от глубины и величины поражения. При гематомах, эрозиях и мелких ранах-антисептическая обработка (0,5-1% р-р перекиси водорода, 0,5% р-р этония, 1% р-р димексида). При глубоких травмах накладываются швы.

Лечение хронической механической травмы сводится к устранению раздражителя, антисептической обработке, аппликации кератопластических средств, проведении санации полости рта.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Сеть паука”.

Составление органайзеров по теме «Механические травмы СОПР» :

1. Диаграмма Венна

2. Категориальная таблица.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача №1

В подъезде дома было совершено нападение на гражданина Н. С целью ограбления. Прибывший на место происшествия по вызову врач скорой помощи обнаружил пострадавшего в бессознательном состоянии. У пострадавшего наблюдалась рана верхней губы, из которой сочилась кровь алого цвета. Кожные покровы бледные. Пульс 100 ударов в минуту.

1. Поставьте диагноз

2. Выберите метод лечения.

Ответ. Острая механическая травма с нарушением целостности слизистой оболочки полости рта. Рванная рана. Необходимо произвести ушивание раны и антисептическую обработку.

Ситуационная задача №2

Во время приема пищи больной нечаянно прикусил язык. Отмечает болезненность при движении языка и приеме пищи. Объективно: на боковой поверхности языка слева имеется гематома размером 0,5 x 0,5 см. 1.

1. Поставьте диагноз

2. Выберите метод лечения.

Ответ. Острая механическая травма без нарушения целостности слизистой оболочки полости рта. Необходимо дать совет-антисептические полоскания и наблюдения за гематомой.

Ситуационная задача №3

У больного П. На щеке слева в области моляров имеется язва размером 1 x 1 см. с инфильтрированными и болезненными краями, покрытое серо - желтым легко снимающимся налетом. Верхний левый 8 зуб находится вне дуги, имеет острые бугры.

1. Поставьте диагноз.

2. Выберите метод лечения.

Ответ. Декубитальная язва. Необходимо устранить причину возникновения язвы. Провести антисептическую обработку, аппликацию на язву кератопластических средств.

Ситуационная задача №4

Больной С. 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль в языке. Из анамнеза 3 дня тому назад ел рыбу и укололся косточкой. При осмотре на боковой поверхности языка слева имеется дефект слизистой оболочки 1 x 1 см с неровными краями, покрытое серо – желтым налетом.

1. Поставьте диагноз.

2. Выберите метод лечения.

Ответ. Острая механическая колотая травма. Необходимо провести антисептическую обработку аппликацию кератопластиками.

Ситуационная задача №5

Во время профосмотра у пациента М. на щеке справа по линии смыкания зубов обнаружена неглубокая язва с неровными слегка уплотненными краями, болезненная и покрытая желтым налетом. У пациента имеется перекрестный прикус и он часто прикусывает эту область щеки.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Проведите лечение.
- 3.Ваша дальнейшая тактика.

Ответ. Декубитальная язва. Необходимо устранить причину возникновения язвы. Провести антисептическую обработку, аппликацию на язву кератопластических средств. Рекомендовать провести лечение у ортодонта – стоматолога.

Ситуационная задача №6

Мужчина 62 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль в области щеки справа при ношении протеза. При осмотре на верхней челюсти имеется частично съемный протез, фиксирующийся за шестой зуб. В области кламмера имеется эрозия слизистой оболочки, покрытая серо – белым налетом.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Проведите лечение.
- 3.Ваша дальнейшая тактика.

Ответ. Механическая травма с нарушением слизистой оболочки полости рта. Необходимо устранить причину возникновения язвы. Провести антисептическую обработку, аппликацию на эрозию кератопластических средств. Обратиться к ортопеду-стоматологу за коррекцией протеза.

Ситуационная задача №7

Больная А. 26 лет поступила в клинику хирургической стоматологии с челюстно – лицевой травмой. При осмотре полости рта обнаружено много разрушенных кариозных зубов, а на слизистой щеки – кровоточащие, болезненные, неглубокие язвы на гиперемизованном основании и покрытые серо – белым налетом.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Проведите лечение.

Ответ .Острая механическая ушибленная травма. Лечение: удаление разрушенных зубов, антисептическая обработка , аппликация кератопластиками.

Ситуационная задача №8

Пациент Н. 54 лет обратился к стоматологу с жалобами на неприятные ощущения, болезненность при еде и кровоточивость в области нижнего 6 зуба справа, покрытого искусственной коронкой. При осмотре отмечается гиперемия, отек и кровоточивость десны в области нижнего 6 зуба справа; коронка длинная и глубоко заходит под десну.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Проведите лечение.

Ответ. Хроническая механическая травма. Необходимо провести антисептическую обработку и аппликацию кератопластиками.

Тесты

1. Элемент поражения при острой механической травме.

- a) рана
- b) язва
- v) узел
- g) пузырек
- d) корка

правильный ответ 1-а.

2. Лечение декубитальной травмы начинают с:

- a) устранения травмирующего фактора
- b) аппликации кератопластиков
- v) аппликации кератолитиков
- g) иссечения язвы
- d) приемом внутрь седативных препаратов

правильный ответ 2-а.

3. Острая механическая травма СОПР-это:

- a) рана
- b) язва
- v) повышенное ороговение
- g) пролиферация эпителия
- d) корка

правильный ответ 3-а.

4. Выберите соответствие элементов поражения:

- 1) острая механическая травма
- 2) хроническая механическая травма

- a) рана, b) гематома,
- g) декубитальная язва, d) эрозия,
- e) гипертрофический гингивит

правильный ответ: 1-а, б, д, 2-г, е .

5. Выберите соответствие препаратов при лечении механической травмы:

- 1) кератопластики
- 2) антисептики
- a) бальзам Шостаковского, b) аэкол, v) ротакан, g) хлоргексидин, d) солкосерил

правильный ответ 1-а, б, d. 2-в, g.

6. Декубитальную язву дифференцируют с:

- a) трофической язвой
- b) кератоакантомой
- v) болезнью Боуэна
- g) лейкоплакией
- d) нет правильного ответа

правильный ответ 6-а.

7. Папиллозная гиперплазия -это

- a) мягкая зернистая ярко-красная поверхность
- b) поверхность СОПР как бы изъеденная молью
- v) плотное опухолевидное образование

g) острая механическая травма.

d) гальванизм

правильный ответ 7-а.

8. Причиной возникновения дольчатой фибромы служит:

a) длительное раздражение краем протеза

b) раздражение СОПР под съёмным протезом

v) гиперкератоз

g) воздействие гриба рода Candida

d) химическое повреждение

правильный ответ 8-а.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык : Обработка зубов при гиперестезии.

Цель: Научить студентов лечению гиперестезии

Показание. Устранение гиперестезии зубов

Оснащение: Стоматологические инструменты, флюор протектор, кисточка, ватные валики, щетки для удаления зубных налетов.

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1. Определение зубов с гиперестезией	0	20		
2 Снятие налёта с поверхности зуба щеткой	0	30		
3. Изолировать зуб от слюны ватными валиками, высушить	0	10		
4. С помощью специальной кисточки покрыть все поверхности зубов с гиперестезией флюор протектором	0	30		
5. Высушить зубы с помощью воздуха	0	5		
6. Дать совет	0	5		
Итого:	0	100		

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте гематому.

2. Охарактеризуйте эрозию и рану.

3. Что такое острое катаральное воспаление.

4. Что такое хроническое катаральное воспаление.

5. Что такое гиперкератоз.

6. Опишите дольчатую фиброму.

7. Опишите папилломатозную гиперплазию.

8. Что такое привычное кусание.

9. Причины острых механических повреждений СОПР.

10. Причины хронических механических повреждений СОПР.

11. Клинические проявления острой механической травмы СОПР.

12. Клинические проявления хронической механической травмы СОПР.

13. Дифференциальная диагностика механических повреждений СОПР.

14. Лечение острой механической травмы СОПР.

15. Лечение хронической механической травмы СОПР.

16. Дайте характеристику декубитальной язвы.

ЗАНЯТИЕ №5

1. ТЕМА: ФИЗИЧЕСКИЕ ТРАВМЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

2. Цель занятия: обучить студентов методам диагностики физических травм, ознакомить с этиологическими факторами острой и хронической физической травмы, обучить студентов умению характеризовать клиническую картину физической травмы, обучить проведению дифференциальной диагностики, обучить выбору метода лечения, ознакомить студентов с профилактическими мерами по предупреждению возникновения физической травмы.

3. План занятия: провести осмотр и пальпацию области поражения, определение характера поражения в зависимости от травмирующего фактора, устранение острого и хронического травмирующего фактора, аппликационную анестезию области поражения, антисептическую обработку очага поражения.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Этот раздел включает в себя повреждения СОПР, развивающиеся под воздействием таких факторов, как высокая и низкая температура, лучевая энергия, электрические и гальванические токи.

Термические травмы могут произойти при несчастных случаях в быту и на производстве.

При остром повреждении (ожоге) слизистой оболочки горячим паром, кипятком, электрокоагулятором (в стоматологии) степень поражения зависит от температуры и длительности воздействия агента: на участке его воздействия образуется ожог различной степени от катарального воспаления до появления пузырей, эрозий, язв. В момент воздействия больной испытывает резкую боль, которая постепенно проходит и остается только ощущение шероховатости, стянутости слизистой. Мацерированный эпителий отторгается и под ним обнажаются болезненные эрозии. Реактивные воспалительные явления могут распространяться за пределы поврежденного участка. Вторичное инфицирование и воздействие местных травмирующих факторов может осложнить и замедлить эпителизацию.

В последние годы в стоматологии все шире используют с лечебной целью низкие температуры - криометоды. Клинико – экспериментальные исследования показали, что кратковременное, но глубокое охлаждение тканей жидким азотом сопровождается некрозом поверхностных слоев слизистой оболочки. Некротическая ткань отграничена от окружающей здоровой слизистой узким ободком гиперемии. Отторжение некротических масс начинается на 5 - 6 сутки. Эпителизация очагов отморожения происходит под некротической пленкой и заканчивается к 12 - 16 дню. К этому времени слизистая приобретает обычную окраску, становится гладкой, блестящей. Процесс завершается образованием малозаметного рубца.

Лечение термических ожогов включает применение лекарственных средств, устраняющих воспаление, оказывающих муколитическое действие, предупреждающих возможные осложнения асептического некроза в связи с присоединением инфекции, стимулирующих регенерацию слизистой оболочки. При применении криодеструкции с лечебной целью для

предупреждения повреждения рядом расположенных здоровых тканей рекомендуется использовать различные криопротекторы. Наиболее простым из них являются индифферентные мажевые покрытия.

Причиной поражения СОПР может быть электрический ток. Электротравма может иметь место в промышленности, сельском хозяйстве, в быту, при лечении в физиотерапевтическом кабинете и даже у врача - стоматолога, если аппаратура не заземлена. Удельный вес электротравм очень мал. Принято считать наиболее опасным переменный ток. При электротравме происходит повреждение тканей подобно термическому ожогу высокой температуры. Такие ожоги характеризуются тяжелым течением, глубоким поражением тканей и обширной площадью. После отторжения некротизированных тканей образуются глубокие язвы с грязно - серым некротическим налетом на дне: они плохо или совсем не эпителизируются. Лечение проводится такое же, как при других травмах.

Хроническая физическая травма СОПР обычно обусловлена длительным воздействием малых доз гальванических токов, возникающих во рту при наличии разнородных металлов и ионизирующего излучения.

Стоматологу сравнительно часто приходится сталкиваться с проявлениями гальванизма слизистой оболочки рта.

Первые упоминания о микротоках, образующихся в полости рта, относятся к концу прошлого столетия. Многие авторы причину появления этих токов видели в наличии в полости рта металлических пломб и протезов. Первое измерение разности потенциалов между металлическими факторами в полости рта произвел Сикора (1929), применив для этого гальванометр. Липпман (1930) измерял микротоки в полости рта микроамперметром, который используется для этих целей и сегодня.

Наличие в полости рта стальных коронок и мостовидных протезов может быть причиной развития патологических симптомов, известных под названием гальванизм. Некоторые больные после протезирования жалуются на изменение вкусовых ощущений, нарушение саливации (сухость или повышенное слюноотделение). Иногда наблюдаются жжение слизистой оболочки языка, неба, щек, изредка тошнота и даже рвота. Эти ощущения усиливаются обычно к вечеру, после курения, а при приеме пищи пропадают. Описанные ощущения у некоторых довольно стойкие и исчезают только после удаления металлических протезов или замены их на пластмассовые или золотые. У некоторых больных, страдающих гальванизмом, слизистая оболочка, прилегающая к стальным протезам, гиперемирована, отечна, а иногда эрозирована и даже изъязвлена.

В первые дни после протезирования стальными протезами у лип с металлическими пломбами величина микротоков составляла 20 - 90 мкА. В дальнейшем сила тока постепенно уменьшалась и через год, по данным в.А.Хватовой равнялась 7 - 20 мкА. После снятия стальных протезов или их замены отмечалось снижение величины микротоков до 0 - 3 мкА и исчезновение неприятных ощущений.

в.И.Батырь указывает, что наибольшая сила тока отмечается при наличии в полости рта стального припоя и пломб из медной амальгамы. Автор указывает, что нет прямой зависимости между величиной микротоков и выраженностью субъективных ощущений.

Гальванизм следует дифференцировать от глоссалгии, аллергической реакции СОПР. При этом важное значение имеет анамнез и измерение величины микротоков в полости рта.

Т.в.Никитина и М.А.Тухтабаева разработали прибор -«Гальванотест», который обеспечивает точность показаний потенциалов полости рта.

Лечение состоит в замене протеза из нержавеющей стали на золотой, металлические пломбы также подлежат замене. При изменениях слизистой оболочки - обезболивающие средства и противовоспалительное лечение.

Лучевые поражения могут возникнуть при неосторожной работе с радиоактивными веществами, а также при рентгено- и радиотерапии опухолей челюстно - лицевой области. В результате действия ионизирующей радиации на организм возникает местная лучевая реакция СОПР. Реакция тканей на облучение зависит от вида терапии (дистанционного, короткофокусного, внутритканевого), разовой и суммарной дозы, радиочувствительности тканей, а также от состояния полости рта до облучения. Она может быть ограниченной (при короткофокусной и внутритканевой гамма - терапии) или захватывать всю слизистую оболочку (при дистанционных методах облучения). Лучевую реакцию СОПР г.М.Барер предлагает называть радиомукозитом. Реакция СОПР на облучение развивается постепенно имеет свои клинические особенности на различных участках. Первые клинические признаки нарушения состояния слизистой обнаруживаются на участках где отсутствует ороговевший эпителий. г.М.Барер различает следующие стадии развития радиомукозита: 1) отек и гиперемия;

2) слизистая мутнеет, уплотняется, наступает ороговение эпителия, картина напоминает лейкоплакию или красный плоский лишай;

3) десквамация эпителия - ороговевший эпителий отторгается;

4) очаговый пленчатый радиомукозит - возникают эрозии, покрытые фибринозным налетом;

5) сливной пленчатый радиомукозит - некротический процесс распространяется шире и образуются эрозии и язвы, покрытые фибринным налетом;

6) эпителизация эрозий;

7) остаточные явления - отек, гиперемия, атрофия, телеангиэктазии.

В не санированной полости рта лучевая реакция протекает тяжелее, раньше развивается на слизистой, прилегающей к металлическим протезам и пломбам из амальгамы.

Слизистая оболочка мягкого неба, щек, дна полости рта наиболее чувствительны к лучевому воздействию и процессы в ней развиваются быстрее, в более ранние сроки, и как правило, не сопровождаются ороговением. Участки ороговевшей слизистой (твердое небо, десна, спинка

языка) менее чувствительны и реакция здесь протекает спокойнее и выражается в гиперемии, усилении ороговения, реже образуются очаги пленчатого радиомукозита.

Слизистая оболочка вследствие хорошего кровоснабжения и регенераторной способности относительно полно восстанавливает свои функции, но происходит это медленно и в различные сроки. Поэтому различные стоматологические вмешательства, наносящие дополнительные травмы слизистой, могут привести к возникновению тяжелого осложнения - лучевой язве, которая характеризуется прогрессирующим течением с распространением на подлежащие ткани, отсутствием способности к самостоятельному заживлению и устойчивостью к медикаментозной терапии. Лучевая язва может иметь различные размеры и глубину. Края ее хорошо выражены, плотные, нередко закруглены внутрь, дно покрыто плотным некротическим налетом. Характерны сильные постоянные боли, которые объясняются лучевым невритом. Больные страдают бессонницей, раздражительны, худеют, психика угнетена. Часто лучевые язвы развиваются на месте излеченной опухоли или в тканях, прилегающих к опухоли, поэтому важно определить характер язвы (лучевая язва или рецидив опухоли). Для этого используется цитологическое исследование.

Реакция подчелюстных лимфатических узлов при лучевом стоматите проявляется не сразу. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются в размерах и становятся болезненными спустя 7 - 10 дней после развития радиомукозита. В этот период состояние больного резко ухудшается.

В период максимального развития изменения СОПР гипосаливация (подавление функции слюнных желез), сухости полости рта, сопровождающаяся дисфагией и потерей вкуса. Нарушаются процессы пищеварения в полости рта из-за понижения ферментативной активности слюны (Ю.Н.Успенский с соавт.,1957; с.в.Латышева,1967 и др.), изменяется концентрация водородных ионов (рН), вязкость слюны. Следует отметить, что изменения в полости рта могут наблюдаться у лиц, которым проводили облучение области живота, грудной клетки, таза. Эти изменения возникают при использовании более высоких доз облучения в более поздние сроки и на фоне выраженных общих расстройств (недомогание, разбитость, нарушение сна, потеря аппетита). Лечение постлучевых реакций и осложнений должно быть направлено на повышение сопротивляемости организма, уменьшения проницаемости тканей, а также устранение факторов, оказывающих влияние (травмы, инфекция и пр.) на СОПР. Целесообразно назначение рутин, никотиновой кислоты, аевита, витамина В12, препаратов кальция, при выраженном воспалении - небольшие дозы кортикостероидов. При начальных проявлениях лучевой реакции, появлении сухости и снижения вкусовых ощущений рекомендуются полоскания полости рта теплой водой, обработка десен слабыми растворами антисептиков (1% раствор перекиси водорода, фурациллина 1:5000, 2% раствор борной кислоты и др.). Производится санация полости рта - устраняются местные раздражающие факторы, сошлифовываются острые края зубов, удаляются

протезы, травмирующие слизистую, запрещается курение, употребление алкоголя и раздражающей пищи.

В разгар лучевой реакции патологические зубо - десневые карманы промывают антисептиками, слизистую смазывают 1% спиртовым раствором цитраля на персиковом масле, облепиховым или др. растительными маслами. При постлучевых реакциях эффективно применение аппликаций кортикостероидных кремов и мазей. Для обезболивания применяют 1% раствор тримекаина или новокаина, 0.5 - 1% раствор дикаина, 10% взвесь анестезина в глицерине. В разгар реакции противопоказаны удаления зубов и зубных отложений, кюретаж десневых карманов, а также применение прижигающих средств. Трудности представляет лечение лучевой язвы. Целесообразно применение мазей с прополисом, хвойно - каротиновой пасты, аппликации витамина В12 (в течение 1.5-2 месяцев) . При не эффективности консервативного лечения лучевую язву удаляют хирургическим путем.

Для профилактики лучевой реакции СОПР перед лучевой терапией необходима тщательная санация полости рта и взятие больного на диспансерный учет. Санация проводится в следующей последовательности:

- 1) удаление подвижных и разрушенные зубов;
- 2) тщательное снятие зубных отложений;
- 3) пломбирование всех кариозных зубов цементами или композитами.

При наличии у больного металлических коронок в целях избежания вторичного излучения г.М.Барер предложил надевать на эти зубы пластмассовые капшпы.

В настоящее время большое внимание уделяется веществам, замедляющим радиохимические реакции в организме. К ним относятся препараты глюкозы, гипосульфита натрия, этанола, парааминопропиофена.

Для профилактики лучевой болезни применяют препараты органических соединений, содержащих серу (цистамин, меркамина гидрохлорид), назначают стероидные препараты и антигистаминные средства. Для стимуляции кроветворных органов назначают витамин В6, фолиевую кислоту, камполон, переливания крови.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры "Круглый стол".

Составление органайзеров по теме «ФИЗИЧЕСКИЕ ТРАВМЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ»

1. Категориальная таблица
2. Концептуальная таблица.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Пациент 26 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в области твердого неба, затрудненный прием пищи, ощущение шероховатости слизистой оболочки. При осмотре на твердом небе имеется эрозия на гиперемированном и

отечном основании с обрывками эпителия. Симптом Никольского отрицательный.

- 1) поставьте диагноз: а) термический ожог б) декубитальная язва, в) лучевая болезнь, г) гальванизм, д) химический ожог;
- 2) причиной термического ожога может быть: а) горячая пища б) электрокоагуляция в) употребление НАСА г) работа на мукомольном заводе д) работа на химическом заводе;
- 3) что может развиваться при термическом ожоге: а) острый катаральный стоматит б) хронический катаральный стоматит в) язвенно – некротический стоматит г) аллергический стоматит д) ХРАС;
- 4) Какие элементы образуются при термическом ожоге: а) пузыри, эрозии б) афты, язвы в) волдыри, рубец г) язвы, корки д) трещины, гнойничок;
- 5) в тактику Вашего лечения не входит: а) противовирусные мази б) аппликационное обезболивание в) удаление налета и обрывков эпителия г) антибактериальные средства д) кератопластики.

Правильный ответ: 1-а, 2-а, 3-а, 4-а, 5-а.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больной 44 лет обратился к врачу с жалобами на металлический привкус и жжение в области языка и щек. При осмотре слизистая полости рта вся гиперемирована, отечная. В полости рта обнаружены мостовидные протезы из разных металлов: сталь, титан и золото.

- 1) поставьте диагноз: а) гальванизм б) лучевая болезнь в) язва желудка г) лейкоплакия д) ожог паром;
- 2) проведите дифференциальную диагностику: а) заболевания печени и желчного пузыря б) кандидоз в) пузырчатка г) заболевания селезенки д) заболевания ССС;
- 3) гальванизм возникает при наличии в полости рта: а) разнородных металлов б) разрушенных зубов в) отсутствия зубов г) полных съемных протезов д) композитных пломб;
- 4) гальванизм может способствовать развитию в полости рта: а) лейкоплакии б) ХРАС в) МЭЭ г) пузырчатки д) кандидоза
- 5) Ваша тактика лечения: а) удаление металлических протезов б) обработка полости рта антисептиками в) аппликации кератопластических мазей г) аппликации антибактериальных средств д) физиотерапия.

Правильный ответ: 1-а, 2-а, 3-а, 4-а, 5-а.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

У пациентки 26 лет жалобы на сухость в полости рта, снижение вкусовой чувствительности, жжение, болезненный прием пищи. При осмотре слизистая оболочка полости рта, губ гиперемирована, отечная, миндалины увеличены, десневые сосочки рыхлые, местами эрозированы и некротизированы. Из анамнеза: принимала курс R – терапии при лечении опухоли желудка.

- 1) поставьте диагноз: а) лучевая болезнь б) гальванизм в) химический ожог г) термический ожог д) скарлатина;
- 2) укажите стадию процесса: а) острая б) хроническая в) ремиссия г) разгар д) подострая;

- 3) у лучевой болезни нет периода: а) угасания б) первичных реакций в) латентного г) выраженных клинических явлений д) выздоровления;
- 4) при геморрагическом диатезе наблюдают: а) кровоточивость, кровоизлияния б) кровоподтеки в) гематомы г) экхимозы д) пигментные пятна;
- 5) в общее лечение не входит: а) кератопластики б) антигистаминные препараты в) витамины г) кортикостероиды д) гемотрансфузии.

Правильный ответ: 1-а, 2-а, 3-а, 4-а, 5-а.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больной 16 лет, обратился с жалобами на боль, шероховатость СОПР, затрудненность при приеме пищи и речи.

Из анамнеза: накануне вечером больной, проводил самостоятельно процедуру ингаляции паром.

Объективно: Отмечается острый катаральный стоматит. Эпителий слизистой оболочки рта частично или полностью мацерирован, слущивается пластами, имеются пузыри, часть которых вскрыта.

1. Поставьте диагноз:

Ответ: Ожог горячим паром

2. Какой вторичный элемент образуется на месте пузыря:

- а. эрозия*
- б. рубец
- в. трещина
- г. язва*
- д. чешуйка.

3. Какие лечебные мероприятия следует провести

- а. аппликация анестетика*
- б. антисептическая обработка*
- в. аппликация кератопластиков*
- г. криотерапия
- д. иссечение поврежденных тканей

ТЕСТЫ

1. Физической травмой является: а) гальванизм* б) ожог кислотой в) ожог щелочью г) рана д) гематома

2. Физической травмой не является: а) колликовационный некроз* б) гальванизм в) термическое поражение г) лучевое поражение д) электротравма

3. Гальванизм возникает при наличии в полости рта: а) разнородных металлов* б) разрушенных зубов в) отсутствия зубов г) полных съемных протезов д) композитных пломб

4. Гальванизм может способствовать развитию в полости рта: а) лейкоплакии* б) ХРАС в) МЭЭ г) пузырчатки д) кандидоза

5. Гальванизм может способствовать развитию в полости рта: а) КПЛ* б) ХРАС в) МЭЭ

г) кандидоза д) ромбовидного глоссита

6. Причиной термического ожога может быть: а) горячая пища *б) гальванизм

v) употребление НАСА g) работа на химическом предприятии d) работа на мукомольном заводе

7. Для лучевой язвы характерны: a) постоянная сильная боль* b) симптом росы v) быстрая эпителизации g) отсутствие боли d) малые размеры

8. Лучевую язву дифференцируют от: a) рецидива опухоли* b) ящура v) эрозивного стоматита g) эрозивно – язвенной формы КПЛ d) твердого шанкра

Правильный ответ: 1-а, 2-а, 3-а, 4-а, 5-а, 6а, 7а, 8а..

9 Гальванизм дифференцируют от :

- a. глоссалгии*
- б. аллергической реакцией СОПР *
- с. кандидоза
- d. трофической язвы
- е. туберкулёзной язвы

10. Физическая травма может возникнуть при воздействии :

- a. лучевой энергии*
- б. низкой температуры *
- с. кислотой
- d. щелочью
- е. острым бором

11. Причиной термического ожога может быть :

- a. горячая пища*
- б. электрокоагулятор *
- с. употребление НАСА
- d. работа на химическом предприятии
- е. работа на мукомольном заводе

12. Для лучевой язвы характерны :

- a. Постоянная сильная боль*
- б. прогрессирующее течение *
- с. быстрая эпителизация
- d. отсутствие боли
- е. малые размеры

13. Лучевую язву дифференцируют от :

- a. рецидива опухоли *
- б. раковой язвы *
- с. эрозивного стоматита
- d. эрозивно – язвенной формы КПЛ
- е. твердого шанкра

14 Физическая травма может возникнуть при воздействии :

- a) электрического тока*
- v) острым бором
- с) лучевой энергии*
- d) кислотой
- е) низкой температуры*

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык : Этапы местной обработки СОПР.

Цель:Провести местную обработку СОПР у пациентов.

Показание: Местная обработка при воспалении СОПР.

Оснащение: Стоматологическое кресло, стоматологическая установка, стандартный стоматологический набор, анестетики,антисептики, вата, валики, Камистад – гель

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1.Определить патологический очаг в полости рта.	0	15		
2.Полоскание полости рта слабым раствором антисептика	0	15		
3. Воспаленный участок изолировать от слюны ватными валиками, высушить.	0	20		
4.Провести местное аппликационное обезболивание	0	20		
5. Камистад – гель нанести на ватный валик и наложить на воспаленный участок СОПР	0	20		
6.Дать рекомендации пациенту.	0	10		
Итого:	0	100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Факторы ,вызывающие гальванизм полости рта.
- 2.Подготовка полости рта к лучевой терапии.
- 3.Хроническая лучевая болезнь.Клиника.
- 4.Перечислите периоды лучевой болезни.
- 5.При какой силе тока возникает гальванизм в полости рта.
- 6.Дифференциальная диагностика лучевой язвы.
- 7.Причина возникновения термического ожога в стоматологическом кабинете.
- 8.Клиническая картина лучевого стоматита.
9. Причины острых физических повреждений СОПР.
- 10.Причины хронических физических повреждений СОПР.
- 11.Клинические проявления термических проявлений СОПР.
- 12.Лучевая язва.Клиника.Лечение.
- 13.Профилактика физических повреждений полости рта.

ЗАНЯТИЕ №6

1.ТЕМА: ХИМИЧЕСКАЯ ТРАВМА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

2. Цель занятия: обучить студентов методам диагностики химических травм, ознакомить с этиологическими факторами острой и хронической химической травмы, обучить студентов умению характеризовать клиническую картину химической травмы, обучить проведению дифференциальной диагностики, обучить выбору метода лечения ,ознакомить студентов с профилактическими мерами по предупреждению возникновения химической травмы.

3. План занятия: провести осмотр и пальпацию области поражения, определение характера поражения в зависимости от травмирующего фактора, устранение острого и хронического травмирующего фактора, нейтрализация травмирующего фактора, аппликационную анестезию области поражения, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных

средств на элемент поражения, аппликацию кератопластических средств на элемент поражения.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Химические повреждения СОПР могут развиваться при попадании в полость рта концентрированных растворов кислот, щелочей, а также веществ, применяемых при лечении зубов (30% раствор нитрата серебра, фенол, формалин, мышьяковистая кислота и др.). избытка мономера в плохо полимеризованном пластмассовом протезе, а также на химических производствах, лабораториях и т.д. Тяжесть химического ожога зависит от количества и вида химического вещества, от концентрации и времени воздействия.

Химическая травма СОПР, как и другие травмы, может быть острой (одномоментное воздействие веществом большой концентрации) и хронической (длительное воздействие веществами небольшой концентрации).

При острой химической травме происходит некроз эпителия и подлежащих тканей. Кислоты вызывают коагуляционный некроз, при котором некротическая пленка плотно соединена с подлежащими тканями и располагается на фоне резко выраженного воспалительного процесса. Ожог щелочами приводит к колликвационному некрозу. Некротизированные ткани приобретают студнеобразную консистенцию, поражение более глубокое и тяжелое, чем при ожоге кислотой.

Королева Р.М. и Любимова Л.А. (1974) выделяют 3 периода химического ожога СОПР. При воздействии химического вещества вначале развивается острый период, во время которого общетоксические явления выражены значительно, а местные - проявляются меньше. Во 2 периоде (на 6-10 день) при благоприятном течении общетоксические явления стихают, а изменения слизистой усиливаются. В 3 периоде происходит эпителизация или рубцевание (при глубоких повреждениях).

Тяжелые ожоги в связи с поражением нервных рецепторов СОПР в 1 периоде протекают почти безболезненно, поэтому больные обращаются к врачу не сразу, а только во 2 периоде - при разгаре изменений в полости рта. Обычно сильнее поражаются губы, кончик языка, дистальная часть полости рта. В зависимости от степени ожога наблюдаются катаральное воспаление, очаговый некроз или обширный некроз слизистой оболочки.

При хронической травме страдает общее состояние больного: наблюдаются головная боль, быстрая утомляемость, раздражительность, плохой сон и аппетит.

СОПР отечная, застойно гиперемирована, истончена, мутная, с явлениями гиперкератоза. Обычно такие изменения наблюдаются у работников химических производств, где не уделяется внимание устранению профессиональных вредностей. А также можно наблюдать у злостных курильщиков и хронических алкоголиков. Так, у рабочих суперфосфатных и алюминиевых заводов, а также у населения, проживающего вблизи этих предприятий, наблюдаются изменения

слизистой оболочки вследствие воздействия фтористых соединений, от которых развивается токсикоз капилляров, катаральный, а иногда и язвенный стоматит, что приводит к атрофии эпителия. Рабочие сажевого производства имеют контакт с окисью углерода, сажевой пылью, антраценовым маслом. У них выявлены катаральный и язвенный гингивостоматиты, кератоз и лейкоплакия. При производстве синтетического каучука отмечается воздействие на организм альфаметилстирола и дивинила, что способствует также развитию катарального воспаления СОПР, нарушению вкусовых ощущений. У злостных курильщиков слизистая полости рта приобретает синюшно-красный оттенок, мутнеет, сморщивается. Больные ощущают сухость во рту. Слюна вязкая, пенистая, гипосаливация. На губах, как правило, атрофические изменения, на твердом и мягком небе может быть лейкоплакия Таппейнера. СОПР у хронических алкоголиков также подвержена значительным изменениям дистрофического, воспалительного и даже опухолевого характера. Диагноз химической травмы устанавливается на основании анамнеза, клинических проявлений и природы химического вещества. Дифференцировать необходимо от аллергических проявлений, болезни крови, лейкоплакии другого происхождения и т.д.

Лечение при острой химической травме в 1 очередь следует обмыть слизистую оболочку большим количеством воды. Затем пораженный участок обрабатывают витаминсодержащими маслами с анестезином; делают аппликации 1% раствором новокаина или лидокаина, галаскорбина, 4% раствора прополиса.

При кислотном ожоге назначают полоскания I - 2% раствором натрия гидрокарбоната, винным спиртом.

При щелочном ожоге слизистую обрабатывают 1 - 2% раствором лимонной или уксусной кислоты.

При попадании мышьяковистой кислоты на слизистую следует сделать аппликацию настойкой йода или порошком жженой магнезии для образования нерастворимых соединений мышьяка.

При ожоге 30% раствора нитрата серебра для уменьшения всасывания необходимо применить 2 - 3% раствор хлорида натрия (поваренной соли) или раствор Люголя.

Для уменьшения всасывания фенола используют аппликации касторового масла или этилового спирта.

Для снятия острых воспалительных явлений применяются стероидные мази с антибиотиками и антисептиками с последующей обработкой слизистой оболочки кератопластическими средствами (масло шиповника, вит.А, рыбий жир, каротоллин, масло облепихи и т.д.).

Дальнейшее ведение больных с острыми химическими повреждениями осуществляется по следующему плану: исключается прием раздражающей пищи, курение, алкоголь, и рекомендуется витаминизированная высококалорийная пища в протертом виде; на пораженный участок - холод

(мороженое); обезболивающие средства в виде аппликаций и орошений, внутрь - поливитамины.

При хронической химической травме лечение больных, интоксикация которых обусловлена профессиональными вредностями, проводится в специализированных лечебных учреждениях. Хроническим злостным курильщикам необходимо разъяснить вредность продуктов возгонки табака т горячего дыми на СОПР, возможность развития хронических воспалительных процессов и злокачественных новообразований. Тоже касается и хронических алкоголиков, лечение которых проводится в психоневрологических лечебных учреждениях.

Профилактика химических повреждений СОПР сводится к внимательному и аккуратному обращению с сильнодействующими лекарственными средствами при лечении стоматологических больных, отдельному хранению бытовых химических веществ, строгому соблюдению правил профессиональной безопасности на химических предприятиях, широкой пропаганде вреда курения и употребления алкоголя.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Сеть паука”.

Составление органайзеров по теме «ХИМИЧЕСКАЯ ТРАВМА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.»

1. Категориальная таблица
2. Диаграмма Венна

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача №1

Больной Х., 55 лет, инвалид труда 2 группы, жалуется на наличие образования на слизистой оболочке щеки слева. Впервые заметил это образование 3 месяца назад. Больной много курит, с 15 лет. Объективно: на слизистой оболочке щеки слева по линии смыкания зубов ближе к углу рта отмечаются участки в виде плотноватых образований белесоватого цвета, возвышающиеся над уровнем слизистой, безболезненные при пальпации. Окружающая очаг поражения слизистая не изменена.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике
2. Поставьте правильный диагноз.

3 .Перечислите методы лечения , показанные в случае подтверждения диагноза

Ответ. Вероятные диагнозы приданной симптоматике: красная волчанка, вторичный сифилис, красный плоский лишай, хронический гиперпластический кандидоз, болезнь Боуэна, ороговевающий плоскоклеточный рак мягкая лейкоплакия, помутнения эпителия в процессе его регенерации.

Окончательный диагноз: Лейкоплакия Таппейнера- хроническая химическая травма.

Лечение: Прекращение курения.Внутрь Вит.А по 10 кап 3 раза в день 2 мес.Местно –аппликации Вит.А 3-4 раза в день. Курс лечения повторяют 2-3 раза в год.

Ситуационная задача №2

При лечении 6 нижнего правого зуба по поводу хронического периодонтита врач применил метод серебрения. Уже дома больной обратил внимание на наличие белой пленки на щеке в области леченного зуба. При этом отмечались неприятные ощущения на слизистой. На другой день больной обратился к этому же врачу с указанными жалобами.

1. Что же произошло с больным.

2. Предложите вариант лечения.

Ответ. Произошло попадание препарата на слизистую щеки, что вызвало острую химическую травму. Необходимо провести антидот -терапию- 2-3% раствором хлорида натрия или раствора Люголя .Далее-обезболивание, антисептическая обработка, аппликация кератопластиками.

Ситуационная задача №3

У пациента Н. жалобы на сильную боль в области нижнего 6 зуба справа, которая появилась после наложения мышьяка. При осмотре на десне в области леченного зуба имеется белая пленка размером 0,5 x 0,5 см. Зуб под временной пломбой, перкуссия болезненная.

1.Поставьте диагноз.

2.Назначьте лечение

Ответ. Острая химическая травма. Лечение – удаление временной повязки, антид- тотерапия: унитиол, гвоздичное масло, иодиол, сульфат магнезии, йод. Далее-обезболивание, антисептическая обработка, на слизистую-аппликация кератопластиками.

Ситуационная задача №4.

Пациент с.46 лет работник завода химпрома жалуется на резкую боль в области преддверия полости рта при приеме пищи и разговоре. Объективно: слизистая оболочка преддверия полости рта гиперемирована, отечная, имеются небольшие язвочки с серо – белым налетом. Со слов больного: имеет стаж работы 15 лет в цехе по производству соляной кислоты.

1.Поставьте диагноз.

2.Назначьте лечение

Ответ: Хроническая химическая травма соляной кислотой приведшая к язвенному стоматиту,. Лечение – полоскание 0,1 % р-ром нашатырного спирта, обезболивание, антисептическая обработка, аппликация кератопластиками.

Ситуационная задача №5.

Больной 3 дня тому назад получил ожог полости рта 25% уксусной кислотой.

1.Опишите клинику.

2.Поставьте диагноз.

3.Назначьте лечение

Ответ. Клиническая картина ожога-ограниченное неглубокое поражение слизистой оболочки полости рта, покрытый плотной пленкой бело-серого цвета. .Слизистая вокруг отечна,гиперемирована, болезненная. Лечение: необходимо нейтрализовать 1% р-ром нашатырного спирта, затем провести мероприятия по типу терапии острого неспецифического воспалительного

процесса: обезболивание, антисептическая обработка, аппликация кератопластиками.

Ситуационная задача №6.

Пациент поступил в клинику с ожогом полости рта 10% раствором едкого натра.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Назначьте лечение

Ответ:Острая химическая травма. Ожог щелочью. Лечение:необходимо нейтрализовать 0,5% р-ром уксусной кислоты, далее- обезболивание, антисептическая обработка, аппликация кератопластиками.

Ситуационная задача №7.

Пациент поступил в клинику скорой помощи с жалобами на резкую боль. При осмотре полости рта имеется гиперемия, отек слизистой оболочки, все твердое небо покрыто плотной пленкой бурого цвета.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Каким веществом вызван ожог.
- 3.Назначьте лечение.

Ответ: Острый химический ожог серной кислотой. Лечение: необходимо нейтрализовать 1% р-ром нашатырного спирта, затем провести мероприятия по типу терапии острого неспецифического воспалительного процесса: обезболивание, антисептическая обработка, аппликация кератопластиками.

Ситуационная задача №8.

На кафедре терапевтической стоматологииN2 обратился пациент 17 лет с жалобами на боль, неприятные ощущения и непонятный привкус во рту. Со слов больного 4 дня тому назад было проведено ортодонтическое лечение. При осмотре полости рта: зубы интактные, слизистая оболочка в области клыка и премоляров сверху слева гиперемирована, отечная, на этих зубах имеется пластмассовая каппа.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Назначьте лечение

Ответ. Протезный стоматит. Аллергическая реакция на каппу. Лечение: рекомендовать не носить каппу. Слизистую обработать унитиолом. Далее: обезболивание, антисептическая обработка, аппликация кератопластиками.

ТЕСТЫ

1.Причиной химического ожога СОПР не является:

- a) 30% раствор димексида
- b) щелочь
- v) мышьяк
- g) резорцин
- d) формалин

2.Причиной химической травмы в стоматологическом кабинете является:

- a) резорцин – формалиновая паста
- b) 30% раствор димексида
- v) 2% раствор гипохлорита натрия
- g) 1% спиртовой раствор хлорофиллипта

- d) 0,2% раствор сангвиритрина
3. Ожог СОПР щелочами называют:
- a) колликвационным
 - b) коагуляционным
 - v) гангренозным
 - g) катаральным
 - d) эрозивным
4. Ожог СОПР кислотами называют:
- a) коагуляционным
 - b) катаральным
 - v) эрозивным
 - g) колликвационным
 - d) гангренозным
5. Хроническая химическая травма может быть причиной развития:
- a) лейкоплакии
 - b) МЭЭ
 - v) ХРАС
 - g) пузырьчатки
 - d) глоссалгии
6. Выберите соответствие поражения:
- 1. острая химическая травма
 - 2. хроническая химическая травма
- a) колликвационный некроз
 - b) коагуляционный некроз
 - v) лейкоплакия
 - g) гиперемия и помутнение слизистой оболочки
 - d) гиперкератоз
7. Выберите соответствие препаратов при лечении химической травмы:
- 1. кератопластики
 - 2. антисептики
- a) бальзам Шостаковского
 - b) аэкол
 - v) ротакан
 - g) хлоргексидин
 - d) солкосерил
8. 10. При щелочном ожоге назначают полоскания раствором:
- a) 1% уксусной кислоты
 - b) жженой магнезией
 - v) 1 – 2% натрия гидрокарбоната
 - g) 1 – 2% винного спирта
 - d) 1% фторида натрия
- Правильные ответы:** 1-а, 2-а, 3-а, 4-а, 5-а, 6-(1, -б; 2-в, г, d), 7-(1-а, б, д; 2-в, г), 8-а
9. Химическая травма СОПР может вызывать :
- a. резорцин – формалиновая паста *

- б. 30% раствор нитрата серебра *
 - с. 30 % раствор димексида
 - д. 1% раствор уксусной кислоты
 - е. 5 % раствор гипохлорита натрия
10. Антидотом при химическом поражении СОПР мышьяковистой кислоты является
- а. йод*
 - б. жженая магнезия *
 - с. уксусная кислота
 - д. лимонная кислота
 - е. формалин
11. Хроническую химическую травму дифференцируют от :
- а. аллергических проявлений *
 - б. болезней крови *
 - с. КПЛ
 - д. пузырьчатки
 - е. МЭЭ
12. При кислотном ожоге назначают полоскание раствором :
- а. натрия гидрокарбоната*
 - б. винного спирта *
 - с. уксусной кислоты
 - д. лимонной кислоты
 - е. фторида натрия
13. При щелочном ожоге назначают полоскание раствором :
- а. уксусной кислоты *
 - б. лимонной кислоты *
 - с. натрия гидрокарбоната
 - д. винного спирта
 - е. фторида натрия
14. Химическую травму СОПР может вызвать, кроме:
- а) 3% р-р перекиси водорода *
 - б) резорцин – формалиновая паста
 - с) 0,5% р-р гипохлорида натрия *
 - д) 30% р-р нитрата серебра
 - е) 5% р-р аскорбиновая кислота*

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Пломбирование зубов у пациентов с патологической стираемостью

Цель: Научить студентов реставрировать зубы с патологической стираемостью

Показание : Реставрация зубов с патологической стираемостью.

Оснащение : Бормашина , стоматологическое кресло, стандартный стоматологический набор , композитный пломбированный материалы , материалы для медикаментозной обработки, боры, фотополимеризатор, инструменты и материалы для окончательной полировки пломбы.

Выполняемые шаги :

Мануальный навык	Не	Выполни	Сумма	Роспись
------------------	----	---------	-------	---------

	выполн ил этап	л все этапы	баллов	преподават еля
1. Определение зубов с патологической стираемостью.	0	5		
2. Формирование площадки с помощью боров на режущей поверхности зуба.	0	15		
3. Полоскание, медикаментозная обработка зубов, высушивание	0	5		
4. Наложение изолирующей прокладки.	0	15		
5. Травление кислотой – эмаль 40 сек, дентин 20 сек, промыть.	0	15		
6. Высушивание (до видимости «иней»)	0	5		
7. Нанесение бондинга Opti bond Solo и засветить с помощью галогеновой лампы (фотополимеризатором) 20 сек	0	15		
8. Послойное наложение композитной массы на готовую площадку, засветить с помощью галогеновой лампы.	0	15		
9. Поэтапное заполнение полости композитом, полимеризация, финишное отсвечивание и обработка пломбы	0	10		
Итого:	0	100		

Контрольные вопросы:

1. Причины острых химических повреждений СОПР.
2. Причины хронических химических повреждений СОПР.
3. Клинический проявления кислотных ожогов СОПР.
4. Кислотные проявления щелочных ожогов СОПР.
5. Клинические проявления хронической химической травмы.
6. Первая помощь при ожогах щелочами.
7. Первая помощь при кислотных ожогах.
8. Лечение хронической химической травмы.

ЗАНЯТИЕ №7

1. ТЕМА: ЛЕЙКОПЛАКИЯ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

2. Цель занятия: обучить студентов понятию лейкоплакии, обучить студентов методам диагностики лейкоплакии, ознакомить с этиологическими факторами лейкоплакии, обучить студентов умению характеризовать клиническую картину лейкоплакии, обучить проведению дифференциальной диагностики, обучить выбору метода лечения, ознакомить студентов с профилактическими мерами по предупреждению возникновения лейкоплакии.

3. План занятия: определение элементов поражения, их осмотр и пальпацию, устранение местных травмирующих факторов, люминесцентный метод исследования, аппликационную анестезию области поражения, антисептическую обработку, аппликацию кератопластических средств на элемент поражения.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Лейкоплакия (Leucoplakia)

Название от греческого leucos-белый, plax –бляшка.

Заболевание характеризуется хроническим воспалением слизистой оболочки рта или красной каймы губ и сопровождается усиленным ороговением эпителия и воспалением собственно слизистой оболочки.

Этиология – действие различных факторов:

- острые края зубов, пломб, некачественное протезирование.
- горячая, острая пища
- гальванические токи.
- метеорологические факторы.
- профессиональные вредности
- вредные привычки

Предрасполагающие факторы:

- наличие сопутствующих стоматологических заболеваний.
- гипо- и авитаминозы
- нарушение обмена
- местная дистрофия

Гистопатология

- гиперкератоз
- паракератоз
- гранулез
- акантоз
- клеточная инфекция в собственном слое слизистой

Эпидемиология

- Возраст от 17 до 70 лет, чаще мужчины старше 40 лет.

Различают лейкоплакию (А.А Машкейсон, 1970 г)

- плоскую или простую
- веррукозную
- эрозивно-язвенную
- курильщиков (Таппейнера)
- мягкую.

Субъективные ощущения: (в зависимости от клинической картины)

- необычное состояние во рту
- стянутость, жжение, снижение вкусовой чувствительности
- боль при разговоре, приеме пищи.

Визуальный осмотр очага поражения:

Плоская форма (*leucoplakia plana*)

- пятно-т. е. помутнение слизистой на участке поражения, «симптом папиросной бумаги»

Веррукозная (*verrucosa*)

На поверхности бляшка:

бородавчатые разрастания над уровнем слизистой оболочки «симптом булыжной мостовой»

Эрозивно-язвенная (*leucoplakia erosiva*)

- между бородавчатыми разрастаниями кровоточащие, плохо заживающие трещины, эрозии, язвы

Лейкоплакия Таппейнера (*leucoplakia nicotinic Tappeiner*)

- помутнение слизистой оболочки твердого и мягкого неба, выраженное по краю десны
- кистообразно расширенные мелкие слюнные железы неба в задней ее части-в виде мелких красноватых узелков с точкой в центре.

Мягкая лейкоплакия (*leucoplakia mollis*)

Очаговая – очаги гиперплазии и десквамации эпителия в виде белесоватых шелушащихся пятен на набухшей слизистой.

Диффузная – участки разрыхленной пористой, гипертрофированной слизистой, похожей на «мочалку»

Дифференциальная диагностика с

- красным плоским лишаем - по отсутствию воспалительной реакции
- красной волчанкой - по отсутствию атрофии и яркой гиперемии, локализации пораженных кожных покровов, изменению крови.
- мягкой лейкоплакией – по мягким, рыхлым очагам, соскабливающимся шпателем, без четких границ
- папулезным сифилидом – по элементу поражения, наличию инфильтрата в основании элемента поражения, анамнезу, дополнительным методам обследования.
- кандидозами – по соскабливанию налетов при хроническом гиперпластическом кандидозе, по лабораторному исследованию, анамнезу, гистологическому исследованию, посеву.

Лабораторные исследования

Флюоресцентная цитология, гистология, биопсия.

Диагноз ставится на основании анамнестических, клинических, лабораторных и дифференциально – диагностических данных.

Лечение лейкоплакии:

- лечение сопутствующих заболеваний
- устранение местных раздражителей
- санация полости рта
- рациональное протезирование
- внутрь ретинол ацетата масляный раствор по 10 капель 3 раза в день в течение 2 месяцев.
- внутрь витамины группы В в виде бромистого тиамин по 20-30 мг в сутки или внутримышечно в виде 6% раствора по 1-2 мл, Вит В₁₂ по 1-2 мл в течение 10-20 дней.
- криохирургия, иссечение в пределах здоровых тканей
- рентгенотерапия
- аппликации обезболивающими средствами: 1% пиромекаин, 1% р/р дикаина, 10% р/р лидокаина на 10 минут на поврежденную поверхность слизистой.
- при плоской лейкоплакии – аппликации масляного раствора Вит. А либо Вит. Е 3-4 раза в день с экспозицией 20 минут 1,5 месяца.
- при веррукозной лейкоплакии – блокады под очаги поражения 5% раствором дилагила или хонсурида (0,05 г вещества растворяют в 2-3 мл 0,5% раствора новокаина), по 2-2,5 мл. Инъекции проводят через день, курс 6-8 инъекций.

-при эрозивной форме применяют кератопластические средства: хороший эффект дают аппликации солкосерил адгезивной пастой по 20 минут 3-4 раза в день в течение 7-10 дней.

При обнаружении грибов Candida применяют противовирусные средства (аппликации 5% раствора интерферона с экспозицией 15-20 минут), 3-4 раза в день в течение 7-10 дней.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры "Сеть паука".

Составление органайзеров по теме: «ЛЕЙКОПЛАКИЯ.

КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ»

1. Кластер

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача №1

1. Больной 60 лет обратился с жалобами на изменения красной каймы губ.

Объективно: На красной кайме нижней губы имеется белесоватый участок с четкими границами, при пальпации безболезненный, полость рта не санирована, нуждается в протезировании. Из анамнеза известно, что больной курит, а длительность заболевания 3 года. В анамнезе-сопутствующие заболевания- гастрит с пониженной секреторной функцией желудка.

а). Определите морфологический элемент поражения: а) бугорок, б) пятно, в) пустула, г) абсцесс, д) рубец

б). Проведите дополнительный метод исследования:

а) Шиллера-Писарева, б) Кулаженко, в) люминесцентный, г) анализ крови, д) бактериологический

в). Поставьте диагноз: а) лейкоплакия, б) кандидоз, в) красный плоский лишай, г) вторичный сифилис, д) красная волчанка

г). Лечение:

а) запрещение курения, б) санация полости рта, в) антисептическая обработка, г) аппликация Вит. А, д) все ответы верны.

Правильные ответы: А-б, Б-а, В-а, Г-а, Д-д

Ситуационная задача №2

У мужчины 42 лет при осмотре полости рта обнаружено несколько участков неравномерного помутнения эпителия с довольно четкими краями, пятна не выступают над уровнем слизистой и локализуются на красной кайме губ и на слизистой щек по линии смыкания зубов в переднем отделе

а) Проведите дополнительный метод исследования: а) цитологический, б) люминесцентный, в) определение рН, г) волдырная проба, д) проба Роттера

б) В лучах Вуда определяется свечение:

а) ярко-голубое, б) белое, в) снежно-белое, г) грязно-желтое, д) фиолетовое

в) Поставьте диагноз: а) мягкая лейкоплакия, б) веррукозная лейкоплакия, в) эрозивная, г) плоская лейкоплакия, д) кандидоз.

б) Проведите дифференциальную диагностику:

а) МЭЭ, б) ХРАС, в) кандидоз, г) ОГС, д) пузырчатка.

г) Это заболевание относится к: а) вирусным, б) грибковым, в) предраковым, г) эндокринным, д) специфическим.

Правильные ответы: А-б, Б-а, В-в, Г-в,

Ситуационная задача №3

Больной К.37 лет, курит в течение 16 лет. Отмечает периодическое появление образования белого цвета, которые выступают над окружающей слизистой и легко травмируются. При лечении образовавшиеся язвы плохо заживают.

а) Патогистологически определен:

а) спонгиоз, б) атрофия, в) гиперкератоз, г) вакуольная дистрофия, д) акантолиз

б) Поставьте диагноз:

а) мягкая лейкоплакия, б) веррукозная лейкоплакия, в) эрозивная лейкоплакия, г) плоская лейкоплакия, д) кандидоз.

в) Проведите лечение:

а) аппликация Вит.А, б) криодеструкция, в) электрокоагуляция, г) а, б, в, д) все ответы не верны

г) Профилактика:

а) запрещение курения, б) исключение острой и горячей пищи, в) устранение острых краев зубов, г) починка недоброкачественных протезов, д) все ответы верны

Правильные ответы: А-в, Б-в, В-д, Г-д

Ситуационная задача №4

Больного 56 лет с веррукозной лейкоплакией щеки отмечается усиление ороговения, кровоточивость. Подозрение на озлокачествление. Для подтверждения диагноза необходимо провести исследование

а) цитологическое

б) люминисцентную диагностику

в) микробиологическое

г) иммунологическое

д) серологическую диагностику

5) Подтверждение диагноза об озлокачествлении веррукозной лейкоплакии будет при обнаружении в мазках отпечатках клеток

а) атипичных

б) Пирогова-Лангханса

в) монстров

г) гигантских

д) безядерных

Тесты

1. Элемент поражения при лейкоплакии:

а) пятно

б) папула

в) пустула

г) абсцесс

д) рубец

правильный ответ 1-а.

2. Лейкоплакия чаще встречается у:

- а) мужчин-курильщиков
- б) новорожденных
- в) молодых девушек
- г) в старческом возрасте
- д) всех

правильный ответ 2-а.

3. В схему общего лечения не входит:

- а) противовоспалительная терапия
- б) прием поливитаминов
- в) прием масляного раствора Вит. А
- г) прием масляного раствора Вит. Е
- д) все ответы не правильны

правильный ответ 3-а.

4. Этиологический фактор при лейкоплакии:

- а) различные (механические, физические, химические) травмы
- б) вирус,
- в) изменения сердечно-сосудистой системы,
- г) аллергия
- д) грибки

правильный ответ: 4-а.

5. Симптом, встречающийся при лейкоплакии:

- а) папиросной бумаги
- б) яблочного желе
- в) росы
- г) вазопореза
- д) дрожание пальцев

правильный ответ 5-а.

6. Лейкоплакия может протекать (найдите соответствия):

- 1) плоская
- 2) веррукозная
- 3) эрозивно-язвенная
- 4) Гаппейнера
- а) без субъективных ощущений
- б) чувством инородного тела
- в) болезненностью и жжением
- г) неловкостью, стягиванием

правильный ответ: 1-а, 2-б, 3-в, 4-г

7. Люминесцентное исследование при лейкоплакии дает свечение (найдите соответствие):

- 1) веррукозной
- 2) при малигнизации
- 3) эрозивно-язвенной
- а) желтоватое

- б)фиолетовое
 - в)коричневое
- правильный ответ 1-а,2-б,3-в.

8.Лейкоплакия дифференцируется(найдите соответствие):

- 1)плоская
 - 2)веррукозная
 - 3)эрозивно-язвенная
 - а)типичной формой КПЛ
 - б)гиперпластическим кандидозом
 - в)эрозивно-язвенной формой КПЛ
- правильный ответ 1-а,2-б,3-в.

9.Этиологическим фактором лейкоплакии являются, кроме:

- а) аллергия *
- б) травма
- с) грибки *
- д) курение
- е) вирус *

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Этапы местной обработки СОПР.

Цель:Провести местную обработку СОПР у пациентов.

Показание: Местная обработка при воспалении СОПР.

Оснащение: Стоматологическое кресло, стоматологическая установка, стандартный стоматологический набор, анестетики,антисептики, вата, валики, Камистад – гель

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1.Определить патологический очаг в полости рта.	0	15		
2.Полоскание полости рта слабым раствором антисептика	0	15		
3. Воспаленный участок изолировать от слюны ватными валиками, высушить.	0	20		
4.Провести местное аппликационное обезболивание	0	20		
5. Камистад – гель нанести на ватный валик и наложить на воспаленный участок СОПР	0	20		
6. Дать рекомендации пациенту.	0	10		
Итого:	0	100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ :

- 1.К какой группе заболеваний относится лейкоплакия?
- 2.Этиология лейкоплакии.

- 3.Классификация лейкоплакии.
- 4.Клинические проявления плоской формы лейкоплакии.
- 5.Клинические проявления веррукозной и эрозивной форм лейкоплакии.
- 6.Лейкоплакия Гаппейнера. Клиника.
- 7.Дифференциальная диагностика лейкоплакии
- 8.Лечение и профилактика лейкоплакии

ЗАНЯТИЕ №8

1. ТЕМА: ПРОЯВЛЕНИЕ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЛОСТИ РТА (ПРОСТОЙ И ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС, ГЕРПАНГИНА, ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯЩУР). КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

2. Цель занятия: обучить студентов понятию вирусных заболеваний, обучить студентов методам диагностики вирусных заболеваний, ознакомить с этиологическими факторами вирусных заболеваний, обучить студентов умению характеризовать клиническую картину вирусных заболеваний, обучить проведению дифференциальной диагностики, обучить выбору метода лечения, ознакомить студентов с профилактическими мерами по предупреждению возникновения вирусных заболеваний.

3. План занятия: провести определение элементов поражения, их осмотр и пальпацию; цитологический метод исследования; аппликацию анестетика; антисептическую обработку; аппликацию противовирусных препаратов; аппликацию кератопластиков; проведение физиотерапевтических процедур.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Вирусные заболевания слизистой оболочки рта занимают по распространенности значительное место в группе заболеваний слизистой оболочки. В полости рта взрослого человека присутствуют вирус простого герпеса, вирус цитомегалии, аденовирусы, некоторые энтеровирусы, реовирусы и некоторые другие

Простой (обычный) герпес (*herpes simplex*)-самое распространенное вирусное заболевание.

Возбудитель - вирус простого герпеса.

В полости рта проявляется в двух формах

- первичный герпес - острый стоматит

-хронический рецидивирующий герпес.

Пути заражения - контактный, воздушно-капельный

Острый герпетический стоматит (*stomatitis herpetica acuta*).

В патогенезе заболевания различают 4 периода:

Продромальный, катаральный, период высыпаний, угасание болезни.

Выделяют 3 степени тяжести: легкая, средняя, тяжелая.

Инкубационный период 3-4 дня

Жалобы: лихорадка (температура 37°C), общая слабость, боль в полости рта, невозможность приема пищи и разговора.

Хронический рецидивирующий герпес (*herpes chronicus recidivans*).

Возбудитель – *herpes simplex*.

Страдают люди любого возраста, ранее инфицированные вирусом обычного герпеса и имеющих вирус нейтрализующие антитела.

Предрасполагающие факторы – перегрев, переохлаждение, стрессовые состояния, интоксикация, травмы, сухость губ.

Субъективные ощущения – жжения, боль на слизистой оболочке полости рта. Локализация – на коже вокруг губ, на туловище, на слизистых оболочках: твердое небо, язык, небо, половые органы, роговица глаз.

Последовательность образования элементов:

Пузырек-эрозии-язвы.

Эрозии-мясо-красного цвета, покрытые фибринозным бело-желтым налетом, склонны к слиянию. Края эрозии фестончатые.

Продолжительность 8-10 дней. Заживление без рубца.

Следует помнить:

1. Герпетические высыпания на фоне патологии крови и кроветворных органов могут привести к язвенно-некротическому процессу.
2. У пожилых людей с ослабленной защитной реакцией герпетические высыпания могут привести к образованию трофических язв.

Дифференциальная диагностика проводится с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, аллергическими высыпаниями, сифилисом, импетиго.

Критерием различия будут служить цитологические исследования.

Опоясывающий герпес (herpes zoster).

Возбудитель – вирус, идентичный вирусу ветряной оспы, varicella/zoster.

Страдают дети и взрослые.

Путь заражения-воздушно-капельный и контактный.

Преобладающее действие вируса-нейродерматотропное.

Развивается заболевание на фоне резкого ослабления защитных свойств организма при патологии крови, как осложнение, характеризуется вовлечением в воспалительный процесс ганглиев некоторых черепных и межпозвоночных нервов, гассерова узла, второй и третьей ветвей тройничного нерва.

Существуют 2 клинические формы:

Ветряная оспа-при первичном контакте с вирусом.

Опоясывающий герпес (лишай) - при вторичном инфицировании.

Инкубационный период 7-14 дней.

Субъективно: лихорадочное состояние, озноб, повышение температуры тела до 39°C, приступообразные боли по ходу нервов. Возможна триада:

опоясывающий герпес, паралич лицевого нерва, боль в ухе (Рамзая-Хунта).

Боли по ходу нервов, усиливающиеся от раздражителей, односторонние.

Объективные данные: односторонние множественные пузырьки на гиперемизированной коже и слизистой оболочке по ходу тройничного нерва. В зависимости от содержимого

пузырьков различают форму: геморрагическую, везикулярную, гангренозную.

Элемент поражения: везикула-эрозия-корка-пигментация (на коже), возможна некротизация.

Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны. Продолжительность 2-3 недели.

Прогноз благоприятный для жизни, но могут быть осложнения (менингит, гепатит, энцефалит).

Лабораторные исследования – общий анализ крови, выделение вируса, цитологическое исследование (везикулы расположены внутриэпителиально).

Герпангина(herpangina) - вызывается вирусом коксаки А.
Болеют чаще дети. Путь заражения – воздушно - капельный.
Локализация высыпаний - ротоглотка.
Острое начало, миалгические боли живота.
Элементы поражения – везикулы – эрозии или афты.
Развивается регионарный лимфаденит.
Продолжительность заболевания 4-6 дней.
Прогноз благоприятный.

Лечение:

Общая терапия:

- Этиотропное-противовирусные препараты
- бонафтон по 0,1 3 раза в день по 5 дней с перерывом в 2 дня-10 дней
- герпетическая поливакцина по 0, 1 внутримышечно с интервалом в 2 дня -10 инъекций.
- препарат подавляющий рост вируса герпеса- дезоксирибонуклиаза по 10 мг 3 раза в неделю внутримышечно на курс 10 инъекций.
- Стимулирующая – гамма-глобулин по 3.0 внутримышечно – 5 инъекций.
- петоксин по 0,2 3 раза в день после еды -15 дней
- гипосенсибилизирующая
- супрастин по 0,25 мг 1 раз в день -10 дней
- антибиотики широкого спектра действия
- олеандомицин по 0,125 мг по 2 таблетки 4 раза в день
- витаминотерапия
- тиамин бромид по 0,01 мг 3 раза в день -15 дней
- анестетики
- анальгин по 0,25 мг 3 раза в день
- дезинтоксикационная
- салицилат натрия по 5,0 мг 4 раза в день
- аскорбиновая кислота по 1,0 мг 4 раза в день после еды

Местная терапия

Противовирусные препараты

- интерферон разводят изотоническим раствором 1:1
- в аппликациях
- 50% интерфероновая мазь первые 7 дней болезни
- 0,5% мазь бонафтоновая 2 раза в день -7 дней
- флореналевая мазь по 4 раза в день в виде аппликаций

Антисептическая обработка

- растворами растительного происхождения-настой ромашки, шалфея 25 капель на полстакана воды 3 раза в день

Ферментные препараты

- 0,2% раствор дезоксирибонуклеазы

Обезболивающие средства

- 1% раствор пиромекаина
- 5% раствор анестезина на персиковом масле

Кератопластические

- аекол в аппликациях
- 3-4% масляный раствор витамина А
- солкосерил

Физические методы лечения проводят с первых дней заболевания

- лазерная терапия
- УФО.

Острые респираторные заболевания.

К ним относятся грипп, парагрипп, риновирусная инфекция, респираторно-синтициальная инфекция, аденовирусные заболевания.

Возбудитель: вирусы гриппа, парагриппа и аденовирусы.

Пути заражения – воздушно-капельный.

Жалобы - лихорадка, общая слабость.

Локализация - область, прилегающая к зеву.

Проявления в полости рта – гиперемия, отек мягкого неба, язычка, небных дужек, ротоглотки. Слизистая зернистая, сменяющаяся инъекцированностью сосудов, точечными петехиями.

Продолжительность болезни – 7-10 дней

Дифференциальная диагностика гриппа – с герпангиной, медикаментозным аллергическим стоматитом, вульгарной пузырчаткой, многоформной экссудативной эритемой.

Ящур (aphthae tpizooticae) - острое инфекционное заболевание.

Характер заболевания - эндемический

Возбудитель - фильтрующий вирус. Поражает животных, редко людей. Заражение от больных животных происходит алиментарным путем (молоко, мясо) и через поврежденную кожу и слизистые.

Инкубационный период от 18 часов до 7 дней.

Элементы поражения - полигональные эрозии, покрытые фибриновым налетом, язвы, корки.

Локализация: слизистая оболочка полости рта. Кожа: крылья носа, вокруг ногтевых лож, межпальцевые складки, подошвы.

Жалобы - головная боль, мышечные боли.

Клинические формы:

Стертая: единичные пузырьки, афты. Общие симптомы отсутствуют.

Продолжительность 5-7 дней.

Острая: симптоматика интоксикации организма: повышение температуры тела, гиперемия слизистой оболочки полости рта, везикулы, чаще поражаются передние отделы рта, резкая боль, гиперсаливация.

Хроническая - редкая затяжной характер, зависит от защитных свойств организма, поражаются обширные участки кожи и слизистых.

Ящур сопровождается желудочно-кишечными расстройствами.

Прогноз благоприятный.

Продолжительность болезни (рецидива)- 7-20 дней.

Лечение:

Этиотропное - противоящурная специфическая гипериммунная сыворотка, специфический гамма- глобулин.

Симптоматическое:

Местное: Обезболивание слизистой оболочки проводят 1% раствором тримекаина, 5-10% раствором анестезина в персиковом масле на 15 минут 3 раза в день на период лечения.

- Антисептическая обработка в виде полосканий и ротовых ванночек: 0,25- 0,5 % раствор перекиси водорода, 0,25 % раствор хлорамина, 0,1 % раствор госсипола. В первые 3 дня заболевания обрабатывать каждые 3-4 часа.

- Противовирусные мази: 2 % теброфеновая, 1-5 % хелепиновая, 3 % линимент госсипола – каждые 3 часа в первые 3 дня.

- Кератопластики: масляные растворы Вит. А, Е, каротолин, масло шиповника, мазь и желе солкосерила 3 раза в день 7 дней.

Режим – госпитализация в тяжелых случаях в инфекционное отделение не менее чем на 14 дней от начала заболевания. Рекомендуются жидкая пища 5-6 раз в день.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Сеть паука”.

Составление органайзеров по теме: «ПРОЯВЛЕНИЕ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЛОСТИ РТА (ПРОСТОЙ И ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС, ГЕРПАНГИНА, ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯЩУР). КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.»

Концептуальная таблица.

Кластер.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача №1.

Больная 20 лет считает себя больной 5 дней, когда почувствовала недомогание, слабость, повышение температуры тела до 39°С. Появилась боль при разговоре, приеме пищи, усилилась, саливация.

При осмотре полости рта отмечается разлитая гиперемия всей слизистой оболочки и на отечном основании – язвы на щеках, небе, красной кайме губ имеются множественные слившиеся и единичные эрозии покрытые серовато-белым налетом. Резко болезненны. Пальпация подчелюстных и шейных лимфоузлов болезненна, узлы увеличены.

Поставьте диагноз.

Составьте план лечения.

Ответ: простой герпес. Лечение: Обезболивание, антисептическая обработка, аппликация противовирусными препаратами, аппликация кератопластиков.

Ситуационная задача №2. Женщина 60 лет обратилась с жалобами на недомогание, головную боль, озноб, температуру тела 36°С и жгучие приступообразные невротические боли по ходу тройничного нерва слева. Из анамнеза выявлена ранее перенесенная пневмония. Объективно: на коже в области от подбородка до левого уха имеются многочисленные везикулы диаметром от 1 до 6 мм. В полости рта на гиперемированной слизистой щеки слева выявляются единичные эрозии, покрытые фиброзным налетом.

Проведите дополнительный метод:

@ гистологический *

- @ бактериологический
- @ цитологический
- @ вирусологический
- @ гистаминовую пробу.

Поставьте диагноз:

- @ опоясывающий герпес *
- @ ХРАС
- @ ОГС
- @ КПЛ
- @ красная волчанка

Проведите дифференциальную диагностику:

- @ ОГС *
- @ пузырьчатка
- @ пемфигоид
- @ аллергический стоматит
- @ все ответы верны

Общее лечение:

- @ жаропонижающие *
- @ анальгетики
- @ противовирусные
- @ витамины
- @ все ответы верны.

Местное лечение:

- @ обезболивание *
- @ аппликация ферментов
- @ аппликация противовирусных мазей
- @ аппликация кератопластиков

Ситуационная задача №3.

Больная Н. жалуется на боли при еде и разговоре, общее недомогание. Температура тела 37,5° с. Из анамнеза выявлено, что больная часто страдает простудными заболеваниями. Объективно: на красной кайме губ и прилегающих участках кожи видны пустулы, гнойные корочки, на гиперемированной слизистой губ множественные болезненные эрозии, покрытые рыхлым беловато-желтым налетом.

1. Дополнительный метод обследования:

- @ цитологический *
- @ рентгенологический
- @ функциональный
- @ люминесцентный
- @ биопсия

2 Проведите дифференциальную диагностику:

- @ лейкоплакией *
- @ красным плоским лишаем
- @ опоясывающим лишаем
- @ красной волчанкой

@ макрохейлитом.

3. Поставьте диагноз:

@ острый герпетический стоматит

@ хронический рецидивирующий герпес

@ опоясывающий лишай

@ герпангина

@ ящур

4. Проведите общее лечение:

@ анальгетики *

@ жаропонижающие

@ противовирусные

@ витамины

@ все ответы верны

5. В местном лечении используется мазь:

@ нистатиновая *

@ гепариновая

@ оксолиновая

@ линкомициновая

@ преднизолоновая.

Ситуационная задача №4.

Больной 40 лет, приехал из сельской местности, имеет корову, любитель парного молока, обратился с жалобами на общую слабость, головную боль, боль в мышцах, повышение температуры тела до 38°C, жжение в полости рта. Объективно: слизистая полости рта отечна, гиперемирована. На деснах, языке, губах имеются множественные везикулы, болезненные, быстро вскрывающиеся при пальпации с образованием эрозий. Речь и прием пищи затруднены.

1. Проведите дополнительный метод обследования:

@ выделение вируса *

@ люминесцентный

@ биопсия

@ рентгенологический

@ бактериологический.

2. Проведите дифференциальную диагностику:

@ лейкоплакия *

@ острый герпетический стоматит

@ хронический рецидивирующий афтозный стоматит

@ кандидоз

@ красная волчанка

3. Поставьте диагноз:

@ острый герпетический стоматит *

@ ящур

@ ветряная оспа

@ лекарственная аллергия

@ многоформная экссудативная эритема .

Общее лечение:

- @ Пенталгин
- @ цитрамон
- @ тавегил
- @ бонафтон
- @ все ответы верны *

Местное лечение:

- @ обезболевание (лидокаин 10%) *
- @ антисептическая обработка (димексид)
- @ ферментативная обработка (кукумазин)
- @ аппликация противовирусной мазью (флоренал)
- @ все ответы верны

Ситуационная задача №5.

Больной 50 лет жалуется на высокую температуру тела, озноб, снижение аппетита, боль в мышцах и пояснице, обильное слюноотделение, невнятную речь, высыпания на коже и слизистой оболочке полости рта.

Больной имеет свой участок, корову, козу. При осмотре слизистой полости рта отмечаются множество ярко - красных болезненных эрозий. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Пузырьки имеются на коже в межпальцевых складках рук и ног, сопровождаются жжением и зудом.

1. Проведите дополнительный метод обследования:

- @ биологическая проба *
- @ люминесцентный
- @ биопсия
- @ рентгенография
- @ рН

2. Проведите дифференциальную диагностику:

- @ ветряная оспа *
- @ кандидоз
- @ ХРАС
- @ красная волчанка
- @ КПЛ

3. Поставьте диагноз:

- @ ОГС *
- @ МЭЭ
- @ лекарственная аллергия
- @ ящур
- @ ветряная оспа.

Общее лечение:

- @ анальгетики *
- @ жаропонижающие
- @ десенсибилизирующие
- @ ответы не верны.

Местное лечение:

- @ аппликации 1% пиромекаином *
- @ обработка 1% иодиолом

- @ аппликации террилитином
- @ аппликации теброфеновой мазью
- @ все ответы верны.

Ситуационная задача №6.

Больного в течение недели беспокоили сильные боли по ходу межреберных нервов слева. 3 дня назад повысилась температура тела до 38°C и появились высыпания на коже левой половины грудной клетки по ходу межреберного нерва в виде мелких сгруппированных пузырьков на отечном и гиперемированном основании.

В полости рта слева на гиперемированной слизистой имеются эрозии, покрытые фибринозным налетом, болезненные. Подчелюстные узлы болезненны

Поставьте диагноз

Составьте план лечения _

Ответ: опоясывающий лишай Лечение: Обезболивание, антисептическая обработка, аппликация противовирусными препаратами, аппликация кератопластиков.

Ситуационная задача №7.

Больная Н., 17 лет. Обратилась в поликлинику с жалобами на общее недомогание, боль в полости рта, усиливающуюся при еде и разговоре, на болезненные высыпания (на слизистой щек, переходной складке).

Объективно: на отечной, гиперемированной слизистой щек, переходной складке имеются единичные афты округлой формы, окаймленные красным ободком, покрытые фибринозным налетом, болезненные. Язык обложен. Выражен лимфаденит подчелюстных и шейных узлов.

При цитологическом исследовании выявляются гигантские многоядерные клетки.

Поставьте диагноз

Ответ: Острый герпетический стоматит

Ситуационная задача №8.

Больная с., 24 лет, обратилась с жалобами на жжение и боль в полости рта при приеме пищи, разговоре.

Объективно: на красной кайме верхней губы в области границы с кожей имеются мелкие сгруппированные пузырьки, содержащие прозрачную жидкость. Гистологические изменения характеризуются наличием внутриэпителиальных пузырей. Данная клиническая картина наблюдалась год назад.

Поставьте диагноз.

Составьте план лечения.

Ответ: хронический рецидивирующий герпес Лечение: Обезболивание, антисептическая обработка, аппликация противовирусными препаратами, аппликация кератопластиков

Ситуационная задача №9.

На консультацию пришла женщина 30 лет с жалобами на высокую температуру тела, головную боль, боль при глотании, иногда позывом на рвоту. При осмотре полости рта на мягком небе, передних дужках, миндалинах и задней стенке глотки выявляется гиперемия, на фоне которой видны болезненные эрозии с фестончатыми краями. Подчелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, безболезненные.

Поставьте диагноз.

Составьте план лечения.

Ответ: герпангина Лечение: Обезболивание, антисептическая обработка, аппликация противовирусными препаратами, аппликация кератопластиков

Ситуационная задача №10.

Больной 37 лет жалуется на высокую температуру тела 39°C в течение 3 дней, общее недомогание, слабость, саднение.

Объективно: слизистая оболочка мягкого неба, язычка, небных дужек, ротоглотки отечна, гиперемирована, имеет зернистый вид с точечными петехиями.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ответ: ОРВИ Лечение: Обезболивание, антисептическая обработка, аппликация противовирусными препаратами, аппликация кератопластиков

Ситуационная задача №11.

Женщина 60 лет обратилась с жалобами на недомогание, головную боль, озноб, температуру тела 36°C и жгучие приступообразные невротические боли по ходу тройничного нерва слева. Из анамнеза выявлена ранее перенесенная пневмония.

Объективно: на коже в области от подбородка до левого уха имеются многочисленные везикулы диаметром от 1 до 6 мм. В полости рта на гиперемированной слизистой щеки слева выявляются единичные эрозии, покрытые фиброзным налетом.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Диагноз: опоясывающий герпес. Лечение: Обезболивание, антисептическая обработка, аппликация противовирусными препаратами, аппликация кератопластиков

Ситуационная задача №12.

Больной 50 лет жалуется на высокую температуру тела, озноб, снижение аппетита, боль в мышцах и пояснице, обильное слюноотделение, невнятную речь, высыпания на коже и слизистой оболочке полости рта. Больной имеет свой участок, корову, козу. При осмотре слизистой полости рта отмечаются множество ярко – красных болезненных эрозий. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Пузырьки имеются на коже в межпальцевых складках рук и ног, сопровождаются жжением и зудом.

Поставьте диагноз.

Составьте план лечения.

Ответ: Ящур. Лечение: Обезболивание, антисептическая обработка, аппликация противовирусными препаратами, аппликация кератопластиков.

Тесты:

1. При опоясывающем лишае слизистую оболочку полости рта обрабатывают:
а) противовирусными мазями, б) сульфаниламидами, в) ритрофурановыми препаратами, г) антигистаминными средствами, д) антибиотиками.
 2. Опоясывающий лишай начинается с:
а) болей по ходу пораженных периферических нервов всегда с одной стороны.
б) болей по ходу периферических нервов всегда симметрично,
в) головных болей и головокружение
г) болей мышцах и суставах
д) высокой температуры
 3. Морфологический элемент при опоясывающем лишае:
а) пузырек, б) папула, в) чешуйка, г) бугорок, д) пятно.
 4. Гигантские многоядерные клетки обнаруживаются при:
а) простом герпесе, б) лейкоплакии, в) красном плоском лишае
г) кандидозе, д) хейлите.
 5. Ящур передается:
а) все ответы правильны б) воздушно-капельным путем в) контактным путем г) через мясо д) через молоко..
 6. Ящур не следует дифференцировать от:
а) кандидоза б) острого герпетического стоматита в) ветряной оспы г) лекарственной аллергии д) многоформной экссудативной эритемы.
 7. Возбудитель гриппа передается:
а) воздушно-капельным путем б) перинатальным в) алиментарным г) парентеральным д) половым.
 8. На слизистой оболочке полости рта грипп проявляется в виде:
а) геморрагий б) бугорков в) бляшек д) налета.
- Правильные ответы:** 1- а, 2- а, 3- а, 4 – а, 5- а, 6- а, 7- а, 8- а.
9. Морфологический элемент при опоясывающем лишае :
а. б, с*
б. пузырек
с. эрозия
д. бугорок
е. пятна
 10. Гигантские многоядерные клетки обнаруживаются при :
а. б, с*
б. ОГС
с. хроническом рецидивирующем герпесе
д. кандидозе
е. хейлите
 11. К вирусным заболеваниям относятся
а. б, с*
б. простой герпес

- с. опоясывающий лишай
- d. лейкоплакия
- е. кандидоз

12. Лечение поражений в полости рта при ящуре осуществляется мазью :

- а. б, с*
- б. противовирусной
- с. кератопластиком
- d. противогрибковой
- е. цитостатиками

13. Лечение ящура проводят мазью :

- а. б, с*
- б. оксалиновой
- с. теброфеновой
- d. левориновой
- е. пирамекаиновой

14. ОРВИ дифференцируется :

- а. б, с*
- б. ОГС
- с. лекарственной аллергии
- d. МЭЭ
- е. все ответы неправильны

15. К вирусным заболеваниям относится:

- @ простой герпес, *
- @ лейкоплакия,
- @ красный плоский лишай,
- @ пузырьчатка,
- @ красная волчанка.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык : Местное лечение ОГС

Цель: Научить студента Местному лечению ОГС

Показания: диагностика и лечение заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

Перечень мануальных навыков по теме: **Местное лечение ОГС»**

Выполнение мануального навыка:

№	Выполняемые шаги.	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надевание защитных очков, Надевание резиновых перчаток и марлевой маски.	0	20
2	Аппликационная анестезия:нанесение 10% аэрозоля лидокаина на ватный шарик,фиксация его на пораженный участок	0	20
3.	Антисептическая обработка 3% р-ром перекиси водорода	0	20
4.	Аппликация антибактериальных средств:нанесение линкомициновой мази на	0	20

	ватный шарик, фиксация его на пораженный участок		
5.	Апликация противовирусных препаратов (в случае начала эпителизации применение кератопластических средств.)		20
	Итого	0	100

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ :

1. Этиология и патогенез простого герпеса
2. Клинические проявления простого герпеса
3. Клиника простого герпеса
4. Клиническое проявление хронического рецидивирующего герпеса
5. Этиология, патогенез опоясывающего лишая
6. Этиология, клиника герпангины.
7. Опишите клиническую картину ящура.
8. Проявление гриппа в полости рта.

ЗАНЯТИЕ №9

1. ТЕМА: СПИД. ПРОЯВЛЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА.

2. Цель занятия: обучить студентов понятию ВИЧ-инфекции, обучить студентов методам диагностики СПИДа, ознакомиться с этиологическими факторами СПИДа, обучить студентов умению характеризовать клиническую картину СПИДа, обучить проведению дифференциальной диагностики, обучить выбору метода лечения, ознакомить студентов с профилактическими мерами по предупреждению возникновения СПИДа.

3. План занятия: определение элементов поражения, их осмотр и пальпацию, аппликационную анестезию области поражения, антисептическую обработку.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита – это вторичный иммунодефицитный синдром, развивающийся в результате ВИЧ – инфекции (вирус иммунодефицита человека), характеризуется снижением общей резистентности больных к условно-патогенным микроорганизмам (оппортунистическим инфекциям), повышенной склонностью к онкологическим заболеваниям, неврологическим нарушениям и другими проявлениями.

ВОЗБУДИТЕЛЬ СПИДа – вирус НВ, по русски – ВИЧ, относится к группе ретровирусов, обладающих ферментол-обратной транскриптазой, позволяющей передавать информацию от РНК к ДНК. ВИЧ поражает Т4 – лимфоциты и вызывает их гибель. В результате нарушается система клеточного иммунитета, т.е. развивается СПИД.

ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ – ВИЧ-инфицированный человек или вирусоноситель.

К инфицированным ВИЧ лицам относятся все (вне зависимости от их клинического состояния) зараженные вирусом.

После заражения ВИЧ в течение первых 5 лет СПИД развивается у 20 % инфицированных лиц, в течение 10 лет – у 50%.

Возбудитель обнаружен в разных биологических жидкостях : кровь, сперма, вагинальные секреты, грудное молоко, слюна, слезная жидкость, пот и др.

Передача инфекции осуществляется только через кровь, сперму, вагинальные секреты и грудное молоко.

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ:

- половой – группа риска –гомо- и гетеросексуалы.

- парентеральный – при переливании инфицированной крови и ее препаратов, использовании игл, шприцев, стоматологических и других инструментов, загрязненных кровью, для промывания кожи или слизистой оболочки рта.

- перинатальный – от женщины – плоду или грудному ребенку до, во время или после родов через грудное молоко.

Лица, зараженные ВИЧ, инфицированы пожизненно.

Выделяют следующие стадии СПИДа:

1.Инкубационный период – до 15 лет.

Характерны: повышение температуры тела в течение 2-10 дней, головная боль, миалгия, ангина, лимфопения, фарингит, увеличение лимфоузлов.

2 .Начальная фаза – синдром генерализованной лимфаденопатии. Стоматолог должен обращать внимание на состояние подчелюстных, шейных, околоушных и затылочных лимфоузлов.

Увеличены, плотно-эластической консистенции, подвижны, безболезненны. Такое состояние продолжается около 3 месяцев. По мере прогрессирования процесса лимфаденопатия медленно подвергается обратному развитию.

3. Средняя фаза – СПИД – ассоциированный комплекс – характерно: подъем температуры тела до 39° в течение 1 месяца, диарея, потеря массы тела на 10%,слабость, нарушение клеточного иммунитета, наличие типичных поражений кожи и слизистой оболочки рта, таких как волосистая лейкоплакия, опоясывающий лишай, обострение хронического рецидивирующего герпеса, острый герпетический стоматит, кандидоз.

4. Заключительная – собственно СПИД – летальные осложнения в виде новообразований и тяжелыми множественными инфекциями.

Первыми проявлениями – «**знаками**», указывающими на внедрение ВИЧ, могут быть поражения слизистой оболочки рта.

К ним относятся:

- различные клинические формы кандидоза.
- вирусные инфекции.
- волосистая (ворсинчатая) лейкоплакия.
- язвенно – некротический гингивостоматит .
- прогрессирующая форма пародонтита (ВИЧ-пародонтит).
- Саркома Капоши.

Настораживающие заболевания – плоскоклеточный рак слизистой оболочки рта, лимфома (неходжкинская).

КАНДИДОЗ – наиболее распространенный внутриротовой признак ВИЧ-инфекции.

Характерно:

- острый псевдомембранозный кандидоз.
- острый атрофический кандидоз.
- хронический гиперпластический кандидоз.

Дифференцируют от красного плоского лишая, аллергического стоматита, травматический поражений.

ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ – в виде простого герпеса с частыми и мучительными обострениями.

Волосистая лейкоплакия (ворсинчатая лейкоплакия, плоская кандилома, ротовая вирусная лейкоплакия).

Бывает одно- и двусторонней, чаще на боковой поверхности языка, реже на слизистой губ, щек, дна полости рта.

Клинически выглядит в виде складок или ворсинок белого цвета, возвышающаяся над поверхностью слизистой оболочки рта, напоминающих волосы. Не соскабливается.

Язвенно-некротический гингивостоматит. Острое его течение может продолжаться 3 – 4 недели, затем переходит в хроническую форму, часто рецидивирует.

Саркома Капоши – опухоль, образуется из лимфатических сосудов. Чаще локализуется на небе (напоминает эпюлис), реже на слизистой десен. Имеет вид синеватых или черных пятен, затем они увеличиваются и разделяются на доли и изъязвляются. Поражения в полости рта болезненны до стадии изъязвления.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагноз устанавливается в лаборатории при выявлении специфических антител к вирусу.

Применяется:

- иммуносорбентный анализ (ELISA).
- иммуноблоттинг (вестерн-блот) или непрямая иммунофлюоресценция.
- исследование иммунологического статуса, т.к. снижается соотношение у ВИЧ-инфицированных Т-хелперов к Т-супрессорам, уменьшается количество лейкоцитов и лимфоцитов, повышается содержание иммуноглобулинов, особенно А и G.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ

Борьба с ВИЧ-инфекцией предусматривает:

- предосторожности в отношении крови и других жидких сред.
- предосторожности при инъекциях и процедурах, связанные с прокалыванием кожи.
- эффективное проведение стерилизации и дезинфекции.

ТАКТИКА ВРАЧА - СТОМАТОЛОГА

- использование средств личной защиты медицинского персонала: перчатки, очки, маски.
- использование одноразовых шприцев, игл.
- стерилизация медицинских инструментов.
- использование дезинфекции высокой интенсивности, основанной на нагревании (кипячение, автоклавирование, стерилизация сухим горячим воздухом).

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Сеть паука”.

Составление органоайзеров на тему: «СПИД. ПРОЯВЛЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА.»

2. Категориальная таблица
3. Диаграмма « Как»

Аналитическая часть

Ситуационная задача №1.

Больной 40 лет, гомосексуалист, жалуется на хроническую усталость, температуру тела 37,5 гр, затяжную пневмонию. Со стороны полости рта жалобы на кровоточивость десен, запах изо рта, наличие афт. Объективно: десны отечны, гиперемированы, кровоточат. На слизистой оболочки полости рта: щеках, языке, губ имеются афты округлой формы, различных размеров, окаймленные красным ободком, покрытые фибринозным налетом, болезненные, длительно не заживающие. Подчелюстные, околоушные лимфоузлы увеличены, мягкие, подвижные, безболезненны.

а) Проведите дополнительный метод лечения: а) рентгенологический, б) выделение вируса, в) цитологический, г) ЭОД, д) биопсия.

б). Поставьте диагноз:

а) сифилис, б) кандидоз, в) СПИД, г) МЭЭ, д) пузырчатка

в). Дифференциальный диагноз:

а) КПЛ б) кандидоз, в) ХРАС, г) первичный сифилис, д) красная волчанка

Правильные ответы: А-б, Б-в, В-б.

Ситуационная задача №2.

Больной 28 лет обратился с жалобами на слабую болезненность языка, жжение, необычный его вид. Из анамнеза: пациент состоит на учете у нарколога, ведет беспорядочный образ жизни. При осмотре полости рта: на всем протяжении боковых поверхностях языка имеется серовато-белое атипичное бляшечное образование, плотно спаянное с подлежащей основой с гиперкератотическими разрастаниями, напоминающими волосы (за счет нитевидных разрастаний эпителия). Применение противовирусных препаратов лишь на время приостанавливает процесс, но не ведет к исчезновению очага.

а). Предварительный диагноз: а) десквамативный глоссит, б) волосатая лейкоплакия, в) «черный» язык, г) ромбовидный глоссит, д) складчатый язык

б). Дополнительный метод обследования: а) реакция иммуно-биотинг (вестерн-биот), б) бактериологический, в) цитологический, г) гистоминовая проба, д) волдырная проба.

в). Специфическая реакция выявила: а) стафилококк. б) стрептококк, в) веретенообразную палочку, г) вирус, д) спирохету.

Правильные ответы: А-б, Б- а, В- г.

Ситуационная задача №3.

У ВИЧ- инфицированного больного 38 лет на спинке и боковых поверхностях языка имеются участки десквамации красного цвета в виде колец. В области десквамации хорошо видны грибовидные сосочки, имеющие вид ярко-красных точек.

а) Поставьте диагноз: а) рак языка, б) красный плоский лишай, в) ХРАС, г) десквамативный глоссит, д) ромбовидный глоссит.

б)Дополнительный метод обследования: а) реакция иммуно-биотинг(вестерн-биот), б)бактериологический, в) цитологический, г)гистоминовая проба, д) волдырная проба.

в)Тактика врача –стоматолога: а) отказ приема больного, б) проведение только общего лечения, в)проведение только местной антисептической обработки, г)направить в специализированное мед. учреждение д) все ответы верны

Правильный ответ: А- г, Б- а, В- г.

Ситуационная задача №4.

У пациента 29 лет (предположительно наркоман) подозрение на Вич инфекцию. Для подтверждения диагноза ему необходимо провести обследование:

- а) серолигические реакции
- б) микробиологическое
- в) микроскопическое
- г) миографию
- д) зонографию

5. Пациент 35 лет страдающий СПИДом обратился к стоматологу по поводу сильных ночных болей в 44 зубе. Боль усиливается от всех видов раздражителей, а иногда бывает и без причины. При лечении зуба стоматолог должен пользоваться наконечником

- а) механическим
- б) турбинным
- в) ультразвуковым
- г) пескоструйным
- д) не имеет значения

6, После оказания стоматологической помощи Вич инфицированному больному инструменты необходимое время и режим сухожаровой стерилизации:

- а) 120 градусов – 45 минут
- б) 120 градусов – 60 минут
- в) 180 градусов – 45 минут
- г) 180 градусов - 60 минут
- д) 100 градусов – 120 минут

Тесты:

1.Этиологический фактор при СПИДе

- а) вирус
 - б) стафилококк
 - в) грибки
 - г) спириллы
 - д) палочка Леффлера
- правильный ответ 1-а.

2.СПИД передается:

- а)все ответы правильны
- б)половым путем

- v) перинатальным
 - g) половым+перинатальным
- правильный ответ 2-а.

3. При СПИДе в полости рта наблюдается:

- a) все ответы правильные
 - b) волосатая лейкоплакия
 - v) кандидоз
 - g) саркома Капоши
- двиррусные инфекции
- правильный ответ 3-а.

4. СПИД выявляется:

- a) специфическими реакциями
 - b) термодиагностикой
 - v) электроодонтодиагностикой
 - g) гистологическим методом
 - d) люминесцентной диагностикой
- правильный ответ: 4-а.

5. Для дезинфекции стоматологических инструментов при СПИДе применяется:

- a) 30% раствор перекиси водорода
 - b) КМпО
 - v) 1% раствор хлорамина
 - g) дистиллированная вода
 - d) насыщенный раствор резорцина
- правильный ответ 5-а.

6. ВИЧ- инфекция в основном поражает сист ему:

- a) иммунную
 - b) кроветворную
 - v) сердечно-сосудистую
 - g) желудочно-кишечную
 - d) эндокринную
- правильный ответ: 6-а.

7. Дифференциальную диагностику волосатой лейкоплакии не проводят с:

- a) черным «волосатым языком»
 - b) истинной лейкоплакией
 - v) красным плоским лишаем
 - g) гиперпластическим кандидозом
 - d) поражением полости рта при явлениях гальваннизма
- правильный ответ 7-а.

8. В течении ВИЧ- инфекции различают (найдите соответствие):

- 1) 1 стадия
- 2) 2 стадия
- 3) 3 стадия
- 4) 4 стадия
- a) начальное
- b) «связанный со СПИД-комплексом»

v) «промежуточная стадия»

g) «поздняя»

правильный ответ 1-а, 2-б, 3-в, 4-г.

9.. СПИД выявляется :

а. б, с*

б. специфическими реакциями

с. выделением вируса

d. гистологическом методом

е. люминесцентной диагностикой

10. Для дезинфекции стоматологических инструментов при СПИДе применяется :

а. б, с*

б. 30 % раствор перекиси водорода

с. 2 % раствор глютарала

d. 1% раствор хлорамина

е. дистиллированная вода

11.. ВИЧ – инфекцию диагностируют методом :

а. все ответы верны*

б. иммуносорбентный

с. иммуноблоттинг

d. иммунофлюоресцентным

е. выделением вируса

12. Пути передачи ВИЧ – инфекции :

а. б, с*

б. загрязненные стоматологические инструменты

с. грудное молоко

d. респираторно

13. СПИД передается путем, кроме:

а) воздушно – капельным *

б) половым

с) парентеральным

d) пищевым *

е) контактным *

14. При СПИДе в полости рта наблюдается :

а) волосатая лейкоплакия *

v) афта

с) кандидоз*

d) саркома Капоши *

е) волдырь

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Методы обследования больного с заболеваниями СОПР

Цель: Научить студента методам обследования больного с заболеваниями СОПР.

Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтер), инструменты для осмотра полости рта

Выполняемые шаги мануального навыка:

№	Выполняемые шаги.	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надеть средства защиты	0	20
2	Провести внешний осмотр больного	0	20
3.	Провести осмотр преддверия полости рта (при сомкнутых челюстях)	0	20
4.	Произвести осмотр собственно полости рта	0	20
5.	Произвести пальпацию слюнных желез	0	20
	Итого:	0	100

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ :

1. Что такое СПИД.
2. Что является возбудителем СПИДа .
3. Перечислите пути передачи СПИДа.
4. Перечислите стадии СПИДа.
5. Формы проявления СПИДА на слизистой полости рта.
6. Методы диагностики СПИДа
7. Профилактика СПИДа
8. Методы обеззараживания стоматологических инструментов.

ЗАНЯТИЕ №10

1. ТЕМА: ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ГИНГИВО СТОМАТИТ ВЕНСАНА.

2. Цель занятия: обучить студентов понятию язвенно-некротический гингиво стоматит Венсана; обучить студентов методам диагностики язвенно-некротического гингиво стоматита Венсана; ознакомить с этиологическими факторами язвенно-некротического гингиво стоматита Венсана; обучить студентов умению характеризовать клиническую картину язвенно-некротического гингиво- стоматита Венсана; обучить проведению дифференциальной диагностики; выбору метода лечения; ознакомить студентов с профилактическими мерами по предупреждению язвенно-некротического гингиво-стоматита Венсана.

3. План занятия: определения элементов поражения, их осмотр и пальпацию; устранение местных травмирующих факторов; люминесцентный метод исследования; аппликационную анестезию области поражения; антисептическую обработку; аппликацию кератопластических средств на элемент поражения.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ЯЗВЕННО НЕКРОТИЧЕСКИЙ ГИНГИВО СТОМАТИТ ВЕНСАНА (Stomatitis ulceronecroticans vincenti) инфекционное заболевание.

Синонимы: «окопный» рот, ангина Боткина-Симоновского – Плаута-Венсана.

Этиология: - бактериальная, возбудители: веретенообразная палочка и спирохета (Боррелия) Венсана.

Предрасполагающие факторы:

1. Плохой уход за полостью рта несанированная полость рта.
2. Охлаждение, перегрев, переутомление, стресс, недостаточное питание.
3. Нарушение целостности слизистой оболочки полости рта (хронические травмы, перикоронариты, пародонтит).

4. Перенесенные заболевания слизистой оболочки: гриппозные, герпетические стоматиты, аллергические стоматиты, многоформная экссудативная эритема.
5. Сопутствующие общие заболевания – лейкоз, агранулоцитоз, инфекционный мононуклеоз, отравления солями тяжелых металлов, гипо- и авитаминоз.

Течение: острое, хроническое – месяцы, годы, склонное к рецидивам, сезонность.

Клиника: элемент поражения – язвы. Размер язвы до 5-6 см в диаметре.

Локализация: любой отдел полости рта, чаще десны, ретромаллярная область, половые органы, миндалины. Дно покрыто некротическими массами, легко снимающимися, обнажающие кровоточивую поверхность. В основании язвы уплотнений нет.

Возраст и пол больных: 17-30 лет, преимущественно мужчины.

Общее состояние: температура 37,5-38⁰ с. В начале заболевания может быть нормальной, нарушение сна, склонность к обморокам. При хроническом течении может не изменяться.

Прогноз: не угрожает жизни больного, но без лечения может привести к некрозу и гибели кости альвеолярного отростка, выпадению зубов за короткое время. Самоизлечения не происходит. Обследование больного начинается стоматологом, консультацией врачом – терапевтом, гематологом для выявления фоновой патологии.

Анализ крови: незначительный лейкоцитоз, сдвиг влево, незначительное повышение СОЭ, в отягощенном случае – зернистость нейтрофилов.

Гистологические исследования: отделяемого язвы, поверхностная зона некротическая, глубокая – воспалительная. Воспалительная. В некротической зоне: кокки, палочки, спирахеты, фузобактерии. В воспалительной зоне: преобладание фузобактерий.

Цитология соответствует неспецифическому воспалению, в начале заболевания резкое преобладание распадающихся нейтрофилов, отсутствие фагоцитоза, обилие бесструктурных масс, эритроцитов.

Дифференциальная диагностика с :

- лейкозом и агранулоцитозом;
- отравлениями солями тяжелых металлов (ртутью);
- сифилитические язвы;-
- гипо- и авитаминозом.

ЛЕЧЕНИЕ : общее и местное

Не следует в остром периоде:

1. удалять зубы;
2. производить разрезы;
3. делать какие либо инъекции в близи язв.

Общее лечение: противомикробное действие –
- метронидазол (трихопол), флагин, клион – по 0,25 г два раза в денб в течение 7-10 дней.

В тяжелых случаях – антибиотики широкого спектра действия (бициллин – 3 по 300000 ЕД один раз в три дня или по 600000 ЕД Одина раз в 6 дней.

- эритромицин , олететрин, окситетрациклин, в суточной дозе 800000 – 1000000 ЕД в течении 5-10 дней.

- Витамины группы В: В₁ – 2% по 1,0 в/м-10 инъекций, В₂ – по 0,01 3 раза в день 30 дней, аскорутин по 0,1 г внутрь 2 раза в день 10-14 дней.

Обезболивание: 1% раствор тримекаина, 1-2% раствор пиромекаина, 2%,10% раствор лидокаина в виде аппликации или инъекции.

Удаление: механических раздражителей сошлифовывание острых краев зубов и протезов, удаление камня и налета.

Антисептическая обработка ферментами:

Трипсином, химотрипсином, лизоамидазой.

Теплыми растворами% 0,5% пероксидон водорода, 14% раствором хлорамина, 0,6 % раствором хлоргексидина.

- аппликации кашицей из трихопола на воде

- аппликации лизоцимом.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Сеть паука”.

Составление органайзеров на тему: «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ГИНГИВО - СТОМАТИТ ВЕНСАНА.»

1. Диаграмма «Почему»

2. Диаграмма «Как»

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

Ситуационная задача №1

Больной , 18 лет, обратился с жалобами на повышение температуры до 38° С, головную боль, боль в полости рта при приеме пищи, кровоточивость десен, запах изо рта.

Из анамнеза выяснилось, что он перенес грипп и подтвержден чистым простудам. После гриппозного состояние через 12 дней появилось описание выше состояние.

При осмотре слизистой оболочки полости рта: слизистая гипермирована, отечна, имеются набухание десневых сосочков, а в области третьего нижнего моляра серовато- зеленый налет. При снятии налета образуется кровоточащая поверхность. Основание язвы не уплотнено. Региональный лимфоузлы болезненны, увеличены, подвижны.

Цитологические исследования: соскоб с язвы обнаруживает симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты.

а) определите морфологический элемент поражения: а) бугорок, б) язва, в) пустула, г) абсцесс, д) рубец

б) Проведите дополнительный метод исследования: а) Шиллера – Писарева;

б)Кулаженко, в) люминестентный , г) анализ крови, д) бактериологический.

в) Поставьте диагноз: а)лекоплакия, б) кандидоз, в) вторичный сифилис, г) красная волчанка,д) ЯНГС Венсенна

г) Лечение: а) антисептикекая обработка ферментами, б) обезболивание 2% раствором ледокоина, г) трихопол, д) витамины группы В, е) все ответы верны

Правильные ответы:

- a) б
- b) д
- v)д
- g) е

Ситуационная задача №2

У больного 30 лет поставлен диагноз: язвенно- невротический стоматит Венсана. Из сопутствующих и перенесенных заболеваний – частые простуды. Составьте план лечения.

Ответ: общее лечение(противовоспалительное, десенсибилизирующие , стимулирующие, общеукрепляющее) местное (обезболивание , антисептическая и ферментная обработка , кератопластические препараты), рекомендовано стационарное лечение .

Ситуационная задача №3

Больной 20 лет обратился на повышенную температуру тела до 38 С, головную боль, боль в полости рта, особенно усиливающиеся при приеме пищи , кровоточивость дёсен, запах изо рта.

Объективно: подчелюстные лимфоузлы увеличены, слизистая полости рта в области щек, мягкого неба изъязвлена в обширных участках. При бактериологическом исследовании высеваются фузоспирохеты.

А.Поставьте предварительный диагноз:

- a) язвенно – невротический стоматит Венсана *
- b) лейкоз
- c) агранулоцитоз
- d) отравление солями тяжелых металлов
- e) многоформная экссудативная эритема

б.Проведите дополнительные методы исследования:

- a) цитологический *
- b) проба Шиллера – Писарева
- c) проба Олдрича
- d) проба Роттера
- e) проба Кулаженко

б.Какой метод лечения назначаете:

- a) общее лечение
- b) обезболивание
- c) аппликация метрогил дента
- d) аппликация противолитических ферментов
- e) все ответы верны *

Ситуационная задача №4

В отделение ТС ТМА обратился служащий срочной службы с жалобами на головную боль, общую слабость, болезненность слизистой оболочки рта, усиливающуюся при приеме пищи, разговоре, кровоточивость десен, гнилостный запах изо рта. Из анамнеза выяснено , что было проведено удаление 38 зуба , после которого появилось повышение температуры тела до 37,5 °С

Объективно: отмечается катаральное явление СОПР, на слизистой оболочки десны отмечается язвенно-некротический процесс ретромолярной области, с обнажением альвеолярного гребня, гиперсаливация, гнилостный запах изо рта. Общее состояние больного тяжёлое.

1. Поставьте диагноз:

Ответ: Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана.

2. Составьте план дальнейшего лечения:

Ответ: общее лечение (противовоспалительное, десенсибилизирующие, стимулирующие, общеукрепляющее) местное (обезболивание, антисептическая и ферментная обработка, кератопластические препараты), рекомендовано стационарное лечение.

Тесты

1. Возбудитель язвенно-некротического гингивостоматита Венсана (ЯНГС) при ЯНГС Венсана:
 - a) веретенообразная палочка, фузобактерии. *
 - b) стафилококки, стрептококки.
 - v) кишечная палочка.
 - g) Вирусы
 - d) Грибки
2. Элемент поражения при ЯНГС Венсана:
 - a) Язва *b) Бугорок v) Пузырек g) Пузырь d) Узел
3. ЯНГС Венсана не дифференцируется:
 - a) лейкоплакией. * b) Лейкозом. v) отравления солями тяжелых металлов g) сифилитическими язвами d) Гиповитаминозом С
4. При лечении ЯНГС Венсана эффективно местное лечение:
 - a) трихопол. * b) Оксолин. v) Теброфен. g) декамин. d) Нистатин
5. ЯНГС Венсана чаще встречается у ослабленных лиц:
 - a) молодых *b) 40-50 лет v) Пожилых g) новорожденных d) у всех
6. При ЯНГС Венсана больные жалуются не:
 - a) Высыпания на коже*
 - b) боли в полости рта
 - v) неприятных запах изо рта
 - g) кровоточивость десен
 - d) общую слабость
7. При ЯНГС Венсана в общем лечении назначают:
 - a) метронидазол, витамины (антигистаминные препараты)*
 - b) кортикостероидные, витамины.
 - v) антибиотики, сульфаниламиды (витамины)
 - g) цитостатики, витамины,
 - d) жаропонижающие, анальгетики.
8. При бактериальном исследовании большое количество фузобактерий и спирохет характерны для:
 - a) ЯНГС Венсана*
 - b) Лейкоплакии
 - v) Красный плоский лишай – RGK

- g) многоформная экссудативная эритема
 d) Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.
9. ЯНГС Венсана не дифференцируется :
- б, с*
 - красный плоский лишай
 - лейкоплакией
 - лейкозом
 - отравление солями тяжелых металлов
10. Стоматит Венсана еще называют
- все ответы верны *
 - язвенно-мембранозный стоматит
 - «окопный рот»
 - стоматит Плаут-Венсана
 - фузоспирохетозный стоматит
11. Возбудители стоматита Венсана :
- б, с*
 - веретенообразная палочка
 - спирохеты
 - палочка Коха
 - бледная трепонема
12. Стоматит Венсана дифференцируют с :
- все ответы верны *
 - лейкозом
 - отравлением солями тяжелых металлов
 - сифилитическими язвами
 - гиповитаминозом С
13. Предрасполагающими факторами стоматита Венсана являются :
- все ответы верны *
 - охлаждение, переутомление
 - снижение сопротивляемости организма
 - дефицит витаминов
14. Для стоматита Венсана характерно, кроме
- высыпания на коже *
 - боли в полости рта
 - головокружение *
 - неприятный запах изо рта
 - сухость во рту

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Проведение некрэктомии некротизированной ткани СОПР.

Цель: Научить студентов местной обработке слизистой оболочки полости рта у пациентов.

Показание: Местная обработка некротизированной ткани СОПР.

Оснащение: Стоматологическое кресло, установка, стоматологический стандартный набор, антисептики, анестетики, ватные валики, ферменты, кератопластики.

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподава
------------------	-------------	--------------------	--------------	-------------------

	этап			теля
1.Полоскание полости рта слабым антисептиком	0	10		
2. Нанести на слизистую оболочку валик с обезболивающим гелем на на 2-3 минуты.	0	20		
3.Наложение фермента на воспаленный участок на 2-3 минуты и смыть тёплой водой	0	30		
4.Обработать воспаленную слизистую оболочку ватным или марлевым тампоном,смоченным в растворе антисептика	0	30		
5. На воспаленный участок с помощью гладилки нанести кератопластик	0	10		
Итого:	0	100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. К какой группе заболеваний относится ЯНГС Венсана
2. Этиология ЯНГС Венсана
3. Клинические проявления ЯНГС Венсана
4. Дифференциальная диагностика ЯНГС Венсана
5. лечение и профилактика ЯНГС Венсана

ЗАНЯТИЕ №11

1.ТЕМА: ТУБЕРКУЛЕЗ. ПРОЯВЛЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА (ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ВОЛЧАНКА). ТУБЕРКУЛЕЗ. (МИЛАРНО-ЯЗВЕННЫЙ, КОЛЛЕКТИВНЫЙ).

2. Цель занятия: обучить студентов понятию туберкулез; обучить студентов методам диагностики туберкулеза; ознакомить с этиологическими факторами туберкулеза; обучить студентов умению характеризовать клиническую картину туберкулеза; обучить проведению дифференциальной диагностики; обучить выбору метода лечения; ознакомить студентов с профилактическими мерами по предупреждению туберкулеза.

3. План занятия: определения элементов поражения, их осмотр и пальпацию; устранение местных травмирующих факторов; люминесцентный метод исследования; аппликационную анестезию области поражения; антисептическую обработку; аппликацию кератопластических средств на элемент поражения.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Туберкулез (tuberculosis) - хроническое инфекционное заболевание, которое вызывается микобактерией туберкулеза (палочкой Коха).Она попадает в СОПР гематогенным, лимфогенным или экзогенным (воздушно-капельным или алиментарным) путем, обуславливая первичные и вторичные проявления инфек-

ции. На СОПР у 1% больных туберкулез проявляется, главным образом, вторично (как последствие туберкулеза легких, суставов, кожи) в виде туберкулезной волчанки, миллиарно-язвенного туберкулеза и чрезвычайно редко — колликувативного туберкулеза —скрофулодермы.

Первичный туберкулез СОПР и губ (изолированное туберкулезное поражение) прак-

тически не встречается в связи с тем, что СОПР маловосприимчива к микобактериям туберкулеза, хотя результаты исследований показывают, что даже неповрежденная СОПР может инфицироваться палочкой Коха при контакте. Развитие первичного туберкулезного комплекса возможно у детей на месте вторжения возбудителя. Через 8-30 дней (инкубационный период) возникает болезненная язва, размером 10-15 мм, с подрытыми неровными краями, и грязно-серым дном, которая сопровождается лимфаденитом. Лимфатические узлы при этом могут нагноиться и прорвать. Через 2 недели -1 месяц язва постепенно исчезает сама по себе, без лечения.

Туберкулезная волчанка (*lupus vulgaris*) является наиболее частой формой проявления вторичных туберкулезных поражений челюстно-лицевой области. Основным первичным элементом туберкулезных поражений СОПР является люпома — специфический туберкулезный бугорок (*tuberculum*) красного или желто-красного цвета, мягкой консистенции, размером 1-3 мм в диаметре. Располагаются они группами: свежие образуются по периферии, а находящиеся в центре склонны к творожистому распаду и слиянию с соседними бугорками. При этом образуются неглубокие язвы с мягкими неровными, подрытыми, краями, выстланные ярко-красными или желто-красными папилломатозными малиноподобными разрастаниями, покрытыми желтоватым налетом, которые легко кровоточат.

По клиническому течению, которое характеризуется длительностью, туберкулезная волчанка проходит инфильтративную, бугорковую, язвенную и рубцовую стадии. Располагаются поражения туберкулезной волчанки преимущественно на коже лица (в виде бабочки) распространяясь на верхнюю губу, красную кайму, реже — на СО десен и альвеолярного отростка верхней челюсти в области фронтальных зубов, верхней губы и щек, твердого и мягкого неба, где поражение чаще представлено язвой неправильной формы с подрытыми краями, а дно выполнено кровоточащими грануляциями. Иногда процесс локализуется только на красной кайме. При этом губа увеличивается в объеме от отека, становится плотной, на ней появляются трещины, язвы, которые покрываются кровянисто-гнойными корками. По месту расположения на СО десен И.г.Лукомский выделяет 4 вида туберкулезного поражения:

1) — маргинальное. Охватывает десневой край сначала в виде инфильтрации, а затем переходит в бугорково-эрозивную форму. СО десны приобретает ярко-красный цвет, десневой край и межзубные сосочки сильно отекают, контуры десневого края сглаживаются. Десна как будто наколоты шпильками, болезненны, матовые, легко кровоточат.

2) — супрамаргинальное. Инфильтративное или бугорково-язвенное поражение не распространяется на край десен. На месте рубцов, которые остаются при заживлении язв, возникают новые люпомы, а потом язвы неправильной формы, дно которых покрыто серовато-желтым налетом.

3) — Иногда в процесс вовлечена вся поверхность десен инфильтративного, а чаще эрозивного или язвенного характера, при котором достаточно часто поражается костная ткань альвеолярного отростка, зубы становятся подвижными и выпадают, может развиваться картина гипертрофического люпозного гингивита. Регионарные лимфатические узлы увеличены и уплотнены.

4) — билатеральное. Поражение развивается как язвенная волчанка, при которой часто наблюдаются комбинированное поражение десен, неба, языка и губ с типичной динамикой туберкулезного поражения: бугорки — распад — язва — рубец.

Язвы при волчанке на СОПР и красной кайме губ кайме губ могут в 1 - 10% случаев дать злокачественное перерождение.

Диагностика. Клиническая диагностика заболевания облегчается наличием типичных для туберкулезной волчанки симптомов яблочного желе (при диаскопии) и проваливания зонда (Поспелова). При надавливании предметным стеклом на кожу или красную кайму губ пораженная ткань обескровливается и люпомы в виде желто-коричневых узелков становятся хорошо видимыми (напоминая яблочное желе), а при надавливании пуговчатым зондом на бугорок зонд проваливается в люпому (феномен Поспелова, проба с зондом). Регионарные лимфатические узлы увеличены, тестоватой консистенции, спаяны в бугристые пакеты. Реакция Пирке, как правило, положительная. Палочки Коха выявляются очень редко.

Патогистологическое исследование выявляет типичные туберкулезные бугорки с эпителиоидными клетками, гигантскими клетками Пирогова-Ланганса и лимфоцитами по периферии. Казеозный некроз выражен слабо или совсем отсутствует. Воспалительный инфильтрат составляют лимфоциты и плазмоциты. Палочки Коха встречаются в незначительном количестве.

Дифференциальная диагностика. Туберкулезную волчанку отграничивают от бугоркового поражения при третичном сифилисе (при котором бугорки плотные и, в отличие от туберкулезной волчанки, повторно никогда не образуются на рубцах; симптом Поспелова - отрицательный); лепры и красной волчанки. Последняя отличается отсутствием люпом, наличием эритемы, гиперкератоза и рубцовой атрофии.

Миллиарно-язвенный туберкулез (*tuberculosis miliaris ulcerosa*) — вариант вторичного туберкулезного поражения СОПР. Развивается на фоне сниженной реактивности. Микобактерии туберкулеза, выделяясь в значительном количестве с мокротой, при тяжелом прогрессирующем течении процесса в результате аутоинокуляции с открытых очагов инфекции (чаще с каверн легких), внедряются в СО щек (как правило, в местах травм) по линии смыкания зубов, спинки и боковых поверхностей языка, мягкого неба. При этом развиваются типичные туберкулезные бугорки, дальнейшее развитие которых ведет к распаду в центре и образованию неглубокой, сначала небольшой, с неровными подрытыми мягкими краями, очень болезненной язвы, имеющей ползучий характер. Она растет по периферии, достигая иногда больших размеров. Дно и края язвы имеют зернистый характер (за счет

бугорков), покрыты желто-серым налетом. Окружающие язву ткани отечные. По периферии язвенной поверхности можно выявить мелкие абсцессы, так называемые зерна или тельца Треля. При длительном существовании язвы присоединяется вторичная инфекция, и края и дно язвы уплотняются. На языке и переходных складках язвы имеют форму щелей с подрывными краями. Лимфатические узлы вначале существования язвы могут и не пальпироваться, а потом увеличиваются, имеют плотноэластическую консистенцию, болезненны.

Диагностика. При диагностике миллиарно-язвенно туберкулеза важно оценить общее состояние больного (слабость, истощение, бледность кожи, незначительное повышение температуры тела, повышенная потливость и др.). Цитологическое исследование материала из язвы среди элементов воспаления и смешанной микрофлоры выделяет гигантские клетки Пирогова-Лангганса и эпителиоидные клетки. Иногда (при окраске по Цилю-Нильсену) удается выявить микробактерии туберкулеза. Поскольку у таких больных реактивность снижена, внутрикожная проба Пирке часто бывает отрицательной.

Дифференциальная диагностика. Миллиарно-язвенный туберкулез дифференцируют от травматической, декубитальной и трофической язв СОПР, эрозий и язв при осложнении высыпаний вторичного сифилиса вторичной инфекцией, от гуммозных язв при третичном сифилисе, а также стоматита Венсана и рака СОПР.

Колликвативный туберкулез (скрофулодерма) — более редкая форма вторичного туберкулеза. Встречается главным образом у детей. Типичным признаком этой формы является образование узлов в глубоких слоях СОПР, которые со временем распадаются, образуя язвы неправильной формы, мягкой консистенции с изъеденными подрывными краями и вялыми грануляциями на дне. Язва малобезболезненна. При ее заживлении образуются неровные, так называемые лохматые рубцы.

Дифференциальная диагностика. Колликвативную форму туберкулеза СОПР дифференцируют от гуммозной язвы, дно которой такжесодержит грануляции (но края ее кратерообразны, плотные и безболезненные; после заживления остается втянутый звездчатой формы рубец); от актиномикоза (узлы характеризуются резкой доскообразной плотностью, наличием свищей, в выделениях которых находят друзы лучистого гриба); от раковой язвы (встречается в зрелом возрасте) для нее характерны плотность, болезненность, вывернутые края и наличие атипичных клеток при цитологическом исследовании).

Лечение туберкулезных поражений СОПР стоматолог проводит на фоне общей терапии, назначенной фтизиатром. Санация ротовой полости, устранение травмирующих факторов, лечение зубов и патологии пародонта является обязательным условием местной терапии туберкулезных поражений СОПР. С этой целью используют антисептики, некролизующие средства, специфические противотуберкулезные препараты — изониазид, фтивазид, салюзид, метаид; обезболивающие и препараты, которые улучшают репаративные возможности

тканей.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Сеть паука”.

Составление organizers на тему: «ТУБЕРКУЛЕЗ. ПРОЯВЛЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА (ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ВОЛЧАНКА). ТУБЕРКУЛЕЗ. (МИЛИАРНО-ЯЗВЕННЫЙ, КОЛЛЕКТИВНЫЙ).»

1. Категориальная таблица

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

Ситуационная задача №1

Больной К 48 лет, обратился с жалобами на слабость и одышку, боли в грудине, приступообразный кашель. В полости рта на слизистой оболочки мягкого неба отмечается язва с изъеденными краями неправильной формы. На дне язвы отмечаются папилломатозные разрастания напоминающие сочную малину.

Поставьте окончательный диагноз. Ответ: Туберкулезная волчанка (люпома)

Ваша тактика. Направить больного в туб. диспансер

Ситуационная задача №2

Больной Н. страдает открытой формой туберкулеза.

В полости рта отмечается язва до 2,5 см диам. Язва неправильной формы, с изъеденными подрытыми краями, мягкой консистенции. На дне язвы определяется небольшое количество желто-серых бугорков в виде пятнышек.

О проявлении какой формы туберкулеза идет речь?

Ответ: МИЛИАРНО-ЯЗВЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ (tuberculosis miliaris ulcerosa).

1. Ваша тактика.

Ответ:

2. Обследовать больного по схеме (шаги) и направить в туб. диспансер.:

Субъективные (сбор анамнеза vitae и morbi)

3 ж. Объективные методы

а) основные

Зондирование

Осмотр

Пальпация

б) Дополнительные исследования

диаскопия

исследования региональных лимфатических узлов

исследование при помощи лучей лампы Вуда

4. Направление для специальных исследований:

а) микроскопия

б) реакция Пирке

в) анализ крови

5. Лечение:

а) общее направление в тубдиспансер.

Ситуационная задача №3

Ребенку 4 года . Внешне бледен, апатичен. Объективно в полости рта в глубоких слоях СОПР отмечаются узлы. Узлы размягчены , изъязвлены, при

надавливания отмечаются гнойные выделения с примесью крови. Язвы неправильной формы с мягкими, малоблезненными подрытыми краями. Язвы не связаны между собой фистулёзными ходами.

Поставьте диагноз. Определите форму заболевания.

1. Возбудитель туберкулёза.

- а. палочка Коха*
- б. стрептококками
- в. стафилококками
- д. микобактерий Ганзена

2. Туберкулёз СОПР чаще бывает:

- а. первичным
- б. вторичным*
- в. третичным
- г. врожденным

3. При туберкулёзе первичный элемент поражения СОПР:

- а. пузырь
- б. чешуйка.
- в. бугорок*
- г. трещина

4. Наиболее часто встречается в полости рта

- а. первичный туберкулёз губ и СОПР
- б. туберкулёзная волчанка*
- в. колликативный туберкулёз
- г. милиарно-язвенный туберкулёз

Ситуационная задача №4

Больной 47 лет, обратился с жалобами на язву в полости рта.

Из анамнеза выяснено что больной находится на учёте в туберкулёзном диспансере.

Объективно: Язва поверхностная, малоблезненная, дно покрыто желтоватым или желтовато-красным налетом, при наличии разрастающихся грануляций — напоминающее

малину. При надавливании пуговчатым зондом, зонд проваливается.

1. Какой первичный элемент предшествует язве:

- а. пятно
- б. бугорок*
- в. узелок*
- г. киста
- д. пузырёк

2. Какой симптом был выявлен при исследовании пуговчатым зондом

- а. симптом Никольского
- б. симптом «яблочного желе»
- в. симптом Поспелова*
- г. симптом вазопареза
- д. симптом дрожания гранулёмы

3. Какое исследование можно провести дополнительно

- a. ЭОД
- б. термометрия
- в. симптом Никольского
- г. симптом «яблочного желе»*
- d. перкуссия

Тесты

1. Туберкулез вызывается:

- a) палочкой Коха.*
- б) дрожжеподобными грибами рода *Candida*.
- в) стрептококками.
- г) стафилококками

2. Туберкулез слизистой оболочки полости рта чаще бывает:

- a) первичным
- б) вторичным*
- в) третичным
- г) врожденным

3. При туберкулезной волчанке первичным элементом является:

- a) Бугорок*
- б) Пузырь
- в) Чешуйка
- г) Трещина

4. Для диагностики Люпомы применяют следующие методы диагностики

- a) радиоисследование
- б) рентген и ультразвуковое исследование
- в) диаскопия и зондирование
- г) диаскопия

5. Люпус-карцинома – это

- a) ра развивающиеся из туберкулезной язвы
- б) язва возникшая на месте распада раковой опухоли
- в) язва возникшая из Люпомы
- г) рак возникшей на месте хронической трещины

6. Зерна Треля диагностируются при:

- a) первичном –туберкулезном комплексе
- б) милиарно-язвенном туберкулезе
- в) туберкулезной волчанке
- г) колликвативном туберкулезе

7. Милиарно-язвенный туберкулез развивается на фоне:

- a) положительных туберкулезных реакций
- б) отрицательных туберкулиновых реакций
- в) к положительных и отрицательных туберкулиновых реакций
- г) туберкулиновые реакции не проводятся

8. Дифференциальную диагностику туберкулезной волчанки проводят с

- a) бугорковым сифилидом, лепрой и красной волчанкой
- б) красной волчанкой, КПЛ и лейкопластный

- v) бугорковым сифилидом, язвенно- некротическим стоматитом Венасана
g) кандидозом, лепрой, сифилисом.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык : Пломбирование атипичных полостей.

Цель: Научить студентов пломбированию атипичных полостей у пациентов.

Показание: Пломбирование атипичных полостей.

Оснащение: Бормашина , стоматологическое кресло, стандартный стоматологический набор , композитный пломбированный материал , материалы для медикаментозной обработки, боры разные, фотополимеризатор

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1. Определить зуб с атипичной полостью.	0	5		
2. Механическая обработка кариозной полости, создание фальца.	0	15		
3. Полоскание полости рта, высушивание	0	5		
4. Наложение изолирующей прокладки на атипичную полость	0	15		
5. Травление ортофосфорной кислотой эмаль- 40 сек, дентин 20 сек,	0	15		
6. Промыть водой, высушить.	0	5		
7. Нанесение бондинга Opti bond Solo, засветить с помощью галогеновой лампы 20 сек.	0	5		
8. Композитную массу послойно наложить на атипичную полость и формировать с помощью гладилки.	0	15		
9. Поэтапное заполнение полости, полимеризация лампой, финишное отсвечивание пломбы фотополимеризатором.	0	20		
Итого	0	100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ :

1. К какой группе заболеваний относится туберкулез
2. Этиология туберкулеза
3. Клинические проявления туберкулеза
4. Дифференциальная диагностика туберкулеза
5. Лечение и профилактика туберкулеза

ЗАНЯТИЕ №12

1. ТЕМА: ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЛОСТИ РТА. СИФИЛИС. ГОНОРЕЯ. ТАКТИКА ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА.

2. Цель занятия: ознакомить студентов с заболеваниями сифилис и гонорея, обучить студентов методам диагностики сифилиса и гонореи, ознакомить с этиологическими факторами сифилиса и гонореи, обучить студентов умению характеризовать клиническую картину сифилиса и гонореи, обучить проведению дифференциальной диагностики, обучить выбору метода лечения, ознакомить студентов с профилактическими мерами по предупреждению возникновения сифилиса и гонореи.

3. План занятия: выявить пути заражения сифилисом и гонореей, диагностировать периоды сифилиса, тактически грамотно оказать первую помощь и составить схему лечения, меры предосторожности и профилактики заболеваний, направить больного в кож-вен.диспансер.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Сифилис – хроническое заболевание, вызываемое бледной трепонемой. Характеризуется:

- волнообразным течением.
- постепенным и последовательным изменением клинической и патологоанатомической картины поражений.

Различают сифилис:

- врожденный
- приобретенный
- скрытый
- висцеральный
- нервной системы.

Сифилис делится на следующие клинические периоды:

- инкубационный
- первичный
- вторичный
- третичный

Инкубационный период в среднем равен:

- 3-4 неделям

Однако возможно его укорочение до:

- до 6 месяцев

ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА – начинается с возникновения на месте заражения т.е. внедрения бледной трепонемы, твердого шанкра. Он длится в среднем 6-7 недель. Характеризуется наличием:

- твердого шанкра
- регионарного лимфаденита
- полиаденита

Первичный период сифилиса делится на

- серонегативный до 3х недель от начала заболевания
- серопозитивный начиная с 4 недели заболевания

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:

- повышение температуры тела до 38-38,5 С
- слабость

- головная боль
- боль в костях, особенно по ночам

В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ:

- небольшая: анемия
- лейкоцитоз
- увеличение СОЭ

ТВЕРДЫЙ ШАНКР ВОЗНИКАЕТ НА:

- красной кайме губ
- языки
- миндалинах

Твердый шанкр начинается с появления:

- ограниченной красноты
- с уплотненным основанием
- краснота, увеличиваясь образует эрозию округлой или овальной формы в диаметре 1-2см
- центр ее мясо-красного цвета
- безболезненна
- блюдцеобразными краями

Гистологический твердый шанкр представляет собой:

- мощный воспалительный инфильтрат в соединительно-тканном слое
- состоит из лимфоцитов
- плазматических клеток отмечается:
- значительная пролиферация эндотелия
- облитерация сосудов- тромбоз сосудов

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ТВЕРДОГО ШАНКРА:

- шанкр - трещина
- шанкр - заеда
- язвенноподобный
- ангиноподобный (амигдалит)
- комбинированный (язвенный на фоне ангиноподобной)
- герметический шанкр

Дифференцируют твердый шанкр от:

- простого пузырькового лишая
- шанкриформной пиодермии
- распадающейся раковой опухоли
- язв при милиарно-язвенном туберкулезе
- травматических эрозий и язв
- эрозий при пузырчатке
- хронически-рецидивирующего афтозного стоматита
- эрозий при красном плоском лишае,лейкоплакии,красной волчанке.

Вторичный период сифилиса делится на:

- свежий вторичный
- хронический вторичный начинается через:6-7 недель после появления твёрдого шанкра.

Свежий вторичный сифилис характеризуется:

- появлением папулёзной и розеолёзной и пустулёной сыпи на коже
- продолжается 3-5 лет
- положительными серологическими реакциями
- волнообразным течением
- полиаденимтом
- склераденимом
- остатками твёрдого шанкра.

К концу свежего вторичного сифилиса:

- разрешается твердый шанкр
- исчезает розеолёзно-папулёзные высыпания
- исчезают регионарный склераденим и полиаденим
- остаюся положительными серологические реакции(RW осадочные,РИФ,РИБТ)

К началу хронического вторичного периода сифилиса появляются:

- папулы
- розеолы
- широкие кондиломы
- диффузная и мелкоочаговая алопеция
- лейкодерма

Папулы и розеолы сливаются в дуги и кольца и локализуются на:

- половых органах
- в области заднего прохода
- в области рта
- ладони
- подошвах

На слизистой оболочке полости рта розеолы локализуются симметрично и располагаются на:

- дужках
- мягком нёбе
- язычке
- миндаликах

Розеолы имеют:

- застойно-красный цвет
- с медным оттенком
- с резкими границами.

Папулы локализуются на:

- миндаликах
- дужках
- мягком нёбе
- языке
- слизистой оболочке щёк
- по линии смыкания зубов
- дёснах.

Папулы:

- плотноватые,округлой или овальной формы
- безболезненны

- серовато-белого цвета
- окружены гиперемизированным венчиком
- величиной от 3 до 10 мм.

Сифилитические папулы дифференцируют от папул при:

- лейкоплакии
- красной волчанке
- красного плоского лишая.

Эрозивные сифилитические папулы дифференцируют от:

- многоформная экссудативная эритема
- буллезного пемфигоида
- истинной пузырчатке
- простого пузырчатого лишая

«Лоснящиеся» папулы (бляшки скошенного лука) от

- десквамативного глоссита

Эритрематозную сифилитическую ангину дифференцируют от:

- катаральной ангины
- лекарственных высыпаний.

Третичный период сифилиса начинается через 4-6 лет от начала заболевания и характеризуется:

- длительным течением (десятилетиями)
- образованием гумм
- диффузной инфильтрацией
- бугорковыми высыпаниями
- отсутствием в отделяемом бледной трепонемы
- положительными РИФ и РИБТ.

Третичный период сифилиса бывает:

- активным (или манифестным)
- скрытым.

Гуммозный сифилид чаще локализуется на:

- на мягком небе
- языке

Характеристика гумм:

- чаще появляются единичные
- вначале болезненна
- при отторжении стержня образуется кратерообразная язва
- края язвы плотные

Дно:

- покрыто грануляциями
- безболезненна

Бугорковый сифилид встречается реже в полости рта. Чаще всего бугорки локализуется на:

- слизистой губ
- альвеолярных отростках
- небе

Бугорки на слизистой оболочке полости рта

- плотные
- красновато – коричневого цвета
- с фестончатыми краями
- немного болезненны

Третичный период сифилиса дифференцируют от:

- милиарно – язвенного туберкулеза
- рака слизистой оболочки полости рта
- туберкулезной волчанки

Тактика врача стоматолога

- своевременно диагностировать заболевание
- направление больного в кож-вен диспансер
- санация в период ремиссии
- тщательная стерилизация инструментов
- использование индивидуальных средств защиты (разовые маски, халаты, перчатки)

Гонорея – инфекционное заболевание поражающее главным образом мочеполовые органы выстланные цилиндрическим эпителием

Могут поражаться:

- прямая кишка
- конъюнктура
- слизистая полости рта
- глотки

Возбудитель гонореи гонококкграмположительный Инкубационный период 3-5 дней в среднем пути заражения:

- эндогенный
- экзогенный

Различают следующие формы гонореи:

- свежую до 2 месяцев
- хроническую с давностью с выше 2 лет
- гонококконосительство

При свежем гонорейном процессе различают:

- острую
- под острую
- торпидную

В полости рта проявляется гонорея в виде:

- гонорейного стоматита
- гонорейного гингивита

В полости рта гонорея сопровождается:

- отечностью
- яркой гиперемией
- болезненностью

Эрозии при гонорее покрыты грязно-серым или желтоватым налетом запахом изо рта

- изъязвлениями
- склонностью к кровоточивости

ЛЕЧЕНИЕ

Общее:

- обязательная госпитализация больного в кож-вен диспансер
- диетотерапия (ограничение приема острого соленого, пряностей)
- витаминотерапия (витамины А., с. рутин)

Местное:

- обезболивание (ротовые ванночки, аппликации)
- тщательный туалет антисептиками
- антибиотики широкого спектра действия
- физиотерапия
- мази (гелиомициновая, эритромициновая)

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Сеть паука”.

Составление органайзеров на тему: «ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЛОСТИ РТА. СИФИЛИС. ГОНОРЕЯ»

1. «Рыбий скелет»
2. Диаграмма Венна

Аналитическая часть.

Ситуационная задача №1

Во время осмотра больного d. 28 лет врач стоматолог обратил внимание на одностороннее покраснение миндалина, правосторонняя миндалина увеличена в размере ,уплотнена ,медно-красного цвета ,безболезненна .Левая миндалина без изменений .Температура тела 36,7 ,отмечается регионарный склероденит ,полиаденит. Поставьте диагноз. Ваша тактика .

Ситуационная задача №2

Больная Н. 35 лет обратилась к врачу с жалобами-на повышение температуры тела до 38,5 С ,слабость ,головная боль ,на ломоту в костях особенно по ночам .При осмотре кожные покровы бледные ,подчелюстные и подбородочные лимфоузлы увеличены до размера горошины ,плотноэластичной консистенции,б\б .В периферической крови :небольшая анемия ,лейкоцитоз ,увеличение СОЭ .В полости рта на боковой поверхности языка отмечается эрозия мясо-красного цвета до 1 см.Эрозия безболезненна ,с плотноэластическим инфильтратом у основания .Поставьте диагноз .Ваша тактика .

Ситуационная задача №3

У пациента 19 лет подозрение на твердый шанкр на нижней губе. Для подтверждения диагноза необходимо провести обследование:

- a) серологическое
- b) функциональное
- v) рентгенологическое
- g) гистаминовую пробу
- d) пробу Роттера

Ситуационная задача №4

В мазках отпечатках у больного 19 лет с твердым шанкром на нижней губе обнаружится

- a) бледная трепонема
- b) *Candida albicans*
- v) палочка Коха
- g) веретенообразная палочка
- d) спирохета Венсана

Ситуационная задача №5

У больной отмечаются папулезные высыпания на миндалинах, дужках, мягком нёбе, языке по линии зубов. Папулы размером 3-10 мм, б/б, серовато-белого цвета, имеют узкий гиперемизированный венчик. При поскабливании налёт на поверхности папулы снимается и под ним обнажается мясо-красного цвета эрозия.

Поставьте диагноз. Определите стадию заболевания.

1. Пути передачи бледной трепонемы:
 - a. профессиональный
 - б. половой.
 - в. врождённый
 - g. абв*
 - d. воздушно-капельный
2. Атипичные формы твёрдого шанкра проявляются
 - a. в углах рта
 - б. на миндалине
 - в. на десне
 - g. абв*
 - д на СОПР
3. Третичный период сифилиса длится:
 - a. десятилетиями*
 - б. 3-4 недели
 - в. 5-7 месяцев.
 - g. 12 месяцев
4. Язвы при третичном периоде сифилиса:
 - a. не эпителизируются
 - б. заживают с образованием звёздчатого рубца*
 - в. длительно заживают с образованием рубца
 - g. заживают быстро без образования рубца

Ситуационная задача №6

У больного 25 лет отмечается равномерное одностороннее уплотнение миндалины. Миндалины медно-красного цвета, безболезненны. При пальпации отмечается регионарный полиаденит. Больной отмечает ночные боли в костях, слабость.

Поставьте диагноз. Определите стадию заболевания.

1. Возбудителем сифилиса является? (бледная трепонема*)
2. «Обезглавленный» сифилис возникает в результате:
 - a. прямого попадания в кровь бледной трепонемы

- б.половой путь
- в. бытовой путь
- 3.Первичный период сифилиса бывает:
 - а. серонегативным
 - б. серопозитивным
 - в. а и б*
 - г. такого периода не бывает

Тесты .

- 1.Сифилис вызывается:
 - А.гонококками
 - б.бледной трепонемой*
 - в.ротовой трихомонадой
 - г.палочкой Коха.
- 2.Обезглавленный сифилис возникает в результате попадания бледной трепонемы:
 - А.непосредственно в кровь*
 - б.половым путём
 - в.в организм плода через плаценту
 - г.бытовым путём.
- 3.Инкубационный период сифилиса в среднем
 - А.5-6 дней
 - б.5-6 лет
 - в.3-4 недели*
 - г.7-8 месяцев.
- 4.Вторичный период сифилиса начинается с появления
 - А.регионарного склераденита
 - б.твёрдого шанкра
 - в.полиаденита
 - г.розеолезно-папулезной сыпи.*
- 5.Шанкр-амигдалит проявляется в виде:
 - А.язвы
 - б.ангины*
 - в.трещины
 - г.пузырькового лишая.
- 6.Гонорея это ...
 - 1) хроническое, венерическое заболевание*
 - 2) острое инфекционное заболевание
 - 3) кожаное заболевание
 - 4) заболевание мочеполовой системы
 - 5) сезонное заболевание
7. Возбудитель гонореи
 - 1) грамм отрицательные кокки*
 - 2) грамм положительные кокки
 - 3) спирохеты
 - 4) палочки Коха

- 5) бледная трепонема
8. Гонококк часто определяется
- 1) в прямой кишке, конъюнктиве, СОПР, гортани*
 - 2) мочевыводящих каналов*
 - 3) желудке
 - 4) кариозных зубах
 - 5) на трещинах заднего прохода
9. Виды гонореи
- 1) свежая, хроническая носительство*
 - 2) острое, хроническое
 - 3) хроническое, носительство
 - 4) затяжное, носительство
 - 5) первичная, вторичная
- 10.. Свежая гонорея протекает периодами
- 1) острое, подострое, торпидное*
 - 2) острое, хроническое
 - 3) молниеносная
 - 4) скрытое затяжное
 - 5) все перечисленные

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Герметизация реставрируемой поверхности зуба

Цель: Устранение дефекта реставрированного зуба.

Показание: Наличие дефекта после проведения реставрации.

Оснащение: Стоматологическое оборудование, инструменты, 30%-35% ортофосфорная кислота, кисточка, композиционные светоотверждаемые пломбировочные материалы (силанты), флосс, фотополимеризатор, матрица.

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1. Полировка реставрационной поверхности.	0	20		
2. Место дефекта протравить кондиционером (30%-35% ортофосфорной кислотой), промыть и высушить.	0	20		
3. Нанесение тонким слоем силанта на реставрационную поверхность.	0	20		
4. Введение на контактную поверхность зуба флосса или матрицы.	0	20		
5. Полимеризация обработанной поверхности фотополимеризатором.	0	20		
Итого:	0	100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. К какой группе заболеваний относится сифилис и гонорея.
2. Этиология сифилиса.
3. Этиология гонореи.

4. Клинические проявления сифилиса.
5. Клинические проявления гонореи.
6. Дифференциальная диагностика сифилиса.
7. Лечение гонореи.
8. Лечение и профилактика сифилиса.

ЗАНЯТИЕ №13

1. ТЕМА: КАНДИДОЗ. ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

2. Цель занятия: ознакомить студентов с понятием кандидоз; изучить клинические проявления кандидоза в полости рта.

3. План занятия: правильно составить эффективный план лечения кандидоза; провести медикаментозную обработку; правильно выбрать противогрибковые препараты.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Кандидоз – заболевание вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Грибы рода *Candida* широко распространены в природе, являются сапрофитами и встречаются в неактивной форме у 50 % населения.

Заболевание вызывается дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Формы кандидоза: 1. Кандидоз слизистых оболочек (кандидозный стоматит, кандидоз дёсен, кандидоз языка, углов рта); 2. Кандидоз кожи; 3.

Висцеральный (системный) кандидоз.

Дифференцируют от лейкоплакии, КПЛ, белого губчатого невуса, проявлений аллергических реакций в полости рта.

Лечение: 20 % р-р натрия бората в глицерине, люголевский р-р в глицерине, р-ры анилиновых красителей (метиленового синего, генцианового фиолетового), противогрибковые препараты (нистатиновая, декаминовая, левориновая мази), 2-3% р-р йодида калия по 1 ст. ложке внутрь 2-3 раза в день, амфотерицин В, канестен, поливитамины (В, РР и С).

Профилактика: правильный уход за полостью рта, при длительном лечении антибиотиками и кортикостероидами – назначение нистатина или леворина до 1500000Ед в день, поливитамины, щелочные орошения.

Санация полости рта, рациональное протезирование, соблюдение гигиены полости рта, при длительной антибактериальной терапии- щелочные полоскания, приём внутрь нистатина, поливитаминов.

Белый налёт при кандидозном стоматите состоит из: десквамированных клеток эпителия, фибрина, остатков пищи, бактерий, дрожжевого мицелия.

Патогенность грибов рода *Candida* проявляется при:

-повреждении СОПР, при заболеваниях ЖКТ, нарушении обмена веществ (особенно углеводного), нарушении витаминного баланса (недостаток рибофлавина, пиридоксина, никотиновой кислоты), снижение реактивности организма в результате хронической инфекции, при длительном приёме антибиотиков, длительное применение кортикостероидов и цитостатиков.

Кандидоз может возникнуть у больных с сахарным диабетом, у лиц работа которых связана с обработкой овощей и фруктов, работников кондитерских производств, посудомоек, домохозяек, грудных детей.

Клинические проявления кандидоза зависят от возраста больных, состояния больного, наличия сопутствующих заболеваний, приёма лекарственных препаратов.

Кандидозный стоматит развивается чаще всего у грудных детей, ослабленных людей, больных сахарным диабетом, болезнями крови, гиповитаминозом, у лиц длительно получавших кортикостероиды, цитостатики, антибиотики.

Кандидозный стоматит локализуется на слизистой оболочке щёк, нёба, языка, дёсен, гортани, зева, пищевода.

Кандидоз характеризуется появлением белого творожестого налёта трудно отделяемого при поскабливании, после снятия налёта обнажается гладкая, отёчная, гиперемированная поверхность.

Микотическая заеда возникает у пожилых лиц, при заниженном прикусе, адентии, при патологическом стирании зубов, неправильно изготовленных протезов, у лиц с глубокими складками в углах рта.

Микотическую заеду дифференцируют от стрептококковой заеды, сифилитической папулы локализованной в углах рта.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органоайзеров на тему: «КАНДИДОЗ. ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА.ЛЕЧЕНИЕ.»

1. Диаграмма «Как»
2. Диаграмма Венна

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача № 1

К стоматологу обратилась мама 8 месячного ребёнка с жалобами на плохой аппетит и нехарактерный вид языка, щек, нёба, дёсен определяется белый творожести язык, при снятии которого выявляется гладкая слегка отёчная гиперемированная поверхность.

А.Поставт предварительный диагноз:

- а) кандидозный стоматит *
- б) красный плоский лишай
- с) лейкоплакия
- д) аллергический стоматит
- е) туберкулёзная волчанка

б.Проведите дифференциальный диагноз:

- а) лейкоплакия
- б) красный плоский лишай
- с) аллергический стоматит
- д) сифилитическая папула
- е) все ответы верны *

б.Диагноз кандидозный стоматит ставится при обнаружении:

- а) единичная клеток гриба рода candida

- b) большого скопления клеток грибов рода candida с почкованием *
- c) околони спирохет Венсона
- d) большого количество бледных трепонем
- e) наличия клеток Тцанка

Ситуационная задача № 2

Больной 68 лет жалуется на болезненность при открывании рта, жжение в углах рта. Объективно: в углах рта отмечаются эрозии покрытые белым легко снимающимся налётом и чешуйками. При сомкнутых губах эрозии не видны. На слизистой губ отмечается мацерация эпителия. Поставьте предварительный диагноз. Для подтверждения диагноза какое исследование необходимо провести.

1. Поставьте предварительный диагноз

- a) кандидоз*
- b) аллергический стоматит
- v) красная волчанка
- g) лейкоплакия
- d) КПЛ

2. Для подтверждения диагноза кандидоз необходимо провести исследование

- a) микробиологическое*
- b) гистаминовую пробу
- v) подъязычную пробу
- g) иммунологическое
- d) серологические реакции

Ситуационная задача № 3

К стоматологу обратился пациент 30 лет с жалобами на жжение в полости рта. В анамнезе – болел пневмонией и получал инъекции гентамицина. При осмотре гиперемия, легко соскабливающийся белый налет.

1. Поставьте предварительный диагноз

- a) кандидоз*
- b) аллергический стоматит
- v) красная волчанка
- g) лейкоплакия
- d) КПЛ

2. Для подтверждения диагноза кандидоз необходимо провести исследование

- a) микробиологическое*
- b) гистаминовую пробу
- v) подъязычную пробу
- g) иммунологическое
- d) серологические реакции

Ситуационная задача № 4

У пациента 45 лет предположительно атрофический кандидоз.

1. В мазках при микробиологическом исследовании обнаруживаются.

- a) единичные клетки гриба *Candida albicans**
- b) гонококки
- v) бледная трепонема

- g) палочка коха
 - d) палочка Лефлера
2. Лечение кандидоза включает в себя все, кроме
- a) назначение антибиотиков*
 - b) воздействие на возбудителя
 - v) устранение патогенетических факторов
 - g) лечение сопутствующих заболеваний
 - d) повышение сопротивляемости организма
- Ситуационная задача № 5**

При объективном осмотре больной 30 лет в полости рта на гиперемизированном фоне отмечаются крупные белые пятна сливающиеся в бляшки. Зоны их локализации с/о щек, углы рта, спинки языка. Общее состояние больного без видимых изменений.

1. Поставьте диагноз:
 - a. лейкоплакия
 - б. КПЛ
 - в. кандидоз*
 - g. сифилис
2. Наиболее часто встречающаяся форма кандидоза:
 - a. кандидоз гортани
 - б. кандидоз углов рта
 - в. кандидозный стоматит*
 - g. кандидоз языка
3. Крайне благоприятным для развития кандидоза является:
 - a. гиповитаминоз и анемия
 - б. нарушение жирового обмена
 - в. нарушение белкового обмена
 - g. нарушение углеводного обмена*
4. Назначите дальнейшее лечение.

Тесты:

1. Кандидоз вызывается:
 - A. спирохетой Венсана
 - в. палочкой Коха
 - с. дрожжеподобными грибами
 - d. стрептококками
2. Наиболее часто встречающаяся форма кандидоза:
 - A. кандидозный стоматит
 - в. Кандидоз углов рта
 - с. кандидоз гортани
 - d. кандидоз языка
3. Кандидозный стоматит может являться признаком:
 - A. сифилиса
 - в. скрытого сахарного диабета
 - с. патологии ЖКТ

- d. патологии печени
4. При кандидозном глоссите налёт на языке бывает:
- А. в виде белесоватых чешуек
 - в. неснимающимися грязно серого цвета
 - с. легко снимающимся белым
 - д. трудноснимающимися грязно серого цвета
5. Диагноз кандидоз ставится при обнаружении:
- А. единичных клеток гриба рода *Candida*
 - в. большого скопления клеток гриба рода *Candida*
 - с. колонии спирохеты Венсана
 - д. большого количества бледных трепонем
6. При кандидозном стоматите после снятия белого налёта обнажается поверхность:
- А. плотная безболезненная застойная
 - в. разрыхлённая бледная
 - с. патологически неизменённая
 - д. яркая эрозивная кровоточащая
7. При микотической заеде эрозии локализуются:
- А. на красной кайме губ
 - в. в углах рта
 - с. на слизистой полости рта
 - д. на языке
8. При лечении кандидоза полость рта орошается (уберите лишнее):
- А. 2 % натрий бикарбонат
 - в. 0,5 % лимонная кислота
 - с. 2 % боратная кислота
 - д. 2-5 % натрий тетраборат

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Медикаментозная обработка кандидозного стоматита

Цель: Научить студента *Медикаментозной обработке кандидозного стоматита*

Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

Выполнение мануального навыка по шагам:

№	Выполняемые шаги.	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надевание резиновых перчаток, марлевой маски., защитных очков	0	20
2.	Аппликационное обезболивание.	0	20
3.	Ферментативная обработка	0	20
4.	Орошение полости рта слабым раствором щелочи	0	20
5.	Аппликация противогрибковых мазей		20
	Итого:	0	100

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Когда проявляется патогенность грибов рода *Candida*.
2. У кого может возникнуть кандидоз.
3. От чего зависят клинические проявления кандидоза.
4. У кого чаще всего развивается кандидозный стоматит.
5. Локализация кандидозного стоматита на слизистой оболочке.
6. Чем характеризуется кандидоз.
7. У кого возникает микотическая заеда.
8. Дифференциальная диагностика микотической заеды.

ЗАНЯТИЕ №14

1. ТЕМА: « АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК.МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. »

2. Цель занятия: дать определение аллергии, выявить этиологические факторы, знать клинические проявления ,оказать неотложную помощь; овладеть методами диагностики ,лечения и профилактики медикаментозных поражений СОПР.

3. План занятия: уметь провести этапы оказания неотложной помощи при аллергических реакциях; этапы медикаментозной обработки при медикаментозном поражении СОПР.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Аллергия- это патологически повышенная, а следовательно извращённая реакция организма на определённые субстанции антигенной природы, которые у нормальных индивидуумов не вызывают болезненных явлений.

Различают:

1. Экзоаллергены (бытовые, пищевые, пыльцевые, лекарственные, химические);
 2. Эндоаллергены (первичные или естественные: хрусталик, тиреоглобулин; вторичные или образующиеся в организме при нарушении обменных веществ).
- Аллергические реакции бывают: 1. немедленного; 2. замедленного; 3. смешанного типов.

В патогенезе аллергических реакций различают следующие стадии:

- иммунологическую; - патохимическую; - патофизиологическую.

Пузырно- эрозивные стоматиты дифференцируют от пузырчатки, герпетического стоматита, МЭЭ.

Лечение язвенно- некротического стоматита: прекращение приёма препарата, десенсибилизирующие препараты (30 % тиосульфата натрия, хлористого кальция), антигистаминные препараты (супрастин, тавегил), кортикостероиды (преднизолон по 40-60 мг в день), обильное питьё, капельные вливания гемодеза, полиглюкина, изотонического раствора NaCl.

Местно: антисептическая обработка, обезболивание, удаление некротических масс, аппликации эпителизирующими средствами.

Неотложная помощь при анафилактическом шоке:

- больного уложить. согреть;
- прекратить поступление аллергена в кровь;
- в/м 0,5- 0,1 % р-р адреналина и п/к 0,5- 0,1 % р-р кордиамина;
- 10,0- 2,4 % р-р эуфиллина с 10,0- 40 % р-р в/в струйно,

- гтдрокортизон или преднизолон в одном миллилитре р-р 1 % димедрола в/м;
- 10 % р-р хлорида кальция в/в.

Профилактика:

- тщательный сбор анамнеза;
- соблюдение правил техники проведения инъекций;
- постановка аллергопроб;
- обязательное наличие противошоковых средств.

Бактериальная аллергия- повышенная чувствительность организма к бактериям и их токсинам. Могут быть очаги инфекции в миндалинах, придаточных пазухах, зубах, пародонте, внутренних органах.

Отёк Квинке локализуется чаще всего на лице, веках, губах, языке, щеках, гортани.

Увеличению числа аллергических реакций способствуют загрязнение внешней среды, широкое использование химических веществ, злоупотребление лекарствами, широкое применение в лечебных целях белковых препаратов, изменение характера питания.

Катарально- геморрагические стоматиты:

- возникают после приёма разных препаратов;
- иногда сочетаются с поражением других органов и тканей;
- жжение и зуд СОПР;
- сухость во рту;
- болезненности при приёме пищи, особенно острой;
- отёк СОПР- отпечатки зубов на языке и щеках;
- участки гиперемии;
- глубокая десквамация нитевидных сосочков- « лакированный язык»;
- точечные кровоизлияния или геморрагии.

Средняя форма анафилактического шока характеризуется слабостью, головокружением, потемнением глаза, беспокойством, резкой бледностью кожных покровов, одышкой в покое, учащением пульса, тошнотой, рвотой, ослаблением лёгочного дыхания, появлением судорог.

Отёк Квинке характеризуется быстровозникающим глубоким отёком ткани, образованием припухлости эластичной консистенции, напряжением ткани, отсутствием ямки при надавливании, зудом, иногда лихорадкой, ознобом.

Отёк Квинке дифференцируют от макрохейлита при синдроме Мелькерсона- Розенталя, рожистого воспаления, различных видов макроглоссии.

Важная роль возникновению аллергических реакций отводится состоянию нервной, эндокринной систем и патологии ЖКТ.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органайзеров на тему: « АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. »

1. Диаграмма «Почему»
2. Цветок лотоса

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача № 1

У больного после инъекций витамина В, на верхний губе отмечается припухлость эластичной консистенции. Ткань в области отёка напряжена, при надавливании ямки не образуются. Поставьте диагноз. Окажите первую помощь.

Ответ: Отек Квинке. Немедленно прекратить действие аллергена и ввести антигистаминные препараты.

Ситуационная задача № 2

После введения новокаина 2 % -4,0 мл через 3-4 мин у больного появились : легкая слабость, головокружение, шум в ушах, потемнения в глазах, холодный пот. Поставьте диагноза. Окажите первую помощь.

Ответ: Лекарственная аллергия. Немедленно прекратить действие аллергена и ввести антигистаминные препараты

Ситуационная задача № 3

У больного после приёма бисептола на верхней губе и в области век отмечается припухлость. Больной жалуется на напряжение тканей, зуд, озноб.

А. Поставьте диагноз:

- a) отек Квинке *
- b) синдром Мелькерсона – Розенталя
- c) рожистое воспаление
- d) макроглоссия
- e) эксфолиативный хейлит

б. Проведите дифференциальную диагностику:

- a) синдром Мелькерсона – Розенталя
- b) рожистое воспаление
- c) многоформная эксудативная эритема
- d) макроглоссия
- e) все ответы верны *

б. Первая помощь при отёке Квинке заключается в:

- a) прекращении доступа аллергена
- b) назначении противоотечных препаратов
- c) назначении антигистаминных препаратов
- d) проведении дезинтоксикационной терапии
- e) все ответы верны*

Ситуационная задача № 4

Больной 60 лет, обратился с жалобами на: чувство зуда, жжения, сухость слизистой оболочки рта, извращение вкусовых ощущений вплоть до их полной потери.

Из анамнеза: две недели назад был изготовлен частично съёмный протез из акриловой пластмассы, после чего появились жалобы.

Объективно: отек и гиперемия слизистой оболочки, эритема, наблюдаются геморрагические явления, точечные эрозии на месте контакта с протезом.

1. Поставьте диагноз:

Ответ: контактный аллергический стоматит

2. Ваша тактика лечения:

Ответ: Изготовление нового протеза из другого материала, назначение десенсибилизирующих препаратов, местно-антисептическая обработка, аппликация керратопластиков.

Тесты:

1. Аллергические реакции немедленного типа развиваются в течении :

А. 5-6 сек

в. 2-20 мин

с. До 60 мин

d. в течении 24 часов

Е. в течении 5-6 часов

2. Контактные аллергические изменение СОПР представляют собой :

А. Аллергическую реакцию немедленного типа

в. аллергическую реакцию замедленного типа

с. Отравление токсинами

d. сенсibilизацию к вирусам

Е. сенсibilизацию к микроорганизмам

3. Аллергеном в пластиночном протезе может быть :

А. острые края протеза

в. шероховатая поверхность

с. Искусственные зубы

d. метилметакрилат

Е. неправильная конструкция

4. Аллергические реакции замедленного типа развиваются не ранее:

А. 10-15 сек

в. 2-20 мин

с. 5-6 часов

d. 12 часов

Е. 24 часов

5. При аллергической реакции замедленного типа в крови отмечается :

А. эозинофилия

в. лейкопения

с. Тромбоцитопения

d. увеличение эритроцитов

Е. лейкоцитоз

6. Тактика лечение при контактной аллергии:

А. витаминотерапия

в. физиотерапия

с. Десенсибилизирующая терапия

d. антибиотикотерапия

Е. лечение кортикостероидами

7. Реакция антиген – антитело развивается в :

А. патохимической

в. иммунологической

- c. патофизиологической
 - d. физиологической стадии
8. К экзоаллергенам относятся :
- A. хрусталик
 - в. треоглобулин
 - c. А и В
 - d. антибиотики

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Проведение аллергологической пробы

Цель: Проведение аллергологической пробы у пациентов.

Показание: Проведение аллергологической пробы на лекарственные препараты.

Оснащение: Стоматологическое кресло, бормашина, стоматологический стандартный набор, спирт, лекарственные препараты, вата, шприцы.

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1. Посадить пациента в кресло.	0	10		
2. Сбор анамнеза.	0	10		
3. Определить анестезирующий препарат.	0	10		
4. Обработать предплечье спиртом.	0	6		
5. Подкожно ввести 0,2-0,3мл препарата.	0	14		
6. Подождать 5 минут.	0	6		
7. Определить папулу.	0	14		
8. Оценить размеры и цвет папулы.	0	20		
9. Сделать заключение	0	10		
Итого:		100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Понятие о микробной аллергии.
2. Где чаще всего локализуется отёк Квинке .
3. Что способствует увеличению числа аллергических реакций.
4. Клиника катарально- геморрагических стоматитов.
5. Чем характеризуется средняя форма анафилактического шока.
6. Отёк Квинке характеризуется.
7. Дифференциальная диагностика отёка Квинке.
8. Состояние каких систем играет важную роль в аллергических реакциях.

ЗАНЯТИЕ №15

1. ТЕМА: «МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА»

2. Цель занятия: освоить диагностику, диф диагностику и лечение многоформной экссудативной эритемы.

3. План занятия: уметь провести обезболивание, противовирусные, кортикостероидные и кератопластические препараты; правильно составить план лечения ; провести

медикаментозную обработку.

Этиология МЭЭ: 1) Вирусная, подтверждается сезонностью, вспышками в виде эпидемии, острым началом заболевания .

2) Инфекционно-аллергическая , аллергены лекарственного химического и другого происхождения.

3) Установлена тесная связь с ревматизмом.

Предрасполагающими факторами являются переохлаждение, приём медикаментов , травмы слизистой полости рта.

1. Классификация МЭЭ:

Формы: а) инфекционно- аллергическая (истинная или идиопатическая)

б) токсико- аллергическая при непереносимости лекарств (симптоматические)

в) синдром Стивенса- Джонсона.

2. По течению: 1. легкая, 2. средняя, 3. тяжелая

3. Клиника МЭЭ: Элементы поражения пятка, папулы, пузыри, пузырьки, на слизистой заболевание начинает проявляться болезненностью, далее развиваются явления острого воспаления по типу “ геморрагического стоматита ” На фоне гиперемии появляются пузыри , которые быстро лопаются СО и красная кайма губ. В силу геморрагического типа воспаления разрешения и подсыхания пузырей на красной кайме губ видны бурые , кровянистые корки. Все это сопровождается нарушением общего состояния.

4. При синдроме Стивенса- Джонсона (острый слизисто – кожно – глазной синдром) – тяжело протекаемая форма МЭЭ . Заболевание начинается внезапно с повышения температуры тела и болях в суставах . Поражаются обширные участки кожи , слизистая оболочка полости рта , глаз , носа и внутренних органов . Наблюдается летальный исход.

5. Лабораторные исследования :

а) анализ крови – повышенные лейкоциты , ускорение СОЭ , уменьшение глобулинов ;

б) цитологической – на препаратах – отпечатках большое количество нейтрофилов.

в) кожа-аллергические проба-положительная реакция к причинному аллергену;

г) гистологически - определится субэпителиальное расположение пузырей, всепомогательный отёк (симптом Никольского отрицательный)

6. Местное лечение МЭЭ:

1. Аппликационное обезболивание .

2. Антисептическая обработка:

- р-ры перманганата калия (1:5000), хлоргексидина 0,06%

- р-ры ферментов (трипсин, лизоцин, кукумазин)

3. Противовоспалительная терапия:

- мази из антибиотиков – метиллурсиреловая

- противовирусные : оксолиновая 0,25% , бонафтоновая 0,5%

- кортикостероидные мази, преднизолоновая , флуцинар.

4. Кератопластики : каратолин, паста Унна, солкосерил.

5. Санация полости рта

7. Дифференцируют МЭЭ от вульгарной и неакантолитической пузырчатки, герпетического стоматита, вторичного сифилиса, буллёзной формой красного плоского лишая.

8. Профилактику проводят в межрецидивный период. При наличии микробной сенсibilизации проводят специфическую гипосенсибилизирующую терапию с аллергенами, к которым установлена повышенная чувствительность введение гистоглобулина (по 1-2 мл 2-3 раза в неделю, курс 8-10 инъекций) противокоревую и антистафилококковую гаммаглобулина (на курс 5-7 инъекций) имотрансфузии, левамизол. Обязательная санация очагов фокальной инфекции (тонзиллиты, аденоиды, хронические отиты, периодонтиты).

Элементы поражения при МЭЭ: пятна, папулы, пузыри, пузырьки, эрозии, корки.

На коже преобладает рисунок кокард-синюшно – розовые пятна диаметром 1-2 см с синевато-коричневым центром, который представляет собой спавший пузырек или корочку.

Локализация на коже красная кайма губ, углы рта, на лице, на разгибательных поверхностях конечностей, ладонях, подошвах, голени, половых органах.

Продолжительность МЭЭ 7-14 дней, в тяжёлых случаях до одного месяца и более.

Прогноз благоприятный но возможны рецидивы. Для инфекционно – аллергической формы свойственна сезонность рецидивов. Токсико-аллергическая форма МЭЭ рецидивирует в случае контакта больного с этиологическим фактором (лекарственным препаратом –аллергеном)

Общее лечение МЭЭ:

- Обильное питье, щадящая калорийная витаминизированная диета.
- Противовоспалительные и десенсибилизирующие средства.
- Антибиотики и сульфаниламиды.
- Противовирусные препараты.
- Витаминотерапия: группа В, С, РР.
- Кортикостероиды.
- Стафилококковый анатоксин и бактериальные аллергены, к которым повышена чувствительность.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Мозговой штурм”.

Составление организаторов на тему: «МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА»

1. Категориальная таблица.
2. Пирамида.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача №1

Больная 22 лет жалуется на общую слабость, головную боль, высокую температуру тела в течении 2 – х дней, мышечные боли, болезненность и отечность языка и губ.

При осмотре: красная кайма губ и слизистая полости рта отечная, гиперемированная. Имеются множественные эрозии на красной кайме губ, покрытые корками, эрозии на языке, слизистой губ резко болезненны. На коже изменений нет.

Из лабораторных исследований : анализ крови- лейкоцитоз, повышение СОЭ, на мазках-отпечатках –большое количество нейтрофилов.

Поставте диагноз.

Составте план лечения.

Ответ:МЭЭ.План лечения:**общее** :

- Обильное питье, щадящая калорийная витаминизированная диета.
- Противовоспалительные и десенсибилизирующие средства.
- Антибиотики и сульфаниламиды.
- Противовирусные препараты.
- Витамиотерапия: группа В, С, РР.
- Кортикостероиды.
- Стафилококковый анатоксин и бактериальные аллергены, к которым повышена чувствительность . **местное:**

1. Аппликационное обезболивание .

2. Антисептическая обработка:

- р-ры перманганата калия (1:5000), хлоргексидина 0,06%

- р-ры ферментов (трипсин, лизоцин, кукумазин)

3. Противовоспалительная терапия:

- мазы из антибиотиков – метиллурсиреловая

- противовирусные : оксолиновая 0,25% , бонафтоновая 0,5%

- кортикостероидные мазы, преднизолоновая , флуцинар.

4. Кератопластики : каратолин, паста Унна, солкосерил.

5. Санация полости рта

Ситуационная задача №2

Больной 37 лет обратился с жалобами на повышение температуры тела до 38 °головную боль, недомогание , боль в суставах и мышцах, появление пузырей в полости рта , преимущественно в передних отделах. Лопнувшие пузыри превратились в обширные раневые поверхности. Прием пищи резко болезненный . На протяжении нескольких лет заболевание повторяется в связи с сырой и ветреной погодой . Объективно затрудненное открывание рта , значительный отек губ, слизистой щек , языка. Обширные эрозии покрыты серым налетом. На красной кайме губ и углах рта кровяные корки. На ладонях , голени-рисунок «кокарды»

Поставте диагноз .Составте план лечения.

Ответ:. МЭЭ.План лечения включает в себя общее и местное лечение.

Ситуационная задача №3

У пациентки 25 лет головная боль, повышение температуры до 38° С, боли в суставах и в полости рта. В полости рта и на губах имеются эрозии, кровянистые корки; на коже рук - «кокарды»

1.Поставте диагноз:

@многоформная экссудативная эритема*

@красный плоский лишай

@пузырчатка

@лейкоплакия

@опоясывающий лишай .

2.Какие элементы поражения характерны для МЭЭ:

а)Эрозии,кровянистые корки*

б)кокарды на коже *

в)везикула

г)твердый шанкр

д)язва с подрытыми краями,дно плотное,с грязно-серым содержимым

Ситуационная задача №4

Больная жалуется на частые простуды, головную боль, повышением температуры. В полости рта, на губах полиморфизм элементов поражения. На коже – «кокарды». Поставьте диагноз

@многоформная экссудативная эритема*

@красный плоский лишай

@пузырчатка

@лейкоплакия

@опоясывающий лишай

Ситуационная задача №5

Пациент 20 лет при заболевании горла принимал сульфадиметоксин, после этого во рту и на губах появились язвы, корки, а на коже высыпания в виде «кокард» Поставьте диагноз:

@многоформная экссудативная эритема*

@сифилис

@пузырчатка

@лейкоплакия

@кандидоз

Ситуационная задача №6

Пациенту 20 лет поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема токсико – аллергическая форма. Проведите общее лечение:

@ антигистаминное *

@ десенсибилизирующее*

@ противовоспалительное

@ стимулирующее

@ жаропонижающее

Ситуационная задача №7

Пациенту 27 лет поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема инфекционно – аллергическая форма. Проведите общее лечение:

@ противовоспалительное *

@ витаминотерапия*

@ антигистаминное

@ противомаларийное

@ седативное

Ситуационная задача №8

Пациенту 20 лет поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема токсико – аллергическая форма. Проведите местное лечение:

- @ аппликационная анестезия *
- @ антисептическая обработка*
- @ аппликация кортикостероидных мазей*
- @ аппликация линкомициновой мазью
- @ аппликация нистатиновой мазью

Ситуационная задача №9

Пациенту 27 лет поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема инфекционно – аллергическая форма. Проведите местное лечение:

- @ аппликационная анестезия *
- @ антисептическая обработка*
- @ аппликация линкомициновой мазью, затем мазью солкосерила*
- @ аппликация нистатиновой мазью
- @ аппликация бонафтоновой мазью

Ситуационная задача №10

Пациенту 25 лет поставлен диагноз: многоформная экссудативная эритема инфекционно – аллергическая форма. Какие факторы способствовали развитию этого заболевания:

- @ стрептококки*
- @ стафилококки*
- @ антибиотики
- @ салицилаты
- @ седативные препараты

Тесты:

1. При синдромах инфекционно – аллергической природы гипосенсибилизации организма можно добиться с помощью :

- А. внутривенного введения 30% тиосульфата натрия*
- б. инъекции витаминов группы «В»
- в. инъекции антибиотиков
- г. местной аппликации глюкокортикоидных кремов
- д. антисептической обработки слизистой оболочки.

2. Симптом «кокарды» наблюдается при :

- А. МЭЭ *
- б. Лейкоплакии
- в. Пузырчатке
- г. КПЛ
- д. ХРАС

3. Наиболее эффективным противовоспалительным, эпителизирующим действием обладают:

- А. кортикостероидов *
- б. противовирусные
- в. антибиотики
- г. сульфаниламидные
- д. витамины.

4. Токсико-аллергическую форму многоформной экссудативной эритемы можно определить пробой:

- А. Гистаминовой
- б. тест дегрануляции базофилов Шелли*
- в. волдырной
- g. Перке
- d. цитопатологический тест*

5. МЭЭ с поаржением глаз – это синдром:

- А. Стивенса – Джонсона *
- б. Бехчета
- в. Шегрена
- g. Иценго-Кушинга
- d. Мелькерсона – Розенталя.

6. Морфологический элемент при МЭЭ:

- А. эритема, папула, пузырь
- б. афта, чешуйка, рубец
- в. афта, язва, рубец
- g. волдырь, пузырь, пятно*
- d. бугорок, язва, рубец

7. При течении МЭЭ только в слизистой полости рта диф. диагностика не проводится:

- А. лейкоплакией*
- б. пузырьчаткой
- в. пемфигоидом
- g. герпетическим стоматитом
- d. сифилитической папулой

8. Сезонность рецидивов характерна для:

- А. МЭЭ *
- б. ХРАС
- в. КПЛ
- g. ящура
- d. опоясывающего лишая

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Медикаментозная обработка элементов поражения при МЭЭ.

Цель: Научить студента *Медикаментозной обработке элементов поражения при МЭЭ*

Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

Выполнение мануального навыка по шагам:

№	Выполняемые шаги.	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надевание резиновых перчаток и марлевой маски.	0	20
2	Аппликационное обезболивание (2% р-р лидокаина)	0	20
3.	Антисептическая обработка (3% H ₂ O ₂ , 0,06% хлоргексидина).	0	20

4.	Противовоспалительная терапия (солкосерил дентальная адгезивная паста, 20% мазь актовегина).	0	20
5.	Аппликация кератопластических средств (каротолин, аекол)		20
Итого:		0	100

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

4. Перечислите элементы поражения при МЭЭ.
5. Дать определение “кокард”
6. На каких участках кожи чаще всего локализуется.
7. Продолжительность МЭЭ.
8. Прогноз МЭЭ.
9. Общее лечение МЭЭ.

ЗАНЯТИЕ №16

1. ТЕМА: «ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА.»

2. Цель занятия: Изучить изменения СОПР при ХРАС, клинику и диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой, гистологические изменения слизистой оболочки.

3. План занятия: характеризовать элемент поражения ХРАС, перечислить гистологические изменения СОПР, перечислить и различать клинические формы ХРАС, провести дифференциальную диагностику ХРАС.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит чаще развивается у больных, страдающих желудочно - кишечными заболеваниями и выраженной сенсibilизацией к микробным аллергенам на фоне нарушения клеточного иммунитета. У большинства больных этот стоматит характеризуется появлением единичных (1-3) афт округлой или овальной формы диаметром от 2 до 8 мм, покрытых фиброзным или некротическим налетом. Афты болезненны, затрудняют прием пищи, локализуются в основном на слизистой оболочке губ, щек, боковых поверхностях языка. Существуют не более 10-14 сут. Дифференцируют от травматических эрозий, вторичного сифилиса, хронического рецидивирующего герпеса.

Лечение. Для целенаправленного лечения больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом необходимо провести:

- 1) обследование желудочно - кишечного тракта на выявление воспалительных процессов, дисбактериоза, гельминтозов;
- 2) исследование функционального состояния печени;
- 3) выявление очагов хронического воспаления, в том числе одонтогенных;
- 4) аллергическое обследование (внутрикожные пробы с микробным аллергеном, реакция лейкоцитоза с микробными аллергенами);
- 5) иммунологическое обследование.

Лечение направлено в первую очередь на ликвидацию сопутствующих заболеваний, санацию очагов хронической инфекции полости рта. При вы-

явлении повышенной чувствительности к микробным аллергенам назначают курс специфической гипосенсибилизации.

Неспецифическая гипосенсибилизация состоит в подкожном введении гистаглобулина (по 1 мл через 3 дня, всего 8-10 инъекций), внутривенном введении 30% раствора натрия тиосульфата (по 10 мл через день, всего 10 инъекций).

При показаниях (снижение резистентности организма, нарушение клеточного иммунитета) назначают пентоксил и натрия нуклеинат в таблетках, продипюзан внутримышечно по индивидуальной схеме (в условиях стационара), лизоцим внутримышечно по 75 мкг 2 раза в день, аутогемотерапию, гипербарическую оксигенацию, витаминотерапию.

Местное лечение начинают с обезболивания (аппликации, ванночки), удаление некротического налета, воздействие на афту или язву антисептиками и кератопластическими средствами. Некротический налет можно удалить с помощью протеолитических ферментов (химопсин, химотрипсин). Хороший эффект оказывают облучение афт или язв излучением гелий-неонового лазера, местное ультрафиолетовое облучение с использованием тубуса ОН-7 или ОКУФ-5М. В период высыпания афт необходимо исключить курение, кислую и соленую пищу, алкоголь.

Ассистент кафедры Терапевтической стоматологии У.А.Шукурова (2009) наблюдала течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита, протекающего на фоне дисбиотических изменений у беременных, выявила эффективность ФарГАЛС при местном применении и назначении пробиотиков, предложила схему алгоритма приема препаратов.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление оргайзеров на тему: «ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ.»

1. Категориальная таблица
2. SWOT

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача №1

У пациента 26 лет на фоне патологии ЖКТ в полости рта периодически появляются округлой формы, резко болезненные эрозии. Поставьте предварительный диагноз

- a) ХРАС*
- b) КПЛ
- v) пузырьчатка
- g) МЭЭ
- d) туберкулез

Ситуационная задача №2

У пациента тяжелая форма хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Эрозии в полости рта называются:

- a) афты Сеттона*
- b) болезнь Лайла

- v) синдром Розенталя
- g) синдром Шегрена
- d) синдром Стивенса-Джонсона

Ситуационная задача №3

Пациенту с ХРАС на фоне ЖКТ страдающего на протяжении 7 лет в плане общего лечения можно рекомендовать:

- a) антигистаминные препараты*
- b) поливитамины
- v) средства повышающие резистентность организма
- g) сульфаниламиды
- d) гормональные препараты
- e) цитостатики
- ж) кровоостанавливающие

Ситуационная задача №4

У пациента 17 лет ХРАС. На слизистой по переходной складке в области 34 и 35 зубов и на боковой поверхности языка резко болезненные, затрудняющие прием пищи, глотание, речь афты. Для обезболивания афт рекомендуется использовать:

- a) лидокаиновый спрей *
- b) взвесь анестезина в масле*
- v) бонафтоновую мазь
- g) гистолобулин
- d) оксалиновую мазь

Ситуационная задача №5

У пациента на боковой поверхности языка отмечается афта очень болезненная, мягкая на ощупь, покрытая фибринозным налетом, с гиперемированным ободком. Поставьте предварительный диагноз:

- a) ХРАС*
- b) КПЛ
- v) МЭЭ
- g) пузырьчатка
- d) лейкоплакия

Ситуационная задача №6

У пациента с ХРАС длительно не заживает афта в полости рта. Какое средство для эпителизации афт вы бы рекомендовали:

- a) солкосерил дентальную адгезивную пасту*
- b) масло шиповника
- v) флореналевую мазь
- g) оксалиновую мазь
- d) ациклостад

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Проведение диатермокоагуляции пульпы зуба.

Цель: Применение метода электрофореза у пациентов.

Показание: Применение физических методов при лечении.

Оснащение: Кресло, бормашина, стоматологический стандартный набор, пломбирочные материалы для пломбирования корневых каналов, постоянные пломбы, эндодонтические инструменты, аппарат ДКС-2М, вата, валики, 3% раствор натрия гипохлорита

Выполняемые шаги :

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1. Проведение проводниковой или местной инфильтрационной анестезии.	0	10		
2. Раскрыть полость зуба и с помощью бора или экскаватора удалить коронковую часть пульпы.	0	10		
3. Изолировать зуб от слюны, приготовить к работе аппарат ДКС-2М	0	6		
4. Определение длины канала с помощью рентгена, введение иглы в канал.	0	14		
5. Игла держится в канале 3 сек, сила тока 6-8А	0	10		
6. Удалить коагулированную пульпу пульпэкстрактором.	0	10		
7. Канал медикаментозно обработать 3% раствором натрия гипохлорита.	0	6		
8. Расширить канал с помощью файла на 3 размера.	0	14		
9. Пломбировать канал, поставить постоянную пломбу.	0	20		
Итого:	0	100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. К какой группе заболеваний относится ХРАС.
2. Этиология ХРАС.
3. Клиника ХРАС.
4. Дифференциальная диагностика ХРАС.
5. Лечение ХРАС.
6. Профилактика ХРАС.

ЗАНЯТИЕ №17

1. ТЕМА: «ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭКЗОГЕННЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ. ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВРЕДНОСТЯХ.»

2. Цель занятия: Изучить изменения СОПР при экзогенных интоксикациях, изменения слизистой оболочки полости рта при различных профессиональных вредностях, клинику и диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой, гистологические изменения слизистой оболочки.

3. План занятия: характеризовать клинические особенности при экзогенных интоксикациях, изменения слизистой оболочки полости рта при различных профессиональных вредностях, перечислить и различать клинические формы, провести дифференциальную диагностику СОПР при экзогенных интоксикациях.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

На слизистую оболочку полости рта могут оказывать отрицательное влияние условия некоторых производств. В одних случаях она реагирует специфическими клиническими проявлениями, в других эти изменения неспецифичны.

У рабочих, занятых на производстве органических, неорганических кислот и щелочей, может развиваться очаговое или диффузное хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки полости рта. При очаговом процессе воспаление локализуется чаще на десне в области фронтальных зубов, а также на нижней и верхней губах.

Катаральный гингивит при длительном контакте с перечисленными веществами сопровождается атрофией десневых сосочков. При повышенной пыленности производственных помещений, например на предприятиях горнорудной промышленности и др., наблюдается тенденция к повышенному ороговению слизистой оболочки губ, щек, десен.

Частота лейкоплакии оказывается высокой у химиков, а также у лиц, занятых производством алюминия, искусственных кож и работающих в условиях высокого магнитного поля высокая.

Участки гиперкератоза чаще встречается в передних отделах ротовой полости, поражают углы рта, слизистую оболочку губ, языка.

При интоксикации организма такими металлами, как ртуть, свинец, висмут, алюминий, цинк, сурьма и др., во рту развивается катаральный или язвенный стоматит. Некоторые металлы вызывают довольно специфическую клиническую картину.

Свинцовый стоматит. Проявляется металлическим привкусом и запахом изо рта. Вокруг шеек фронтальных зубов по десневому краю, преимущественно с вестибулярной поверхности появляется свинцовая кайма. На фоне общей анемии слизистой оболочки развивается хронический катаральный гингивит. Отложения свинца в виде отдельных черно-синих пятен одновременно могут появляться на деснах, щеках, языке, губах, небе. В тяжелых случаях возможно развитие язвенного стоматита. Одновременно отмечаются слабость, апатия, нарушение пищеварения.

Висмутовый стоматит. развивается преимущественно у лиц, использующих препараты висмута с лечебной целью. Легкая степень интоксикации сопровождается катаральным воспалением. В тяжелых случаях развивается язвенный гингивостоматит с гиперсаливацией и зловонным запахом изо рта. Процесс иногда быстро распространяется в глубь ткани, при этом отмечаются разрушение кости ограниченный некроз зубных альвеол.

Ртутный стоматит. характеризуется хроническим течением. Заболевание начинается с катарального поражения десен, затем межзубные десневые сосочки покрываются серовато-белым налетом, постепенно некротизируется, издавая зловонный запах. Процесс может распространяться на слизистую оболочку щек, языка и миндалин. Отмечаются увеличение регионарных лимфатических узлов и гиперсаливация. В результате отека на щеках и боковых поверхностях языка появляются отпечатки зубов. Больной жалуется на

металлический привкус во рту, пульсирующие боли в деснах, головную боль и общее недомогание.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органайзеров на тему: «ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭКЗОГЕННЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ. ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВРЕДНОСТЯХ.»

1. Цветок лотоса

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача:1

Больной А., 49 лет работающий на горнорудном предприятии, жалуется на сухость во рту, металлический привкус во рту, частые головные боли, головокружение. Обильные над и поддесневые зубные отложения, мягкий налет, по маргинальному краю десны проходит серая кайма. Отмечается гиперемия десневых сосочков и десневого края.

Поставьте предварительный диагноз

Ваша тактика лечения.

Ответ: Свинцовый стоматит.

Санация полости рта. Удаление зубных отложений. Использование протеолитических ферментов, кератопластических препаратов. Орошения полости рта 1% раствором уксусной кислоты. Витаминотерапия.

Ситуационная задача:2

Больной 47 лет, работник ртутного производства жалуется на . на металлический привкус во рту, раздражительность, снижение памяти и работоспособности. Объективно: отмечается катаральное поражение десен, покрыты характерной каймой черного цвета., местами . некротизированы, издавая зловонный запах.. Отмечаются увеличение регионарных лимфатических узлов и гиперсаливация .

1. поставьте предварительный диагноз

2. ваша тактика лечения.

Ответ: Ртутный стоматит.

Санация полости рта. Удаление зубных отложений Обильное щелочное полоскание. Использование унитиола, атропина, Внутривенное введение раствора тиосульфата натрия. Местное лечение сводится к антисептической обработке, применению ферментов и кератопластических средств.

Ситуационная задача:3

Больной жалуется на глубокие изъязвления десны, окруженные каймой синевато-серого цвета, сопровождающийся болевыми ощущениями. Из анамнеза выяснилось, что больной длительное время применял бийохинол. При объективном осмотре в

несанированной полости рта при наличии обильных зубных отложений и разрушенных зубов, определяется язвенный гингивостоматит, неприятный запах изо рта. темной, почти черной пигментации на языке, щеке, губах, небе, миндалинах. Пигментация имеет вид черных кружков вокруг отверстий выводных протоков слюнных желез.

1. поставьте предварительный диагноз

2. ваша тактика лечения.

Ответ: . Висмутовый стоматит.

Производят удаление зубных отложений, некротизированных участков десны, используют ферменты и кератопластики. Витаминотерапия.

Ситуационная задача:4

Больной 57 лет, обратился с жалобами на белесоватый налет и отёк языка.

Из анамнеза: больной проходит стационарное лечение по поводу ревматоидного артрита , применяет препарат кризанол.

Объективно: Отмечается гиперсаливация, эритематозный отек на языке плотный белесоватый налет в виде перламутровых бляшек, напоминающий клиническую картину красного плоского лишая.

1. Поставьте диагноз:

Ответ : Интоксикация препаратом золота

2. . При передозировке препаратов золота не может развиваться:

а. нефропатия

б. дерматит

в. стоматит

г. анемия

д. механическая желтуха*

Тесты:

1. При свинцовой интоксикации следует применить:

а. . унитиол*

б. антибиотики

в. 10% кальций хлорид

г. адреналин

д. норадреналин

2. При лечении какого заболевания может быть висмутовая интоксикация:

А кариес

Б пульпит

В МЭЭ

Г сифилис*

Д ХРАС

3. Чем отличается лечение экзогенной интоксикации от лекарственной интоксикации:

А применением антидотов*

Б применением десенсибилизирующих препаратов

В применении рентгенотерапии

Г реанимация

Д изоляция больного

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Нанесение кондиционера на поверхность эмали.

Цель: Улучшение адгезии композиционных пломбировочных материалов.

Показание: Проведение реставрации.

Оснащение: Абразивная паста для снятия зубных отложений, коффердам, 30-35% ортофосфорная кислота (кондиционер), аппликатор .

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1. Очищение поверхности эмали абразивной пастой	0	20		
2. Изоляция зуба от слюны коффердамом или ватными валиками.	0	20		
3. Высушивание поверхности воздухом.	0	10		
4. При помощи аппликатора нанести кондиционер (протравливающий гель) на поверхность эмали на 15-20 секунд	0	30		
5. Промыть кондиционер и высушить.	0	20		
Итого:		100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. К какой группе заболеваний относится экзогенная интоксикация.
2. Этиология экзогенной интоксикации.
3. Клиника экзогенной интоксикации.
4. Дифференциальная диагностика профессиональных вредностей.
5. Лечение профессиональных вредностей.
6. Профилактика профессиональных вредностей.

ЗАНЯТИЕ №18

1. ТЕМА: «ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ГИПО- И АВИТАМИНОЗЕ.»

2. Цель занятия: Изучить диагностику, лечение и профилактику изменений СОПР при гиповитаминозе.

3. План занятия: роль витамина в жизни организма, характеристика витаминов, изменения полости рта при гиповитаминозе А, В1, В2, В12, С, РР, Е., сравнительная диагностика гиповитаминозов.

Теоретическая часть

Витамин В1 (тиамин - антиневритный)

Тиамином его называют потому, что в его состав входит сера (тион - греч.) и аминогруппа. В кислой среде тиамин устойчив даже при 140°С. В щелочной среде соединение распадается на составные компоненты с потерей витаминного действия.

Потребность человека в этом витамине 1-3 мг/сутки. Потребность организма в витаминах для детей и кормящих женщин составляет 1-2 мг в сутки, а точнее 1 мг на 1000 кал при безжировой диете

Гипо- и авитаминоз Витамина б1.

При недостатке тиамина в организме у человека развивается специфическое патологическое состояние, называемое полиневритом. Характерными признаками этого заболевания являются: - поражение периферической и центральной нервной системы (парезы, параличи, полиневриты), отсюда первичное название “ножные оковы ” - “бери-бери”; - нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы (уменьшение силы сердечных сокращений, расширение границ сердца, тахикардия, сердечная недостаточность); расстройство секреторной и моторной функции желудочно-кишечного тракта (снижение аппетита, уменьшение кислотности желудочного сока, атония кишечника); - нарушение обмена воды (задержка воды в тканях, отеки) и функций кроветворения.

Витамин В2 (рибофлавин - витамин роста)

Рибофлавин быстро разрушается в щелочной среде, особенно при нагревании, но устойчив в кислой среде, устойчив к действию высокой температуры (290°С). Витамин В2 разрушается на свету под действием ультрафиолетовых лучей. При хранении молока на свету за три с половиной часа разрушается до 70% витамина. Источником витамина В2 являются растительные и микробные клетки. Животный организм не способен к синтезу рибофлавина и получает его с пищей или в результате синтеза кишечной микрофлорой. В свободном виде рибофлавин находится в основном в молоке, в микробных клетках - в виде флавиномононуклеотида (ФМН), в животных клетках - в виде флавинадениндинуклеотида (ФАд).

Физиологическая потребность человека в этом витамине 2-2,5 мг/сутки.

Гипо- и авитаминоз Витамин В2 .

Проявления гиповитаминоза в полости рта:- жжение, сухость и гиперемия слизистой оболочки полости рта, губ, языка;- на красной кайме губ появляются мелкие чешуйки (шелушение), вертикальные трещины в пределах губ;- в углах рта на фоне гиперемии образуются болезненные трещины (ангулярный хейлит - заеды), возникновению трещин предшествует намокание, мацерация эпителия;- на языке: жжение, боль, атрофия нитевидных сосочков, поверхность языка становится гладкой, приобретает ярко-красную окраску.

Витамин В5 (РР, ниацин, антипеллагрический)

Среди других витаминов никотиновая кислота обладает наиболее высокой устойчивостью к воздействию факторов внешней среды. Она мало разрушается при варке (15-20%), хорошо выносит автоклавирование, не подвергается разрушающему влиянию солнечного света, воздуха или щелочных растворов.. В отличие от других витаминов ниацин может синтезироваться в организме человека из незаменимой аминокислоты триптофана, которой много в белках животного происхождения, но практически нет в растительных белках (на образование 1 мг никотинамида нужно 60 мг триптофана). Большое количество витамина РР находится в рисовых и пшеничных отрубях, печени, дрожжах.

Суточная потребность взрослого человека в этом витамине 15-25 мг, новорожденных - 3-8мг, детей-подростков 10-15 мг.

Гипо - и авитаминоз

Проявления гиповитаминоза в полости рта: жжение и зуд слизистой оболочки рта, сухость во рту, язык увеличен в объеме за счет отека, видны отпечатки зубов. Цвет языка ярко-красный, сосочки частично атрофированы, язык становится гладким, блестящим, приобретает малиновый оттенок.

Гипервитаминоз может вызвать жировую дистрофию печени, усилить симптомы б₁ недостаточности, иногда наступает аллергическая реакция с рвотой, судорогами, поносом, астенией.

Витамин В₆ (пиридоксин, пиридоксаль, пиридоксамин) – антидерматитный витамин

Кристаллы пиридоксамина бесцветные, с температурой плавления 160° С, хорошо растворимы в воде и некоторых органических растворителях. Кристаллы пиридоксина плавятся при температуре 195°С и почти не растворяются в органических растворителях.

Витамин В₆ синтезируется растительными и микробными клетками. Наибольшее количество его в печени, яйцах, дрожжах, моркови.

Гипо и авитаминоз

Установлено, что при дефиците витамина В₆ в головном мозгу недостаточно образуется тормозного медиатора γ -аминомасляной кислоты (ГАМК). Нарушение кроветворной системы проявляется в развитии малокровия. У детей синдром дефицита витамина В₆ развивается при кормлении их молочными смесями, содержащими недостаточное количество пиридоксина. Типичными проявлениями при этом являются периодические судороги, гипотрофия, анемия, повышенная возбудимость центральной нервной системы. В последнее время обнаружено, что В₆-авитаминоз сопровождается нарушением обмена липидов, что ведет к развитию атеросклероза. Проявления гиповитаминоза В₆ в полости рта сопровождаются ангулярным стоматитом, хейлитом, десквамативным глосситом, парестезиями слизистой оболочки рта, себорейным дерматитом в области носогубной складки, над бровями и вокруг глаз.

Витамин В₃ (пантотеновая кислота, антидерматитный фактор)

Пантотеновая кислота представляет собой вязкую светло-желтую жидкость, хорошо растворимую в воде, она мало устойчива и легко гидролизуется по месту пептидной связи под действием слабых кислот и щелочей. Пантотеновая кислота синтезируется микробными и растительными клетками. Основными пищевыми источниками её для человека являются печень, яичный желток, дрожжи и зеленые части растений. Пантотеновая кислота синтезируется, кроме того, микрофлорой кишечника. Суточная потребность для взрослого человека 3-5 мг. Для новорожденного 3 мг, для детей и подростков -5 мг. Активная форма пантотеновой кислоты - коэнзим А, или К_о

Витамин Н (биотин - антисеборейный)

В начале XX в. было найдено вещество, стимулирующее рост дрожжей. Оно было названо биотином. В 1936г. Р. Кегль выделил из яичного белка и получил биотин в кристаллическом состоянии. Кристаллы биотина бесцветны, имеют форму игл и температуру плавления 220°С, хорошо растворимы в спирте и в воде. Витамин, выделенный из яичного желтка, является α -биотином, а из молока или печени - β -биотином. По химическому строению биотин

представляет гетероциклическое соединение. Молекула биотина состоит из имидазольного и тиофенового циклов, а боковая цепь представлена остатком валериановой кислоты.

Гипо- и авитаминоз

По оказываемому действию биотин называется антисеборейным, поскольку предотвращает развитие специфического нарушения функции сальных желез кожи. Недостаточность биотина у человека не выявлена. Гиповитаминоз витамина Н был воспроизведен у волонтеров, получавших с пищей большое количество белка яиц - авидина. В первый же месяц у них развивался дерматит, сопровождавшийся мышечными болями, повышением уровня холестерина в крови, рвотой. Эти симптомы устранялись посредством биотина. Биотин входит в состав ряда поливитаминных препаратов.

Фолиевая кислота, фолацин -антианемический

Термином “фолацин” объединяют обширную группу родственных соединений, родоначальником которых является фолиевая кислота. Все эти соединения состоят из гетероцикла птеридина, пара-аминобензойной кислоты и остатков глутаминовой кислоты.

Фолацин синтезируется микробными и растительными клетками. Основными источниками фолатов являются дрожжи, бобовые растения, салат, капуста. Суточная потребность в витамине В₉ у взрослого равна 0,5-1,0 мг и в основном восполняется за счет синтеза его микрофлорой кишечника

Гипо и авитаминоз

Недостаточное поступление фолацина с пищей или нарушение его всасывания приводит к развитию микроцитарной анемии именно в связи с нарушением биосинтеза пуриновых нуклеотидов и тимидиловой кислоты, что вызывает угнетение биосинтеза ДНК, белков и размножения кроветворных клеток, прежде всего, с коротким периодом жизни (иммуноциты, эритроциты, тромбоциты, эпителиоциты, кератиноциты, эндотелиоциты). Клинически это проявляется развитием анемии, иммунодефицита, нарушением гемостаза, атрофией эпителия желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей, кожи и слизистых.

Витамин В12 (цианкобаламин)

Витамин В12 - антианемический фактор. Цианкобаламины представляют собой группу веществ, обладающих активностью витамина В12. Кристаллы его темно-красного цвета хорошо растворимы в воде и не растворимы в органических растворителях.

В12 чувствителен к действию света, при световом воздействии цианкобаламин переходит в оксикобаламин. Кобаламин - единственный из витаминов содержит в своем составе металл - ион кобальта. Витамин В12 не вырабатывается ни растениями, ни животными; его синтезируют только некоторые виды микроорганизмов.

Гипо- и авитаминоз

В12 возникает не как следствие недостаточного поступления кобаламина с пищей, а в результате не усвоения его в кишечнике. У человека это наблюдается при недостатке или полном отсутствии особого, т.н. “внутреннего

фактора Кастла". Недостаток витамина B₁₂ приводит к нарушению эритропоэза и лейкопоэза, с последующим развитием мегалобластической анемии и анемии Аддисон-Бирмера.

Витамин С (аскорбиновая кислота)

Открытие витамина С связано с лечением цинги, заболеванием обусловленным дефицитом свежих овощей в пищевом рационе. Витамин С - это белые бесцветные кристаллы, имеют температуру плавления около 190° С, хорошо растворимы в воде и почти нерастворимы в органических растворителях.

Гипо и авитаминоз

Недостаточность витамина С может быть экзогенной из-за дефицита аскорбиновой кислоты в пище и эндогенной, обусловленной нарушениями процессов всасывания и функционирования ее в организме. Основные симптомы С-витаминной недостаточности: повышение ломкости капилляров, общая слабость, апатия, быстрая утомляемость, снижение аппетита, повышенная восприимчивость к инфекциям, болезненность десен, их отечность, разрыхленность, кровоточивость при чистке зубов. Основными признаками С-авитаминоза являются нарушения белкового обмена, особенно фибриллярных белков. В результате возможны изменения межклеточных взаимодействий, патологическое увеличение проницаемости сосудов, кровоточивость десен, выпадение зубов. Проявления гиповитаминоза в полости рта - это геморрагические высыпания на слизистой оболочке полости рта, явления язвенно-некротических гингивита и стоматита. Десны становятся синюшными, нередко отмечается изъязвление десневого края, расшатывание и выпадение зубов.

Витамины группы А-ретинол

или витамин А₁, -неоретинол - стереоизомер А₁-стереоизомер А₂. Витамин А был открыт Н. Друммондом в 1916 году, а синтезирован в 1933 году. Впервые витамин А был выделен из моркови, поэтому от английского carrot (морковь) произошло название группы витаминов А - каротиноиды.

Гипо- и авитаминоз

Наиболее ранним признаком недостаточности является нарушение темновой адаптации и ночная слепота (гемералопия). Кроме того, возможна задержка роста в молодом возрасте, фолликулярный гиперкератоз (избыточное ороговение кожи, вызванное задержкой смены эпителия), сухость слизистых, (тоже вследствие замедленного обновления эпителия), ксерофтальмия, (сухость роговицы глаза) с последующим ее размягчением под действием микрофлоры (кератомалация). Проявления гиповитаминоза А в полости рта: возникают гиперороговения слизистых оболочек (гиперкератоз, снижение секреции слюнных желез, гипосаливация), «зубы как мелом покрыты», угнетение синтеза антител и фагоцитоза, снижение иммунитета. Слизистая оболочка теряет блеск, становится мутной, появляются беловатые наслоения, напоминающие лейкоплакию. Отмечается сухость во рту и эпидермация губ в зоне красной каймы.

Витамин Д (кальциферол - антирахитический)

Еще в XVII столетии было известно детское заболевание рахит, которое излечивалось некоторыми продуктами питания, в том числе - рыбьим жиром. Позже ученые обнаружили влияние солнечного света на это заболевание. В 1924 году было установлено, что в пище под действием ультрафиолетового облучения происходит активация каких-то антирахитических факторов.

Гипервитаминоз .

Развитие симптомов гипервитаминоза обусловлено избыточным потреблением витамина и его способностью кумулироваться в организме. При недостатке витамина Д развивается остеомаляция (размягчение костной ткани), которая проявляется декальцификацией костей, их остеопорозом, при этом отмечается ухудшение общего состояния, снижение аппетита.

Витамин Е (токоферол - антистерильный)

В 1922 году г. Эванс и А. Бишо открыли жирорастворимый витамин, названный ими токоферолом (дословно способствующий родам). Позднее он получил название витамина Е. В 1936 году из масла пшеничных зародышей и хлопкового масла были выделены три производных бензопирана, которые оказались витаминами Е: α , β , γ , -токоферолы. В 1938 году α -токоферол был синтезирован.

Суточная потребность взрослых в этом витамине 10-20 мг, новорожденных - 4-5 мг, детей и подростков - 7-15 мг.

Гипо и авитаминоз.

Ранним постоянным признаком служит нарушение образования креатинфосфата и креатинина, экскреция которого с мочой снижается, при параллельном появлении креатинурии. Возникают гипотонус и слабость мышц, вплоть до паралича задних конечностей у экспериментальных крыс. Е-гиповитаминоз отягощается при дефиците в рационе полиненасыщенных жирных кислот, таких как линолевая, линоленовая, арахидоновая.. При гипервитаминозе отмечается гипокоагуляция за счет нарушения всасывания витамина К, ослабление темного зрения из-за антагонизма с витамином А, мышечные судороги, ослабление сексуальной активности.

Витамин К (нафтохинон - антигеморрагический)

Витамин К - антигеморрагический, представлен в основном двумя соединениями - витаминами К1 (филлохинон) и К2 (фарнохинон или менахинон). Они являются производными нафтохинона, имеющим боковую изопреноидную цепь. К1 представляет собой светло-желтую жидкость, неустойчивую при нагревании в щелочной среде и при облучении, витамин К2 - желтый кристаллический порошок, также неустойчивый во внешней среде. Оба препарата нерастворимы в воде, но растворимы в органических растворителях: бензоле, хлороформе, гексане.

Гипо- и авитаминоз

Случаев дефицита витамина К очень мало. Дефицит витамина К обычно не связан с недостаточным его поступлением с пищей, т.к. микроорганизмы кишечника в большом количестве синтезируют его. Гиповитаминоз К может наблюдаться при заболеваниях печени, желчевыводящих путей.

Витамин К и его препараты применяются при кровоточивости вызванной лекарственными средствами (салицилатами, сульфаниламидами и др.) или кровотечениях, связанных с понижением свертываемости крови, а также как специфические антагонисты при передозировке непрямых антикоагулянтов.

Убихинон (коэнзим Q)

Убихинон (коэнзим Q) относится к витаминоподобным жирорастворимым веществам В 1955 г открыто вещество, близкое по строению витаминам К и Е. Оно получило название убихинон или коэнзим Q. Некоторые исследователи относят его к витаминам, некоторые - к витаминоподобным жирорастворимым веществам, однако витаминная активность убихинона была доказана в опытах на многих видах животных.

Витамин F

Это комплекс ненасыщенных жирных кислот, которые не могут быть синтезированы в организме человека, и в то же время необходимы для его нормальной жизнедеятельности. В состав витамина F входят эссенциальные ненасыщенные жирные кислоты: линоленовая, линолевая. Эти кислоты входят в состав растительных животных жиров, а арахидоновая кислота найдена только в животном жире.

Суточная потребность в витамине F для взрослых составляет около 1 г, что соответствует 20-30 г растительного масла.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры "Круглый стол".

Составление оргайзеров на тему: «ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ГИПО- И АВИТАМИНОЗЕ.»

1. «Рыбий скелет»
2. Кластер

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача №1

Больной 60 лет жалуется на болезненность десен, разрыхленность, кровоточивость при чистке зубов, отечность, общая слабость, апатия, быстрая утомляемость, снижение аппетита, повышенная восприимчивость к инфекциям, повышение ломкости капилляров. При объективном осмотре больной бледный, в полости рта отмечаются геморрагические высыпания на слизистой оболочке полости рта, явления язвенно-некротических гингиво-стоматита. Десны синюшные отмечается изъязвление десневого края, расшатывание и выпадение зубов.

Поставьте предварительный диагноз. Ваша тактика.

Ответ: Гиповитаминоз витамина С. Назначение высококалорийной диеты, витаминов группы В и С. Местное лечение заключается в удалении зубных отложений, антисептической обработке десневого края, наложении кератопластиков.

Ситуационная задача №2

Больная 56 лет жалуется на сухость во рту и затрудненность при приеме пищи. Из анамнеза известно, что у больной отмечается сухость глаз. При осмотре слизистая оболочка без блеска, мутная, в области щек отмечаются кружевной рисунок. Отмечается эпидермация губ в зоне красной каймы.

Выявлен гиперкератоз, снижение секреции слюнных желез, гипосаливация, «зубы как мелом покрыты». Поставьте предварительный диагноз. Ваша тактика.
Ответ: Авитаминоз витамина А. Назначение витамина А для ускорения эпителизации, для уменьшения сухости в полости рта.

Ситуационная задача №3

Больная в. 35 лет обратилась с жалобами на болезненные трещины в углах рта образование трещин на губах.

Объективно: в углах рта имеются мацерации, слущивание эпителия, трещины покрытые корочкой. Отмечается сухость, шелушение и покраснение губ, вертикальные трещины. Имеются себорейные корки на крыльях носа. Язык ярко-красный, блестящий сухой. Больная жалуется также на светобоязнь, слезотечение.

1. Поставьте предварительный диагноз:

- а. экзематозный хейлит
- б. авитаминоз витамин В2*
- в. атопический хейлит
- г. авитаминоз витамина В12
- д. аллергия

2. Витамин В2 называется:

- а. пиридоксин
- б. цианкобаламин
- в. рибофлавин*
- г. тиамин
- д. рибофлавин

3. Суточная потребность витамина В2

- а. 2.5-3мг*
- б. 10-12 мг
- в. 0.2-0.5 мг
- г. 8-10 мг
- д. 100 мг

4. Образование себорейных корок на крыльях носа характерно:

- а. красной волчанки
- б. авитаминоз витамин В2*
- в. гиповитаминоза В12
- г. аллергии
- д. пиллагры

5. Для окончательной постановки диагноза следует исследовать:

- а. общий анализ крови
- б. спинномозговую жидкость
- в. иммунограмму
- д. содержание в крови и рибофлавина в моче*

Ситуационная задача №4

Больной А., 25 лет жалуется на резкую кровоточивость десен, появление кровоизлияний на слизистой губ и щек, беспричинное образование синяков на коже. Общее состояние: резкая слабость, быстрая утомляемость, боли в

мышцах. Кожа сухая , шершавая, видны кровоизлияния. Объективно: в полости рта слизистая десны отёчна , гиперемизированная , кровоточит , зубы покрыты мягким налётом, имеются петехиальные кровоизлияния на слизистой губ и щёк , неприятный запах изо рта.

1. Поставьте предварительный диагноз:

а. гиповитаминоз вит.С *

б. гиповитаминоз В2

в. аллергия

г.авитаминоз В12

д. болезнь Верльгофа

2. Аскорбиновая кислота является:

а. антисептиком

б. коагулянтом*

в. антиоксидантом*

г. антидепрессантом

д. диуретиком

3. Действие вит.С усиливает:

а. рибофлавин

б. токоферона ацетат

в. ретинол

г. никотиновая кислота.

д. рутин рибофлавин*

4.Авитаминоз вит.С называется:

а. бери-бери

б. цинга*

в. пеллагра

г. лепра

д.анемия Аддисона-Бимера

Тесты:

Витамин В1-суточная потребность в тиамине?

1. 1.5-3.0мг*

2. 0.5-1.0мг

3. 10-15мг

4. 5-10мг

Витамин В2-суточная потребность в рибофлавине?

1. 2.0-3.5мг*

2. 10-15мг

3. 5-10мг

4. 20-30мг

Витамин РР-суточная потребность в никотиновой кислоте?

1. 15-20мг*

2. 1-2мг

3. 30-40мг

4. 0.1-0.2мг

Витамин В6-суточная потребность в пиридоксине?

1. 2-4мг*
2. 15-20мг
3. 0.01-1мг
4. 30-40мг

1. Витамин В12-суточная потребность в цианокобаламине

2. 2-4мг*
3. 15-20мг
4. 0.01-1мг
5. 30-40мг

Витамин С-суточная потребность в аскорбиновой кислоте?

1. 70-100мг*
2. 15-20мг
3. 0.01-1мг
4. 30-40мг

Витамин В5-суточная потребность в кальций пантотенате?

1. 10-12мг*
2. 0.01-1мг
3. 30-40мг
4. 100-150мг

Витамин А- суточная потребность в ретиноле?

1. 1.5мг*
2. 15мг
3. 10мг
4. 0.01мг

Витамин Е- суточная потребность в токофероле?

1. 10-30мг*
2. 0.01-1мг
3. 40мг
4. 100-150мг

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Этапы местной обработки СОПР.

Цель:Провести местную обработку СОПР у пациентов.

Показание: Местная обработка при воспалении СОПР.

Оснащение: Стоматологическое кресло, стоматологическая установка, стандартный стоматологический набор, анестетики,антисептики, вата, валики, Камистад – гель

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполни л все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1.Определить патологический очаг в полости рта.	0	15		
2.Полоскание полости рта слабым раствором антисептика	0	15		

3. Воспаленный участок изолировать от слюны ватными валиками, высушить.	0	20		
4. Провести местное аппликационное обезболивание	0	20		
5. Камистад – гель нанести на ватный валик и наложить на воспаленный участок СОПР	0	20		
6. Дать рекомендации пациенту.	0	10		
Итого:	0	100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Значение витаминов в организме.
2. Дайте характеристику витаминам.
3. Изменения в полости рта при А, В1, В2, В6, В12, С, РР, Е гиповитаминозах
4. Дифференциальная диагностика гиповитаминозов.
5. Местное и общее лечение гиповитаминозов.

ЗАНЯТИЕ №19

1. ТЕМА: «ИЗМЕНЕНИЕ СОПР ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.»

2. *Цель занятия:* Изучить изменения СОПР при сахарном диабете, клинику и диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой, гистологические изменения слизистой оболочки.
3. *План занятия:* охарактеризовать элементы поражения при сахарном диабете, перечислить гистологические изменения при сахарном диабете, провести дифференциальную диагностику.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Изменение функции желез внутренней секреции вызывает выраженные нарушения метаболизма, трофические расстройства в тканях. Стоматологические проявления некоторых эндокринных расстройств имеют важное диагностическое значение, так как они часто опережают проявление общих клинических симптомов основного заболевания. Поэтому знание особенностей изменений СОПР при эндокринных расстройствах способствует выявлению ранних стадий заболевания, а также правильной оценке местных проявлений общей патологии и выбору методов лечения.

Сахарный диабет. В основе заболевания лежит нарушение углеводного обмена. В полости рта наблюдаются изменения, выраженность которых зависит от тяжести и длительности диабета. Наиболее характерными изменениями в полости рта являются ксеростомия, катаральный стоматит и глоссит, грибковый стоматит, микотическая заеда, парестезии СОПР, трофические расстройства, красный плоский лишай.

Ксеростомия (сухость в полости рта)— один из ранних симптомов, сахарного диабета. Развивается вследствие дегидратации. Нередко при этом отмечаются постоянная жажда, аппетит. СОПР становится слабо увлажненной или сухой, мутной, со значительным скоплением налета, часто гиперемированной.

Катаральный стоматит, глоссит возникают вследствие инфицирования, легкой ранимости, из-за резкого снижения барьерной функции СОПР и

неудовлетворительного ее очищения. Этому благоприятствует уменьшение слюноотделения. В местах незначительной механической травмы наблюдаются повреждения СОПР в виде кровоизлияний, иногда эрозий. Грибковый стоматит, микотическая заеда развиваются вследствие дисбактериоза на фоне резкого снижения сопротивляемости организма, уменьшения содержания в слюне многих ферментов, особенно таких, как лизоцим. Благоприятствует этому изменение кислотно-щелочного равновесия вследствие увеличения количества недоокисленных продуктов обмена (пировиноградная и молочная кислоты). Грибковые поражения различных отделов полости рта характеризуются постоянством. Особенно часто встречается микотическая заеда, при этом в углах рта появляются трещины, покрытые беловато-серыми корками.

Парестезии СОПР возникают наряду с сухостью ее. Чувство жжения СОПР нередко сочетается с зудом кожи в области гениталий и других ее участков. Поражения нервной системы проявляются невритом и невралгией тройничного нерва. Может снижаться вкусовая чувствительность к сладкому, соленому, кислому. Нарушение вкусовой чувствительности имеет функциональный характер и после проведенного лечения нормализуется.

Трофически расстройства СОПР характеризуются возникновением трофических язв, которым свойственно длительное течение с замедленной регенерацией. Снижение регенераторных свойств СОПР обусловлено нарушением окислительно-восстановительных процессов. Описанные изменения СОПР не имеют специфических особенностей, характерных для диабета. Поэтому в диагностике важное значение имеют анамнез, общее обследование больного, включая лабораторные исследования. При диабете отмечается увеличение содержания сахара в крови и появление его в моче.

Сахарный диабет возникает при инсулиновой недостаточности в организме, что связано с рядом причин: а) недостаточная выработка и выделение инсулина при заболевании поджелудочной железы; б) повышенная потребность в инсулине при некоторых заболеваниях гипофиза, надпочечников и др.; в) повышенное разрушение инсулина ферментом печени — инсулиназой.

В некоторых семьях сахарный диабет встречается на протяжении ряда поколений. Поэтому члены семьи больного сахарным диабетом должны подвергаться обследованию с целью выявления возможного явного или скрытого диабета и своевременного начала лечения. Особое внимание следует уделять лечению женщин, болеющих сахарным диабетом, в период беременности.

Легкая форма болезни встречается чаще у пожилых и тучных людей и сравнительно легко поддается лечению, если больные соблюдают назначенную диету. При сахарном диабете средней тяжести для усвоения пищи, соответствующей потребностям организма, систематически назначают инсулин.

Особого внимания требует тяжелая форма сахарного диабета, при которой углеводы, принимаемые с пищей, как правило, выделяются с мочой в виде

сахара. В этих случаях для усвоения пищи приходится ежедневно вводить большие дозы инсулина. При тяжелом течении сахарного диабета у больных в крови повышается количество продуктов неполного распада жиров — кетоновых тел.

Эти вещества выделяются с мочой и с выдыхаемым воздухом; они оказывают на организм отравляющее действие (потеря аппетита, головные боли, нарастающая слабость), что и может повести к развитию диабетической комы.

При отсутствии лечения состояние больного быстро ухудшается и возникают различные осложнения (поражение кровеносных сосудов, сердца, мозга, конечностей, заболевание почек, глаз с нарушением зрения, развитие диабетического полиневрита, невралгии), часто возникает воспаление желчного пузыря и печени (холецисто-гепатиты).

Лечение больного стоматолог проводит совместно с эндокринологом. При выраженных изменениях в полости рта с учетом их проявления назначают симптоматическое лечение: фунгистатические препараты — при грибковых поражениях (декамин, дифлюкан, леворин, нистатин и др.), средства, улучшающие трофику и регенерацию, — при трофических язвах, (сангвиритрин, камиллозан, лютеинуриновую эмульсию, витамины группы В, Виталонг, кокарбоксылазу), средства, улучшающие углеводный обмен, и корректоры метаболического ацидоза (намацит).

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органограмм по теме: «ИЗМЕНЕНИЕ СОПР ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.»

1. Рыбий скелет

2. Кластер

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача №1

Больная В, 40 лет, обратилась с жалобами на необычный вид десны, увеличение языка и губ. Объективно : в полости рта множественный кариес преимущественно в прешеечной области, слизистая оболочка десен блестящая, набухшая, разросшаяся, но без признаков воспаления. СОПР бледная, пастозная. Язык уплотнен, утолщен, губы увеличены, пастозные, при пальпации безболезненные. Больная вяло реагирует на окружающих, голос сиплый. Из анамнеза выявлено нарушения функции щитовидной железы.

1. Поставьте предварительный диагноз. Ответ: Тиреотоксикоз.

2. Ваша тактика. Ответ: Направление больного к эндокринологу.

Ситуационная задача №2

Больной 52 лет с декомпенсированным сахарным диабетом жалуется на снижение вкусовой чувствительности к сладкому, соленому, кислому.

При объективном осмотре при сахарном диабете определяется воспаление краевого пародонта. Отмечаются катаральные изменения и отек десневых сосочков, с образованием патологических зубодесневых карманов глубиной

более 5 мм, наблюдается разрастание грануляционной ткани и деструкция альвеолярной кости, часто процесс абсцедирует.

1. Какое заболевание СОПР часто развивается при сахарном диабете как осложнение. Ответ: кандидоз.

2. Тактика стоматолога. Ответ: Больным сахарным диабетом необходимо регулярно проводить санацию полости рта, в связи с чем они должны находиться на диспансерном учете у стоматолога.

Ситуационная задача №3

Больной 63 лет жалуется на вспыльчивость, раздражительность, легкую возбудимость, повышенную суетливость, торопливость, рассеянность, снижение

памяти, нарушен сон, который становится беспокойным, с множеством сновидений. Трудоспособность снижена в связи с появлением мышечной слабости, быстрой утомляемости, дрожания рук и всего тела. Сердцебиение резко усиливается при физической нагрузке. Одышка, потливость, субфебрильная температура, повышение аппетита, поносы, жажда, значительное похудание, экзофтальм.

При внешнем осмотре определяется увеличение щитовидной железы. Щитовидная железа мягкая или умеренно плотная, подвижная, не спаяна с окружающими тканями. При ощупывании щитовидной железы удается обнаружить пульсацию ее сосудов.

1. Поставьте предварительный диагноз.

Ответ: Тиреотоксикоз

2. Какие изменения могут быть у больного со стороны ЖКТ.

Ответ: Изменения желудочно-кишечного тракта сводятся главным образом к повышению моторной его функции; отмечаются поносы, рвота, а иногда и приступы болей в животе.

Ситуационная задача №4

Больной 37 лет, жалобы: на подвижность зубов запах изо рта гноетечение из десен. Страдает тяжелой формой сахарного диабета.

1. Проведите основные методы обследования

а. определение глубины патологического зубного кармана.*

б. подвижность зубов*

в. ЭКГ

г. флюорографию

2. Проведите дополнительные исследования.

а. панорамный рентген снимок*

б. проба на наличие гноя*

в. определение индексов*

г. опрос больного

3. Поставьте диагноз

а. гингивит язвенный

- б. пародонтоз
- в. пародонтит средней степени*
- г. фиброматоз десен
- 4. укажите кратность диспансеризации.
 - а. 1 раз в год
 - б. 1 раз в 3 месяца
 - в. 1 раз в 6 месяцев*

Тесты:

1 К эндокринным заболеваниям не относится:

- А болезнь Вакеза*
- Б сахарный диабет
- В болезнь Иценко-Кушинга
- Г болезнь Аддисона
- Д микседема

2 К цитологическим методам относится:

- А мазок – отпечаток*
- Б люминесцентный
- В функциональный
- Г томография
- Д проба Олдрича

3 Гингивит беременных связывают с

- А перестройкой гормонального баланса*
- Б нарушением липидного обмена
- В перестройка нервной системы
- Г нарушением функции плаценты
- Д нарушением общего состояния

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Местная обработка СОПР при сахарном диабете

Цель: Научить студента местной обработке СОПР при сахарном диабете

Показания: Диагностика заболеваний СОПР

Оснащение: Защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематические больные (волонтеры), инструменты для осмотра полости рта.

Выполняемые шаги:

№	Мануальный навык	Не выполнил шаг	Шаги выполнены полностью
1.	Надевание защитных очков, резиновых перчаток, масок	0	20
2	Обезболивание пораженного участка	0	20
3.	Антисептическая обработка	0	20
4.	Ферментативная обработка	0	20
5.	Аппликация противовоспалительных кератопластических препаратов	0	20

Жами		100
------	--	-----

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Морфологические изменения слизистой оболочки у больных сахарным диабетом.
2. Клинические особенности СОПР при сахарном диабете.
3. Изменение сосудов при сахарном диабете.
4. Пародонтальный синдром при сахарном диабете.

Х Семестр

1. Тема: «Изменения слизистой оболочки полости рта желудочно-кишечных заболеваниях.»

2. Цель занятия: Изучить изменения СОПР при желудочно-кишечных заболеваниях, клинику и диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой, гистологические изменения слизистой оболочки.

3. План занятия: охарактеризовать элементы поражения желудочно-кишечных заболеваниях, перечислить и различать основные клинические изменения СОПР при желудочно-кишечных заболеваниях, проводить дифференциальную диагностику СОПР при желудочно-кишечных заболеваниях

Теоретическая часть

Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени часто сопровождаются изменениями в полости рта. Это объясняется морфофункциональным сходством слизистой оболочки рта и пищеварительного тракта.

Изменения языка. При болезнях желудочно-кишечного тракта наиболее изучено их влияние на состояние языка. Вид языка, по мнению многих исследователей, может иметь диагностическое значение и указывать на скрытую патологию желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто обнаруживается обложенность языка. Степень выраженности налета зависит от разных причин. Прежде всего имеет значение морфологическое строение языка. При нормальном состоянии или гипертрофии сосочков языка налет плотный, значительно выражен. При атрофии сосочков, наоборот, налет отсутствует или выражен слабо.

В появлении налета важная роль принадлежит нарушению нормального процесса ороговения и слущивания эпителия вследствие нервно-трофических расстройств. Кроме того, характер принимаемой пищи, ее консистенция, выраженность процессов самоочищения, состав микробной флоры и гигиена полости рта, несомненно, влияют на этот процесс.

Налет (обложенность) обычно обнаруживается при гастрите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, новообразованиях желудка и других заболеваниях. В период обострения язвенной болезни, гастрита, энтероколита он выражен более значительно и покрывает всю спинку языка или преимущественно задние его отделы. Цвет налета серовато-белый, но под действием пигментообразующих бактерий, пищи, лекарственных средств, а также при кровотечениях (при язвенной болезни и др.), он принимает другую окраску (желтый, бурый и др.).

Важно отметить, что в период ремиссии или в процессе лечения основного заболевания язык в различной степени очищается от налета и может принимать нормальный вид. Субъективными ощущениями налет на языке

обычно не сопровождается. Однако при наличии плотного налета больные испытывают чувство неловкости, притупление вкусовой чувствительности. Основу налета составляют увеличенные, ороговевшие нитевидные сосочки, остатки пищи, микроорганизмы, слущенные клетки эпителия.

Следует помнить, что обложенный язык наблюдается при многих инфекционных и других заболеваниях. Кроме того, небольшой налет, особенно утром, может наблюдаться у здоровых людей. Местного лечения в этих случаях не требуется. Необходимо выяснить причину его возникновения, санировать полость рта, дать рекомендации по правильной чистке зубов.

Вторым признаком желудочно-кишечных заболеваний служит отек языка. Такое состояние языка обычно не причиняет страданий больному и обнаруживается врачом при осмотре полости рта. При значительном отеке языка больные отмечают чувство неловкости, увеличение его размеров, иногда прикусывают язык. При осмотре на кончике, боковых поверхностях языка обнаруживаются отпечатки зубов.

Отечное состояние языка у больных с желудочно-кишечными заболеваниями подтверждается положительными результатами волдырной пробы Мак-Клюра - Олдрича, при этом время рассасывания волдыря укорочено до 10 - 12 мин (норма 40 - 45 мин). Нередко волдырная проба оказывается положительной у лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки без видимых нарушений рельефа слизистой оболочки языка и позволяет судить о наличии скрытого отека, что является важным диагностическим признаком на ранних стадиях заболевания.

Отек языка является патогномичным симптомом хронического поражения кишечника (колит, энтероколит) и определяется в 80 % случаев. Объясняют это состояние нарушением всасывательной способности кишечника и его барьерной функции. Кроме того, имеет значение нарушение водного баланса.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта значительные изменения наблюдаются в сосочковом аппарате языка. В зависимости от состояния сосочков языка некоторые авторы выделяют гиперпластический глоссит, при котором сосочки хорошо выражены, язык обложен плотным налетом и несколько увеличен в размере за счет отека. Такой язык наблюдается чаще у больных с гастритом при повышенной кислотности. У лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки возникает гипертрофия отдельных грибовидных сосочков языка, которые возвышаются над поверхностью окружающей ткани в виде ярко-красных образований.

Гипопластический глоссит характеризуется атрофией сосочков, отсутствием налета, размеры языка несколько меньше обычных. Атрофия сосочков иногда выражена очень резко, язык имеет вид «лакированного» с яркими пятнами и полосами, напоминая глоссит Меллера. Описанные виды изменений языка обнаруживаются при гастритах, язвенной болезни и гастроэнтеритах, заболеваниях желчевыводящих путей. Атрофия сосочков языка вызывает неприятные ощущения, жжение, покалывание, боль при еде. Патогенез этих нарушений объясняется, наряду с трофическими

расстройствами, нарушением усвояемости витаминов, разрушением их в кишечнике и снижением синтеза витаминов бв В2, РР и др.

Десквамация эпителия языка при заболеваниях желудочно-кишечного тракта встречается часто и бывает выражена по-разному. Обычно на спинке языка обнаруживаются яркие пятна различных размеров и формы, которые на фоне налета создают вид поверхностных язв. Подобные изменения возникают вследствие атрофии нитевидных сосочков или усиленной десквамации.

Очаговая десквамация ограниченных участков по средней линии языка в задней его трети имеет вид красных пятен на фоне обложенного языка. Такие изменения напоминают ромбический глоссит, но отличаются от ромбического и десквамативного (географического) языка тем, что появляются в период обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и исчезают в процессе лечения и в период ремиссии.

Очаговое слушивание эпителия языка может не сопровождаться неприятными ощущениями. Однако чаще такое состояние вызывает чувство жжения (не только в участках десквамации эпителия) в языке, боли при приеме горячей пищи, курении.

Парестезия языка (глоссалгия) часто сопровождает различные заболевания желудочно-кишечного тракта. Нередко чувство жжения, пощипывания может проявляться без видимых изменений языка (подробно см. Изменения слизистой оболочки рта при заболеваниях нервной системы).

Значительные нарушения вкусовой чувствительности наблюдаются при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Для определения вкусовой чувствительности языка широко используется метод функциональной мобильности рецепторов языка.

Вкусовые рецепторы языка выполняют воспринимающую функцию и являются эффекторным - концевым - звеном гастролингвального рефлекса. Известно, что количество рецепторов языка зависит от функционального состояния пищеварительного тракта. Максимальная их активность наблюдается натощак. После приема пищи происходит демобилизация вкусовых рецепторов (уровень мобильности вкусовых рецепторов снижается вдвое).

Язвенные поражения слизистой оболочки рта являются следствием трофических расстройств при желудочно-кишечных болезнях.

В этом отношении большое значение имеют клинические наблюдения, свидетельствующие о сочетании афтозного стоматита с заболеваниями толстого кишечника, а также экспериментальные исследования по его моделированию. При экспериментальном гастрите и энтероколите развивается преимущественно десквамативный, а затем эрозивно-язвенный глоссит. Раздражение толстого кишечника вызывает в полости рта афтоподобные изменения.

Изменение цвета слизистой оболочки рта также служит частым проявлением заболеваний желудочно-кишечного тракта. Отмечено, что цвет слизистой оболочки рта зависит от вида, давности и тяжести основного заболевания. Катаральный стоматит в виде участков гиперемии ярко-красного цвета или явления цианоза обнаруживаются при язвенной болезни желудка,

колите, энтероколите и других заболеваниях. Бледность слизистой оболочки рта отмечена у лиц с язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением.

В патогенезе описанных изменений слизистой оболочки рта (отек, парестезия, десквамация эпителия и др.) важное значение, наряду с рефлекторными и гуморальными механизмами, имеют гиповитаминоз, особенно витаминов группы В, повышение сосудисто-тканевой проницаемости. Эти положения подтверждаются биохимическими исследованиями, функциональными пробами. При этом повышается чувствительность к гистамину (резкий рост концентрации гистамина в сыворотке крови, особенно в остром периоде заболевания, с одновременным снижением активности гистаминазы, положительная кожная проба на гистамин), активность гиалуронидазы, нарушается витаминный баланс и др.

Важно отметить, что лечение основного заболевания приводит к исчезновению или уменьшению выраженности стоматологических проявлений и нормализации биохимических показателей.

Значительны изменения в полости рта при заболеваниях печени, желчевыводящих путей. При болезни Боткина, хроническом гепатите отмечены разнообразные изменения слизистой оболочки рта воспалительно-дистрофического характера: гиперемия, сухость, отек и десквамация эпителия слизистой оболочки, особенно выраженные в фазе нарастания желтухи (болезнь Боткина). Кроме того, характерны желтушность мягкого неба, дна полости рта, появление геморрагии, телеангиэктазий. Отмечены горечь, извращение вкуса (кислый, металлический привкус во рту), кровоточивость десен, явления гиперестезии твердых тканей зуба.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Сеть паука”.

Составление органайзеров по теме: «Изменения слизистой оболочки полости рта желудочно-кишечных заболеваниях.»

1. Кластер
2. Диаграмма «Почему»

Аналитическая часть

Тесты:

1 При гастрите с секреторной недостаточностью не рекомендуют применять:

А цельное молоко

Б соки

В кисломолочные продукты

Г углеводная диета

Д творог

2 При гипопластическом глоссите язык имеет вид:

А сосочки хорошо выражены, язык обложен плотным налетом, отечен

Б сосочки атрофированы, имеются яркие пятна и полосы

В сосочки атрофированы, ярко-красного цвета

Г уменьшен в размере, налет отсутствует

Д гипертрофия отдельных грибовидных сосочков

3 Проба Мак-Клора-Олдрича применяется для определения:

А отечного состояния языка

Б вкусовой чувствительности

В микробного пейзажа

Г активности лизоцима

Д Т- и В-лимфоцитов

4 Для эпителизации афт используют:

А кератопластики

Б ферменты

В антибиотики

Г гормоны

Д антисептики

5 При атрофии сосочков налет на языке:

А отсутствует или выражен слабо

Б ярко выражен

В присутствует в большом количестве

Г рыхлый, творожистый

Д плотный, темный

6 Гистаглобулин вводят:

А подкожно

Б внутримышечно

В внутривенно

Г внутриартериально

Д внутрикожно

7 Для эпителизации афт используют:

А каротолин

Б террилитин

В линкомицин

Г дексаметазон

Д фуруцилин

8 Наличие скрытого отека языка определяется:

А волдырной пробой Мак-Клора-Олдрича.

Б методом Кулаженко

В рентгенологическим методом

Г люминесцентной пробой

Д гистаминовой пробой

Ситуационная задача.

№1. Больная в., 30 лет, обратилась с жалобами на наличие очень болезненных афт на щеках, губах и языке, болезненный прием пищи. Из анамнеза выяснили, что подобные афты образуются весной и осенью. Объективно: на слизистой оболочки щек в области левых верхних 5 и 6 зубов, на боковых поверхностях языка, на слизистой нижней губы имеются единичные афты около 0.6 x 0.8, покрытые плотно сидящим фибринозным

налетом на фоне гиперемизированной слизистой оболочки, болезненные, мянкие при пальпации.

1. При желудочно-кишечной патологии образуются афты: а) покрытые фибринозным налетом; б) мясо-красного цвета; в) покрытые некротическим налетом; г) покрытые творожестым налетом; д) имеют гладкую блестящую поверхность.

2. Афты это: а) овальная эрозия, покрытая фибринозным налетом; б) дефект на все слои эпителия с дном и стенками; в) линейный дефект; г) ссохшийся эксудат; д) плотное образование.

3. Для общего лечения желудочно-кишечной патологии как средство неспецифической сенсibilизации используют: а) гистоглобин; б) ципролет; в) лидокаин; г) мепивокаин; д) анальгин.

№2. При профилактическом осмотре полости рта у пациента обнаружено на спинке языка яркие пятна размером 0.3 x 0.5 см различной формы на фоне обложенного языка. Больной отмечает незначительное жжение. Со слов больного, эти проявления значительно ослабевают при лечении основного заболевания – язвы 12-перстной кишки.

1. Поставить предварительный диагноз: а) десквамативный глоссит; б) волосатый язык; в) ромбовидный глоссит; г) складчатый язык; д) микроглоссия.

2. Лечение должно быть: а) комплексное; б) общее; в) местное; г) физиотерапия; д) лечение не требуется.

№3. Больная 45 лет обратилась с жалобами на обложенность языка, серовато-белый налет и на слизистой щек на уровне смыкания зубов имеются отпечатки зубов. На спинке и задней поверхности языка имеется серо-бурый налет. Налет отделяется, имеет специфический запах.

1. Поставьте предварительный диагноз (изменения языка при гастрите, энтероколите).

2. Проведите обследование пациента (обследование желудочно-кишечной патологии).

3. Отечное состояние языка подтверждается. (волдырной пробой Мак-Клоре-Олдреча).

Практическая часть

Мануальный навык: «Методы обследования больного с заболеваниями СОПР.»

Цель: Научить студента методам обследования больного с заболеваниями СОПР.

Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтер), инструменты для осмотра полости рта

Мануальный навык Методы обследования больного с заболеваниями СОПР.

№	Выполняемые шаги.	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надеть средства защиты	0	20

2	Провести внешний осмотр больного	0	20
3.	Провести осмотр преддверия полости рта (при сомкнутых челюстях)	0	20
4.	Произвести осмотр собственно полости рта	0	20
5.	Произвести пальпацию слюнных желез	0	20
	Итого:	0	100

Контрольные вопросы

1. Клиника СОПР при желудочно-кишечной патологии.
2. Дифференциальная диагностика изменений СОПР при заболеваниях желудочно-кишечной патологии.
3. Лечение изменений СОПР при заболеваниях желудочно-кишечной патологии.
4. Профилактика изменений СОПР при заболеваниях желудочно-кишечной патологии.

Занятие №2

1. Тема: «Изменения слизистой оболочки полости рта при сердечно-сосудистых заболеваниях.»

2. Цель занятия: Изучить изменения СОПР при сердечно-сосудистых заболеваниях, клинику и диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой, гистологические изменения слизистой оболочки.

3. План занятия: охарактеризовать элементы поражения сердечно-сосудистых заболеваниях, перечислить и различать основные клинические изменения СОПР при сердечно-сосудистых заболеваниях, провести дифференциальную диагностику СОПР при сердечно-сосудистых заболеваниях

Теоретическая часть

Несмотря на значительную распространенность болезней сердечно-сосудистой системы, работ, посвященных изучению состояния слизистой оболочки рта в этих случаях, крайне мало. Несколько лучше изучены изменения околозубных тканей (пародонта). Как и при некоторых других общих заболеваниях организма, сердечно-сосудистые болезни не вызывают изменений, характерных только для этой группы больных, поэтому материал будет изложен по клиническим признакам поражения слизистой оболочки рта, а не по отдельным нозологиям сердечнососудистой системы.

Клиническая картина. При сердечно-сосудистой недостаточности, развивающейся вследствие ревматического порока сердца и гипертонической болезни, отмечен цианоз слизистой оболочки. Такое состояние может сочетаться с синюшностью красной каймы губ. Больные обычно не предъявляют жалоб или отмечают жжение, реже - боль при еде, сухость во рту.

У лиц с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с нарушением кровообращения II - III степени часто обнаруживаются тяжелые язвенно-некротические изменения слизистой оболочки рта, трофические язвы. Больные жалуются на одышку, слабость, отеки конечностей, затрудненный прием пищи, боль во рту, появление язв. В полости рта обычно определяется одна или несколько язв на различных участках слизистой оболочки (боковые

поверхности языка, слизистая оболочка щек, дна полости рта, неба и др.). Язвы имеют неровные края, дно покрыто серовато-белым некротическим налетом. Характерно отсутствие выраженной воспалительной реакции в окружающих тканях. Слюна становится вязкой, появляется неприятный запах изо рта.

Вследствие некротического распада тканей возможны тяжелые кровотечения. Возникновению трофических язв способствует травма, причиненная зубами, протезами, лекарственными веществами (например, таблетками валидола). Некоторые авторы проводят аналогию в таких случаях дистрофическими изменениями в полости рта и пролежнями, развивающимися на различных участках тела вследствие травмы, у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии декомпенсации. При микроскопическом исследовании участков язвы обнаруживается картина хронического воспалительного процесса с явлениями некроза тканей, изменением кровеносных сосудов и нервов. Возникновение язв рассматривается как результат трофических расстройств вследствие недостаточности кровообращения. В отличие от травматической язвы, у больных с сердечнососудистой и сердечно-легочной недостаточностью не происходит их заживление, несмотря на устранение травмирующего фактора и применение средств, стимулирующих эпителизацию. При длительном существовании трофических язв следует думать о возможном их перерождении.

У больных гипертонической болезнью и атеросклерозом нередко наблюдаются геморрагические пузыри на слизистой оболочке рта. Наиболее часто пузыри различных размеров локализуются на мягком небе, боковых поверхностях языка, щеках по линии смыкания. Пузырь возникает внезапно вследствие разрыва мелкого сосуда, часто во время еды, увеличивается в размерах, вскрывается с обнажением эрозии, покрытой беловатым налетом, располагающейся на фоне гиперемированной слизистой оболочки. Эпителизация эрозии наступает спонтанно через 3—7 дней, в зависимости от размеров.

В мазках-отпечатках определяются элементы периферической крови, акантолитических клеток нет. Симптом Никольского отрицательный.

Обнаруженные изменения были впервые описаны в 1965 г. под названием «гематома», а позднее и другими авторами. Их следует дифференцировать от доброкачественной неакантолитической пузырьчатки только слизистой оболочки рта, выделенной. Отличительным признаком служит наличие геморрагического содержимого пузырей.

Наиболее частую локализацию изменений на мягком небе, по-видимому, следует объяснить обильным кровоснабжением этой области, подвижностью мягкого неба и повышенной возможностью повреждения кровеносных сосудов у лиц среднего и пожилого возраста с патологией сердечно-сосудистой системы. При проведении дифференциального диагноза следует помнить также о пузырьчатке, ангиоме.

Трофическую язву дифференцируют от травматической язвы, некроза слизистой оболочки рта при заболеваниях крови, некоторых специфических процессов (туберкулез и др.).

Лечение. Важное значение имеет применение комплекса мероприятий, направленных на ликвидацию недостаточности кровообращения, и местной симптоматической терапии. Лечение таких больных имеет успех только при компенсации сердечно-сосудистых расстройств в условиях терапевтического стационара.

Местно необходимо проводить обработку полости рта антисептическими растворами, применять обезболивающие средства и препараты, ускоряющие эпителизацию (цигерол, прополис, масляный раствор витаминов А, Е, масло облепихи, шиповника, ферментные препараты и др.). При единичных язвах для повышения реактивной способности слизистой оболочки назначают инъекции новокаина, биостимуляторов (при отсутствии противопоказаний) под элементы поражения. Необходима щадящая диета, богатая питательными веществами и витаминами, тщательный уход за полостью рта.

У тяжелых, ослабленных больных могут развиваться явления гиповитаминоза и тяжелые грибковые поражения слизистой оболочки рта. Лечение такое же, как и при гиповитаминозах и грибковых поражениях у лиц без сердечнососудистых заболеваний (витамины, фунгистатические средства на очаг поражения и др.).

При лечении гематомы, или пузырьно-сосудистого синдрома, основное внимание должно быть уделено основному заболеванию. Это тем более важно, что появление геморрагических пузырей совпадает с повышением артериального давления, о котором больные не знают. О значительном изменении сосудов слизистой оболочки рта у таких больных свидетельствует обнаруженная нами резко положительная проба Кулаженко - снижение стойкости капилляров к вакууму. Для нормализации проницаемости сосудов больным назначают аскорбиновую кислоту, витамин Р и др. Эти препараты без лечения основного заболевания не предотвращают повторного появления геморрагических пузырей.

Необходима санация полости рта, включая протезирование. Местное лечение предусматривает также применение аппликаций антисептических средств (раствор хлорамина, хлоргексидина и др.) для предотвращения вторичного инфицирования. Кроме того, используют препараты, ускоряющие эпителизацию (масляный раствор витамина А, масло шиповника и др.).

В ряде случаев местное лечение необязательно, так как эпителизация эрозий наступает довольно быстро, спонтанно, иногда на 2 - 3-й день после возникновения (эрозии небольших размеров)

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры "Сеть паука".

Составление органайзеров на тему: «Изменения слизистой оболочки полости рта при сердечно-сосудистых заболеваниях.»

1. Кластер
2. «Почему»

Аналитическая часть

Ситуационные задачи №1.

Больная 25 лет жалуется на кровоточивость, синюшность десен, отечный аид. Анамнез: больная с врожденным пороком сердца. жалобы

невозможность чистить зубы. Чистка зубов болезненна. Объективно: больная пассивна, ослабленна. В полости рта слизистая щек, губ пастозна, слизистая десны в области верхних зубов гиперемирована и синюшным оттенком, отечна. При дотрагивании зондом кровоточит. На всех зубах имеется мягкий налет.

1. Какой общей патологией страдает пациентка. (сердечно - сосудистой)
2. Состояние гигиены полости рта оценивают с помощью индекса: а) Федорова-Володкина; б) РМА; в) Рамфьера; г) кератинизации; д) Сандлера и Сталя
3. При сердечно-сосудистой патологии лечение пародонта включают: а) общее лечение, санация, лечение пародонта; б) санация, лечение пародонта; в) общее лечение; г) физиотерапия; д) санация, физиотерапия.

Ситуационные задача №2

Больной обратился с жалобами на странный цвет языка. Со слов больного, он в течении 3-х лет принимает нитроглицерин под язык. Из анамнеза: при улучшении общего состояния больного отек и цвет языка нормализуется, при травмировании щек образуются язвы, которые длительно заживают. Объективно: отмечаются трещины в языке, гиперплазия нитевидных и гиповидных сосочков. Определяется отек языка в сочетании с изменением цвета. На слизистой щек обнаруживаются отпечатки зубов. Имеются зубы с кариесом и его осложнениями.

1. Какой общей патологией страдает больной. (сердечно-сосудистой)
2. Какой вид имеют трофические язвы. (неровные края, дно покрыто серовато-белесым некротическим налетом, воспалительная реакция не выражена)
3. Ваша тактика при лечении. (общее, санация полости рта)

Ситуационные задача №3

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной с жалобами на наличие пузырей и болезненных язвочек. Объективно: 37;36 зубы – кариес, 46 – пульпит, 47 – корень. На боковых поверхностях языка и слизистой щек по линии смыкания зубов имеются пузыри с геморрагическим содержанием размером 0.3x0.4 см, а также единичные эрозии, покрытые беловатым налетом на гиперемированном фоне слизистой оболочки имеется генерализованный пародонтит средней степени тяжести. В анамнезе – гипертоническая болезнь и атеросклероз.

1. Какой общей патологией страдает больной. (сердечно-сосудистой)
2. В мазках - отпечатках при сердечно-сосудистой патологии поверхности эрозии определяют. (Элементы периферической крови)

3. План лечения. (лечения основного заболевания, санация полости рта)

Тесты:

- 1 У больных с сердечно-сосудистой патологией как правило отмечается:
- А цианоз
 - Б язвы длительно не заживающие
 - В наличие акантолитических клеток в мазках - отпечатках
 - Г язвы быстро заживают без лечения
 - Д безболезненные кровоточащие язвы.
- 2 При гипертонической болезни геморрагический пузырь не имеет:
- А. акантолитические клетки
 - Б эритроциты
 - В лейкоциты
 - Г плазма крови
 - Д базофилы
- 3 Проницаемость сосудистой стенки определяют:
- А проба Кулаженко
 - Б проба Мак-Кенора-Олдрича
 - В сиалография
 - Г гистаминовая проба
 - Д люминисцентная диагностика
- 4 Для ускорения эпителизации используют:
- А кератопластики
 - Б ферменты
 - В антибиотики
 - Г гормоны
 - Д антисептики
- 5 Чаще геморрагические пузыри появляются на слизистой оболочки:
- А неба
 - Б щек
 - В губ
 - Г глотки
 - Д языка
- 6 Грибковые поражения СОПР лечат:
- А фунгистатическими средствами
 - Б гормонами
 - В цитостатиками
 - Г ферментами
 - Д антибиотиками
- 7 При гипертонической болезни геморрагический пузырь не имеет:
- А акантолитические пузыри
 - Б эритроциты
 - В лейкоциты
 - Г плазма крови

- Д базофилы
 8 Появление геморрагических пузырей совпадает:
 А повышением АД
 Б понижением АД
 В повышением темп.тела.
 Г увеличением лейкоцитов в крови.
 Д увеличением эритроцитов в крови

Практическая часть

Мануальный навык «Методы обследования СОПР у больного с заболеваниями ССс.»

Цель: Научить студента методам обследования СОПР у больного с заболеваниями ССС
Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

Мануальный навык : Методы обследования СОПР у больного с заболеваниями ССс.

№	Выполняемые шаги.	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен не полностью.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надеть средства защиты	0	10	20
2	Провести внешний осмотр больного	0	10	20
3.	Провести осмотр преддверия полости рта (при сомкнутых челюстях)	0	10	20
4.	Провести осмотр собственно полости рта(языка, щек, неба)	0	10	20
5.	Определить гиперемию, отек, цвет СОПР-бледность или цианотичность)	0	10	20
	Итого:	0	50	100

Контрольные вопросы

1. Клиника изменений СОПР при сердечно-сосудистой патологии.
2. Дифференциальная диагностика изменений СОПР при сердечно-сосудистой патологии.
3. Лечение изменений СОПР при сердечно-сосудистой патологии.
4. Профилактика. изменений СОПР при сердечно-сосудистой патологии.

Занятие №3

1. Тема: «Изменения слизистой оболочки полости рта при болезнях крови и кроветворных органов»

2. Цель занятия: Изучить изменения СОПР при болезнях крови и кроветворных органов, клинику и диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой, гистологические изменения слизистой оболочки.

3. План занятия: охарактеризовать элемент поражения СОПР при болезнях крови и кроветворных органов, перечислить и различать основные клинические изменения СОПР при СОПР при болезнях крови и кроветворных органов, проводить дифференциальную диагностику СОПР при болезнях крови и кроветворных органов.

Теоретическая часть

Болезни крови часто сопровождаются изменениями слизистой оболочки полости рта Мы наблюдали такие поражения у 82 из 152 больных

различными лейкозами: изменения в полости рта той или иной степени выраженности, в том или ином периоде заболевания наблюдаются у всех больных лейкозом.

Изменения слизистой оболочки рта особенно часто развиваются при острых лейкозах. При этом они могут быть первыми симптомами заболевания крови, которые замечает больной. В связи с этим стоматолог нередко первым сталкивается с такими больными и должен хорошо ориентироваться в этой патологии.

Лейкоз — злокачественное заболевание органов кроветворения, возникающее в результате прогрессирующей клеточной гиперплазии в кроветворных органах, когда процессы клеточного деления (пролиферации) преобладают над процессами созревания (дифференциации). В последующем патологические очаги кроветворения образуются в различных органах, в том числе и в слизистой оболочке полости рта.

Клетки крови при лейкозах анаплазируются, т.е. утрачивают нормальное морфологическое строение и физиологические функции и приобретают новые бластомные свойства. В зависимости от степени анаплазии опухолевых клеток крови и характера течения лейкозы делят на острые и хронические.

Следует отметить трудности диагностики лейкозов, в тех случаях когда изменения, даже выраженные, определяются только в полости рта. По данным Л. Т. Калугиной 270 больным острым лейкозом до поступления в клинику МОНИКИ в лечебных учреждениях Московской области были поставлены 49 различных диагнозов, причем некоторым больным разные врачи ставили 5—6, даже 8 промежуточных, «этапных» диагнозов. Так, диагноз «болезнь зубов» был поставлен 38 больным, периостит — 8, альвеолярная пиорея — 6, остеомиелит челюсти — 6, опухоль челюсти (саркома) — 2, у 16 больных удалены зубы, у 0 произведены разрез переходной складки и секвестротомия. Диагностические ошибки обусловлены тем, что начальный период изменений слизистой оболочки полости рта при лейкозах изучен недостаточно. Принято считать, что острый лейкоз начинается внезапно. Однако, как следует из данных литературы болезнь длительное время может протекать бессимптомно, проявляясь в виде воспалительного или дистрофического процесса, в том числе и в полости рта. Острый лейкоз — это форма болезни, при которой созревание лейкоцитов прекращается на самых ранних, бластных стадиях развития. Поражение слизистой оболочки полости рта наблюдается у 90,9% больных острым лейкозом.

По данным Ю. Н. Поповой из 87 больных острым лейкозом лишь у 8 не было изменений в полости рта, у 24 имелся некроз слизистой оболочки, у 29 — геморрагии, у 26 больных — сочетанные изменения в виде геморрагий и некроза.

В диагностике острого лейкоза важная роль принадлежит общим симптомам (недомогание, быстрая утомляемость, субфебрильная температура, кишечные, маточные, носовые кровотечения и др.). При осмотре отмечают бледность кожных покровов, бледность, пастозность, легкую ранимость и кровоточивость слизистой оболочки полости рта,

кровоизлияния на деснах, щеках (особенно по линии смыкания зубов), небе, языке. Гематомы и геморрагии могут наблюдаться как на слизистой оболочке, так и на коже.

Очень часто кровоточивость десен является первым клиническим признаком острого лейкоза. Десны при этом становятся рыхлыми, кровоточат, изъязвляются. Гиперплазия и инфильтрация десен лейкозными клетками бывает столь значительной, что коронки зубов почти полностью закрываются рыхлым, кровоточащим, местами изъязвленным валом, мешающим больному есть и разговаривать. Часто наблюдаются изъязвления и некрозы десен, особенно после удаления зубов. Нередко некрозы выявляются на миндалинах, в ретромолярной области и других отделах полости рта. Особенностью некротического процесса при остром лейкозе является его склонность к распространению на соседние участки слизистой оболочки. В результате могут возникать обширные язвы с неправильными контурами, покрытые серым некротическим налетом. Реактивные изменения вокруг язвы отсутствуют или выражены слабо.

При наличии некротических изменений в полости рта больные жалуются на резкую болезненность и затруднение при приеме пищи, глотании, гнилостный зловонный запах изо рта, общую слабость, головокружение, головную боль. В начале развития язвенно-некротических изменений может отмечаться гиперсаливация, а затем количество слюны уменьшается, что связывают с дистрофическими процессами в слюнных железах.

Ученые, наблюдавшие язвенно-некротическое поражение слизистой оболочки рта у 19 больных лейкозом, отмечают, что этот процесс локализовался преимущественно на миндалинах, деснах, щеках и начинался с геморрагического синдрома. У этих больных происходило набухание десен, они становились рыхлыми, сочными, на деснах, как и в других отделах полости рта, появлялись изъязвления. Образовавшиеся язвы по размеру не превышали 1—2-копеечную монету, были покрыты беловато-серым налетом, при удалении которого обнажалось кровоточащее дно. Зубы нередко расшатывались, их приходилось удалять, что обычно сопровождалось обильным и продолжительным кровотечением. Нередко при язвенно-некротическом процессе изменяется и язык: увеличивается и становится отечным, покрывается темно-бурым налетом, на нем также возникают язвенные дефекты. Длительное применение антибиотиков при лечении лейкозов приводит к образованию язвенно-некротических изменений и кандидозных поражений на слизистой оболочке. Кроме того, возможно появление у таких больных рецидивирующих афт.

Причины некротических процессов на слизистой оболочке рта при остром лейкозе окончательно не выяснены. Считают, что некрозы могут возникать в результате распада лейкоэмических инфильтратов, на участках обширных кровоизлияний, а также вследствие нервно-трофических расстройств в тканях и нарушения защитных сил организма.

Обычно язвенно-некротическое поражение слизистых оболочек у больных острым лейкозом развивается на месте крупных лейкоэмических инфильтратов

или кровоизлияний. Важным моментом, обуславливающим развитие некроза, является действие внешних факторов, особенно микробов. Лимфатические узлы при остром лейкозе увеличиваются незначительно — до 0,5—1 см, они мягкие, безболезненные. В некоторых случаях острый лейкоз может протекать с образованием выраженных специфических лейкоэмических инфильтратов в коже и слизистой оболочке полости рта.

В результате образования инфильтратов в деснах происходит резкая деформация десневого края, неба и др. Такое состояние нередко диагностируют как гипертрофический гингивит. Лейкемические инфильтраты могут изъязвляться, что нередко приводит к кровотечениям. Вначале появилась болезненная припухлость десен, затруднявшая жевание. Увеличиваясь, десневые сосочки надвигались на коронки зубов, нависая над ними и постепенно закрывая их, при этом наблюдалась сильная кровоточивость десен. Такое поражение десен обычно держится стойко и с трудом поддается лечению даже при совместном ведении больного гематологом и стоматологом.

Гистологически определяют некрозы слизистой оболочки полости рта разной глубины — от гибели только поверхностных слоев эпителия до обширных поражений с вовлечением всей толщи эпителия, собственно слизистой оболочки и даже подслизистого слоя. Окружающие участки некроза ткани инфильтрированы лимфатическими, плазматическими, ретикулярными и другими клетками. На некоторых участках мощные клеточные инфильтраты как бы замещают соединительную ткань. Наблюдаются выраженное полнокровие сосудов, а также изменения в костной ткани в виде резорбции межзубных перегородок. Выраженность резорбции зависит не от давности процесса, а от его интенсивности и сопротивляемости организма.

Проявления острого лейкоза на слизистой оболочке следует дифференцировать от гипертрофического гингивита другой этиологии, язвенно-некротического стоматита Венсана, гиповитаминоза С, интоксикации солями тяжелых металлов и пр. Решающим в диагностике лейкозов являются результаты исследования крови.

Для лечения острого лейкоза применяют цитостатики, кортикостероиды, антибиотики широкого спектра действия. При этом следует иметь в виду, что цитостатики могут вызвать осложнение в виде эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки рта.

Местная терапия состоит в регулярной обработке полости рта антисептическими и обезболивающими веществами.

Ю. П. Попова рекомендует перед едой обрабатывать полость рта 0,5—1% раствором перекиси водорода или 0,5% раствором хлорамина, после чего в течение 10 мин проводить ванночки с 1% раствором новокаина на 2,5% растворе гексаметилентетрамина.

Хронические лейкозы отличаются от острых относительно более благоприятным и длительным течением. При хронических лейкозах слизистая оболочка рта поражается реже, чем при острых формах. По данным Ю. Н. Поповой, наблюдавшей 128 больных с хроническими формами

лейкоза, изменения в полости рта наблюдались у 42% больных, при этом некротические процессы имелись у 14 человек, геморрагии — у 27 и сочетанные изменения — у 13.

Хронические лейкозы в зависимости от характера поражения кроветворных органов делят на миелопролиферативные (миелолейкозы) и лимфопрлиферативные (лимфолейкозы) формы. Хронический миелолейкоз проходит две стадии: доброкачественную, продолжающуюся несколько лет, и злокачественную (терминальную), которая длится 3—6 мес. Первая стадия чаще начинается без выраженных клинических симптомов, затем появляется нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом до промиелоцитов и единичных бластных клеток. Во второй стадии и в первой во время бластных кризов в крови много бластных форм (миелобласты, гемоцитобласты), отмечается быстрый рост количества лейкоцитов в крови. По мере прогрессирования лейкоза развивается анемия, тромбоцитопения, сопровождающаяся геморрагиями.

Хронический лимфолейкоз развивается обычно у лиц среднего и пожилого возраста, характеризуется длительным доброкачественным течением и значительным увеличением количества лейкоцитов в крови (среди них преобладают лимфоциты). Лейкозные лимфоцитарные инфильтраты локализуются в костном мозге, лимфатических узлах, селезенке, печени.

Начальный период хронических лейкозов часто протекает незаметно для больного. Единственной жалобой может быть увеличение лимфатических узлов. Возникающие у ряда больных в период обострения изменения слизистой оболочки полости рта имеют характер геморрагий, язвенно-некротических поражений и опухолевых разрастаний. Специфические поражения слизистой оболочки полости рта в виде инфильтратов и узлов наблюдаются у 3,22% больных хроническим лимфолейкозом. Образующиеся узелки и узлы имеют тестоватую консистенцию, подвижны, синюшной окраски, возвышаются над окружающей слизистой оболочкой. Процесс на слизистой оболочке может развиваться самостоятельно или распространиться с прилегающих участков кожного покрова. При этом небо, язык, миндалины поражаются обычно самостоятельно. Развивается такой процесс медленно.

Гистологически определяются отек подслизистого слоя, умеренное его полнокровие, инфильтрация лимфоидными клетками. Может быть некроз слизистой оболочки. При этой форме имеется гиперплазия лимфоидного аппарата полости рта, полнокровие сосудов подслизистого слоя, редкие кровоизлияния.

Агранулоцитоз — синдром, характеризующийся значительным уменьшением количества или отсутствием нейтрофильных гранулоцитов в периферической крови. По механизму возникновения агранулоцитоз может быть миелотоксическим и иммунным. Миелотоксический агранулоцитоз возникает при подавлении роста предстадий гранулоцитов в костном мозге в результате воздействия на организм ионизирующей радиации, химических соединений, обладающих цитостатическими свойствами (бензол, противоопухолевые препараты). Иммунный

агранулоцитоз развивается в результате ускоренной гибели гранулоцитов под влиянием антилейкоцитарных антител. Из лекарственных препаратов агранулоцитоз могут вызвать амидопирин, бутадион, фенацетин, анальгин, барбамил, сульфаниламиды, стрептомицин, ПАСК, цитостатики и др. Особое место занимает агранулоцитоз при системных поражениях кроветворного аппарата.

Агранулоцитоз, как правило, первично проявляется изменениями в полости рта, что заставляет больного в начале заболевания обращаться к стоматологу. Изменения слизистой оболочки полости рта и глотки встречаются у 65,4% больных агранулоцитозом токсического происхождения и у 91,3% больных иммунным агранулоцитозом.

Миелотоксический агранулоцитоз развивается исподволь. Начало иммунного медикаментозного агранулоцитоза острое. Болезнь начинается с подъема температуры тела, появления болей при глотании, запаха изо рта, кровоточивости десен. Отмечаются геморрагии, образуются очаги некроза слизистой оболочки полости рта, особенно часто на миндалинах. Язвенно-некротический процесс может распространяться на пищевод. Нередко некротический процесс на слизистой оболочке сочетается с кандидозом. Лимфатические узлы увеличены.

Гистологически выявляют очаги некроза, начинающегося на поверхности слизистой оболочки и распространяющегося вглубь вплоть до мышечного слоя и кости. Некрозы носят ареактивный характер, так как отсутствует или резко ослаблена клеточная реакция, что обусловлено отсутствием гранулоцитов. Редко бывает выраженной сосудистой реакцией. Пунктат костного мозга беден клеточными элементами, отсутствуют зрелые нейтрофилы, много лимфоцитов. В подчелюстных лимфатических узлах определяют очаги гиперемии и кровоизлияния, иногда с участками некроза.

Дифференциальную диагностику следует проводить с язвенно-некротическим стоматитом Венсана, другими болезнями крови. Диагноз ставят на основании анамнеза, клинической картины, результатов исследования периферической крови и пунктата костного мозга.

Общее лечение проводят под наблюдением терапевта и гематолога, в первую очередь предусматривают переливание крови, устранение этиологического факта и др. Местное лечение включает антисептическую обработку полости рта, обезболивание, назначение препаратов, стимулирующих эпителизацию. Тромбоцитопеническая пурпура (син.: болезнь Верльгофа) связана с нарушением созревания мегакариоцитов и слабой способностью их продуцировать тромбоциты. Заболевание характеризуется значительным снижением количества тромбоцитов в периферической крови. Клинически различают острую и хроническую рецидивирующую формы течения хронической болезни Верльгофа.

Симптоматическую тромбоцитопению наблюдают не только при болезни Верльгофа, этиология которой неизвестна, но и при аллергических состояниях, инфекционных заболеваниях, лучевой болезни, медикаментозных интоксикациях и др.

Основным клиническим симптомом заболевания являются кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки, а также кровотечения из носа, десен и др., возникающие спонтанно или под влиянием незначительной травмы. Наблюдаются кровоизлияния в серозные оболочки, сетчатку и другие отделы глаза, головной мозг. В результате значительных кровопотерь может развиваться постгеморрагическая анемия.

Характерным признаком заболевания является тромбоцитопения. В период ремиссии количество тромбоцитов увеличивается, но, как правило, не достигает нормы. Уменьшение количества тромбоцитов приводит к увеличению времени кровотечения до 10 мин и более (в норме 3—4 мин). Симптом жгута (Копчаловского—Румпеля—Леёде) резко положительный. Острые формы, встречающиеся реже, протекают с высокой температурой тела и профузными кровотечениями, в том числе почечными.

При тромбоцитопении следует соблюдать осторожность при стоматологических и других вмешательствах. Их следует проводить в условиях стационара после соответствующей подготовки.

Эритремия (сип.: полицитемия, болезнь Вакеза) — заболевание кроветворного аппарата, характеризующееся увеличением количества эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови наряду с увеличением всей массы крови. Эритремия возникает преимущественно в возрасте 40—60 лет, чаще у мужчин. Заболевание начинается незаметно для больного. Изменяется цвет кожи и слизистых оболочек, которые приобретают темно-вишневую окраску, что обусловлено повышенным содержанием в капиллярах восстановленного гемоглобина. Часто наблюдается кровоточивость десен. Возможны парестезии в области слизистых оболочек полости рта в связи с повышением кровенаполнения сосудов и нейрососудистыми расстройствами.

Диагноз ставят на основании резкого увеличения количества эритроцитов. Обычно одновременно повышается уровень гемоглобина и увеличивается вязкость крови.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры «Круглый стол».

Составление оргайзеров на тему: «Изменения слизистой оболочки полости рта при болезнях крови и кроветворных органов»

1. Категориальная таблица
2. «Рыбий скелет»

Аналитическая часть

Ситуационные задачи №1.

Пациент обратился жалобой на сильные боли в области десен, болезненный приём пищи, кровоточивость из десен, слабость, вялость.

Об-но: цвет кожи пациента землисто серого цвета, слизистая десны гиперемирована, по краю десны имеется некротический еалет серого цвета, десна кровоточит. На зубах мягкий налет.

1. Для подтверждения диагноза лейкоз в крови должны обнаруживаться: а) лейкозные бластные клетки; б) эритроциты; в) эозинофилы; г) тромбоциты; д) палочко-ядерные лейкоциты
2. Для общего лечения лейкоза применяют: а) цитостатики; б) антибиотики; в) стимуляторы; г) физиотерапию; д) нестероидные противовоспалительные препараты.
3. При гиперпластическом синдроме не обнаруживается: а) болезненное увеличение лимфатических узлов. б) безболезненное увеличение лимфатических узлов в) гиперплазия десны г) увеличение селезенки; д) увеличение миндалин.

Ситуационные задача №2

Больной жалуется на наличие болезненных язвочек на губах, языке и слизистой щек. Не приятный запах изо рта. Общее состояние: слабость, вялость, температура тела 38,8 с. Об-но: состояние больного средней тяжести, в полости рта на слизистой оболочки губ, на боковых поверхностях языка и слизистой щек имеются язвенно-некротические язвы, покрытые некротическим налетом, резко болезненные с запахом характерным для некротического поражения. Из анамнеза-общее заболевание – агранулоцитоз.

1. При агранулоцитозе состав крови : а) количество лейкоцитов резко уменьшается; б) количество лейкоцитов резко увеличивается; в) увеличение количество тромбоцитов; г) повышение свертываемости крови; д) увеличение вязкости крови.
2. При лечении слизистой оболочки рта при агранулоцитозе следует применять: а) антисептики; б) антибиотики; в) прижигающие средства; г) биостимуляторы; д) кварцевое облучение.
3. При подозрении на наличие заболевание крови больного следует направить а) гематологу; б) кардиологу; в) невропатологу; г) иммунологу; д) стоматологу

Ситуационные задача №3

. Больная обратилась с жалобами на спонтанные кровотечения из десен и др. участков СОПР, сильные кровотечения после малейших травм. В анамнезе у больной болезнь Верльгофа (идиопатическая тромбоцитопения).

1. При болезни Верльгофа в крови наблюдается: а) резкое снижение количество тромбоцитов; б) увеличение количества тромбоцитов; в) уменьшения лейкоцитов; г) увеличение лейкоцитов; д) наличие юных форм лейкоцитов
2. при болезни Верльгофа наблюдается: а) положительный сиптом жгута; б) укорочение времени кровотечения; в) быстрое образование кровяного сгустка; г) отсутствие кровотечений; д) положительная гистаминовая проба.
3. При лечении болезни Верльгофа не назначают: а) физиопроцедуры; б) переливание крови; в) вливание плазмы; г) тромбоцитарную массу; д) кортикостероиды.

Тесты:

- 1 Признаки железодефицитной анемии:

- А .извращение вкуса
- б. афты на языке
- в. жжение языка
- г. кровоизлияния на слизистой
- д. отечность мягкого неба

2 Постоянным признаком в полости рта при постгеморрагической анемии является:

- А .отпечатки зубов на щеках по линии смыкания их
- Б .афтозные высыпания на языке
- в. эрозии полигональной формы
- г. яркая гиперемия слизистой оболочки
- д. нет правильного ответа

3 Характерный вид слизистой оболочки – бледный, с серовато-зеленым оттенком – характерен для:

- А. ювенильного хлороза
- Б . пернициозной анемии Аддисона-Бирмера
- В . эссенциальной железодефицитной анемии
- Г . острый лейкоз
- Д . хронический миелолейкоз

4 Классическим синдромом пернициозной анемии является:

- А лоссит Гунтера
- Б .«малиновый» язык
- в. афтозные поражения глаз
- г. синдром Мелькерсона-Розенталя
- Д . все ответы верны.

5 Симптомы глоссита Гунтера:

- А. афты в области уздечки языка
- б. ярка-красные участки воспаления
- в. афты на языке
- г. отпечатки зубов на языке
- д. гиперплазия сосочков языка

6 Исключите симптомы, не встречающиеся при остром лейкозе:

- А. инфильтрация десен
- Б .атрофия языка
- в. лакированный язык
- г.гиперпластические изменения губ
- Д .отторжение слизистой десен

7. Какие препараты применяются для орошения полости рта при агранулоцитозе:

- А. 0.02% фурациллин
- б. 0.1% этакридин лактат
- в. 70% спирт
- г. вяжущие средства
- д. антибиотики

8 Характерный признак, наблюдающийся в полости рта при фолиево-дефицитной анемии:

А. отпечатки зубов на языке и СОПР

Б .лакированный язык

в. афты на языке

г. множественный кариес

д. отсутствие налета на языке

Практическая часть

Мануальный навык: **Реставрация эрозии твердых тканей композиционными пломбировочными материалами.**

Цель: Реставрация эрозивного дефекта.

Показание: Восстановление формы и цвета зуба.

Оснащение: Стоматологическое оборудование, инструментарий, стеклоиономеры, композиционные пломбировочные материалы светового отверждения, фотополимеризатор, инструменты для финишной обработки.

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1. Препарирование эрозивной поверхности.	0	20		
2. Филирование краев полости (фальц), создание ретенционных пунктов.	0	20		
3. Выбор цвета композиционного пломбировочного материала.	0	10		
4. Нанесение кондиционера на 20 сек., промывка.	0	10		
5. Послойное нанесение композиционного пломбировочного материала, освечивание галогеновой лампой	0	20		
6. Финишная обработка пломбы.	0	20		
Итого:	0	100		

Контрольные вопросы

1. Клиника изменений СОПР при болезнях крови и кроветворных органов.
2. Дифференциальная диагностика изменений СОПР при болезнях крови и кроветворных органов.
3. Лечение изменений СОПР при болезнях крови и кроветворных органов.
4. Профилактика изменений СОПР при болезнях крови и кроветворных органов.

ЗАНЯТИЕ №4

1. ТЕМА: *Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях нервной системы. Изменения вкуса. Гипер- и гипосаливация.*

2. Цель занятия: Изучить изменения СОПР при нервных расстройствах, клинику и диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой, гистологические изменения слизистой оболочки.

3. План занятия: научиться характеризовать элементы поражения при нервных расстройствах, перечислить гистологические изменения при нервных расстройствах, проводить дифференциальную диагностику, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элемент поражения, аппликацию кератопластических средств на элемент поражения.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Этот раздел включает в себя повреждения СОПР, развивающиеся под воздействием нервных факторов, как стресс и депрессия, психические заболевания.

Нарушение вкуса

Нарушение вкуса (*dysgeusia*), или расстройство вкусовой чувствительности, может проявляться в его полной потере, понижении, повышении и извращении. Это касается всех видов вкусовой чувствительности (к сладкому, соленому, кислому, горькому) или только некоторых из них. Нарушение вкуса может возникнуть при травмах, поражениях слизистой оболочки рта, авитаминозах, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, периферических нервов, центральной нервной системы, при неврозах.

Вкусовые луковицы располагаются главным образом в слизистой оболочке языка, поэтому любой процесс (вирусные инфекции, аллергические глосситы, многоформная экссудативная эритема, лучевое поражение, авитаминозы А и В, синдром Шегрена), сопровождающийся усиленным слущиванием или временной потерей эпителия на языке, может привести к понижению или потере вкуса. В таких случаях вкусовая чувствительность восстанавливается по мере регенерации сосочков языка. При сильной обложенности и обширных поражениях языка лейкоплакией вкус также нередко понижается, что связано с затрудненным доступом вкусовых веществ к вкусовым луковицам.

Чувство кислого может возникать у больных с явлениями гальванизма. К появлению неприятного вкуса в полости рта, могут привести гингивиты, пародонтиты, хронические тонзиллиты, периодонтиты. Это ложное извращение вкуса, так как вкусовая чувствительность не меняется, а возникает источник вкуса в полости рта. Чувство горького, кислого может появляться при гепатохолециститах, гастритах.

Одностороннее нарушение вкуса на передних двух третях языка свидетельствует о поражении периферического нерва — барабанной струны, язычного, лицевого нервов. Вкусовые волокна почти на всем своем протяжении идут рядом с другими нервными волокнами, поэтому одновременно с поражением периферических вкусовых нервов обычно нарушаются другие виды иннервации, что позволяет определить место поражения (например, при поражении язычного нерва нарушаются все виды поверхностной чувствительности языка). Крайне редко приходится наблюдать изолированное

поражение барабанной струны, сопровождаемое понижением или извращением вкуса, например при хронических отитах, эпитимпанитах. Нарушение вкуса на задней трети языка, мягком небе свидетельствует о поражении языкоглоточного нерва.

Полное двустороннее, реже одностороннее, выпадение вкусовой чувствительности возникает при органических поражениях центральной нервной системы (опухолях мозга, нейросифилисе). Извращение вкуса или его потеря нередки при истерии.

Лечение. В зависимости от причины нарушения вкуса лечение проводит стоматолог или врачи других специальностей — невропатолог, терапевт.

Нарушение саливации

Различают два вида нарушения слюноотделения: гиперсаливацию (увеличение слюноотделения) и гипосаливацию (уменьшение слюноотделения) с ее крайней степенью - ксеростомией (сухость полости рта).

Гиперсаливация.

Это нарушение не влияет на состояние слизистой оболочки рта и в умеренных пределах не замечается больными.

Острые воспалительные процессы слизистой оболочки рта сопровождаются безусловно-рефлекторным увеличением выделения слюны из-за резкого раздражения слизистой оболочки, что следует признать положительной защитной реакцией организма. Гиперсаливация может возникнуть как следствие непосредственного раздражения секреторных клеток слюнных желез ртутью, йодом при попадании этих веществ в организм.

Длительная резкая гиперсаливация (увеличение количества слюны в 2 - 3 раза) наблюдается при некоторых органических поражениях вегетативных центров — паркинсонизме, псевдобульбарном параличе, постинсультной гемиплегии.

При паркинсонизме гиперсаливация может сочетаться с нарушением глотания. Это приводит к истечению слюны из полости рта, постоянному сплевыванию.

Повышение тонуса блуждающего нерва (ваготония) различной этиологии, глистная инвазия также приводят к увеличению слюноотделения.

Нередко стоматологу приходится иметь дело с ложной гиперсаливацией, когда больные жалуются на обильное выделение слюны, а при объективном исследовании это не подтверждается. Такое явление встречается при неврозе, сопровождаемом навязчивыми состояниями, а также при нарушении акта глотания в случае органических поражений центральной нервной системы. Больные с гиперсаливацией, помимо стоматолога, должны по показаниям обследоваться невропатологом и терапевтом.

Гиперсаливация при острых воспалительных процессах в полости рта - явление защитное и в лечении не нуждается. Лечение при гиперсаливации другой этиологии должно быть направлено на устранение основного заболевания, вызвавшего это состояние.

Временного снижения выделения слюны можно добиться путем применения препаратов атропина.

Гипосаливация.

Гипосаливация и, особенно, ее крайнее проявление - ксеростомия вызывают у больных ощущение сухости в полости рта, затруднение при приеме пищи и разговоре, боль от острой и твердой пищи, чувство жжения, шероховатости слизистой оболочки. Гипосаливация часто сочетается с сухостью других слизистых оболочек, кожи.

Объективно слизистая оболочка слабо увлажнена или сухая, матовая. Слюны мало, она пенистая или вовсе отсутствует. Активный рост микрофлоры из-за исключения защитного действия слюны приводит к воспалению слизистой оболочки, травмам при приеме пищи, возникновению эрозий, язв. У больных с длительной гипосаливацией увеличивается зубной налет, возникает множественный кариес зубов.

Слюноотделение понижается в пожилом и старческом возрасте, при диабете, коллагенозах, лучевом поражении, гипо- и авитаминозах А, В, Е, гипосидерозе (синдром Пламмера - Винсона), после хирургического удаления больших слюнных желез при двустороннем хроническом паротите. Наиболее выраженная сухость полости рта бывает у больных с синдромом Шегрена. Повышение тонуса симпатической нервной системы также может приводить к гипосаливации, например при гипертиреозе, в климактерическом периоде, при невротических состояниях. Как временное явление ксеростомия может возникать при острых инфекционных заболеваниях и при отравлении (ботулизм), после приема некоторых лекарственных средств (например, атропина).

Синдром патологического прикуса также нередко сопровождается понижением слюноотделения.

У людей с нарушенным носовым дыханием (полипы, искривление носовой перегородки), вынужденных постоянно дышать ртом, сухость в полости рта обычно обусловлена не понижением слюноотделения, а усиленным испарением жидкости из полости рта (ложная гипосаливация). Сухость в полости рта только ночью может быть следствием сна с открытым ртом из-за слабости мышц, поднимающих нижнюю челюсть, что бывает чаще в пожилом возрасте. Если причина гипосаливации выявлена, лечение заключается в устранении этой причины или смягчении ее действия. Необходима санация полости рта, включая протезирование. Рекомендуются витаминотерапия (витамины А, Вх, В2, В6, В12, С, Е), по показаниям - половые гормоны.

Хороший эффект дает гальванизация области больших слюнных желез. В качестве симпатических средств с успехом применяют 0,5 - 1 % раствор галантамина гидробромида подкожно, внутрь или методом электрофореза ежедневно в течение месяца, 1 % раствор пилокарпина гидрохлорида (по 4 капли 1 - 2 раза в день), витамин А и препараты йода внутрь.

Местно рекомендуется применение противовоспалительных и смягчающих средств (бура на глицерине, лизоцим, персиковое, подсолнечное масло и др.).

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры "Сеть паука".

Составление организера на тему: Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях нервной системы.Изменения вкуса.Гипер- и гипосаливация.

1. Категориальная таблица
2. «Рыбий скелет»

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Пациент 36 лет обратился к стоматологу с жалобами на ощущение сухости в полости рта, затруднение при приеме пищи и разговоре, боль от острой и твердой пищи, чувство жжения, шероховатости слизистой оболочки. При осмотре Объективно слизистая оболочка слабо увлажнена или сухая, матовая. Слюны мало, она пеннистая или вовсе отсутствует.

А. поставьте диагноз: а)термический ожог б)гипосаливация в)лучевая болезнь, г)гальванизм, д)химический ожог;

б. причиной гипосаливации может быть: а) горячая пища б)электрокоагуляция в)употребление НАСА г) гипертиреозе д)работа на химическом заводе;

Правильный ответ:1-б.2-г.

ТЕСТЫ

1. Нарушение вкуса не может возникнуть при :
 - а) травматические поражения слизистой оболочки рта
 - б) авитаминозах
 - в) заболеваниях желудочно-кишечного тракта
 - г) неврозах.
 - д)болезнь Иценго-Кушинга
2. Для гипосаливация не характерно:
 - а) слизистая оболочка слабо увлажнена или сухая
 - б) гиперемия слизистой оболочки
 - в) возникновение эрозий, язв.
 - Г) множественный кариес зубов.
 - д) глоссит

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Обработка зубов при гиперестезии.

Цель: Научить студентов лечению гиперестезии

Показание. Устранение гиперестезии зубов

Оснащение: Стоматологические инструменты, флюор протектор, кисточка, ватные валики, щетки для удаления зубных налетов.

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполни л все этапы	Сумма баллов	Роспись препода вателя
1.Определение зубов с гиперестезией	0	20		
2 Снятие налёта с поверхности зуба щеткой	0	30		
3.Изолировать зуб от слюны ватными валиками,высушить	0	10		

4.С помощью специальной кисточки покрыть все поверхности зубов с гиперестезией флюор протектором	0	30		
5.Высушить зубы с помощью воздуха	0	5		
6. Дать совет	0	5		
Итого:	0	100		

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

- 1.Причины гиперсаливации в полости рта.
- 2.Причины хронических физических повреждений СОПР.
- 3.Клинические проявления гиперсаливации .
4. Клинические проявления гипосаливации.
- 4.Факторы ,вызывающие гипосаливацию.
- 5.Нарушение вкуса.
6. Лечение нарушений саливации.

ЗАНЯТИЕ №5

1.ТЕМА: «ИЗМЕНЕНИЕ СОПР ПРИ ГЛОССАЛГИИ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

2.Цель занятия: Изучить состояние СОПР при глоссалгии, клинику диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой при глоссалгии.

3.План занятия: Научиться характеризовать элементы поражения при глоссалгии, перечислить гистологические изменения при глоссалгии, проводить дифференциальную диагностику, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элементы поражения, аппликацию кератопластических средств на элементы поражения.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Глоссалгия

Глоссалгия (син.: глоссодиния, парестезия языка) патологическое состояние, характеризующееся неприятными или болевыми ощущениями в языке без видимых его изменений. Е. с. Яворская (1973) и др. считают глоссалгию и глоссодинию различными заболеваниями. В настоящее время все более широкое распространение получает термин “стомалгия”, который указывает на то, что неприятные ощущения локализуются не только в языке, но и на других участках слизистой оболочки полости рта. Термин “глоссалгия” впервые встречается в литературе в 1837 г. (veisse), а определение понятия “глоссодиния” дал Oppenheim в 1896 г. Мы рассматриваем эти формы как синонимы.

Этиология и патогенез глоссалгии до настоящего времени окончательно не выяснены. Среди факторов, обуславливающих возникновение парестезий в языке и на других участках полости рта, выделяют хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (Платонов Е. Е., 1951; Вайс с. И. 1965, и др.), дефицит витамина В12 (Боровский Е. в., Барышева Ю. d., 1957), эндокринные нарушения - проявление парестезий и климактерический период (Макиенко М. П., 1957; Орлова К. А., 1963, и др.). Имеются бесспорные доказательства того, что у лиц, страдающих глоссалгией, имеются выраженные нервно-психические изменения: повышенная возбудимость, плохой сон и пр. А. г. Жукова (1965) обнаружила функциональные расстройства нервной системы и астеническое состояние у 40% больных, органические поражения нервной системы - у 45%,

сосудистые заболевания - у 24%, заболевания желудочно-кишечного тракта - у 10% больных глоссалгией. К. А. Орлова (1963) и Т. Т. Школяр (1965) указывают на роль психогенных факторов в развитии глоссалгии.

в. А. Смирнов (1976) приводит данные о том, что глоссалгия у 19% больных обусловлена висцеральными заболеваниями (гастрит, язва двенадцатиперстной кишки, гепатит и пр.), у 18% имеет психогенный и невротический генез, у 15% связана с особенностями состояния полости рта (болезни зубов, металлические протезы, коронки и пр.), у 12% обусловлена сосудистыми заболеваниями, у 7% — эндокринными нарушениями (преимущественно климактерический период), у 6% — воспалительными процессами в придаточных пазухах носа, у 6% - инфекционными воздействиями, у 5% - аллергическими проявлениями, у 4% - церебральными базальными причинами (аутоинтоксикации, травма лица и пр.), у 3% больных причину глоссалгии установить не удалось. Автор указывает, что глоссалгия протекает наиболее мучительно и трудно поддается лечению, когда она имеет психогенный и невротический генез.

Наряду с этим определенная роль в появлении и усилении парестезий и болевых ощущений в языке принадлежит местным раздражителям (острые края зубов, разрушенные зубы, зубной камень, неполноценные протезы, одиночные зубы и пр.). в. Ю. Курляндский и соавт. (1974) и др. указывают, что причиной глоссалгии могут быть разнородные металлы в полости рта, гальванизм, нарушение прикуса.

Costen (1934), А. И. Бетельман и б. Н. Бынин (1951), Л. Р. Рубин (1959), в. А. Хватова и др. указывают, что боли в лицевой области, височно-челюстном суставе, заложенность и боль в ушах, чувство жжения языка, губ, неба, сухость во рту и др. обусловлены снижением высоты окклюзии. Потеря жевательных зубов и стертость зубов приводят к смещению суставной головки, к травме сместившегося кзади и кверху суставной головкой участка слизистой оболочки, расположенного у заднего полюса суставного диска.

Chorda tympani травмируется при смещении суставной головки. в.

Ю.Курляндский и в. А. Хватова (1974) при обследовании 300 больных с невралгической симптоматикой обнаружили у 72 (23%) связь жалоб с нарушениями зубочелюстной системы. Преобладали жалобы на жжение в языке, боли и хруст в височно-челюстном суставе. Некоторые больные указывали, что приоткрывание рта, прокладывание между зубными рядами ваты или марли, надавливание кончиками пальцев на переднюю стенку наружного слухового прохода могут уменьшить неприятные ощущения.

в. А. Смирнов (1976) объясняет жалобы больных главным образом патологией сосудисто-нервного пучка, проходящего через глазерову щель. Глоссалгия встречается в 3-3,5 раза чаще у женщин, чем у мужчин, в основном у лиц в возрасте старше 30 лет.

Заболевание может начинаться постепенно, и больной не всегда может точно указать время появления болей. Однако обычно больные связывают начало глоссалгии с травмой языка зубом, протезом, инструментом во время лечения или препарирования зубов, у некоторых заболевание развивается после

удаления зуба или другого оперативного вмешательства в челюстно-лицевой области, приема лекарств и др.

При глоссалгии чаще наблюдаются парестезии типа жжения, саднения, покалывания, пощипывания, онемения или неловкости. Иногда больные указывают на ощущение, будто “язык посыпан перцем”, язык как “ошпаренный”. У некоторых больных наряду с парестезиями отмечаются болевые ощущения, иногда очень интенсивные.

Локализуются болевые и неприятные ощущения чаще на кончике (передняя треть) и боковой поверхности, реже на спинке и корне (задняя треть) языка. Иногда парестезия распространяется на губы, небо, корень языка, глотку, пищевод, область шеи. Болевые ощущения не имеют четких границ и носят непостоянный характер. Как правило, они исчезают во время еды, утром неприятные ощущения могут отсутствовать или выражены слабо, усиливаются к вечеру или при длительном разговоре, нервном возбуждении. Заболевание с различной интенсивностью может продолжаться годами, причем симптомы могут на определенный период исчезать (чаще во время отдыха).

Выздоровление без лечения наблюдается редко.

При глоссалгии больные часто жалуются на ощущение сухости во рту. В. в. Михеев и Л. Р. Рубин (1966) считают его одним из наиболее постоянных симптомов глоссалгии. Однако этот вопрос дискуссионен. Так, в. А. Смирнов (1976) отмечает, что при глоссалгии у отдельных больных отмечается гиперсаливация.

Ряд больных глоссалгией одновременно страдают канцерофобией. Обеспокоенные неприятными ощущениями, больные рассматривают язык в зеркало, фиксируя свое внимание на анатомических образованиях или незначительных изменениях, в частности обращают внимание на лимфоидную ткань у корня языка или валикообразные сосочки, принимая их за новообразование.

Глоссалгия, как правило, не сопровождается морфологическими изменениями языка. Обычно слизистая оболочка полости рта, даже при наличии жалоб на сухость, хорошо увлажнена. Однако в некоторых случаях имеются признаки гипосаливации: слизистая оболочка гиперемированная, блестящая, а слюна тягучая, пенная. Иногда наблюдается отечность языка, что определяется по наличию на нем отпечатков зубов.

В. Е. Гречко и соавт. (1974) указывают, что капилляроскопическое изучение микроциркуляции в слизистой оболочке передних $2/3$ языка при глоссалгии выявило замедление кровотока вплоть до его полной остановки и возникновения кровоизлияний в прекапиллярную ткань. По их данным у больных глоссалгией значительно снижается (реже извращается) функциональная мобильность вкусовых рецепторов языка. При изучении биоэлектрической активности головного мозга у этих больных выявлены диффузные изменения, проявляющиеся в виде дезорганизации и десинхронизации альфа-активности. На основании этих данных авторы высказывают предположение, что одной из причин, обуславливающих

возникновение парестезий и болей, является возбуждение чувствительных проводников, имеющих отношение к иннервации языка и полости рта. Глоссалгию необходимо дифференцировать от невралгии тройничного нерва. При невралгии в отличие от глоссалгии боли носят приступообразный характер, имеются “курковые” зоны. Боли могут провоцироваться разговором, едой. При глоссалгии неприятные ощущения проходят во время еды. В отличие от глоссалгии при неврите язычного нерва наряду с болями и парестезией отмечается нарушение чувствительности и усиление болей при разговоре и во время еды, пальпация языка болезненна.

Парестезии могут возникать при наличии разнородных металлов в полости рта или стального припоя. При этом больные могут жаловаться на привкус металла, отмечается увеличение микроотоков в полости рта. Снятие мостовидного протеза приводит к ликвидации неприятных ощущений.

Чувство жжения и сухости в полости рта может возникать при непереносимости акриловой пластмассы. Для диагностики важное значение имеют данные анамнеза о том, что возникновение неприятных ощущений связано с пользованием протезом из этой пластмассы. Снятие протеза приводит к значительному улучшению состояния. Кроме того, при аллергии к материалу протеза слизистая оболочка протезного поля гиперемирована, отечна, на ней могут быть кровоизлияния, эрозии.

При дифференциальной диагностике глоссалгии и десквамативного глоссита имеет значение и то, что при глоссите жжение и боли усиливаются при приеме пищи, а при глоссалгии боли проходят. Кроме того, при осмотре выявляют участки десквамации, в то время как при глоссалгии эти изменения отсутствуют.

Лечение необходимо проводить с учетом факторов, обуславливающих возникновение глоссалгии. В связи с этим предусматривается нормализация функций органов и систем организма. Лечение назначают с учетом рекомендаций врача соответствующего профиля, состояния желудочно-кишечного тракта, эндокринных и других нарушений. Учитывая, что у большинства лиц, страдающих глоссалгией, имеются выраженные психогенные и невротические проявления, больным назначают один из следующих препаратов: седуксен по 0,005 г, элениум по 0,005 г, триоксазин по 0,3 г, аминазин по 0,025 г 2-3 раза в день в течение 3-4 нед. Хорошее действие оказывают поливитамины, которые назначают также на 3-4 нед. При начальных проявлениях заболевания хороший эффект дают блокады (по типу мандибулярной анестезии) витамина В1, с новокаином (10-12 инъекций). При анацидном гастрите и выраженных явлениях атрофии сосочков языка проводят курс лечения витамином В12 (10-12 инъекций). При уменьшении слюноотделения внутрь назначают 3% раствор йодида калия (по 1 столовой ложке 3 раза в день). Хорошие результаты при лечении глоссалгии получены от применения электрофореза ионов натрия. Активный электрод накладывают на язык (12-16 процедур). Ряд авторов успешно применяли электросон, гипноз. Необходима санация полости рта, так как любой раздражающий фактор поддерживает очаг возбуждения. Производят пломбирование зубов, удаляют

зубные отложения, а также все разрушенные и подвижные зубы. Важная роль принадлежит ортопедическому лечению с точным восстановлением высоты окклюзии. Следует обращать особое внимание на наличие в полости рта разнородных металлов. Замена протезов нередко приводит к ликвидации неприятных ощущений. Для устранения парестезий и болей в языке можно использовать анестезин (Anaesthesini 1 г; Glycerini 10 г), 0,5% раствор тримекаина, ванночки с цитралем (1% раствор в персиковом масле).

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органайзеров на тему: «ИЗМЕНЕНИЕ СОПР ПРИ ГЛОССАЛГИИ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.»

1. Концептуальная таблица
2. Диаграмма «Как»

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Ситуационная задача №1

Больной 33 года обратился с жалобами на чувство жжения, покалывания языка, которые исчезают при приёме пищи, а усиливаются во время разговора ик вечеру. Ранее перенёс травму шейных позвонков. Объективных изменений на языке нет. Слизистая бледно розового цвета. Нормально увлажнённая. Полость рта санирована

Поставьте предварительный диагноз:

глоссалгия *

Невралгия

Неврит

одонтогенные боли

новообразование

Глоссалгию не дифференцируют с :

Воспалением *

боли в результате травмы

невралгией

невритом

Одонтогенными болями

Для лечения стомалгии не применяется

антибиотики *

новокаиновые блокады

1% р-р тиамин бромид

препараты железа

1 % р-р цитраля

4. состояние языка при глоссалгии:

в норме *

усиленное слущивание

атрофия эпителия

обложенность языка

5. Для психического статуса при стомалгии не характерное

отсутствие внимания к проявлениям в полости рта *

- @ повышенная возбудимость
- @ тревожно-мнительный характер
- @ астенодепрессивный синдром
- @ астеноинохондрический синдром

Ситуационная задача №2

Больная обратилась к стоматологу с жалобами на жжение и чувство неловкости в язык @ Неприятные ощущения усиливаются после разговора, от волнения к вечеру. Эти явления начались через неделю после постановки съёмного протез @ Больная страдает канцерофобией. Во время еды жалобы исчезают. Обнаружено незначительная отечность языка, обложенность, гипертрофия отдельных сосочков, варикозное расширение вен язык @

1. Поставьте предварительный диагноз:

А глоссалгия *

- @ . Невралгия
- @ неврит
- @ одонтогенные боли
- @ новообразование

2. Глоссалгия не возникает при:

- @ У здорового человека *
- @ неврозах
- @ поражениях желудочно кишечного тракта
- @ сосудистые поражения
- @ эндокринные нарушения

3. Глоссалгия не возникает при:

- @ пульпите *
- @ арахноидите
- @ нарушениях мозгового кровообращения
- @ шизофрении
- @ нейросифилисе

4. Глоссалгией чаще страдают:

- @ женщины *
- @ дети
- @ Мужчины
- @ подростки @. все

5. Глоссалгию не лечат:

- @ прижигательной терапией *
- @ витаминотерапия
- @ новокаиновая блокада
- @ 1% р-ром цитраля
- @ препаратами железа

Ситуационная задача №3

Больной 30 лет жалуется на плохой сон, боль, жжение на кончике и боковых поверхностях языка, которые стихают при приёме пищи. Язык слабо обложен.

1. Поставьте предварительный диагноз:

- @ глоссалгия *

- @ Невралгия
- @ неврит
- @ одонтогенные боли
- @ новообразование

2. Исключите слово которое не является синонимом:

- @ глоссит *
- @ глоссалгия
- @ глоссидиния
- @ парестезии языка
- @ глоссопироз

Общие признаки у глоссалгии и невралгии:

Ачувство жжения, покалывания, дискомфорта

- @ наличие курковых зон
- @ боль по ходу нерва
- @ резкие кратковременные приступы боли
- @ боли локализуются в зоне соответствующий инервации ветви тройничного нерва

Глоссалгию не лечат:

- @ антибиотиками *
- @ препаратами железа
- @ Физиотерапией
- @ седативными препаратами
- @ витамино терапия

Глоссалгию лечат:

- @ новокаиновые блокады *
- @ кортикостероиды
- @ анибиотики
- @ хирургически
- @ прижигающими препаратами

Тесты:

1. Факторы, обуславливающие возникновение парестезий на языке:

- a) хронические заболевания желудочно-кишечного тракта
- Б) дефицит витамина В12
- v) эндокринные нарушения
- С) нервно-психические изменения:
- d) Все ответы верные**

2. Характерные симптомы глоссалгии:

- a) Неприятные ощущения кончика либо корня языка
- b) чувство жжения кончика либо корня языка
- v) пощипывание в области кончика либо корня языка
- С) неприятный запах изо рта

3. Лечение глоссалгии

- a) нормализация функций органов и систем организма.
- b)) санация полости рта

- v) поливитамины С, В1, В2, В12, А, РР
 С) Блокады (по типу мандибулярной анестезии) витамина В1, с новокаином (10- 12 инъекций).
 d) Все ответы верные

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык : Местное лечение СОПР при глоссалгии

Цель: Научить студента **Местному лечению СОПР при глоссалгии**

Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

№	Выполняемые шаги.	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен не полностью.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надевание защитных очков, резиновых перчаток, марлевых масок	0	5	10
2.	Ликвидация травматических факторов (зубной налет, камни, острые края зубов, гальваноз)		5	10
3	Аппликационная анестезия области поражения ("Pansoral", "Холисал") или блокада язычного нерва (вит. В1+1% раствор лидокаина)	0	10	20
4.	Антисептическая обработка (1% раствор цитраля в персиковом масле)	0	10	20
5.	5 мг Пилокарпина в день один раз под язык (витамин А, калий йодид)	0	10	20
6.	Аппликаций (картолин , аекол , солкосерил дентальная адгезивная паста, витамин А).	0	10	20
	Итого	0	50	100

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

- К какой группе заболеваний относится глоссалгия.
- Этиология и патогенез глоссалгии.
- Клиника глоссалгии.
- Дифференциальная диагностика глоссалгии.
- Лечение глоссалгии.
- Профилактика глоссалгии.

Занятие №6

1.Тема: Пузырчатка. Клиника. Диагностика. Лечение.

2.Цель занятия: Изучить состояние СОПР при пузырчатке, клинику диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой при пузырчатке.

3.План занятия: Научиться характеризовать элементы поражения при пузырчатке, перечислить гистологические изменения при пузырчатке, проводить дифференциальную диагностику, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элементы поражения, аппликацию кератопластических средств на элементы поражения.

Теоретическая часть

Истинная (акантолитическая) пузырчатка

- вульгарная пузырчатка

2. вегетирующая пузырьчатка

3. себорейная (эритематозная) пузырьчатка или синдром Сенир-Ашера.

Вульгарная пузырьчатка –тяжелый буллезный дерматоз, страдают люди 40-60лет, преимущественно женщины. В полости рта на месте поражения эпителий мутнеет, в центре очага возникает эрозия, быстро распространяющаяся по периферии. Часто эрозии «голые», без налета, или легко снимающимся фиброзным налетом. Высыпания появляются на неизменной слизистой оболочке.

Могут образоваться пузыри с прозрачным содержимым в последствии мутнеющие, затем покрывка пузыря лопается. В полости рта они располагаются по всей СОПР. Могут поражаться и слизистая оболочка носа, глаз, половых органов, гортани, зева, пищевода.

На коже- они локализуются на спине, груди, руках, ногах, шее иногда на лице.

I. фаза заболевания: на слизистой оболочке небольших пузырей без общереактивных явлений. При их вскрытии образуются эрозии.

I. Фаза - большие пузыри, при их вскрытии образуются эрозии. Они часто сливаются, образуя ярко-красную поверхность, кровоточат, болезненны. Язык отечен. Симптом Никольского положительный. Гиперсаливация. Резкая болезненность. При локализации на красной кайме губ эрозии покрываются желто-бурыми или кровавыми корками. Общее состояние крайне тяжелое. Кахексия.

II. Фаза – эпителизация. Стихания острых процессов. Симптом Никольского в очагах поражения определяется с трудом.

1. Если захватить пинцетом покрывку пузыря и потянуть, то происходит отслойка пленки на видимо здоровой слизистой оболочке или коже.
2. Потирание неизменной на вид слизистой оболочки или кожи между очагами ведет к быстрому образованию пузыря или эрозии.
3. Если потереть участки, расположенные далеко от очагов поражения, то также могут возникнуть сдвигание верхних слоев эпителия.

Вегетирующая пузырьчатка - начинается с поражения СОПР, локализуется на щеках, языке, небе и углах рта. Образуются ярко – красные мягкие вегетирующие на фоне эрозивной поверхности после вскрытия пузырей. На коже лица вегетации покрыты рыхлыми грязно – бурными корками. В углах рта – кровоточащие трещины. На пораженной или гиперемированной коже появляются пузыри, мелкие, с тонкой покрывкой. Локализация: подмышечные впадины, пупок, паховые складки, половые органы и задний проход. Симптом Никольского положительный.

Листовидная пузырьчатка – пузыри возникают на коже волосистой части головы и туловища, но могут поражаться и др. участки кожи. Пузыри располагаются в поверхностных слоях эпителия, поэтому при вскрытии пузырей экссудат ссыхается в тонкие полоски – как сухие листья. Обычно пузыри вскрываются и образуются большие эрозивные поверхности. СОПТ вовлекается в процесс резко.

Себорейная пузырьчатка – эритематозные очаги поражения на фоне жирной себореи образуют тонкие желтоватые корочки, легко отторгающиеся без

последующего образования атрофических участков. На кожных покровах отмечаются гиперемия, шелушение, напоминающее себорейную экзему. Встречается на СОПР.

Патогистология

Внутриэпителиальное образование пузыря в результате акантолиза, т.е. расплавление межклеточных мостиков в нижних отделах шиповатого слоя клетки этого слоя разъединяются и между ними появляются щели, а затем пузыри. Дно таких пузырей и эрозий выстлано акантолитическими клетками. Они круглые и меньше нормальных клеток шиповидного слоя, ядро крупное относительно всей клетки. Ядро рыхлое с 1-6 и более светлыми нуклеотидами.

Дифференциальная диагностика.

- пемфигоид
- многоформная экссудативная эритема
- лекарственная аллергия
- буллезная форма красного плоского лишая
- герпетического дерматита
- пузырьного эпидермолиза.

Лечение общее

Ограничение солей, углеводов, жиров. Преднизолон по 50-80 мг-сут, далее уменьшая суточную дозу 5 мг, через каждые 5 дней и далее постоянная суточная доза 10-15 мг.

Препараты кальция: лактат кальция, глицерофосфат кальция, глюконат кальция по 0,5 три раза в день.

Витамины группы В, аскорбиновая кислота.

Анаболические гормоны

Цитостатики сендимон (метатрексат) 35-50 мг-2 недели

- проспидин 1 раз в неделю
- гепарин по 10000 ЕД внут, мышц 2 раза в день 15-20 дней

Местное:

1. санация полости рта
2. Рациональное протезирование
3. Ванночки из анестетиков перед приемом пищи, дезодорирующие и дезинфицирующие после приема пищи.
4. Аппликации кортикостероидными мазями 3-4 раза в день в чередовании с метилурациловой мазью.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры "Круглый стол".

Составление органайзеров на тему: Пузырчатка. Клиника. Диагностика. Лечение.

1. Концептуальная таблица
2. Диаграмма «Как»

Аналитическая часть.
Ситуационная задача №1

Пациентка 52 лет жалуется на появление болезненных эрозий на щеке и пузыри на коже. Месяц назад заметила пузыри на коже. Ухудшилось общее состояние, появилась слабость, утомляемость, похудание. Прием лекарственных препаратов отрицает.

Объективно: на слизистой оболочки щеки справа в области нижних 6 и 7 зубов эрозия красного цвета продолговатой формы, неправильных очертаний, размерам 2.0x0.7см слизистой оболочка в окружности не изменена. На коже щек отмечаются отдельные кровянистые корки, кожа в окружности не изменена. На коже живота слева два пузыря грушевидной формы 1.0x1.0 с серозным содержимым. Кожа в окружности не изменена. При захватывании пинцетом верхнего слоя эпителия происходит отслойка эпителия на видимо здоровой слизистой оболочке. При пальпации регионарные лимфоузлы мелкие, подвижные, безболезненные. Проведите клинические и лабораторные методы исследования и поставьте диагноз.

Ответ: Симптом Никольского положительный, при цитологическом исследовании обнаруживаются клетки Тцанка. В крови обнаруживаются в большом количестве хлориды до 700-750 мг

Диагноз: Истинная пузырчатка

Ситуационная задача №2

Пациентке 40 лет обратилось с жалобой на болезненные эрозии в полости рта, сильные боли при приеме пищи и в разговоре. Больная отмечает общую слабость, утомляемость, потерю аппетита. При осмотре: эрозии на слизистой оболочке десны, переходной складки и на щеках. По краям эрозий обрывки пузырей. Проведите дифференциальную диагностику и поставьте диагноз и составьте план лечения.

Ответ:

Дифференциальная диагностика проводится с пемфигоидом, МЭЭ, лекарственной аллергией, буллезной формы КПЛ, герпетиформным дерматитом, пузырным эпидермолизом.

Диагноз: Истинная пузырчатка

Лечение: Кортикостероиды в ударной дозе, с постепенным снижением и доведением до индивидуальных поддерживающих суточных доз. Назначают цитостатики, витамины группы С, В, хлорид калия, панангин.

Ситуационная задача №3

Больная 60 лет обратилось с жалобами на высыпания в полости рта, на коже живота и груди, болезненность при разговоре и еде, резкую слабость, отсутствие аппетита. Болеет в течении 2 лет с временным улучшением. При осмотре в полости рта отмечаются обширные эрозии, резко болезненные, слегка покрытые фиброзным налетом. На коже груди и живота имеются единичные и слившиеся пузыри, эрозии, покрытые корками. Температура тела больного в пределах нормы. Проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями. Поставьте диагноз.

Ответ:

Дифференциальная диагностика: буллезная форма красного плоского лишая, герпетиформный дерматит, пузырный эпидермолиз.

Диагноз: Истинная пузырчатка

Ситуационная задача №4

Больная 50 лет обратилась в поликлинику с диагнозом Вульгарная пузырчатка.

Составьте план лечения.

Ответ:

Лечение:

Общее: Кортикостероиды в ударной дозе, с постепенным снижением и доведением до индивидуальных поддерживающих суточных доз. Назначают цитостатики, витамины группы С, В, хлорид калия, панангин. Антибиотики и сульфаниламиды, кальций хлор 10 % в/в.

Местное:

- санация полости рта
- Рациональное протезирование
- Ванночки из анестетиков перед приемом пищи, дезодорирующие и дезинфицирующие препараты после приема пищи.
- Аппликации кортикостероидными мазями 3-4 раза в день в чередование с метилурациловой мазью.

Ситуационная задача №5

Больная, обратилась в поликлинику с диагнозом Пузырчатка. Проведите методы обследования.

Ответ: Цитологическое исследование. Лабораторное исследование

Тесты

1) Вульгарная пузырчатка относится к:

- А. дерматозам*
- б. предраком
- в. авитаминозам
- г. инфекционным заболеваниям
- д. заболеваниям крови

2) Для вульгарной пузырчатка характерно:

- А. положительный симптом Никольского*
- б. симптом «яблочного желе»
- в. положительная пузырная проба
- г. положительная проба с зондам
- д. положительные серологические реакции

3) Первичный морфологический элемент при пузырчатке

- А. пузырь внутриэпителиальный*
- б. афта
- в. папула
- г. бляшка
- д. пузырь субэпителиальный

4) Наиболее эффективная группа лекарственных препаратов при лечении пузырчатка:

- А. кортикостероиды*

- б. анаболики
 - в. цитостатики
 - г. антибиотики
 - д. ферменты
- 5) Дифференциальная диагностика пузырчатки проводится :
- А. пемфигоид*
 - б. лекарственная аллергия
 - в. МЭЭ
 - г. хронический герпес
 - д. язвенно-некротический стоматит Венсана
- 6). Пузырчатка-это
- @заболевание, проявляющиеся на не воспаленной кожи и слизистой
 - @характерно образование пузырей
 - @развивается в результате акантолиза
 - @без адекватного лечения распространяется на весь кожный покров
 - @имеет злокачественное течение
 - @все ответы верны*
- 7). Укажите виды пузырчатки, поражающую слизистую оболочку
- @истинная*
 - @ложная*
 - @акантолитическая*
 - @неакантолитическая*
 - @промежуточная
 - @все ответы верны
- 8.. К истинной пузырчатке относится
- @вульгарная, вегетирующая*
 - @листовидная, себорейная*
 - @бляшечная, эрозивная
 - @вульгарная, эрозивная
 - @бляшечная, себорейная
- 9). При пузырчатке необходимо назначить консультацию и лечение у:
- А. дерматолога*
 - б. онколога
 - в. вирусолога
 - г. гематолога
 - д. гастроэнтеролога

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык

Проведение пробы Никольского (А - вариант).

Цель: Для диагностики пузырчатки провести пробу Никольского у пациента

Показание: Диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: Стоматологическое кресло, бормашина, стоматологический набор, лечебные препараты, ватные валики, анестетик, антисептик.

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не	Выполни	Сумма	Роспись
------------------	----	---------	-------	---------

	выпол нил этап	л все этапы	баллов	препода вателя
1. Орошение полости рта слабым раствором антисептика.	0	20		
2. Определение патологического очага на СОПР	0	20		
3. Нанесение на патологический очаг на 2-3 мин. обезболивающего геля.	0	20		
4. Осторожно потянуть пинцетом края покрышки пузыря.	0	20		
5. Оценить проделанную пробу.	0	20		
Итого:	0	100		

**Мануальный навык
Проба Никольского (Б- вариант).**

Цель: Для диагностики пузырчатки у пациента провести пробу Никольского

Показание: Постановка диагноза пузырчатки.

Оснащение: стоматологическое кресло, бормашина, стоматологический набор, лечебные препараты, ватные валики, анестетик, антисептик.

Выполняемые шаги :

Мануальный навык	Не выпол нил этап	Выполни л все этапы	Сумма баллов	Роспись преподава теля
1. Орошение полости рта слабым раствором антисептика.	0	20		
2. Определить поражённый участок СОПР.	0	20		
3. Нанесение на патологический очаг обезболивающего геля	0	20		
4. Тупым концом пинцета раздражать удаленную область слизистой или между двумя пузырями	0	20		
5 Наблюдать, как появится пузырь, оценить	0	20		
Итого:	0	100		

Контрольные вопросы:

1. Этиопатогенез пузырчатки.
2. Классификация пузырчатки .
3. Клиника акантолитической пузырчатки.
4. Клинические методы диагностики пузырчатки.
5. Дифференциальная диагностика пузырчатки.
6. Лечение пузырчатки.
7. Прогноз пузырчатки.

Занятие №7

1.Тема: Pemfigoid. Клиника. Диагностика. Лечение.

2.Цель занятия: Изучить состояние СОПР при пемфигоиде, клинику диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой при пемфигоиде.

3.План занятия: Научиться характеризовать элементы поражения при пемфигоиде, перечислить гистологические изменения при пемфигоиде, проводить дифференциальную диагностику, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элементы поражения, аппликацию кератопластических средств на элементы поражения.

Теоретическая часть

В эту группу заболеваний входят внешне сходные с пузырчаткой заболевания: буллезный пемфигоид Левера, или собственно неакантолитическая пузырчатка (по Н. d. Шеклакову); рубцующийся пемфигоид, или слизисто-синехиальный буллезный дерматит, пузырчатка глаз; доброкачественная неакантолитическая пузырчатка слизистой оболочки только полости рта (по б. М. Пашкову). Этиология пемфигоида окончательно не выяснена. Все виды пемфигоида характеризуются отсутствием акантолиза в клетках эпителия, субэпителиальным расположением пузырей, выраженным воспалением, отсутствием аканто-литических клеток, отрицательным симптомом Никольского. Может быть положительным симптомом субэпителиальной перифокальной отслойки. Пемфигоид протекает доброкачественно, общее состояние больных страдает мало, прогноз для жизни благоприятный.

БУЛЛЕЗНЫЙ ПЕМФИГОИД (pemphigoid bullosa).

Заболевание встречается обычно у лиц старше 50 лет. Поражается кожа и слизистые оболочки рта, носа, половых органов. Примерно в 10% случаев заболевание начинается с поражения слизистой оболочки-рта. Клиническая картина. Характеризуется образованием субэпителиальных пузырей во рту. На фоне отечной и ги-перемированной слизистой оболочки рта возникают напряженные пузыри с серозным или геморрагическим содержимым, диаметром 5—20 мм. Они сохраняются в течение нескольких часов, иногда дней, затем на их месте образуются эрозии, покрытые фибринозным налетом. В отличие от акантолитической пузырчатки, эрозии эпителизируются через 10—15 дней без образования рубцов и атрофии, но могут вновь возникать через определенное время. Излюбленной локализацией пузырей при неакантолитической пузырчатке являются граница твердого и мягкого неба, щеки. Заболевание длится месяцы и годы, может спонтанно исчезнуть. Иногда патологический процесс может локализоваться на десне. При этом слизистая оболочка десневого края с вестибулярной поверхности гиперемирована, отечна, кровоточит. Симптом Никольского в этом случае часто бывает положительным, однако акантолитические клетки не обнаруживаются. Течение заболевания упорное и длительное. Патологическая анатомия. Гистологически определяются субэпителиальные пузыри. В собственной пластинке слизистой оболочки отмечается отек и воспалительная инфильтрация. Дифференциальная диагностика. Дифференцировать буллезный пемфигоид следует прежде всего от: А акантолитической пузырчатки;

▲ герпетиформного дерматита Дюринга.

Лечение. Наиболее эффективным средством лечения неакантолитической пузырчатки являются кортикостероидные препараты (преднизолон 20—30 мг в сутки). В некоторых случаях хороший эффект достигается комбинированным

лечением — преднизолоном, антибиотиками широкого спектра действия, антималярийными препаратами, поливитаминами.

РУБЦУЮЩИЙСЯ ПЕМФИГОИД (pemphigus cicatricial), или слизисто-синехиальный атрофирующий буллезный дерматит, пузырьчатка глаз. Для рубцующегося пемфигоида характерно, что на месте бывших пузырей впоследствии образуются рубцы, спайки и атрофия. Поражаются слизистые оболочки, преимущественно конъюнктивы век, иногда кожа. В результате может произойти сужение глазной щели, появляются неподвижность глазного яблока и слепота. Лечение. Должно проводиться совместно с окулистом. Назначают те же препараты, что и для лечения буллезного пемфигоида.

Прогноз. Для жизни прогноз благоприятный, однако развивающиеся иногда слепота и рубцовые деформации слизистых оболочек могут в значительной степени снизить трудоспособность больных.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ НЕАКАНТОЛИТИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА ТОЛЬКО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА.

Описана б. М. Пашковым и Н. д. Шеклаковым в 1959 г. При этом заболевании на протяжении многих лет пузыри появляются только на слизистой оболочке рта, не возникая в других местах. Клинические особенности течения почти не отличаются от неакантолитической пузырьчатки. Пузыри при этом заболевании более мелкие (диаметром 3—10 мм), располагаются субэпителиально, без явлений акантолиза; возникают у одних больных почти непрерывно, у других с ремиссиями от нескольких дней до нескольких недель. Субъективные жалобы больных сводятся к чувству небольшого жжения и стягивания слизистой оболочки. Эрозии после вскрытия пузырей быстро эпителизируются, не оставляя рубцов и атрофии. Лечение. Проводят антигистаминными препаратами, небольшими дозами кортикостероидных препаратов (А5—20 мг преднизолона) в комбинации с антималярийными средствами. Назначают витамины С и Р. Местное лечение такое же, как и при пузырьчатке. Неакантолитическая, пузырьчатка (доброкачественная) характеризуется образованием субэпителиальных пузырей, без акантолитических клеток, симптом Никольского отрицательный.

Прогноз заболевания благоприятный. Собственно неакантолитическая пузырьчатка:

- чаще у пожилых людей
- хроническое течение
- появление напряженных пузырей на СОПР, реже-губ
- пузыри развиваются на гиперемизованном или на неизменном основании и могут долго не вскрываться
- после вскрытия пузырей эрозии заживают без образования рубцов
- на коже разнокалиберные пузыри с прозрачным содержимым

Слизисто-синехиальный атрофический буллезный дерматит (пузырчатка глаза)

- протекает доброкачественно
- поражает слизистую глаз или полости рта с образованием рубцов
- первые пузыри могут возникнуть на СОПР

- эрозии не имеют по периферии бахромки отслаивающегося эпителия и не склонны к периферическому росту.

- не кровоточат, малоблезненные

- может быть хронический ринит, поражение пищевода, спайка или атрофия слизистой наружных половых органов

- болеют чаще женщины старше 50 лет

Доброкачественная неакантолитическая пузырчатка только полости рта:

- не сопровождается нарушением общего состояния организма больного

- на СОПР мелкие напряженные пузыри с прозрачным либо геморрагическим содержимым

- при вскрытии образуются маоблезненные и быстро эпителизирующиеся эрозии

- симптом Никольского отрицательный

- в период эпителизации эрозии отсутствуют рубцы, спайка, атрофии.

Распространенная форма: пузыри возникают на разных участках СОПР. Иногда могут одновременно появляться несколько рядом расположенных пузырей, на месте которых затем образуется обширная малоблезненная эрозия. Высыпания располагаются на отечном и гиперемированном основании. Эрозии не увеличиваются, но эпителизируются медленно. Форма с локализацией пузырей только на деснах называется «климактерическим» гингивитом.

Герпетический дерматит Дюринга.- СОПР поражается у около 10% больных

- локализуется в области неба и щек

- группа напряженных подэпителиальных пузырей размером от горошины с прозрачным содержимым и толстой покрывкой.

- СОПР вокруг пузырей слегка отечна и гиперемирована

- через 3-4 дня пузыри вскрываются

- на их месте образуются ярко-красные эрозии, которые сливаются и образуют эрозию с фестончатыми очертаниями.

- симптом Никольского отрицательный

- акантолитических клеток нет

- болезненность небольшая

- эрозии во рту существуют 2-3 недели

- не оставляют рубцов

Лечение при всех видах пемфигоида то же, что и при пузырчатке. Следует также назначать:

- делагил по 0,25 g. 2 раза в день

- гамма-глобулин

- поливитамины

- пресоцил

- дапсон.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органайзеров на тему: Пемфигоид. Клиника. Диагностика. Лечение.

1. Концептуальная таблица

2. Пирамида

Аналитическая часть.

Ситуационная задача №1

Больная 60 лет обратилась с жалобами на наличие пузырьков и эрозий на СОПР, щеках, небе, деснах. Эрозии слегка болезненные. Объективно: на слизистой оболочке щек и неба имеются единичные пузыри размерами около 0,5x0,5 см с плотной крышечкой. При потягивании пинцетом обрывка пузыря отслойки слизистой оболочки не отмечается. Имеются также единичные эрозии, покрытые фибринозным налетом, слегка болезненные. На коже на гиперемизированном и слегка отечном фоне имеются единичные пузыри с плотной крышечкой. Назначьте дополнительные методы диагностики.

Поставьте диагноз. Определите план лечения

Ответ: Диагноз: Пемфигоид. Симптом Никольского отрицательный. Аканталитических клеток нет.

Лечение: Кортикостероидные препараты. Антималерийные препараты

Ситуационная задача №2

Больной обратился с жалобами на наличие пузырей и эрозий в полости рта. Объективно: на небе, гортани и слизистой щек имеются разнокалиберные напряженные пузыри с прозрачным содержимым и плотной крышечкой. Также определяются эрозии, покрытые серовато-белым налетом, который снимается при соскабливании. На слизистой глаз также имеются пузыри. На коже высыпаний нет. Симптом Никольского отрицательный. Поставьте диагноз. Составьте план лечения

Ответ: Диагноз: Пузырчатка глаз

Лечение: Лечение при всех видах пемфигоида то же, что и при пузырчатке.

Следует также назначать:

- далагил по 0,25 г. 2 раза в день
- гамма-глобулин
- поливитамины
- пресоцил
- дапсон.

Ситуационная задача №3

Больной d. 45 лет обратился с жалобами на болезненность в области неба. Объективно: на небе видна группа напряженных подэпителиальных пузырей размерами с горошину с прозрачным содержимым и толстой крышечкой. Кожные покровы и другие слизистые без изменений. Поставьте диагноз.

Ответ: Диагноз: Пемфигоид

Ситуационная задача №4

Больная, 50 лет обратилась в поликлинику с диагнозом «Герпетический дерматит Дюринга».

Составьте план лечения.

Ответ: **Лечение:** Кортикостероиды в ударной дозе, постепенно уменьшать. Антибиотики и сульфаниламиды, кальций хлор 10 % в/в.

Местное:

- санация полости рта

- Рациональное протезирование
- Ванночки из анестетиков перед приемом пищи, дезодорирующие и дезинфицирующие после приема пищи.
- Аппликации кортикостероидными мазями 3-4 раза в день в чередовании с метилурациловой мазью.

Ситуационная задача №5

Больная, обратилась в поликлинику с диагнозом “Пузырчатка глаз”. Составьте план обследования.

Ответ: Цитологическое исследование. Лабораторное исследование

Тесты

1. Пемфигоид относится к

- a) дерматозом*
- b) предраком
- v) авитаминозам
- g) инфекционным заболеваниям
- d) заболеваниям крови

2. Для пемфигоида характерно:

- a) отрицательный симптом Никольского *
- b) симптом «яблочного желе»
- v) положительная пузырная проба
- g) положительная проба с зондам
- d) положительные серологические реакции

3. Первичный морфологический элемент при пузырчатке:

- a) подэпителиальный пузырь*
- b) афта
- v) папула
- g) бляшка
- d) внутриэпителиальный пузырь

4. При пемфигоиде в мазках – отпечатках отсутствуют:

- a) клетки Тцанка *
- b) т- лимфоциты
- v) в- лимфоциты
- g) лейкоциты
- d) фибробласты

5. Прогноз при пемфигоиде:

- a) благоприятный*
- b) неблагоприятный
- v) неизвестно
- g) полное выздоровление
- d) переход в рак

6. Пемфигоид чаще встречается у:

- a) пожилых*
- b) детей до 1 года
- v) подростков 13-17лет

- g) взрослых 25-40 лет
 - d) детей дошкольного возраста
7. При лечении пемфигоида не используют:

- a) тетрациклин*
- b) гамма-глобулины
- v) поливитамины
- g) пресоцил
- d) дансон

8. Герпетический дерматит Дюринга чаще локализуется:

- a) небо и щеки*
- b) подъязычная область
- v) красная кайма губ
- g) десна
- d) миндалины

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык : Взятие мазка – отпечатка

Цель: Научить методу взятия мазка-отпечатка

Показание: С целью диагностики заболеваний СОПР

Оснащение: Стоматологическое кресло, бормашина, стоматологический стандартный набор, обезжиренная резинка, красители, спирт, предметное стекло, ватные валики, анестетик.

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1. Определить поражённый участок СОПР.	0	7		
2. Нанесение обезболивающего геля на ватный валик для аппликационного обезболивания	0	7		
3. Изолировать воспаленный участок от слюны.	0	8		
4. Резинку, простерилизованную кипячением наложить на слизистую оболочку, снять отпечаток	0	10		
5. Перенести отпечаток на обезжиренное предметное стекло.	0	8		
6. Высушить при комнатной температуре.	0	15		
7. Запечатать с помощью спирта.	0	15		
8. Фиксировать при помощи красителей	0	15		
9. Посмотреть под микроскопом.	0	15		
Итого:	0	100		

Контрольные вопросы:

1. Какой этиопатогенез пемфигоида.
2. Классификация пемфигоида
3. Клиника собственно неакантолитическая пузырчатки.
4. Клиника пузырчатки глаз.
5. Клиника доброкачественной неакантолитической пузырчатки только полости рта.

6. Клиника герпетической дерматит Дюринга.
7. Лечение пемфигоида.
8. Прогноз пемфигоида.

Занятие № 8

1. Тема: Красный плоский лишай.

2. Цель занятия: Изучить состояние СОПР КПЛ, клинику диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой при КПЛ.

3. План занятия: Научиться характеризовать элементы поражения при КПЛ, перечислить гистологические изменения при КПЛ, проводить дифференциальную диагностику, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элементы поражения, аппликацию кератопластических средств на элементы поражения.

Теоретическая часть

Красный плоский лишай (lichen planus) — хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, проявляющееся образованием ороговевших папул. Это заболевание чаще встречается у женщин в возрасте 40—60 лет. При красном плоском лишае наряду с кожными поражениями часто отмечаются изменения слизистой оболочки рта и красной каймы губ. Довольно часто встречается изолированное поражение слизистой оболочки рта. По данным Е. И. Абрамовой, одновременные поражения кожи и слизистой оболочки рта отмечены у 25% больных, а изолированная локализация на слизистой оболочке рта без поражения кожи установлена у 75% больных. Красный плоский лишай локализуется и на других слизистых оболочках: половых органов, заднего прохода, конъюнктивы, пищевода, желудка, уретры. Этиология. Окончательно не выяснена. Существует неврогенная, вирусная, токсико-аллергическая теории возникновения этого заболевания. Красный плоский лишай, как правило, протекает на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, гипертонической болезни, сахарного диабета, невротозов, дисбаланса иммунной системы и др. У большинства больных выявлено значительное повышение проницаемости стенок сосудов и снижение иммунологической реактивности. Определенное значение в развитии красного плоского лишая слизистой оболочки рта имеет травма (острые края зубов, некачественные протезы, явления гальванизма, аллергическая реакция на пластмассу протезов и др.). Клиническая картина. Основным морфологический элемент поражения — ороговевшая папула круглой или полигональной формы до 2 мм в диаметре. На коже папулы обычно плоские, с восковидным блеском, имеют розоватый или синюшно-красный цвет. На слизистой оболочке рта вследствие ороговения эпителия и постоянной мацерации они приобретают беловато-серый цвет, выделяясь на фоне нормальной или гиперемированной слизистой оболочки. Характерная черта красного плоского лишая — склонность папул к слиянию в виде рисунка, напоминающего кружевную сетку, снежинки, древовидные разветвления, иногда кольца, полосы. Папулы слегка возвышаются над уровнем слизистой оболочки, придавая ей шероховатость. На спинке и боковой поверхности языка папулы, сливаясь, часто образуют гиперкератические бляшки различных размеров, напоминающие лейкоплакию; сосочки в этой области сглажены.

У курильщиков папулы более выраженные и крупные, на них часто наслаиваются пятна лейкоплакии. На красной кайме губ папулы могут сливаться, образуя полосу белесоватого цвета, иногда принимающую звездчатую форму. Красный плоский лишай на красной кайме и слизистой оболочке губ часто приводит к возникновению glandулярного хейлита. Наиболее типична локализация красного плоскокоголишая на слизистой оболочке щек в месте прилегания больших коренных зубов с захватом переходных складок, на боковых поверхностях языка и спинке с переходом на нижнюю поверхность в области больших коренных зубов. Реже поражаются губы, десна, небо, дно полости рта. В связи с разнообразием клинических проявлений красного плоского лишая в полости рта различают следующие его формы: типичную (простая), экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную, гиперкератотическую.

Типичная форма. Встречается чаще других. Беловато-перламутровые папулы располагаются отдельно или в виде узоров, кружева, листьев папоротника, колец, полосок на видимо неизменной слизистой оболочке. При такой типичной картине красного плоского лишая субъективные ощущения выражены минимально и могут проявляться чувством жжения, стянутости, шероховатости, сухости слизистой оболочки рта. Довольно часто заболевание протекает бессимптомно и может быть выявлено случайно при осмотре стоматологом.

Экссудативно-гиперемическая форма. Встречается реже. Папулы располагаются на гиперемированной, отечной слизистой оболочке. Эта форма сопровождается более выраженными болевыми ощущениями, жжением, болями, усиливающимися при приеме острой пищи, разговоре. На фоне воспаленной, гиперемированной слизистой оболочки рисунок папул может терять четкость своих очертаний и даже частично исчезать. Но в процессе обратного развития, когда уменьшаются отек и гиперемия слизистой оболочки, рисунок папул вновь проявляется. Эрозивно-язвенная форма. Самая тяжелая из всех форм. Она может возникать как осложнение типичной и экссудативно-гиперемической форм в результате эрозирования области пораженной слизистой оболочки различными травмирующими факторами (острые края зубов, протезов, явления гальванизма и др.). При этой форме на гиперемированной и отечной слизистой оболочке рта имеются эрозии, иногда язвы, вокруг которых на фоне резко выраженного воспаления располагаются в виде рисунка типичные для красного плоского лишая папулы. Эрозии или язвы неправильной формы, покрыты фибринозным налетом, после удаления которого легко возникает кровоточивость. Они могут быть единичными, небольшими, слабоболезненными, однако могут быть и множественными с резко выраженной болезненностью. Такие эрозии и язвы держатся длительное время, иногда месяцами, даже годами не эпителизируются. Часто под влиянием лечения они частично или полностью эпителизируются, но вскоре вновь рецидивируют на том же или другом участке слизистой оболочки, иногда даже сразу после прекращения лечения. Иногда на месте длительно существовавших эрозий и язв возникают участки атрофии слизистой оболочки. В некоторых

случаях длительно существующие эрозии и язвы могут озло- качествляться. Буллезная форма. Встречается редко. Характеризуется, наряду с типичными высыпаниями беловато-перламутровых папул, появлением пузырей диаметром от 1 до 10 мм. Пузыри могут быть с серозным или геморрагическим содержимым, довольно быстро вскрываются. Срок их существования от нескольких часов до 2 сут. Образующиеся на месте пузырей эрозии довольно быстро эпителизируются, что отличает буллезную форму красного плоского лишая от эрозивно-язвенной. Длительность течения буллезной формы может быть различной, иногда пузыри могут появляться на протяжении многих месяцев. Пузыри могут появиться на слизистой оболочке рта одновременно с папулами или присоединяются к ним позднее. Иногда они предшествуют возникновению папул, что создает трудности в диагностике красного плоского лишая. Она характеризуется наличием различной формы и очертаний гиперкератотических бляшек, возвышающихся над уровнем слизистой оболочки с резкими границами

Вокруг очагов гиперкератоза имеются папулезные высыпания, типичные для красного плоского лишая.

Чаще всего эта форма локализуется на слизистой оболочке щек и спинке языка. Описанные формы красного плоского лишая могут трансформироваться одна в другую. Так, в результате осложнения, типичная форма может перейти в экссудатив- но-гиперемическую и эрозивно-язвенную. Процесс трансформации обуславливается влиянием общих (соматических заболеваний) и местных факторов. Наличие острых краев зубов и протезов, разнородные металлы, зубочелюстные аномалии и деформации, нелеченый пародонтит, зубной камень способствуют переходу красного плоского лишая из типичной формы в более тяжелую. Красный плоский лишай — хроническое заболевание, характеризующееся упорным длительным течением. Оно может длиться десятилетиями с чередованием обострений и ремиссий, на длительность которых оказывают влияние тяжелые общие заболевания и наличие местных травмирующих факторов в полости рта. Красный плоский лишай на слизистой оболочке рта может озлокачиваться.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органайзеров на тему: Красный плоский лишай.

1. Концептуальная таблица
2. Пирамида

Аналитическая часть.

Ситуационная задача №1

Больная Н 40 лет обратилась с жалобами на чувство жжения, стянутости и шероховатости слизистой щеки справа. Объективно: на слизистой щеки и боковых поверхностях языка в области моляров отмечаются белесоватые участки, слегка возвышающиеся над слизистой и напоминающие кружевной рисунок. Острые края 765 зубов

Поставьте диагноз. Составьте план лечения

Ответ: Диагноз: Типичная форма КПЛ.

Лечение: Лечение симптоматическое

Ситуационная задача №2

Пациентка 40 лет жалуется на появление металлического вкуса во рту. При осмотре имеются протезы из разнородных металлов, а по линии смыкания зубов, возвышающиеся папулы на неизличенном основании.

Ваша тактика. Ответ: Санация полости рта, устранение разнородных металлов, симптоматическое лечение

Ситуационная задача №3

Больная 45 лет жалуется на жжение в области щек после протезирования. При осмотре слизистая щек по линии смыкания зубов гиперемирована, отечна, имеются болезненные эрозии, вокруг которых видны беловато-перламутровые папулы в виде рисунка

Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

Ответ: **Диагноз:** КПЛ . Элемент поражения папула характерно для этого заболевания

Ситуационная задача №4

Больной 50 лет обратился в поликлинику с диагнозом «красный плоский лишай» эрозивно-язвенная форма

Составьте план лечения. **Ответ:** Эффективен комбинированный метод ТЕРАПИИ

А).ПРЕДНИЗОЛОН ПО 20-25 МГ ЧЕРЕЗ ДЕНЬ.

В).ДЕЛАГИЛ ПО 0,25 ГРАММ 2 РАЗА В ТЕЧЕНИЕ 4-6 НЕДЕЛЬ.

У).НИКОТИНОВАЯ КИСЛОТА ПО 0,05 ГРАММ 3 РАЗА В ДЕНЬ ПОСЛЕ ЕДЫ.ДОЗУ ПРЕДНИЗОЛОНА УМЕНЬШАЮТ КАЖДЫЕ 7-10 ДНЕЙ НА 5 МГ. 2.ГИСТОГЛОБУЛИН ПО 2 МГ ПОДКОЖНО 2 РАЗА В НЕДЕЛЮ КУРС 8-10 ИНЪЕКЦИЙ.

Ситуационная задача №5

Больная К 45 лет обратилась в поликлинику. Установлен диагноз: красный плоский лишай типическая форма.

Тактика врача. **Ответ:** Санация полости рта, рациональное протезирование, назначение седативных средств, инъекции никотиновой кислоты 1% под очаг, аппликация кертопластиков.

Тесты

1.Основной морфологический элемент при красном плоском лишае:

а) пятно*

б) пузырек

в) эрозия

г) бугорок

д) ороговевающая папула

2.Появление пузырей наблюдается при форме красного плоского лишае:

а) буллезной *

б) типичной

в) эрозивно-язвенной

г) экссудативно-гиперемический

д) гиперкератотической

3. В результате гиперкератоза образуется:

- a) бляшки*
- b) чешуйки
- v) трещины
- g) корочки
- d) пятна

4. Красный плоский лишай чаще встречается у

- a) женщин 40-60 лет*
- b) детей младшего возраста
- v) мужчин 20 лет
- g) подростков
- d) все ответы правильные

5. Признаки озлокачествления при КПЛ

- a) усиление ороговения, уклонение краев или основания очага поражения *
- b) общее недомогание
- v) появление более при приёме пищи
- g) повышение температуры
- d) распространение элементов поражения на соседние области

6. Клинически выраженная картина воспаления наблюдается при форме красного плоского лишая

- a) экссудативно-гиперемической*
- b) типичной
- v) буллезной
- g) гиперкератической
- d) эрозивно-язвенной

7. Для местного лечения типической формы КПЛ не применяют

- a) декамин*
- b) аекол
- v) масляный раствор ретинола ацетата
- g) кароталин
- d) кортикостероидные мази

8. Тяжелой и трудно поддающейся лечению является форма КПЛ

- a) эрозивно-язвенная*
- b) типичная
- v) экссудативно-гиперемическая
- g) гиперкератотическая
- d) буллезная

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Мануальный навык: Местная обработка СОПР при КПЛ

Цель: Обучить студентов местной обработке СОПР при КПЛ

Показания: Диагностика и лечение КПЛ

Оснащение: Стоматологическое кресло, стоматологическое оборудование, стандартный стоматологический набор, ватные валики, анестетик-2% раствор лидокаина, антисептики-раствор гексорала 0,2% , раствор корсадила 0,2%, 0,5-1% перекиси водорода, фермент-лизоцим 0,05%, кортикостероид - 0,5% Преднизолоновая мазь, локоид, кератопластики – масляный раствор ретинола ацетата 3,4%, кароталин

Выполняемые шаги:

№	Мануальный навык	Не выполнил шаг	Выполнил все шаги	Полученный балл студента	Подпись преподавателя
1	Устранение причинных факторов в полости рта острые края пломб, некачественные протезы, пломбы из амальгамы, гальваноз)	0	10		
2	2% раствором лидокаина провести местное аппликационное обезболивание	0	10		
3	Ферментативная обработка раствором 0,05% лизоцима	0	20		
4.	Антисептическая обработка(0,2%, раствор гексорала, 0,2% раствор корсадила 0,2%, 0,5-1% раствор перекиси водорода)		20		
5.	Смазывание кортикостероидными мазями (0,5% преднизолоновая мазь, локоид)	0	20		
6.	Кератопластики (Маслянные раствор ретинола ацетата 3,4% , каротелина)	0	20		
	Итого:	0	100		

Контрольные вопросы:

4. Этиология и патогенез красного плоского лишая.
5. Клинические формы красного плоского лишая.
6. Клинические разновидности КПЛ на красной кайме губ.
7. Клинические формы КПЛ на слизистой оболочки полости рта.
8. Дифференциальная диагностика КПЛ.
9. Дополнительные методы исследования при КПЛ.
10. Общее лечение КПЛ.
11. Тактика врача – стоматолога при КПЛ.

Занятие №9

1.Тема: «Поражения слизистой оболочки полости рта при красной волчанке»

2.Цель занятия: Изучить состояние СОПР при красной волчанке, клинику диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой при красной волчанке.

3.План занятия: Научиться характеризовать элементы поражения при красной волчанке, перечислить гистологические изменения при красной волчанке, проводить дифференциальную диагностику, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элементы поражения, аппликацию кератопластических средств на элементы поражения.

Теоретическая часть

Красная волчанка - это эритематоз группы коллагенозов. Этиология не выяснена. К провоцирующим факторам относят хроническую очаговую инфекцию, расстройство нервной и эндокринной системы, фотосенсибилизацию. Болеют чаще женщины 20-40 лет.

Клиническая картина. **Красная волчанка** бывает острая (системная) и хроническая (дискоидная). При хронической **красной волчанке** поражается кожа лица, красная кайма губ и слизистая оболочка **полости рта**.

Изолированные поражения слизистой встречаются очень редко. На коже лица появляются резко очерченные шелушащиеся розово-красные пятна, которые

сливаются вместе. В очаге поражения выделяют три зоны: стойкая **эритема**, **гиперкератоз**, в центре атрофия. На коже лица поражение напоминает бабочку. Одновременно может поражаться и **слизистая полости рта** (небо, ретромолярная область, дистальные отделы слизистой щек, красная кайма нижней губы). На слизистой б. П. Пашков, б. г. Стоянов, А. Л. Машкиллейсон (1970 г.) выделяют три формы заболевания: типичную, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную.

При типичной форме слизистая инфильтрирована, диффузно или очагово-красная. Очаги покрыты гиперкератотическими чешуйками, окружающими участки атрофии в центре напоподобие частокола.

При экссудативно-гиперемической картина **гиперкератоза** и атрофии сглажена из-за ярко выраженного отека и гиперемии самого очага.

При эрозивно-язвенной форме в центре резко гиперемированного очага появляется эрозия или язва. Эта самая болезненная форма возникает в местах наибольшей травматизации слизистой.

Красную волчанку дифференцируют с красным плоским лишаем, **лейкоплакией**, **хейлитом**. Трудности возникают лишь при диагностике изолированных поражений слизистой, для чего используют гистологический и люминесцентный метод диагностики.

Общее лечение проводится в отделении коллагенозов. Больным назначают антималярийные препараты (хингамин, делагил, кортикостероиды в небольших дозах, витамины группы b).

Местное лечение: санация, **гигиена полости рта**, кортикостероидные фторсодержащие мази («Синалар», «Лоринден», «Флуцинар») несколько раз в день на очаге поражения.

Профилактика рецидивов заболевания: исключение неблагоприятных метеорологических факторов (высокие и низкие температуры, повышенная инсоляция), применение весной и летом противомаларийных препаратов, солнцезащитных кремов.

Острая красная волчанка - тяжелое системное заболевание, сопровождается высокой температурой, поражением внутренних органов (эндокардит, гломерулонефрит, полиартрит), лейкопенией, повышением СОЭ. Лечение проводится в отделении каллогенозов.

Поражение красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта

Поражение слизистой оболочки полости рта и губ возникает обычно после появления высыпаний на коже или одновременно с ними. По данным Т. Н. Антоновой, красная волчанка красной каймы губ может длительное время существовать изолированно без очагов на коже. На слизистой оболочке полости рта красная волчанка локализуется преимущественно на щеках, небе, деснах и крайне редко на языке.

Клиническая картина хронической красной волчанки слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ имеет значительные вариации. Т. Н. Антонова (1965) предложила наиболее полную классификацию хронической красной волчанки красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. Она выделила четыре формы красной волчанки красной каймы губ:

1. типичную;
2. форму без клинически выраженных атрофии и гиперкератоза;
3. эрозивно-язвенную;
4. глубокую форму Калоши-Ирганга.

Три формы поражения слизистой оболочки полости рта:

1. типичную;
2. экссудативно-гиперемическую;
3. эрозивно-язвенную.

Было отмечено, что все клинические формы красной волчанки красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта могут трансформироваться одна в другую.

Типичная форма красной волчанки красной каймы губ по частоте составляет 46% от всех форм красной волчанки губ. При этой форме возникают эритема, гиперкератоз и атрофия. Процесс может диффузно захватывать всю красную кайму, не сопровождаясь выраженной инфильтрацией, или проявляться в виде ограниченных инфильтративных очагов. При диффузном распространении процесса красная кайма насыщенно-красного цвета, умеренно инфильтрирована, покрыта плотно сидящими беловато-серыми чешуйками, при попытке удаления которых отмечаются болезненность и кровотечение. По периферии очага на слизистой оболочке губы можно видеть участки помутнения эпителия в виде неравномерно выраженных полосок белого цвета. При ограниченном поражении имеются один или два инфильтративных очага. Иногда они сливаются, образуя сплошной инфильтративный очаг с различными очертаниями, в центре которого видно западение в результате атрофии, которая на красной кайме выражена значительно слабее, чем на коже.

Иногда наблюдается усиленный гиперкератоз — гиперкератотическая разновидность, при этом роговые наслоения могут иметь сходство с веррукозной лейкоплакией или кожным рогом.

Форма поражения красной каймы губ без клинически выраженной атрофии встречается примерно у 11% больных. Для этой формы характерны эритема и нерезко выраженный гиперкератоз. Процесс чаще имеет диффузный характер. Отмечаются застойная гиперемия и шелушение губ. Чешуйки в виде тонких пластинок частично легко удаляются при поскабливании. На отдельных участках наблюдаются нерезко выраженная инфильтрация и телеангиэктазии, за счет чего губа приобретает «пестрый» вид.

Эрозивно-язвенная форма красной волчанки красной каймы губ наблюдается примерно у 43% больных. Поражение локализуется преимущественно на нижней губе, что обусловлено рядом предрасполагающих факторов: богатой васкуляризацией, особенностями анатомического строения, постоянным увлажнением слюной и, наконец, постоянным травмированием губы. Эта форма характеризуется выраженным воспалением, на фоне которого возникают эрозии, трещины, язвы, покрытые серозными и серозно-кровоянистыми корками. Эрозии часто располагаются на слегка инфильтрированном основании, гиперкератоз в виде чешуек и атрофия

определяются по периферии очага поражения. Эта форма сопровождается жжением и болезненностью, усиливающейся во время еды.

Глубокая форма красной волчанки Капоши-Ирганга на губах встречается редко. Поражение имеет вид ограниченного, выступающего над красной каймой узловатого образования, на поверхности которого определяются небольшая эритема и гиперкератоз. Диагноз подтверждается наличием типичных очагов красной волчанки на коже, губах, а также эффективностью терапии противомаларийными препаратами.

Клинической особенностью красной волчанки красной каймы губ является возникновение вторичного glandулярного хейлита, который, по данным Т. Н. Антоновой, наблюдается у 22% больных. Он возникает особенно часто при эрозивно-язвенной форме. Характерным для вторичного glandулярного хейлита является его исчезновение после регрессирования клинических симптомов красной волчанки.

Характерной особенностью красной волчанки является свечение очагов поражения при освещении их лучами лампы Вуда. Очаги типичной красной волчанки светятся снежно-голубоватым или снежно-белым цветом. При форме красной волчанки без клинически выраженной атрофии свечение бывает малоинтенсивным с голубоватым оттенком.

Типичная форма красной волчанки слизистой оболочки полости рта характеризуется одним или несколькими резко ограниченными воспалительными очагами красного или красновато-фиолетового цвета с чуть возвышающимися краями и слегка запавшим центром. При пальпации таких очагов ощущается некоторая плотность, обусловленная имеющимся в их основании инфильтратом. В центральной части очага часто наблюдается гладкая синевато-красная атрофированная поверхность, покрытая многочисленными белыми или синевато-белыми нежными точками и полосками, часто расположенными в виде частокола, и иногда телеангиэктазиями. В длительно существующих очагах белые, иногда «звездчатые» полоски и точки имеются и в периферической зоне. Такое выраженное ороговение по всему участку поражения придает очагам красной волчанки сходство с лейкоплакией. В некоторых случаях в очагах красной волчанки отмечается резкий гиперкератоз. При этом по периферии очагов образуются опаловые или беловато-перламутровые наложения, придающие поражению сходство с красным плоским лишаем.

Экссудативно-гиперемическая форма красной волчанки слизистой оболочки полости рта характеризуется яркой гиперемией, резко выраженным отеком и незначительным гиперкератозом в виде точек и полосок.

Эрозивно-язвенная форма красной волчанки слизистой оболочки полости рта характеризуется такими же клиническими проявлениями, как экссудативно-гиперемическая форма, но на фоне этих изменений возникает одна или несколько болезненных эрозий либо язв. Эрозии различной величины и формы, покрыты плотным фибринозным налетом, при попытке удалить который появляется кровотечение. Нередко вокруг эрозии на фоне эритемы видна радиарно расходящаяся от центра очага белая полосовидная тонкая

исчерченность. По периферии очага явления ороговения усиливаются и иногда образуется слегка возвышающийся кератотический бордюр. При внимательном рассмотрении этого бордюра видно, что он состоит из отдельных тесно прилежащих друг к другу точек и полосок, располагающихся в виде частокола.

Очаги красной волчанки на слизистой оболочке полости рта в лучах Вуда имеют белое или мутно-белое свечение в виде полосок и точек. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков с очагов красной волчанки в люминесцентном микроскопе видны безъядерные ороговевшие клетки эпителия желто-оранжевого или оранжево-красного цвета.

Гистология

Гистологические изменения слизистой оболочки полости рта при красной волчанке весьма специфичны. Для красной волчанки слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ характерны поражения эпителия, коллагеновых волокон и наличие воспалительного инфильтрата.

Гистологическими особенностями этих изменений являются:

1. паракератоз или паракератоз перемежающийся с гиперкератозом;
2. вакуольная дегенерация клеток базального слоя эпителия;
3. густой инфильтрат в соединительной ткани, состоящий преимущественно из лимфоцитов, чаще располагающийся периваскулярно, реже — диффузно и субэпителиально;
4. дегенерация коллагеновых волокон, особенно значительная под эпителием и вокруг мелких кровеносных сосудов.

Дегенерированные коллагеновые волокна обычно хорошо окрашиваются гематоксилин-эозином, в них отчетливо выявляются нейтральные мукополисахариды. Может отмечаться дезинтеграция пучков коллагена. Вакуольная дегенерация базальных клеток эпителия варьирует от мелких очажков до сплошных участков деструкции, в результате которой возникает пузырь за счет отслоения эпителия, а затем образуется эрозия. Клинически определяемая краевая эритема обусловлена пролиферацией сосудов, расширением капилляров и застойными явлениями.

В случаях, когда густой воспалительный инфильтрат располагается непосредственно под эпителием, гистологическая картина приобретает сходство с таковой при плоском лишае. Однако в нижних отделах дермы при красной волчанке всегда обнаруживаются периваскулярное расположение инфильтрата и дегенерация коллагена. Под эпителием дистрофические изменения коллагена часто имеют вид лакун, заполненных гомогенным легко окрашивающимся гиалиноподобным веществом, но эти изменения обычно маскируются лимфоцитарным субэпителиальным инфильтратом.

Наличие и степень лимфоцитарной инфильтрации непосредственно под эпителием зависят от степени дистрофии клеток базального слоя. В очагах на слизистой оболочке полости рта всегда определяется значительный паракератоз и выраженный акантоз, которые обуславливают белую окраску эпителия.

Течение. Клиническая картина поражения слизистой оболочки полости рта при острой красной волчанке существенно отличается от таковой при хронической форме, хотя изредка

на слизистой оболочке полости рта у таких больных могут возникать очаги поражения, напоминающие проявления эрозивно-язвенной или экссудативно-гиперемической формы хроническое красной волчанки. У большинства больных острой красной волчанкой на слизистой оболочке неба и десен возникают очаговые или распространенные отечные пятна застойно-красного цвета с фиброзным налетом, иногда пятна имеют выраженный геморрагический оттенок. Кроме того, могут возникнуть пурпурозные элементы. По периферии пятен нередко образуются телеангиэктазии. Довольно часто у больных острой красной волчанкой на слизистой оболочке полости рта в разных местах возникают разнокалиберные пузыри, иногда с геморрагическим содержимым.

Течение острой красной волчанки отличается постоянным прогрессированием заболевания с постепенным вовлечением в процесс различных органов и тканей. Течение хронической красной волчанки длительное, иногда процесс продолжается десятилетиями. Красная волчанка на красной кайме губ может длительно (до 25 лет) существовать изолированно. Заболевание у большинства больных возникает и обостряется в весенне-летний период, а осенью и зимой наступает спонтанное улучшение.

Хроническая красная волчанка может осложняться рожистым воспалением и озлокачествлением, которые чаще отмечаются при локализации процесса на нижней губе. Озлокачествление при красной волчанке наблюдается у 0,5-9,5% больных, что позволяет отнести эрозивно-язвенную форму красной волчанки губ к факультативным предракам.

Клинические признаки начинающегося озлокачествления — проявление уплотнения в основании очага или на одном из его участков и усиление ороговения. Всегда должно настораживать внезапное эрозирование и кровоточивость эрозии.

Диагностика. Установление диагноза хронической красной волчанки слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ в типичных случаях при сочетании с характерными высыпаниями на коже не представляет трудностей. Однако красная волчанка указанной локализации может иметь большое клиническое сходство с рядом заболеваний губ и слизистой оболочки полости рта. Особенно сложна диагностика красной волчанки при изолированном поражении губ. Наибольшее сходство красная волчанка на красной кайме губ имеет с красным плоским лишаем.

Дифференциальная диагностика. При дифференциации типичной формы красной волчанки губ и формы без клинически выраженных атрофии и гиперкератоза с типичной и экссудативно-гиперемической формами красного плоского лишая следует иметь в виду, что для лишая характерны выраженная синюшность очага поражения, который состоит из слившихся между собой папул. При красном плоском лишае папулезные высыпания всегда образуют рисунчатое поражение. В отличие от красного плоского лишая при типичной форме красной волчанки имеется атрофия. Наличие атрофии и эритемы, иной характер ороговения, возможность распространения процесса с красной каймы на кожу отличает типичную форму красной волчанки от лейкоплакии. Кроме того, от красного плоского лишая и лейкоплакии красную волчанку губ можно отличить по снежно-голубому свечению очагов поражения в лучах Вуда.

Типичную форму красной волчанки губ следует дифференцировать от актинического хейлита, для которого характерны более выраженная гиперемия и неравномерная инфильтрация, придающие губе «пестрый» вид, шелушение, отсутствие атрофии и свечения в лучах лампы Вуда.

Форму красной волчанки без клинически выраженной атрофии следует дифференцировать от сухой формы эксфолиативного хейлита. Клиническая картина последнего характеризуется неяркой гиперемией, участки поражения покрыты тонкими чешуйками, напоминающими листочки слюды, плотно прикрепленными в центре к подлежащей ткани. Поражение в отличие от красной волчанки располагается вдоль губы в виде широкой ленты, оставляя непораженной часть красной каймы, прилежащую к коже. Процесс никогда не переходит на кожу, его течение монотонное и не зависит от времени года. Чешуйки при эксфолиативном хейлите не светятся в лучах лампы Вуда.

Наибольшую трудность в дифференциально-диагностическом отношении представляют эрозивно-язвенные формы красной волчанки и красного плоского лишая при локализации их на красной кайме губ. Часто по клинической картине невозможно дифференцировать эти заболевания, и тогда помогает исследование очагов поражения в лучах лампы Вуда. При красной волчанке ороговение имеет снежно-голубое свечение, а при плоском лишае — беловато-желтый оттенок. Иногда лишь гистологическое исследование или прямая РИФ, с помощью которой выявляются отложения IgG в пораженной слизистой оболочке или красной кайме в области эпидермально-дермального соединения, обычно в виде глыбок и гранул, у больных красной волчанкой, позволяет точно разграничить эти заболевания.

Эрозивно-язвенная форма красной волчанки может иметь сходство с абразивным преканкротозным хейлитом Манганотти, при котором в отличие от волчанки вокруг поверхностной эрозии, располагающейся только в пределах красной каймы, воспалительная реакция и гиперкератоз отсутствуют. Заболевание возникает в основном у пожилых людей.

Красную волчанку слизистой оболочки полости рта следует дифференцировать от красного плоского лишая, тем более что оба эти заболевания имеют одинаковые клинические формы, а атрофия, отмечающаяся при красной волчанке на слизистой оболочке рта, бывает незаметной. Основным дифференциально-диагностическим признаком является характер гиперкератотических изменений: при красном плоском лишае — это слившиеся в виде рисунка ороговевшие папулы, имеющиеся при всех формах заболевания, при красной волчанке — это расположенные по периферии очага мелкие очажки ороговения в виде близко расположенных друг к другу тонких черточек, напоминающих частокол.

Что касается дифференциации красной волчанки с лейкоплакией, то при последней отсутствует воспаление, а ороговение является единственным симптомом заболевания, причем оно отмечается по всему очагу поражения в виде как бы наклепленной тонкой пленки. Эрозивно-язвенную форму красной волчанки, как и эрозивно-язвенную форму красного плоского лишая и лейкоплакии, следует дифференцировать от пузырных заболеваний.

Лечение. До начала медикаментозного лечения больной красной волчанкой нуждается в обследовании для исключения системности поражения, выявления очагов фокальной инфекции, выяснения реакции кожи на солнечные лучи.

Лечение больных хронической красной волчанкой следует начинать с санации организма и защиты очагов поражения от действия прямых солнечных лучей. Наиболее эффективными средствами лечения являются синтетические противомаларийные средства — хингамин (хлорохин, делагил). Их назначают по 0,25 г 2 раза в день. Курсовая доза в среднем 20 г, но она может варьировать в зависимости от клинических проявлений заболевания и переносимости. Эффективность синтетических противомаларийных препаратов значительно возрастает при назначении одновременно небольших доз преднизолона (10-15 мг), триамцинолона (8-12 мг) или дексаметазона (1,5-2 мг) (Т. Н. Антонова).

Хороший эффект дает метод внутриочагового введения растворов хингамина. Для обкалывания очага применяются 5-10% раствор препарата, вводя его под очаг в дозе 1-3 мл через 1-2 дня после стихания острых воспалительных явлений. Для лечения красной волчанки широко применяют комплекс витаминов группы В, особенно никотиновую кислоту в дозе 0,05-0,1 г 3 раза в день.

Хороший, но не стойкий терапевтический эффект можно получить при лечении красной волчанки мазями синалар, ультралан, флюцинар и др. При эрозивно-язвенной форме вначале рекомендуют кортикостероидные мази, содержащие антибиотики или другие бактерицидные вещества. При применении этих мазей уже через 2-4 дня можно добиться терапевтического эффекта, особенно при выраженных воспалительных явлениях, однако при прекращении смазывания у многих больных процесс довольно быстро рецидивирует. Лечение больных острой красной волчанкой проводят перманентно кортикостероидами.

Профилактика. Профилактика рецидивов хронической красной волчанки, особенно при локализации процесса на губах, состоит в устранении фокальной инфекции в полости рта, а также в лечении заболеваний внутренних органов. Лица, страдающие красной волчанкой, должны избегать пребывания на солнце, в условиях высоких и низких температур и пр. Выходя на улицу, необходимо смазывать очаги поражения или бывшие места локализации красной волчанки фотозащитными кремами («Щит», «Луч»), которые содержат парааминобензойную кислоту, либо мазями, содержащими салол или хинин.

В первые годы после разрешения очагов красной волчанки в весенне-летний период для профилактики рецидивов больным можно назначать небольшие дозы противомаларийных препаратов (по 1/2-1 таблетке в день) или пресоцил по 2-3 таблетки в день. Лица, страдающие краевой волчанкой, должны находиться на диспансерном учете.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры «Сеть паука».

Составление органайзеров на тему: «Поражения слизистой оболочки полости рта при красной волчанке»

1. Кластер
2. «Рыбий скелет»

Аналитическая часть

Тесты:

1 Очаги гиперкератоза при красной волчанке в лучах Вуда светятся светом:

А белоснежно-голубоватым

Б темно-коричневым

В желтовато-коричневым

Г кремовым

Д феолетовым

2 Дополнительные методы исследования красной волчанки

А люминисцентный

Б функциональный

В проба Потера

Г гистоминовая проба

Д проба Шиллера-Писарев

3 Дифференциальную диагностику красной волчанки проводят с:

А КПЛ

Б ХРАС

В МЭЭ

Г пузырьчаткой

Д ОГС

4 Дифференциальную диагностику красной волчанки не проводят с:

А синдрому Стивенсона-Джонсона

Б лейкоплакией

В КПЛ

Г актиническим хейлитом

Д хейлитом Манганотти

5 Высокая температура тела, боли в суставах характерны для формы красной волчанки:

А острой

Б типичной

В экссудативно-гиперемической

Г эрозивно-язвенной

Д глубокой

6. Красная волчанка чаще встречается:

А женщин 20-40 лет

Б детей

В мужчин 60 лет

Г подростков

Д все ответы правильны

7 Пузыри с гемморагическим содержимым возникают при форме красной волчанки:

А острой

Б глубокой

В типичной

Г эрозивно-язвенной

Д экссудативно-гиперемической

8 Гистологическая картина поражения, при красной волчанке характеризуется:

А чередованием гиперкератоза.

- Б акантолизам
- В спангиозам
- Г папиломатозам
- Д баллонизирующей дегенерацией

Ситуационная задача.

№1. Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на боли при приеме пищи. Объективно: на слизистой полости рта видны эрозии и язвы, вокруг которых на фоне эритемы имеются радиально-расходящиеся белые полоски. По периферии эритемы отмечаются явление гиперкератоза на щеках, носу имеется эритема в виде бабочки.

Поставьте диагноз.

№2. Больная, 20 лет, обратилась с жалобами на высокую температуру тела, боли в суставах, гастрит. Объективно: на слизистой оболочке неба и щек имеются геморрагические пятна, пузыри, эрозии, покрытые фибринозным налетом. На коже-пятна гиперемии. В крови- лейкопения, анемия, повышенная СОЭ.

Поставьте диагноз.

№3. Больной 42 лет обратился с жалобами на боли в области полости рта, чувство жжения. Объективно: на коже лица отмечается эритематозные изменения в виде формы бабочки, на слизистой красной каймы губ имеются бляшки и шелушение.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

Практическая часть

Мануальный навык: Местная обработка СОПР при красной волчанке

Цель: Научить студента местной обработке СОПР при красной волчанке.

Показание: Местная обработка СОПР при красной волчанке

Оснащение: Стоматологическое кресло, стоматологическое оборудование, стандартный стоматологический набор, ватные валики, анестетик-2% раствор лидокаина, антисептики- 0,5-1% раствор перекиси водорода, 0,06% раствор хлоргексидина, фермент-лизоцим 0,05%, кортикостероиды - 0,5% Преднизолоновая мазь, кератопластики – масляный раствор ретинола ацетата 3,4%, каротолин, солкосерил дентальная адгезивная паста.

Выполняемые шаги:

№	Мануальный навык	Не выполнил шаги	Выполнил все шаги	Набранный балл студента	Подпись преподавателя
1	Местное обезболивание 2% раствором лидокаина	0	20		
2	Антисептическая обработка 0,5-1% раствором перокси водорода, 0,06% раствором хлоргексидина	0	20		
3	Ферментативная обработка 0,05% раствором лизоцима	0	20		
4	Смазывание кортикостероидными мазями (0,5% преднизолоновая мазь)	0	20		
5	Смазывание кератопластическими (масляный раствор ретинола ацетата 3,4%, каротолин, солкосерил дентальная адгезивной пастой)	0	20		
	Итого:	0	100		

Контрольные вопросы

1. Этиология Красной волчанки.
2. Классификация хронической красной волчанки красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.
3. Типичную форму красной волчанки губ следует дифференцировать.
4. Дифференциальная диагностика эрозивно-язвенной формы красной волчанки.
5. Патогистология красной волчанки.
6. Что является характерной особенностью красной волчанки при освещении лампой Вуда.
7. Лечение красной волчанки.
8. Профилактика красной волчанки.

Занятие №10

1. Тема: Аномалии развития языка. Клиника. Диагностика. Лечение.

2. Цель занятия: Изучить изменения СОПР при заболеваниях языка, клинику и диагностику заболеваний, ознакомить студентов с участками поражения слизистой, гистологические изменения слизистой оболочки.

3. План занятия:

Перечислить и различать основные клинические изменения при аномалиях развития языка. Проводить дифференциальную диагностику при аномалиях развития языка

Теоретическая часть

Десквамативный глоссит («географический» язык) - это воспалительно-дистрофическое заболевание. Многочисленные исследования свидетельствуют о патогенетической связи его с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Гистологически выявляются утолщение эпителиального пласта, дистрофическое изменение большинства эпителиальных клеток, в подлежащей ткани - стойкое расширение периваскулярные инфильтраты.

Клиническая картина. Не сопровождается выраженными субъективными ощущениями. Иногда больные жалуются на чувство покалывания, жжения. На различных участках языка появляются беловатые очаги. Затем в центральной их части эпителий отторгается, и на этом месте остаются розовато-красные пятна, окруженные ободком эпителия (полоса яркой гиперемии). Через 2—3 дня центр пятна вновь покрывается эпителием и постепенно теряет яркую окраску, тогда как по периферии пятно продолжает увеличиваться. Образуются фигуры, похожие на географическую карту. Различают мигрирующую и фиксированную формы десквамативного глоссита.

Диагностика. Проводится на основании клинических признаков и характер течения. Дифференцируют от вторичного рецидивного сифилиса. Десквамативный глоссит следует дифференцировать также от десквамации на языке при авитаминозах (В2, В6, В12), аллергических состояниях, вирусных инфекциях, ромбовидного глоссита и др.

Лечение. Специфическое лечение не разработано. При болях и жжении рекомендуются помимо санации полости рта легкие антисептические полоскания, аппликации кератопластических средств (масляный раствор витамина А, масло шиповника, 1 % цитраль на масле и др.), внутрь поливитамины. Хорошие

результаты дает лечение кальция пантотенатом (по 0,1-2 г 4 раза в день в течение месяца). Некоторый положительный эффект наблюдается при применении новокаиновых блокад в область язычного нерва (на курс 10 инъекций). При выраженной болезненности целесообразно назначать местные обезболивающие средства. Обязательно выявление сопутствующих заболеваний. Указанное лечение направлено на устранение или уменьшение болезненных ощущений, снижение числа рецидивов, но до сих пор мы не располагаем средствами, полностью устраняющими возможность рецидивов. Прогноз для жизни благоприятный; малигнизация исключена.

Аномалии и самостоятельные заболевания языка. Ромбовидный (срединный) глоссит.

Этиология. До конца не выяснена. Существует мнение, что ромбовидный глоссит является следствием врожденной аномалии языка в результате нарушения процессов эмбриогенеза. Другие авторы связывают аномалию с дистрофическими процессами на почве хронических заболеваний органов пищеварения, в частности снижения кислотообразующей функции желудка. Морфологически выявляется утолщение эпителия. Иногда выражены процессы акантоза с погружным ростом эпителиальных тяжей. Инфильтрат расположен периваскулярно или диффузно.

Клиническая картина. Характерным признаком считают появление четко ограниченного участка поражения на задней трети языка спереди от желобоватых сосочков по средней линии языка. Очаг поражения имеет четко ромбовидную, а иногда овальную форму. Цвет поражения нормальный, либо синюшно-красный, либо с опалесцирующим оттенком. Заболевание хроническое, длится годами. Различают три формы ромбовидного глоссита: плоскую (гладкую), бородавчатую (бугорковую) и папилломатозную (гиперпластическую). При плоской форме поверхность очага гладкая, полированная, сосочки языка отсутствуют. Пальпаторно выявляется уплотнение пораженного участка. При бородавчатой форме появляются бугристые плотные выросты. Окраска часто цианотична. Папилломатозная форма характеризуется возникновением на бугристой поверхности белесовато-розовых разрастаний с широким основанием, уплощенными вершинами. Больные с этой формой заболевания жалуются на ощущение инородного тела.

Дифференциальная диагностика. Проводится с новообразованием (бластемой) языка, гетеротопической язычной миндалиной. В сомнительных случаях необходима биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Лечение. Зависит от формы поражения. При плоской форме лечение не проводится. Бугорковая и папилломатозные формы при склонности к росту; подлежат хирургическому лечению. Наиболее эффективно лазерное выпаривание или эпиляция тканей, а также использование радиохирургии.

Аномалии и самостоятельные заболевания языка.

Складчатый язык представляет собой врожденную аномалию языка.

Встречается одинаково часто как у детей, так и у взрослых. Складчатый язык является одним из симптомов синдрома Мелькерссона - Розенталя.

Клиническая картина. На спинке языка отмечаются многочисленные борозды, наиболее глубокая - обычно проходит по средней линии.

Нитевидные и грибовидные сосочки, как правило, не изменены, однако иногда поверхность спинки или кончика языка выглядит сглаженной за счет атрофии нитевидных сосочков. Отмечается сочетание складчатого языка с «географическим». Как правило, такая врожденная аномалия протекает бессимптомно. В случаях вторичного иммунодефицитного состояния скопление грибковой флоры в глубине складок приводит к так называемому кандидозному глосситу. Иногда больные жалуются на чувство жжения.

Диагноз устанавливают на основании клинической картины. Изменения слизистой оболочки необратимы, поэтому в лечении нет необходимости. В случаях присоединения кандидозной инфекции рекомендуются обработка противогрибковыми средствами (10 % раствор натрия бората в глицерине), туширование языка анилиновыми красителями, местное применение клотримазола в виде 1 % крема 2 - 3 раза в день.

аномалии и самостоятельные заболевания языка. Черный «волосатый» язык.; Черный «волосатый» язык характеризуется гиперплазией и ороговением нитевидных сосочков различной степени выраженности.

Этиология. Существует предположение о роли лептотрикса как причинного фактора, но при бактериоскопическом исследовании, в большинстве случаев, обнаруживается банальная флора.

Нередко развитие «волосатого» языка связывают с заболеваниями желудочной кишечного тракта, особенно с хроническим гастритом и колитом. Интересно Мнение о конституциональной особенности лиц, страдающих этим заболеванием. Диагностическое значение имеют микробиологические данные.

Клиническая картина. В средней части спинки языка появляется участок равномерно удлиненных нитевидных сосочков, цвет которых варьирует от светло-коричневого до черного. Наиболее часто это состояние возникает у лиц, злоупотребляющих курением и алкоголем. Иногда удается проследить связь обострения «волосатого» языка с приемом определенных лекарственных препаратов и пищевых продуктов. Сосочки имеют длину от 0,5 до 2 - 3 см. У основания они более плотные, по направлению к вершине постепенно истончаются и у вершины более окрашены. Предполагают, что на окраску сосочков влияют в основном пигменты пищевых продуктов и продукты жизнедеятельности микрофлоры.

Лечение сводится к гигиеническому уходу за языком, соскабливанию разросшихся сосочков. Поверхность языка обрабатывают 3 % раствором меди сульфата, 5-10 % раствором салицилового спирта, 5 % раствором резорцина и 10 % раствором буры в глицерине. Из общих методов рекомендуется лечение витаминами, особенно группы В.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Сеть паука”.

Составление органайзеров на тему: Аномалии языка. Клиника. Диагностика. Лечение

1. Кластер

2. Рыбий скелет

Аналитическая часть

Тесты:

1 При плоской форме ромбовидного глоссита:

А лечение не проводят

Б иссекают очаг поражения

В проводят криодеструкцию

Г назначают антисептическую обработку

Д проводят гипосенсибилизирующую терапию

2. Формы ромбовидного глоссита:

А плоская, бугорковая, папилланатурная

Б плоская, веррукозная, эрозивно-язвенная

В типичная, буллезная, гиперкератотическая

Г экссудативно-гиперемическая, бородавчатая

Д плоская, буллезная, атипичная.

3. Очаг поражения при ромбовидном глоссите локализуется:

А строго по средней линии спереди от желобоватых сосочков

Б на кончике языка

В на боковых поверхностях языка

Г на средней трети языка

Д у корня языка на его боковой поверхности

4 Десквамативный глоссит характеризуется:

А очаговым нарушением ороговения и дистрофией сосочков языка

Б наличием многочисленных борозд на поверхности языка

В гиперплазией нитевидных сосочков языка и их ороговением

Г уплотнением участков поражения, отсутствием сосочков

Д папилломатозными разрастаниями, значительно выступающими над спиной языка

5 Волосатый язык чаще встречается :

А в старшем возрасте

Б у новорожденных

В у мужчин молодого возраста

Г у беременных женщин

Д в ювенильном периоде

6. При частых рецидивах «волосатого» языка назначают:

А гипосенсибилизирующую терапию, витамины С, Д,

Б антибиотики и сульфаниламиды

В анальгетики и витамины группы

В Г механическое удаление нитевидных сосочков

Д антигрибковую терапию

7. Складчатый язык является одним из симптомов в синдроме :

А Мелькерсона-Розенталя

Б Бехчета

В Стивенса-Джонсона

Г Иценго-Кушенго

Д Лайела

8. Этиология ромбовидного глоссита:

А не выявлена Б врожденный сифилис В врожденный туберкулез Г глистная инвазия Д хронический кандидоз

Ситуационная задача.

№1. Больной 50 лет, обратился с жалобами на необычный вид языка, ощущение инородного тела на спинке языка. Объективно: на спинке языка и в средней линии имеется участок овальной формы с удлинёнными нитевидными сосочками до 2 см, окрашенными светло-коричневый Цвет. Поставьте диагноз. Составте план лечения.

№2. Больная 20 лет, обратилась с жалобами на необычный вид языка, жжение. Объективно: на языке имеется множество глубоких поперечных симметричных борозд с хорошо выраженными сосочками. Поставьте диагноз. Составте план лечения.

№3. У мужчины, 35 лет, злоупотребляющего сигаретами на языке обнаружены черные волосы. Субъективно: у больного неприятные ощущения, необычный вид языка, позывы на рвоту при еде. Тактика врача.

Практическая часть

Мануальный навык: *Местное лечение черного “волосатого “ языка.*

Цель: Местное лечение черного “волосатого “ языка.

Показания: Местное лечение черного “волосатого “ языка.

Оснащение: Стоматологическое кресло, стоматологическое оборудование, стандартный стоматологический набор, ватные валики, антисептики 0,5-1% раствор перекиси водорода, 0,06% раствор хлоргексидина, кератолитические препараты: 5-10% раствор салицилового спирта, 5% раствор резорцина , противоопухолевой препарат: Третиноин

Выполнение мануального навыка:

№	Шаги	Не выполнен (0 балл)	Выполнено 100 балл)
1.	Санация полости (удаление зубных отложений, замена некачественных пломб и т.д.)	0	20
2.	Антисептические ванночки (0,5-1% раствор перекиси водорода, 0,06% раствор хлоргексидина)	0	20
3.	Наложение кератолитических препаратов (5-10% раствор салицилового спирта, 5% раствор резорцина) на спинку языка	0	20
4.	Аппликация противоопухолевого препарата Третиноина на очаг черного "волосатого" языка.	0	20
5.	Гиперплазированные нитевидные сосочки языка удалить механическим путем.	0	20
	Итого:	0	100

Контрольные вопросы:

1. Клиника десквамативного глоссита.
2. Диагностика десквамативного глоссита.
3. Лечение десквамативного глоссита.
4. Этиология ромбовидного глоссита.
5. Дифференциальная диагностика ромбовидного глоссита.
6. Клиника складчатого языка.
7. Этиология черного волосатого языка.
8. Лечение черного волосатого языка

Занятие № 11

1. Тема: Хейлиты (Эксфолиативный, Метериологический, Актинический). Клиника. Диагностика. Лечение.

2. Цель занятия: Изучить клинику диагностику хейлитов, ознакомить студентов с участками поражения губы и границы поражения при хейлитах.

3. План занятия: Научиться характеризовать элементы поражения при хейлитах, перечислить гистологические изменения при хейлитах, проводить дифференциальную диагностику хейлитов, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элементы поражения, аппликацию кератопластических средств на элементы поражения.

Теоретическая часть

Воспалительные заболевания губ - хейлиты

Строение губ необычно. Они лишены защитного рогового слоя, а сальные железы, выделяющие живительную гидролипидную мантию алой каймы, расположены только в уголках губ. Постоянное воздействие на губы внешней среды с бесконечными перепадами температуры, повышенная опасность инфекции, участие их в процессе питания, воздействие на губы экологически неблагоприятных, а зачастую вредных веществ, забивание желез губной помадой приводит к шелушению, морщинкам, трещинкам и потере цвета. Зачастую, при присоединении инфекции, возникают воспалительные заболевания губ. Одними, из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки рта, являются различные формы хейлитов. В последние

годы количество пациентов с этим видом патологии значительно увеличилось. Причины этому самые различные - это и ухудшение экологической ситуации, и увеличение частоты вторичных иммунодефицитных состояний организма и заболевания эндокринной системы, проявления аллергии и другие причины.

Хейлит (cheilitis) - воспалительное заболевание губ с поражением как собственно слизистой оболочки, так и красной каймы. Под собирательным термином "хейлит" объединяют самостоятельные заболевания губ различной этиологии, а также поражения губ как симптом других заболеваний слизистой оболочки рта, кожи, некоторых нарушений обмена и др. Поэтому изолированно термин "хейлит" не может быть использован как диагноз, так как указывает лишь на локализацию воспалительного процесса.

Известно большое количество разнообразных видов хейлита, нередко сходных по клиническим проявлениям, но имеющих разное происхождение, а следовательно, требующих адекватной терапии.

Классификация

Первичные (самостоятельные или собственно хейлиты)

2. Эксфолиативный.
3. Гландулярный.
4. Контактный аллергический (актинический) хейлит.
5. Метеорологический.

Симптоматические или вторичные хейлиты, являющиеся следствием какого-либо заболевания.

1. Атопический (сочетание хейлита с атопическим дерматитом или нейродермитом)
2. Экзематозный (сочетание хейлита с экземой)
3. Макрохейлит (сочетание макрохейлита с невритом лицевого нерва и складчатый язык).
4. Гиповитаминозный хейлит.
5. Хейлит при заболеваниях эндокринной системы.

Первичные (самостоятельные) хейлиты.

Эксфолиативный хейлит - (cheilitis exfoliativa) - заболевание только красной каймы губ, сопровождающееся шелушением. Впервые этот вид хейлита описал в 1900 г. Stelwogen как "персистирующую десквамацию губ". Позже Miculicz и Kimmel предложили название "эксфолиативный хейлит". Эксфолиативный хейлит чаще встречается у женщин. Среди этиологических факторов подавляющее большинство исследователей отводят главную роль нарушению функции нервной системы, различным проявлениям психопатологии - тревожным депрессивным реакциям. Кроме того, установлена связь между гиперфункцией щитовидной железы и эксфолиативным хейлитом. В последние годы в патогенезе эксфолиативного хейлита признается роль генетической обусловленности и иммуноаллергических изменений.

Клиническая картина. По клиническому течению выделяют сухую форму эксфолиативного хейлита и экссудативную. Для обеих форм эксфолиативного хейлита характерна определенная локализация патологических изменений - поражается только красная кайма губ от линии Клейна до ее середины. Не

отмечается распространения процесса на слизистую оболочку, кожу. Сохраняются свободными от поражения часть красной каймы губ, граничащая с кожей, и область углов рта.

При сухой форме больных беспокоит сухость губ, иногда жжение, появление чешуек, которые обычно скусывают. Такое состояние длится годами. При осмотре определяется следующее: одна губа или обе сухие, имеются чешуйки, которые в центре плотно спаяны с красной каймой, края их приподняты. После удаления чешуек эрозии как правило не возникают, отмечается лишь очаг яркой гиперемии. Через 5-7 дней чешуйки, напоминающие слюду, образуются вновь. Течение заболевания длительное, без склонности к ремиссии или самоизлечению. Сухая форма эксфолиативного хейлита может трансформироваться в экссудативную.

Экссудативная форма эксфолиативного хейлита характеризуется выраженной болезненностью, отеком губы, наличием обильных корок, затрудняющих речь, прием пищи. При осмотре определяется гиперемия зоны Клейна, иногда отек, наличие корок серовато-желтого цвета. Иногда корки свисают в виде фартука при значительной выраженности экссудативных явлений, так как не поражается красная кайма губ на границе с кожей. Причиной значительных экссудативных явлений считается резко увеличенная проницаемость капилляров. В прогностическом отношении наиболее благоприятной считается экссудативная форма хейлита.

Лечение. Терапия эксфолиативного хейлита представляет определенные трудности и основана на комплексном подходе общих и местных методов воздействия. Важное значение отводят воздействию на психоэмоциональную сферу. С этой целью невропатологом или психоневрологом назначаются седативные средства, транквилизаторы, проводят психотерапию. Показана консультация эндокринолога и при необходимости назначение соответствующего лечения. Местно успешно применение лазеротерапии, ультразвуковое введение различных гормональных средств, Букки-терапия (лучевая терапия). Для смазывания губ используют индифферентные мази и кремы, а иногда гигиеническую помаду. Эффективным является использование витаминов группы С и в. Для повышения реактивности организма рекомендовано применение таких препаратов как пирогенал, продигозан, аутогемотерапия. Эффективным является использование в комплексном лечении иммунокорректирующих препаратов. Лечение длительное 1-2 месяца, прогноз благоприятный.

Гландулярный хейлит (che-ilitis glandularis) - заболевание губ, обусловленное либо врожденной, либо приобретенной гипертрофией, гетеротопией малых слюнных желез и их инфицированием. Известно, что многочисленные железы слизисто-серозного характера в норме располагаются в различных топографических зонах слизистой оболочки, наибольшее их количество располагается в подслизистом слое нижней и верхней губы и мягком небе. При аномалии нижней губы малые слюнные железы появляются в переходной зоне (зона Клейна) и красной кайме губы. Впервые подробно описали простой glandулярный хейлит Puente и Acevedo(1927). Выделяют две

формы glandулярного хейлита: первичный и вторичный. Первичным называют glandулярный хейлит, не связанный с другими заболеваниями губ. Вторичный glandулярный хейлит развивается на фоне различных заболеваний с локализацией на губах (красный плоский лишай, лейкоплакия и др.), у лиц без врожденной аномалии малых слюнных желез.

В этиологии glandулярного хейлита ведущее значение имеет наследственная аномалия ацинусов и протоков малых слюнных желез с явлениями гиперплазии и гетеротопии, сопровождающиеся избыточной секрецией. К провоцирующим факторам относят зубной камень, воспалительные заболевания пародонта, кариес зуба и другие заболевания, которые способствуют инфицированию через расширенные отверстия выводных протоков слюнных желез. Так же инфицирование может происходить токсинами микроорганизмов полости рта, продуктами их распада и вирусами. В основе развития вторичного glandулярного хейлита лежит раздражение железистого аппарата губы воспалительным инфильтратом при лейкоплакии, красной волчанке и других заболеваниях с локализацией на губах. В результате такого раздражения развиваются гиперплазия желез, увеличение секреции, мацерация губы и инфицирование.

Клиническая картина. Glandулярный хейлит развивается преимущественно у лиц в возрасте старше 30 лет. При этом отмечено, что нижняя губа поражается в два раза чаще, чем верхняя. В начале заболевания больные отмечают небольшую сухость губ и шелушение. С такими жалобами обычно больные не обращаются к врачу за помощью. В последующем с развитием заболевания и его прогрессированием, появляется боль из-за эрозий и трещин. При осмотре на слизистой оболочке губы видны расширенные отверстия концевых отделов выводных протоков слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяются капли слюны - симптом росы. Из-за периодического смачивания губы слюной и ее испарения развивается сухость, возможны мацерация, появление трещин, эрозий. Этому способствует травма и нарушение эластичности тканей губы. Клинические проявления вторичного glandулярного хейлита сочетают жалобы и симптомы, характерные для основного заболевания, явившегося причиной, а также признаки первичного хейлита. При развитии гнойного процесса в малых слюнных железах может развиваться абсцесс губы- гнойный glandулярный хейлит.

Диагностика glandулярного хейлита не представляет затруднений, так как клиническая симптоматика его весьма своеобразна.

Лечение. В терапии glandулярного хейлита используют противовоспалительные мази (тетрациклиновая, эритромициновая, а также флуцинар и синалар-мази, оксалиновая мазь и др.). Однако наиболее оправданным методом является электрокоагуляция гипертрофированных слюнных желез или вылушивание их хирургическим путем. Успешным является применение лазерной абляции с использованием хирургического лазера.

Лечение вторичного glandулярного хейлита предусматривает своевременное и правильное лечение основного заболевания и противовоспалительную терапию.

С целью профилактики необходимы санация полости рта, устранение сухости, мацерации губ, нормализация микробиоциноза полости рта и диспансеризация больных.

Контактный аллергический хейлит (*cheilitis allergica contactis*) -

заболевание губ, в основе которого лежит аллергическая реакция замедленного типа на разнообразные раздражители при контакте их с красной каймой губ.

Клинические проявления контактного хейлита описаны впервые Miller и Taussig в 1924 г. Контактный аллергический хейлит диагностируется преимущественно у женщин в возрасте старше 20 лет. Этиологическими факторами аллергического контактного хейлита являются химические вещества, входящие в состав губной помады, зубных паст, пластмассы зубных протезов и др. Возможно возникновение хейлита от контакта с металлическими предметами (мундштуки духовых инструментов, карандаши, ручки и другие предметы). Возможно развитие профессиональных контактных аллергических хейлитов. Патологические изменения развиваются при наличии предрасположенности организма к аллергическим реакциям и сенсибилизации к различным химическим веществам.

Клиническая картина. Больные жалуются на появление сильного зуда, жжения, отека и покраснения губ. В анамнезе отмечаются контакт с различными раздражающими факторами и обострение заболевания при повторных воздействиях. При осмотре выявляют покраснение красной каймы губы, редко распространяющееся на кожу и слизистую оболочку. При резко выраженных воспалительных явлениях появляются мелкие пузырьки, после вскрытия которых образуются эрозии, трещины. В остальных случаях описанные субъективные ощущения сопровождаются шелушением без значительной воспалительной реакции.

Лечение. В лечении, контактного аллергического хейлита главное значение приобретает установление и устранение раздражителя. Местно используют мази, содержащие корти-костероиды, обладающие противоаллергическим, противозудным и противовоспалительным действием (флу-цинар, преднизолоновая, фторокорт и другие мази). Кроме того, проводят гипосенсибилизирующую терапию, назначают внутрь супрастин, димедрол, фенкорол, кларитин или другие препараты.

Метеорологический (актинический) хейлит (*cheilitis actinica*) - заболевание

относят к группе воспалительных изменений губ, в основе которых лежит повышенная чувствительность к солнечной инсоляции, холоду, ветру и радиации. Заболевание чаще встречается у мужчин в возрасте 20-60 лет. Основным этиологическим фактором является воздействие ультрафиолетовых лучей при наличии повышенной чувствительности к солнечной инсоляции.

Клиническая картина. По клиническому течению различают две формы заболевания: экссудативную и сухую. При экссудативной форме больных беспокоит, зуд, жжение губы, появление эрозий, корок. При осмотре красная кайма нижней губы слегка отечна, гиперемирована. Могут наблюдаться мелкие пузырьки или эрозии после их вскрытия, появляются корочки. При таких изменениях появляется боль. Клиническая картина этой формы хейлита

напоминает экссудативную форму контактного аллергического хейлита. Однако в качестве сенсibiliзирующего фактора выступает солнечная инсоляция либо воздействие холода. Сухая форма актинического хейлита проявляется сухостью губы, жжением, иногда болью. При осмотре отмечаются эритема губы, мелкие чешуйки беловато-серого цвета. В последующем возможно появление ссадин, эрозий. Озлокачествление актинического хейлита возможно при условии длительного существования заболевания, присоединения других раздражающих факторов: пыли, влажности, курения и др.

Лечение включает прежде всего прекращение неблагоприятного воздействия солнечной инсоляции либо других метеорологических факторов. Местно используют мази с кортикостероидами (гидрокортизоновая, преднизолоновая и др.). Применяют защитные кремы от ультрафиолетового излучения - (Луч, Щит). Внутрь назначают витамины группы В, РР и др. Метеорологический хейлит может способствовать возникновению облигатных форм предрака (ограниченный гиперкератоз, абразивный преан-крозный хейлит Манганотти и др.).

Симптоматические (вторичные) хейлиты

Атопический хейлит - относят к группе симптоматических заболеваний губ, а именно считают, что этот вид хейлита является симптомом атопического дерматита или нейродермита. Типичным клиническим симптомом диффузного нейродермита является зуд кожи с последующим развитием эритемы, эксфолиаций и лихенизации. Характерна локализация патологических изменений: на локтевых сгибах, коже лица, шеи. В этиологии атопического хейлита большое значение отводят генетическим факторам, которые могут создавать условия для развития аллергической реакции. Аллергенами могут быть лекарства, средства косметики, пищевые продукты, а также бактериальные и физические факторы.

Клиническая картина. Больные атопическим хейлитом жалуются на зуд губ, покраснение, шелушение красной каймы губ. При осмотре отмечается небольшая отечность красной каймы губ с вовлечением в патологический процесс прилегающих участков кожи. Характерно поражение углов рта, которые представляются инфильтрированными. По мере стихания острых явлений воспаления наблюдаются шелушение, лихенизация. Инфильтрация, сухость углов рта приводят к образованию трещин. Изменения губ сочетаются с сухостью, шелушением кожи лица.

Лечение. Предпочтение отдают гипосенсибилизирующим средствам (супрастин, димедрол, фенкарол или другие препараты), назначают витамины группы В (рибофлавин, пиридоксин и др.). Используют, кроме того, внутривенные вливания натрия тиосульфата 30%, гистаглобулина. Применяют транквилизаторы (седуксен, тазепам и др.) для уменьшения зуда. Местно также применяют противоаллергические, противозудные мази: преднизолоновую, гидрокортизоновую и др. При незначительном эффекте от консервативной терапии, упорном течении заболевания используют пограничные лучи Букки. В пищевом рационе исключают вещества, вызывающие сенсibilлизацию: икру,

шоколад, клубнику, цитрусовые и другие фрукты, а также острую и пряную пищу.

Экзематозный хейлит (cheilitis eczematosa) - также относят к симптоматическим заболеваниям губ и рассматривают как симптом экземы, в основе которой лежит воспаление поверхностных слоев кожи нервно-аллергического характера. Аллергенами могут быть самые разнообразные раздражители - от микроорганизмов, лекарственных средств до материалов протезных конструкций и компонентов зубных паст.

Клиническая картина. Заболевание может протекать остро и хронически. В острой стадии заболевания больные предъявляют жалобы на жжение, зуд в губах, отек и покраснение их. При этом наблюдается эритема, отек губ с распространением патологических изменений на кожу. Одновременно возможно появление везикул, мокнутия, корочек. Следовательно, характерен полиморфизм элементов поражения обеих губ и вовлечение в процесс кожных покровов.

Переход в хроническую форму экзематозного хейлита характеризуется уменьшением выраженности острых воспалительных явлений (отек, гиперемия) и уплотнением за счет воспалительной инфильтрации, образования узелков, чешуек. Все описанные изменения при экзематозном хейлите развиваются на предварительно неизмененных губах. Клинически, экзема осложненная вторичной инфекцией проявляется припухлостью, покраснением губ, везикулярными высыпаниями, образованием корок. С прекращением пузырьковых высыпаний появляется шелушение.

Лечение. Используют гипосен-сублизирующие и седативные средства. Необходимо общее лечение экзематозного поражения. Местно применяют смазывание губ мазями, содержащими кортикостероиды.

Макрохейлит (macrocheilitis) - заболевание губ, характеризующееся стойким отеком либо увеличением мышечной стромы. Сочетание макрохейлита с невритом лицевого нерва впервые в 1901 г. описал г. И. Россолимо, а затем Melkersson. Позже присоединение, к этим признакам симптома складчатого языка было описано Rosental. Заболевание, характеризующееся триадой этих симптомов, называется синдромом Мель-керссона - Россолимо-Розенталя. В этиологии заболевания придают значение инфекционно-аллергическому фактору, а также наследственной предрасположенности. Предполагается, кроме того, что описанный синдром представляет собой ан-гионевроз.

Клиническая картина. Больных беспокоит зуд губы, увеличение ее размеров, иногда появление отеков других отделов лица. Больные отмечают длительное существование отека, иногда наблюдается спонтанно некоторое улучшение, но наступает рецидив. При осмотре кожа в области губа лоснится, цвет ее не изменен. Кожа в очаге поражения приобретает синюшно-розовый оттенок. Локализация отека: одна или обе губы, щека, веки, другие отделы лица. Поражение лицевого нерва проявляется в перекосе лица в здоровую сторону, сглаженности носогубной складки. Складчатый язык, повидимому, является не симптомом заболевания, а аномалией развития. Обнаружение отечно-складчатого языка считается патогномичным признаком синдрома.

Диагностика синдрома Мелькерссона - Розенталя может быть затруднена, так как не всегда у больного одновременно обнаруживаются все три признака: могут наблюдаться макрохейлия и неврит или макрохейлит со складчатым языком. Возможно наличие одной макрохейлии с последующим присоединением других признаков заболевания.

Дифференциальную диагностику проводят с отеком Квинке, лимфанги-омой, гемангиомой. Следует также исключить коллатеральный отек губы при периостите и абсцессе.

Лечение. В лечении макрохейлита основная роль принадлежит сочетанию иммунокорректирующей, десенсибилизирующей и противовирусной терапии. Назначают кортикостероиды (дексаметазон 3-5 мг/сут, на курс 125 мг), окситетрациклин по 100 000 ЕД 4-6 раз в день, антигис-таминные препараты - тавегил, су-прастин, фенкорол, гистоглобулин. Витамины С, В, РР. Иммунокорректоры - Т-активин, ликопид и др. Противовирусные - бонафтон, ацик-ловир, зовиракс, лейкоинтерферон. Определенным эффектом обладает применение лазеротерапия на область губ и зон поражения невритом лицевого нерва.

При стойких формах во время ремиссии проводят стимулирующую терапию пирогеналом, продигоза-ном и другими препаратами. При неврите используют физические факторы, токи Бернара, ультразвук и др. Получен хороший результат от электрофореза гепариновой мази или аппликаций ее на губу вместе с ди-мексидом. При выявлении повышенной чувствительности к бактериальным аллергенам применяют специфическую гипосенсибилизацию бактериальными аллергенами. С косметической целью используют хирургическое иссечение части губы, однако это не предотвращает рецидива. В последнее время появились сообщения об эффективном использовании гирудотерапии (медицинские пиявки). Прогноз - при своевременном обращении к врачу и адекватной терапии - благоприятный.

Гиповитаминозный хейлит. Наиболее часто характерный хейлит развивается при гипо-или авитаминозе группы В (особенно важна недостаточность витамина В_g). Характеризуется жжением и сухостью слизистой оболочки рта, губ, языка. Слизистая оболочка гиперемирована, на красной кайме губ появляются мелкие чешуйки (шелушение). Образуются мелкие вертикальные трещины на сухой и гиперемированной красной кайме, часто эти трещины кровоточат. В углах рта на фоне гиперемии образуются болезненные трещины (ангулярный хейлит, заеда). Одновременно развивается глоссит, для которого характерна атрофия нитевидных сосочков, поверхность спинки языка становится гладкой, приобретает ярко-красную окраску, грибовидные сосочки гипертрофируются. Язык увеличивается в размерах, часто видны отпечатки зубов. Таким образом, лечение многих заболеваний губ является трудной задачей, но знания о причинах и механизмах развития заболеваний позволяют добиться положительного результата.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры "Сеть паука".

Составление органайзеров на тему: Хейлиты (Эксфолиативный, Метериологический, Актинический). Клиника. Диагностика. Лечение.

1. Категориальная таблица
2. Концептуальная таблица

Аналитическая часть

Тесты:

1 Дифференциальную диагностику эксудативной формы эксфолиативного хейлита не следует проводить с:

А МЭЭ

Б Эксудативной формой актинического хейлита

В Абразивным преканцирозным хейлитом Манганотти

Г Эрозивно-язвенной формой красной волчанки

Д Эрозивно-язвенной формой КПЛ

2 Актинический хейлит дифференцируют с:

А Красной волчанкой

Б Экзематозным хейлитом

В Гландулярным хейлитом

Г Абразивным хейлитом Манганотти

Д Макрохейлитом

3 Метериологический хейлит дифференцируют с:

А сухой формой эксфолиативного хейлита

Б glandулярным хейлитом

В экзематозным хейлитом

Г хроническими трещинами губ

Д все ответы правильные

4 С целью профилактики актинического хейлита не используют:

А 0,25% оксалиновую мазь

Б 10% салоловую мазь

В крем «Луч»

Г крем «Цит»

Д крем «Антилюкс»

5 Чешуйки-корки, достигшие значительных размеров свисают с губы в виде фартука при хейлите :

А эксфолиативного

Б экзематозном

В glandулярном

Г атапическом

Д метериологическом

6 У лиц с повышенной чувствительностью к ультрафиолетовому облучению развивается хейлит:

А актинический

Б атопический

В метериологический

Г эксфолиативный

Д glandулярный

7 Патологические изменения, локализующиеся только на части красной каймы губ от линии Клейна до ее середины, наблюдаются при хейлите :

А эксфолиативный

Б актиническом

В атопическом

Г экзематозном

Д метериологическом

8 Обнаженная ярко-гиперемированная поверхность губы без образования эрозий после удаления чешуек-корок наблюдается при хейлите:

А экзематозном.

Б эксфолиативном

В Мангонотти

Г glandулярном

Д актиническом

Ситуационная задачи.

№1. Женщина 30 лет обратилась с жалобами на чувство жжения, болезненность губ при смыкании, затрудненный прием пищи, речь. Объективно: в зоне Клейна нижней губы имеются чешуйки-корки желто-коричневого цвета, от угла до угла рта, свисающие в виде фартука. После снятия корок обнажается ярко-гиперемированная поверхность губы без эрозий.

Поставте диагноз. Составте план лечения.

№2. Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сухость нижней губы, боль при еде. Объективно: красная кайма нижней губы ярко-красная покрыты мелкими, сухими серебристо-белыми чешуйками с участками гиперкератоза.

Поставте диагноз.

Составте план лечения.

Практическая часть

Мануальный навык: Медикаментозная обработка элементов поражения при симптоматическом хейлите.

Цель: Обучение студентов медикаментозной обработки элементов поражения при симптоматическом хейлите.

Показания : Диагностика и лечение заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематичекие больные (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта.

№	Шаги	Не выполнил	Выполнил полностью
1.	Надевание резиновых перчаток и маски	0	20
2	Местное обезболивание	0	20
3.	Антисептическая обработка (3% H ₂ O ₂ , 0,06% хлоргексидин)	0	20
4.	Противовоспалительная терапия (антибиотики, противовирусные и	0	20

	кортикостероидные мази)		
5.	Аппликация кератопластиков	0	20
	Всего:	0	100

Контрольные вопросы

1. Классификация хейлитов .
2. Клиника экссудативной формы эксфолиативного хейлита.
3. Лечение эксфолиативного хейлита
4. Этиология метеорологического хейлита
5. Клиническая картина метеорологического хейлита
6. Лечение метеорологического хейлита
7. Как развивается гиповитаминозный хейлит.

Занятие №12

1. Тема: Хейлиты (экзематозный, контактный, атопический, хронические трещины губ, макрохейлит). Клиника. Диагностика. Лечение.

2. Цель занятия: Изучить клинику диагностику хейлитов (экзематозный, контактный, атопический, хронические трещины губ, макрохейлит), ознакомить студентов с участками поражения слизистой при хейлитах.

3. План занятия: Научиться характеризовать элементы поражения при Хейлитах (экзематозный, контактный, атопический, хронические трещины губ, макрохейлит), перечислить гистологические изменения при хейлитах (экзематозный, контактный, атопический, хронические трещины губ, макрохейлит), проводить дифференциальную диагностику, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элементы поражения, аппликацию кератопластических средств на элементы поражения.

Теоретическая часть

Хейлиты представляют собой доброкачественные воспалительные заболевания губ. К ним относятся процессы, локализующиеся только на губах, и заболевания, протекающие с преимущественным поражением красной каймы губ. Существует самостоятельная группа хейлитов и заболеваний губ, обусловленных системными поражениями организма, нарушениями питания и обмена.

А.Л.Машкиллейсоном и с.А.Кутиным разработана наиболее удобная для клиники классификация. Все хейлиты они разделили на две группы:

- 1) собственно хейлиты и
- 2) симптоматические хейлиты.

Группу *собственно хейлитов* составляют эксфолиативный, glandулярный, контактный (простой и аллергический), метеорологический и актинический хейлиты. *Симптоматические хейлиты* включают атопический, экзематозный (экзема губ) и плазмноклеточный хейлиты, макрохейлит как симптом синдрома Мелькерссона—Розенталя, хейлит при ихтиозе, гиповитаминозные хейлиты.

Экзематозный хейлит является симптомом экземы-хронического рецидивирующего заболевания каймы нейроаллергического происхождения. Выделяют острую и хроническую формы. Воспаление развивается на красной кайме губ, прилегающей к коже и в околоротовой области. Высыпания в виде пузырьков, корочек, мелких трещин локализуются на

эритематозных поверхностях губы. При хроническом течении отмечается инфильтрация, небольшая лихенизация, мелкие чешуйки, долго не заживающие трещины в углах рта. Успех лечения зависит от своевременного выявления и устранения действия аллергена. Назначают десенсибилизирующие и седативные препараты. Местное лечение заключается в назначении мазей, содержащих кортикостероиды, а при наличии мокнутий используют аэрозоли с кортикостероидами. При микробной экземе назначают мази и аэрозоли, содержащие кортикостероиды и противомикробные препараты («Лоринден С», «Синолар-Н», аэрозоли «Дексон», «Дексокорт» и др.).

Атопический хейлит. Является одним из симптомов атопического дерматита или диффузного нейродермита.

Причина возникновения: генетическая предрасположенность, наличие различных аллергических заболеваний в семье, непереносимость лекарственных препаратов, продуктов питания, бытовых химических веществ, нервно-психические факторы. При атопическом хейлите поражается красная кайма губ с вовлечением в патологический процесс прилегающих участков кожи, причем в области углов рта поражение проявляется наиболее интенсивно. Красная кайма губ инфильтрируется, шелушится мелкими чешуйками. Инфильтрация и сухость губ со временем приводит к образованию трещин и борозд. Процесс никогда не переходит на слизистую оболочку рта. Изменения губ часто сочетаются с сухостью, шелушением кожи лица.

Больные атопическим хейлитом предъявляют жалобы на зуд, жжение, шелушение красной каймы губ.

Атопический хейлит протекает длительно, обострения заболевания возникают преимущественно в осенне-зимний период, летом обычно наступает ремиссия. В лечении атопического хейлита важное место отводится проведению десенсибилизирующей терапии. Внутрь назначают антигистаминные препараты (супрастин, диазолин, кларитин, фенкарол). При длительном упорном течении заболевания внутрь можно назначить кортикостероидные препараты сроком на 2—3 нед (преднизолон детям 8—14 лет по 10—15 мг/сут, взрослым по 15—20 мг/сут или дексаметазон). Используют также внутривенные вливания 30% раствора тиосульфата натрия (по 5—10 мл ежедневно, на курс до 10 инъекций). У некоторых больных хорошие результаты получены от применения гистаглобулина, который назначают курсами по 6—8 инъекций; препарат вводят подкожно 2 раза в неделю в возрастающих дозах, начиная с 0,2 мл до 1 мл. Внутрь назначают также витамины группы В (В₁, В₆, В₁₂). Местно применяют кортикостероидные мази (0,5% преднизолоновую, «Лоринден», «Флуцинар» и др.), которые необходимо наносить на пораженную поверхность 4—5 раз в день. При малом эффекте от консервативной терапии и упорном течении заболевания применяют пограничные лучи Букки. Из пищевого рациона следует исключить вещества, способные вызвать сенсibilизацию организма: икру, шоколад, кофе, клубнику, цитрусовые и др., острую, соленую, пряную пищу, алкоголь; резко ограничить потребление углеводов

.Заболевание может сочетаться с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом. К 25-26 годам хейлит спонтанно излечивается.

Контактный аллергический хейлит.

Причина возникновения-повышенная чувствительность красной каймы или слизистой губ к различным химическим веществам: губная помада, кремы, химические карандаши, ручки, зубные пасты. Заболевание может появиться под действием профессиональных вредностей (пластмассовые мундштуки духовых инструментов у музыкантов, резиновые респираторы у рабочих химической промышленности и др.)

Контактный хейлит служит классическим проявлением аллергической реакции замедленного типа.

В месте контакта с аллергеном развиваются резко очерченная гиперемия, отек губы, могут быть пузырьковые высыпания. При легком длительном течении хейлита возможно появление мелких, но болезненных трещин, на границе с кожей губы, шелушение. Отек при этом слабо выражен.

Однако процесс никогда не затрагивает углы рта и не переходит на кожу. Субъективно пациент ощущает болезненность, сухость, стянутость губ, жжение и зуд. Постановке диагноза помогают аллергические пробы: (капельные или компрессные).

Заболевание следует дифференцировать от эксфолиативного хейлита, сухой формы актинического хейлита, атопического хейлита

Хроническая трещина губы: Заболевание встречается часто. Наблюдается у обоего пола во всех возрастных группах. Большое значение при этом имеет индивидуальное анатомическое строение губы (глубокая складка в центре губы) и хроническая травма. Различные метеорологические факторы могут вызвать сухость красной каймы губ, потерю эластичности и развитие трещины. Большую роль играют гиповитаминозы групп А и В, нейрогенный фактор, вредные привычки, кислые продукты питания.

Микробная флора поддерживает существование трещин и препятствует их заживлению. Сначала возникает одиночная более или менее глубокая линейная трещина, располагающаяся поперечно на красной кайме и сопровождающаяся болезненностью. Трещина находится обычно в центральной части красной каймы нижней губы, но иногда сбоку от центра. Трещина может продолжаться с красной каймы на слизистую оболочку, но никогда не распространяется на кожу. При нерациональном лечении трещина может существовать длительно годами. Хроническую трещину диагностировать не трудно.

Макрохейлит: заболевание губ, характеризующееся стойким отеком. Сочетание макрохейлита с невритом лицевого нерва и симптомом складчатого языка называют синдромом Мелькерссона-Розенталя.

В этиологии заболевания-инфекционно-аллергический фактор и наследственная предрасположенность.

Клиническая картина:

Больных беспокоит зуд губы, увеличение ее размеров, иногда появление отеков других отделов лица. При осмотре губа лоснится, цвет ее не изменен. Кожа в очаге поражения приобретает синюшный цвет. Локализация отека: одна или обе

губы, щека, веки. другие отделы лица. Поражение лицевого нерва проявляется в перекосе лица в здоровую сторону, сглаженности носогубной складки. Складчатый язык предполагается, что является аномалией развития. Лечение: Назначают: кортикостероиды: дексаметазон 3-5 мг/сут на курс 125мг, окситетрациклин по 100000 Ед 4-6р в день, антималярийные препараты, делагил по 0,25г 2 р в день на курс -20-25г, антигистаминные препараты, вит С и в. При стойких формах проводят стимулирующую терапию пирогеналом, продигозаном и др. При неврите используют физические факторы: токи Бернара, ультразвук и др. Получен хороший результат от электрофореза гепариновой мази или аппликации ее на губу вместе с димексидом. С косметической целью используют хирургическое иссечение части губы, однако это не предотвращает рецидива.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Круглый стол”.

Составление органайзеров на тему:

Хейлиты (экзематозный, контактный, атопический, хронические трещины губ, макрохейлит). Клиника. Диагностика. Лечение.

1. Категориальная таблица
2. Концептуальная таблица

Аналитическая часть

Ситуационная задача №1

У больного поражение кожи (сгибательные поверхности предплечья, надколенная область) и поражение красной каймы губ (пузырьки, трещины, корни и т.д)

Поставьте диагноз.

Ответ: Экзематозный хейлит

Ситуационная задача №2

У больного стойкое утолщение губ, в анамнезе частые рецидивы с ремиссиями, местных нарушений не обнаруживается, отличается паралич лицевого нерва и складчатый язык.

Поставьте диагноз.

Ответ: Макрохейлит

Ситуационная задача №3

Больной жалуется на боль при разговоре, приеме пищи.

Объективно: на нижней губе, в центральной ее части имеется поперечное линейное поражение красной каймы. Оно продолжается на слизистую оболочку губы, но не распространяется на кожу лица.

Поставьте диагноз.

Ответ: Хроническая трещина губы

Ситуационная задача №4

Девочка 17 лет обратилась с жалобами на зуд, жжение губ, ей трудно открывать рот, разговаривать. Пациентка страдает аллергией на различные медикаменты. Объективно: на опухших, покрасневших губах видны мелкие узелки, пузырьки, чешуйки, корочки.

Поставьте диагноз .

Ответ: Атопический хейлит

Ситуационная задача №5

Больной 54 лет пришел с жалобами на зуд и жжение губ. Из анамнеза :более 10 лет работает в медеплавильном цехе в противогазе.

Об-но:красная кайма губ сухая,на ней имеются поперечные мелкие бороздки и трещины.

Поставьте диагноз.

Ответ: Контактный хейлит

Ситуационная задача №6

Больная 27 лет обратилась с жалобами на зуд и жжение губ. Из анамнеза:Больная длительно пользуется помадой.

Об-но:губы отечны,гиперемированы,на них видны мелкие пузыри,эрозии,трещины.

Поставьте диагноз.

Ответ: Контактный хейлит

Ситуационная задача №7

Больной 35 лет,музыкант камерного духового оркестра,играет на кларнете,обратился с жалобами на жжение,зуд,сухость губ.Губы отечны,гиперемированы,имеются мелкие пузырьки.

Поставьте диагноз.

Ответ: Контактный хейлит

Ситуационная задача №8

Больной 17 лет обратился с жалобами на зуд,образование корок на губах. В анамнезе-аллергодермит,рецидивы осенью и весной. С возрастом отмечает уменьшение проявлений.

Поставьте диагноз.

Ответ: Атопический хейлит

Тесты

1. На губах с атопическим хейлитом не выявляются:

- а) эрозии, покрытые белым налетом,
- б) трещины
- в) мелкие чешуйки
- г) сухость губ
- д) инфильтрации

2. При местном лечении контактного хейлита применяют лечение:

- а) кортикостероидную мазь
- б) линкомициновую мазь
- в) тетрациклиновую мазь
- г) гепариновую мазь
- д) нистатиновую мазь

3) В этиологии хронической трещины губы большое значение имеет:

- а) анатомическое строение губы
- б) вирусный фактор
- в) аллергия

- g)химические раздражители
- d)пиогенная инфекция
- 4)При синдроме Мелькерсона-Розенталя макрохейлит сочетается с
 - a)параличом лицевого нерва
 - b)географическим языком
 - v)лейкоплакией
 - g)невритом нижнечелюстного нерва
 - d)невралгией тройничного нерва
- 5)В острой стадии экзематозного хейлита не наблюдаются:
 - a)рубцы
 - b)везикулы
 - v)мокнутие
 - g)корочки
 - d)кровоподтеки
- б)Экзематозный хейлит дифференцируют от хейлита:
 - a)атопического
 - b)макрохейлита
 - v)гландулярного
 - g)Мангонотти
 - d)хронической трещины губ
- 7.Макрохейлит дифференцируют со всеми заболеваниями ,кроме:
 - a)гландулярного
 - b)отеком Квинке
 - v)рожистым воспалением
 - g)лимфоангиомой
 - d)гемангиомой
- 8)Причиной возникновения аллергических контактных хейлитов является все,кроме
 - a)влажности
 - b)губных помад
 - v)пластмассы зубных протезов
 - g)мундштуков духовых инструментов
 - d)ручек,карандашей

Правильные ответы: 1-А,2-А,3-А,4-А,5-А,6-А,7-А,8-А.

Практическая часть

Мануальный навык: Местное лечение хронической трещины губ.

Цель: Местное лечение хронической трещины губ

Показания: Местное лечение хронической трещины губ

Оснащение: Стоматологическое кресло, стоматологическая установка, стандартный стоматологический набор, ватные валики, анестетики: 10% аэрозоль лидокаина, антисептики- 0,5-1% раствор перекиси водорода, протеолитические ферменты: 0,1% раствор трипсина,химопсина; кератопластики: целестодерм,солкосерил дентальная паста.

Контрольные вопросы :

№	Шаги	Не выполнен	Выполнен полностью
1.	Санация полости рта (удаление налета и зубных отложений, лечение кариозных зубов)		20
2.	Аппликационное обезболивание (10% аэрозолью лидокоина)		20
3.	Ферментативная обработка 0,1% раствором трипсина		20
4.	Антисептическая обработка (теплым 3% раствором перекиси водорода		20
5.	Аппликация кератопластических средств (солкосерил дентальная паста) в течении 20 мин.		20
	Всего	0	100

- 1.Классификация хейлитов.
- 2.Экзематозный хейлит.Особенности клинического течения.
- 3.Контактный хейлит.Клиника.Дифференциальная диагностика.
- 4 Клиника атопического хейлита.
5. Клиника хронической трещины губ.
6. Клиника макрохейлита.
- 7.Лечение экзематозного, атопического хейлитов.
- 8.Лечение макрохейлита

Занятие №13

1.Тема: Обязательные предраковые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

2.Цель занятия: Изучить состояние СОПР при предраковых поражениях слизистой оболочки полости рта и губы, клинику диагностики заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой при предраковых поражениях.

3.План занятия: Научиться характеризовать элементы поражения при предраковых заболеваниях СОПР, перечислить гистологические изменения при предраковых заболеваниях СОПР, провести дифференциальную диагностику, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элементы поражения, аппликацию кератопластических средств на элементы поражения.

Теоретическая часть

Предраковые заболевания-это предшествующие раку те или иные изменения слизистой оболочки полости рта,отличающиеся от злокачественных новообразований отсутствием одного или нескольких признаков,позволяющих диагностировать опухоль.

Способствуют их возникновению механические,химические,физические факторы.

В развитии предраковых заболеваний различают:рост без прогрессирования,длительное существование без значительных изменений,регрессию.

Различные предраковые заболевания озлакачествляются с разной степенью вероятности

Различают облигатные(безусловные-уже являющиеся внутриэпителиальным раком) и факультативные(условные)

Классификация предраков предложена в 1970 г и утверждена с небольшими поправками в 1976 году.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ СОПР

а) С высокой частотой озлакачествления(облигатные)

1.Болезнь Боуэна

б) С малой частотой озлакачествления(факультативные)

1.Лейкоплакия(эрозивная и верукозная)

2.Папилломатоз.

3.Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая форма красной волчанки и красного плоского лишая.

4.Постлучевой стоматит.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ:

а) С высокой частотой озлакачествления(облигатные)

1.Бородавчатый предрак.

2.Ограниченный предраковый гиперкератоз

3.Образивный преанцерозный хейлит Мангонноти

б) С малой частотой озлакачествления(факультативные)

1.Лейкоплакия

2.Кератоакантома

3.Кожный рог

4.Папилома с ороговением

5.Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая

6.Послучевой хейлит

Типичный признак малигнизации-появление плотного малоблезненного инфильтрата.

БОЛЕЗНЬ БОУЭНА.-редкое медленно прогрессирующее очаговое заболевание кожи и слизистой оболочки, рассматривается как предраковый дерматоз. Болеют женщины и мужчины 45-65 лет.Причина-длительная травматизация кожи и слизистой. Место локализации-мягкое небо, душики. Начальные признаки болезни характеризуются появлением пятнисто-узелкового поражения 1см в диаметре с мелкобугристой поверхностью. Макроскопически опухоль представляет четко ограниченную бляшку от бледно-розового до темно-красного цвета,гладкую или бархотистую с небольшими сосочковыми разрастаниями без выраженного воспаления. Бляшки могут сливаться. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.Течение длительное,спонтанно обратного развития не наблюдается. Диагноз ставиться на основании клиники и гистологических исследований. Гистологически обнаруживается картина внутриэпителиального спиноцеллюлярного рака. Дифференциальная диагностика проводится с лейкоплакией (нет чешуек),красной волчанкой(признаки воспаления,атрофии),туб.волчанкой,сифилисом (папулами).

Лечение:хирургическое иссечение бляшек в пределах здоровой ткани.Больные подлежат диспансеризации.Прогноз неблагоприятный.

БОРОДАВЧАТЫЙ ПРЕДРАК. Причинами возникновения являются инсоляция и травма. Развивается на нижней губе у мужчин 40-50 лет. Клинически определяется узел полушаровидной формы плотной консистенции до 1 см. Пальпация безболезненна, окружающая ткань без изменений, окраска его варьирует от обычного цвета красной каймы губ до застойно красного или серовато-красного. Малигнизация может наступить через 1-2 месяца после возникновения очага поражения. Признаком перехода является интенсивность роста узла, ороговение его поверхности, появление уплотнения в основании. Дифференциальная диагностика проводится с обыкновенной бородавкой (есть гипертрофический роговой слой по периферии), папилломой (наличие ножки), кератомой (имеется кратер, заполненный роговыми массами). Лечение: только хирургическое с последующим гистологическим исследованием, где выявляется пролиферация эпителия, полиморфизм клеток шиповидного слоя, гипер и паракератоз.

ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ. Причины возникновения - инсоляция и травма. Встречается у мужчин старше 30 лет. На боковых поверхностях красной каймы нижней губы образуется очаг в виде неправильного многоугольника до 1 см в диаметре, покрытый тонкими плотно сидящими чешуйками серовато-белого цвета, безболезненный, мягкий, резко ограничен от окружающих тканей или приподнят над ними. Дифференциальный диагноз проводят с лейкоплакией (нет чешуек на поверхности) и красной волчанкой (есть атрофия тканей и воспалительная реакция). Гистологически определяется ограниченный участок акантоза, гиперкератоз. Малигнизация наступает в первые месяцы после возникновения заболевания. Лечение хирургическое.

АБРАЗИВНЫЙ ПРЕКАНЦЕРОЗНЫЙ ХЕЙЛИТ МАНГАННОТИ. Встречается у мужчин старше 50 лет. Способствуют возникновению травмы, инсоляция, герпес. Клиническая картина: характеризуется появлением на красной кайме губ одно, двух, трех эрозий, расположенных на боковых, реже центральных участках и имеет своеобразный ярко-красный цвет без тенденции к кровоточивости и эпителизации. Может эпителизироваться, но вновь появляется на том же месте через некоторое время. Клинические симптомы малигнизации выражены незначительно. Следует обращать внимание на образование инфильтрата в основании эрозии, кровоточивость при малейшем травмировании, появление на ее поверхности сосочковых разрастаний, развитие процессов ороговения, отсутствие эффекта после терапевтического лечения. Гистологически выявляют дефект эпителия, акантоз.

Дифференциальную диагностику абразивного преканцерозного хейлита Манганноти проводят с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая, красной волчанкой, актеническим хейлитом, раком губы.

Тактика врача-стоматолога. Стоматологи, так же как и врачи любого другого профиля, должны проявлять онкологическую настороженность при обследовании больных. Независимо, от жалоб, с которыми обратился больной, тщательный осмотр всей полости рта и красной каймы губ — закон для врача. Любое отклонение от нормы в полости рта должно привлечь пристальное

внимание врача. Ранние проявления предраковых заболеваний или признаки их трансформации в рак, как правило, незаметны для больного, поскольку протекают безболезненно, поэтому долг врача — своевременная их диагностика. Понятие «онкологическая настороженность» прежде всего имеет в виду сумму конкретных знаний онкологии, позволяет врачу провести раннюю и своевременную диагностику рака. В это понятие входит также знание предраковых заболеваний, их диагностика, лечение, признаки малигнизации. В постановке диагноза и выявлении морфологических признаков озлокачествления первостепенную роль играет цитологический метод исследования, позволяющий поставить правильный диагноз в 90—95% случаев. Материал для цитологического метода исследования берется методом соскоба или пункции. У больных облигатными и факультативными формами предрака с большей потенциальной способностью к озлокачествлению необходимо проводить гистологическое исследование. Вопрос о предраковом характере поражения решается на основании комплекса клинических и морфологических признаков.

Профилактика облигатных предраковых поражений СОПР и ККГ В профилактике предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ первостепенное значение принадлежит устранению хронических, травмирующих слизистую оболочку факторов (острые края зубов, протезов, отложения зубного камня, разрушенные коронки зубов, явления гальванизма), борьбе с курением, предохранению от чрезмерной инсоляции и высушивания. Важным звеном профилактики предраковых заболеваний красной каймы губ является своевременное лечение системных заболеваний и хронических воспалительных процессов слизистой оболочки рта — хронических трещин губ, гландулярного хейлита, хронических герпетических поражений и других.

Большую роль в профилактике предрака и рака слизистой оболочки рта и красной каймы губ играет массовая санитарно-просветительная работа среди здорового контингента людей, а также среди больных, обращающихся за помощью к стоматологу. В беседах с больными следует обращать внимание на вред приема горячей, обжигающей рот и чрезмерно острой пищи, а также на опасность употребления алкоголя, курения. Необходимо обращать внимание на состояние гигиены полости рта, являющейся одним из звеньев профилактики возникновения предраковых изменений слизистой оболочки рта. Особенно серьезно на эту тему следует беседовать с больными, у которых уже имеются предраковые изменения на слизистой оболочке рта. Их необходимо предупредить о вероятности возникновения рака в случае невыполнения необходимых требований врача (прекращение курения, приема раздражающей пищи, регулярному уходу за полостью рта).

Больные предраком слизистой оболочки рта и губ, особенно облигатными его формами, должны находиться на активном наблюдении стоматолога или онколога. Врач-стоматолог должен иметь четкое представление об организации онкологической помощи, сети онкологических лечебных учреждений для того, чтобы быстро направить больного по назначению. В трудных случаях

диагностики необходимо помнить о возможности быстрого роста злокачественной опухоли и ставить диагноз в максимально короткий срок. Лечение без диагноза не должно проводиться более 7 дней. Следует устранить местные раздражители, не применять средства, способствующие росту опухоли (прижигания, физиотерапия и др.). В затруднительных случаях врач обязан привлечь к обследованию больного более опытных специалистов.

При малейшем подозрении в отношении озлокачествления предракового процесса необходимо срочно произвести иссечение очага в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием. Только после этого следует решать вопрос о дальнейшей тактике лечения. После лечения рака или предраковых заболеваний больные должны находиться на активном наблюдении.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Кто больше, кто быстрее”.

Составление органайзеров на тему: Облигатные предраковые поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

1. Кластер
2. Концептуальная таблица

Аналитическая часть

Ситуационная задача №1

При профилактическом осмотре у мужчины 47 лет на слизистой оболочке щеки на гиперемизированном фоне виден участок гиперкератоза с мелко бугристой поверхностью, несколько западающей, безболезненный. Гистологически обнаруживают картину внутриэпителиального рака. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

Ответ. Болезнь Боуэна. Обоснованием диагноза является элемент поражения и гистологическая картина.

Ситуационная задача №2

Мужчина 37 лет жалуется на образование похожее на ороговевшую папиллому.

Из анамнеза: имеет вредные привычки: часто выпивает, курит.

Объективно: На неизменной красной кайме нижней губы имеется узелок диаметром 7 мм, безболезненный, нормального цвета, выступающий на 3 мм, плотной консистенции, покрытый плотносидящими тонкими чешуйками. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

Ответ. Бородавчатый предрак. Подтверждают диагноз данные объективного осмотра.

Ситуационная задача №3

При профосмотре у мужчины 42 лет обнаружен очаг гиперкератоза ниже уровня красной каймы нижней губы, покрыт тонкими чешуйками. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

Ответ. Ограниченный предраковый гиперкератоз. Диагноз поставлен на основании объективных данных.

Ситуационная задача №4

Мужчина 35 лет обратился с жалобами на безболезненное образование на нижней губе.

Объективно: на нижней губе с боку от центра имеется резко ограниченный, слегка западающий участок полигональной формы 2х1,5см, покрыт тонкими плотно-сидящими чешуйками серовато-белого цвета. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

Ответ. Ограниченный предраковый гиперкератоз. Диагноз поставлен на основании объективных данных.

Ситуационная задача №5

Мужчина 60 лет с вторичной полной адентией обратился с жалобами на безболезненную эрозию на нижней губе.

Из анамнеза: эрозия существует 3 года. Появляясь раз в полгода, сама эпителизируется.

Объективно: в центре красной каймы нижней губы имеется эрозия красного цвета с гладкой поверхностью, не склонной к кровоточивости.

Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

Ответ. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти. Обоснованием диагноза являются данные анамнеза и объективного исследования.

Ситуационная задача №6

Мужчина 65 лет обратился с жалобами на наличие эрозии.

Из анамнеза: Часто болеет рецидивирующим герпесом. Эрозия существует полгода. Плохо поддается лечению: аппликация облепиховым маслом.

Объективно: Передние зубы сильно разрушены. На нижней губе с боку имеется поверхностная эрозия овальной формы с гладкой полированной поверхностью, насыщенно-красного цвета, покрыта плотносидящей кровянистой коркой, удаляющейся с трудом, склонной к кровоточивости. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

Ответ. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти. Обоснованием диагноза являются данные анамнеза и объективного исследования.

Ситуационная задача №7

У Больной 52 лет на слизистой щеки очаг поражения выглядит как пятнисто-узелковое образование, похожее на лейкоплакию. Поставьте диагноз..

Ответ. Болезнь Боуэна

Ситуационная задача №8

У пациента 60 лет на нижней губе обнаружен при профилактическом осмотре безболезненный узелок полушаровидной формы с бугристой поверхностью.

Поставьте диагноз.

Ответ. Бородавчатый предрак.

Тесты

1. Развитию облигатных предраковых заболеваний способствуют:

- а). хронические травмы слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ
- б). нарушения эндокринной системы
- в). нарушение нервной системы
- г). острые травмы слизистой оболочки полости рта
- д). нарушение системы кровообращения

2. Возникновению хейлита Манганотти способствуют:

- a) инсоляция, герпес
- b) аллергические заболевания
- v) очаговый пленчатый радиомукозит
- g) специфические заболевания
- d) вредные привычки

3. Клинически хейлит Манганотти проявляется в виде:

- a) эрозий, непокрытых корками
- b) бугорков
- v) бляшек
- g) налета
- d) чешуек

4. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ дифференцируют с:

- a) лейкоплакией
- b) хейлитом
- v) глоссалгией
- g) твердым шанкром
- d) бугорковым сифилидом

5. При бородавчатом предраке наблюдается все, кроме:

- a) гуммы
- b) узелка полушаровидной формы
- v) перехода в рак через 1-2 месяца
- g) гиперкератоза
- d) паракератоза

6. Гистологически при болезни Боуэна не обнаруживают:

- a) спонгиоз
- b) гиперкератоз
- v) паракератоз
- g) акантоз
- d) внутриэпителиальный рак

7. К облигатным предракам не относится:

- a) кератоакантома
- b) Болезнь Боуэна
- v) бородавчатый предрак
- g) ограниченный предраковый гиперкератоз
- d) хейлит Манганотти

8. Клинические признаки озлокачествления хейлита Манганотти:

- a) сосочковые разрастания на поверхности эрозии
- b) вялое течение
- v) плотно сидящая кровянистая корка
- g) эрозия, непокрытая коркой
- d) безболезненность эрозии

Практический навык: **Пальпация слизистой оболочки полости рта.**

Цель: научить студента пальпации СОПР.

Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

Выполнение мануального навыка:

№	Выполняемые шаги.	Шаг не выполнен.	Шаг выполнен не полностью.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надеть средства защиты	0	10	20
2	Правой рукой с надетой на нее резиновой перчаткой пальпировать морфологический элемент.	0	10	20
3.	Большим и указательным пальцем правой руки определить границы морфологического элемента	0	10	20
4.	Пальцами прощупать вращение элемента в подлежащие ткани	0	10	20
5.	Определить консистенцию, болезненность и размеры морфологического элемента.		10	20
	Итого:	0	50	100

Контрольные вопросы :

1. Классификация предопухолевых процессов слизистой оболочки рта и красной каймы губ.
2. Особенности клинического проявления болезни Боуэна..
3. Бородавчатый предрак. Клиника.
4. Особенности клинического проявления ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ..
5. Особенности клинического проявления абразивного преинвазивного хейлита Манганноти.
6. Дифференциальная диагностика абразивного преинвазивного хейлита Манганноти.
7. Тактика врача-стоматолога при облигатных предраковых поражениях слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
8. Профилактика облигатных предраковых поражениях СОПР и ККГ

Занятие №14

1. Тема: Факультативный предрак слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ (ККГ).

2. Цель занятия: Изучить состояние СОПР при факультативных предраковых поражениях слизистой оболочки полости рта и губы, клинику диагностику заболевания, ознакомить студентов с участками поражения слизистой при предраковых поражениях.

3. План занятия: Научиться характеризовать элементы поражения при факультативных предраковых заболеваниях СОПР, перечислить гистологические изменения при факультативных предраковых заболеваниях СОПР, проводить дифференциальную диагностику, антисептическую обработку, аппликацию антибактериальных средств на элементы поражения, аппликацию кератопластических средств на элементы поражения.

Теоретическая часть

Классификация факультативных предраков:

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ПРОЦЕССЫ СОПР:

(с малой частотой озлакачивания)

1. Лейкоплакия (эрозивная и верукозная)

2. Папилломатоз.

3. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая форма красной волчанки и красного плоского лишая.

4. Постлучевой стоматит.

ФАКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ПРОЦЕССЫ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ:

в). С малой частотой озлокачествления (факультативные)

1. Лейкоплакия

2. Кератоакантома

3. Кожный рог

4. Папилома с ороговением

5. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая

6. Послучевой хейлит.

Кератоакантома-эпидермальная доброкачественная опухоль, сочетается с врожденным невусом, пигментной ксеродермией. возникновение ее связано с врожденным фактором. Локализуется на красной кайме губ, редко на языке в виде серовато-красного плотного узелка с воронкообразным углублением в центре, заполненным роговыми массами. Безболезненна, подвижна, неспаяна с окружающими тканями. Различают 3 стадии развития опухоли: рост-3 месяца, стабилизацию-3-4 месяца, инволюцию-3-4 месяца. Разрешается рубцом, иногда плоской фиброзной бляшкой с гладкой поверхностью, либо озлокачивается.

Кожный рог или фиброкератома Унна. Заболевание редкое, возникающее на нижней губе у лиц старше 60 лет. Клинически определяется медленно растущий выступающий очаг диаметром до 1 см, от которого отходит конусовидный рог длиной до 1 см кори чнегато-серого цвета. плотной консистенции, спаянный с подлежащей тканью. Может развиваться на фоне длительно существующей лейкоплакии. Гистологически отмечается выраженный гиперкератоз. Лечение хирургическое.

Папилома с ороговением красной каймы губ. Доброкачественная опухоль, напоминающая цветную капусту от 1 мм до 2 см на ножке или широком основании, безболезненная, мягкой консистенции, состоящая из покровного эпителия слизистой оболочки полости рта и соединительнотканной стромы, серовато-белого цвета, мягкой консистенции. Если имеется ножка папилломы-диагностика не представляет трудности. Появление уплотнения у основания, изъязвление, кровоточивость, увеличение в размере указывает на возможность малигнизации. Склонностью к озлокачествлению обладают ороговевающие папилломы без ножки. Лечение хирургическое

Папилломатоз слизистой оболочки полости рта-скопление множества папиллом.

Выделяют следующие виды папилломатозов.:

а) Реактивные различной природы:

1. воспалительную, капиллярную гиперплазию слизистой оболочки твердого неба и альвеолярных отростков.

2.травматический папилломатоз щек,губ,языка.

3.ромбовидный папилломатоз языка

б)Папилломатозы неопластической природы.

Папилломатозы неопластической природы локализуются в задних отделах щек,ретромолярной области,имеют тенденцию к озлокачествлению.

Реактивные папилломатозы-следствие длительнодействующей хронической травмы,инфицирования.При их устранении рост прекращается.

Постлучевой стоматит-возникает после близкофокусной рентгенотерапии эрозий и язв,гиперкератоза,лейкоплакии,хейлитов,красной волчанки,лимфангиом,злокачественных новообразований.Развивается через 1-12 месяцев после облучения.

Клиника:может сопровождаться сухостью,жжением слизистой оболочки,множественными телеангиоэктазиями,десквамацией эпителия,возможно формирование лучевых язв.Чаще реагируют области,где эпителий не ороговеет.

Лечение предусматривает повышение сопротивляемости организма,устранение травмирующих факторов.

Послучевой хейлит.Развивается у лиц длительно подвергшихся воздействию неблагоприятных метеорологических факторов.Красная кайма губ гиперемирована,слегка инфильтрирована,местами образуется большее или меньшее количество плотно сидящих чешуек
Возникновению постлучевого хейлита способствует близкофокусная рентгенотерапия,применяемая при новообразованиях челюстно-лицевой области.

Верукозная лейкоплакия (verrucosa)

На поверхности бляшка:

бородавчатые разрастания над уровнем слизистой оболочки «симптом булыжной мостовой»

Эрозивно-язвенная лейкоплакия (leucoplakia erosiva)

- между бородавчатыми разрастаниями кровоточащие, плохо заживающие трещины, эрозии, язвы.

Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая(КПЛ).Эрозии покрыты фибринозным налетом или «голые»,болезненны,кровоотчат.Вокруг сохраняется рисунок КПЛ.

Гиперкератотическая форма КПЛ.Сильно выражен гиперкератоз.Папулы сливаются в крупные бляшки,покрытые складчатыми роговыми массами.Вокруг них обнаруживаются папулезные высыпания КПЛ.

Эрозивно-язвенная форма и гиперкератотическая формы красной волчанки характеризуются выраженным воспалением,болезненными эрозиями,язвами,трещинами,вокруг которых виден гиперкератоз.После заживления остаются атрофия и рубцы.

Профилактика предраковых заболеваний.Необходимо устранить хронические,травмирующие факторы,своевременное лечение системных заболеваний и хронических воспалительных процессов слизистой оболочки полости рта.Большое значение играет массовая санитарно-просветительная

работа среди здорового контингента людей, а также среди больных, обращающих за помощью к стоматологу. Долг врача - своевременная диагностика предраковых заболеваний, организация онкологической помощи. Лечение без диагноза не должно проводиться более 7 дней. После лечения предраковых заболеваний, больные должны находиться на активном наблюдении.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры "Темная лошадка".

Составление органайзеров на тему: Факультативный предрак слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ.

1. Кластер
2. Концептуальная таблица

Аналитическая часть

Ситуационная задача №1

Больная 47 лет жалуется на необычайное разрастание на нижней губе.

Объективно: на нижней губе справа имеется разрастание на ножке грибовидной формы, размером в 5 мм, белесоватого цвета.

Поставьте диагноз, обоснуйте его.

Ответ: папиллома с ороговением. Если имеется ножка папилломы - диагностика не представляет трудности.

Ситуационная задача №2

Больной 43 лет. Жалуется на необычные разрастания на слизистой щек.

Из анамнез: пациент недавно протезировался - носит съемные протезы

Объективно: на слизистой щеки справа в ретромолярной области вследствие длительной травмы в результате перекусывания неправильно изготовленными протезами обнаруживаются 4 округлых мелких образования на широком основании до 0,5 см в диаметре, цвет нормальной слизистой оболочки, безболезненные.

Поставьте диагноз.

Ответ: Папилломатоз слизистой полости рта.

Ситуационная задача №3

Больной обратился с жалобами на жжение, сухость губ, незначительную болезненность. Из анамнеза: пациенту 2 года назад проводили близкофокусную рентгенотерапию эрозивной формы лейкоплакии нижней губы.

Объективно: отмечается сухость губ, шелушение, неравномерная окраска, мраморность (участки насыщенной гиперемии чередуются с бледными).
Поставьте диагноз.

Ответ: Постлучевой хейлит

Ситуационная задача №4

Больной обратился с жалобами на жжение, сухость слизистой оболочки полости рта

Из анамнеза: пациенту 6 лет назад проводили близкофокусную рентгенотерапию дна полости рта.

Объективно:слизистая сухая,имеются множественные телеангиоэктозии,очаги пленчатого радиомуказита.

Поставьте диагноз.

Ответ:Постлучевой стоматит.

Ситуационная задача №5

Больная 65 лет обратилась с жалобами на сухость губ,трещины на нижней губе,болезненность от всех видов раздражителей.

Объективно:нижняя губа мацерирована,видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек,из которых выделяются капли слюны-“симптом росы”.По средней линии нижней губы имеется гиперкератотическое пятно,напоминающее наклеенную тонкую папиросную бумагу.Вокруг пятна-эрозии.

Поставьте диагноз.Обоснуйте его.

Ответ:Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии при glandулярном хейлите.Подтверждает диагноз первичный элемент поражения-гиперкератотическое пятно, напоминающее наклеенную тонкую папиросную бумагу.

Ситуационная задача №6

Больная 60 лет с жалобами на боли при приеме пищи,жжение

Объективно:в ретромолярной области на гиперемированной и отечной слизистой оболочке рта имеются болезненные эрозии,со слов больной,длительно существующие,не эпителизирующие месяцами.Часто рецидивируют.Вокруг них располагаются в виде кружевной сетки ороговевшие папулы.Поставьте диагноз.Обоснуйте его.

Ответ:Красный плоский лишай эрозивно-язвенная форма.Подтверждением диагноза являются ороговевшие папулы, имеющие кружевной рисунок.

Ситуационная задача №7

К врачу обратилась больная с безболезненным образованием на красной кайме губы.При осмотре на красной кайме нижней губы имеется серовато-красный узелок с воронкообразным углублением в центре,заполненное легкоудаляющимися роговыми массами.При пальпации:безболезненный,подвижный,неспаянный с окружающими тканями.Поставьте диагноз..

Ответ:Кератоакантома.

Ситуационная задача №8

У больной 68 лет несколько лет тому назад на нижней губе появилось небольшое ограниченное образование,безболезненное,серого цвета,в диаметре 0,8см,высотой до 0,5 см,по внешнему виду напоминающее рог.После механической травмы появилось покраснение,уплотнение в основании,усилилось ороговение и болезненность.

Поставьте диагноз.

Ответ:Кожный рог.Процесс малигнизации.

Тесты

1.К факультативным предракам слизистой оболочки полости рта не относится:
а)болезнь Боуэна

- b)лейкоплакия
- v)постлучевой стоматит
- g)красный плоский лишай
- d)красная волчанка

2. Фактором риска факультативных предраковых заболеваний не является:

- a)заболевания сердечно-сосудистой системы
- b)травма
- v)курение
- g)возраст
- d)заболевания желудочно-кишечного тракта

3. В местной терапии факультативных предраковых заболеваний не используют:

- a)бонафтоновую мазь
- b)масляный раствор витамина А
- v)мази с кортикостероидами
- g)мази с антибиотиками
- d)солкосерил

4. Для кератоакантомы не характерны:

- a)симптом Пospелова
- b)локализация на губе, языке
- v)плотный узелок с воронкообразным углублением в центре.
- g)спонтанное исчезновение
- d)заполненность роговыми массами

5. Озлокачествление кожного рога проявляется:

- a)уплотнение вокруг основания
- b)безболезненностью
- v)размягчением у основания
- g)увеличением в длину до 2см
- d)появлением на слизистой оболочки полости рта.

6. Кератоакантому дифференцируют от:

- a)рака
- b)хейлита Манганотти
- v)герпетических эрозий
- g)пузырчатки
- d)многоформной экссудативной эритемы.

7. Для диагностики факультативного предрака применяется исследование

- a)гистологическое
- b)цитологическое
- v)микробиологическое
- g)биохимическое
- d)проба Шиллера-писарева

8. Тактика врача-стоматолога при подозрении у пациента факультативного предрака

- a)консультация онколога
- b)консультация терапевта

- v) консультация эндокринолога
- g) бактериологическое исследование
- d) биохимическое исследование.

Практическая часть

Практический навык: Пальпация слизистой оболочки полости рта.

Цель: научить студента пальпации СОПР.

Показания: диагностика заболеваний СОПР.

Оснащение: защитные очки, резиновые перчатки, маска, тематический больной (волонтёр), инструменты для осмотра полости рта

Выполнение мануального навыка:

№	Выполняемые шаги.	Шаг выполнен.	не выполнен.	Шаг выполнен полностью.	не полностью.	Шаг выполнен полностью.
1.	Надеть средства защиты	0		10		20
2	Правой рукой с надетой на нее резиновой перчаткой пальпировать морфологический элемент.	0		10		20
3.	Большим и указательным пальцем правой руки определить границы морфологического элемента	0		10		20
4.	Пальцами прощупать вращение элемента в подлежащие ткани	0		10		20
5.	Определить консистенцию, болезненность и размеры морфологического элемента.			10		20
	Итого:	0		50		100

Контрольные вопросы :

1. Классификация факультативных предопухолевых процессов слизистой оболочки рта и красной каймы губ.
2. Особенности клинического проявления кератоакантомы.
3. Кожный рог. Клиническая картина
4. Папиллома с ороговением. Папилломатоз. Клиническая картина.
5. Постлучевой стоматит. Постлучевой хейлит. Клиническая картина
6. Клиническая картина веррукозной и эрозивно-язвенной лейкоплакии.
7. Клиническая картина эрозивно-язвенной и гиперкератотической формы красного плоского лишая и красной волчанки на СОПР и ККг.
8. Профилактика предраковых заболеваний.

Занятие № 15

1. ТЕМА: «Гальванизация. Техника и методика гальванизации. Лекарственный электрофорез. Импульсный ток, Формы импульсов и их характеристика. »

2. Цель занятия: Научить студентов техники и методике гальванизации и лекарственного электрофореза. Дать понятия о импульсном токе.

3. План занятия: Научиться принципу работы физиотерапевтических аппаратов используемых в стоматологии.

Теоретическая часть

«Гальванизация, Техника и методика гальванизации.

Лекарственный электрофорез. Импульсный ток. Формы импульсов и их характеристика. »

Гальванизация - использование непрерывного постоянного электрического тока низкого напряжения (30-80v) и небольшой силы (до 50 ма) для лечебных целей,

В тканях под действием постоянного электрического тока (ПЭТ) происходит ряд изменений, приводящих к созданию новых условий для течения различных биохимических и физических процессов.

Т.к. организм человека состоит почти на 60% из воды, то его можно считать электролитом, имеющим ионизированные молекулы различных химических соединений. При прохождении ПЭТ ионы, молекулы воды и заряженные белковые частицы перемещаются в межэлектродном пространстве: положительно заряженные частицы - к катоду, а отрицательно - к аноду.

Под действием ПЭТ в коже и слизистых оболочках расширяются сосуды, ускоряется кровоток и появляется гиперемия, увеличивается проницаемость сосудистой стенки, повышается местная температура. Сосудистая реакция способствует активизации обмена веществ, регенерации эпителия и соединительной ткани.

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ - сочетавшее воздействие ПЭТ и лекарственного вещества, введенного с его помощью.

Этот метод связан со способностью сложных веществ диссоциировать в растворителе на положительные и отрицательные ионы, что при помещении раствора на электрод позволяет ввести заряженные частицы в ткани.

При этом водятся ионы, имеющие одноименную с электродом полярность, которые накапливаются в коже, образуя депо. Помимо кожного, может образовываться тканевое депо. Вследствие малого кровоснабжения кожи, ионное депо рассасывается медленно.

Обеспечивая постоянное поступление лекарственного вещества в кровь. Хотя количество поступающего вещества в кровь при этом методе невелико.

Однако высокая локальная концентрация, повышенная электрическая активность ионов, биофизические и биохимические изменения в тканях вызванные постоянным током. Способствуют выраженному фармакотерапевтическому эффекту.

Электрофорез позволяет свести к минимуму побочное действие лекарственного препарата, т.к. в ткани вводятся только

необходимые его составляющие. В лечебном действии электрофореза, помимо параметров постоянного тока, имеет значение место расположения электродов, площади воздействия и функциональное состояние организма, а также фармакологические свойства лекарственного вещества, его концентрация, индивидуальная чувствительность человека к препарату и электрическому току.

Исследованиями было установлено, что линейная зависимость количества введенных ионов от концентрации раствора имеется лишь при низких концентрациях растворов. Поэтому для электрофореза рекомендуют применять 2-6% р-ры лекарственных веществ.

Причем автор считает, что оптимальная концентрация для большинства веществ лежит в пределах) 1-3%.

Достоинством электрофореза является то, что с его помощью можно ввести лекарственное вещество в ткани малодоступные для других способов выделения. В частности в стоматологии можно проводить электрофорез в ткани эмали, дентина, пульпы зубов и периодонта при непроходимых каналах.

Противопоказания к назначению гальванизации или электрофореза являются острые воспалительные, особенно гнойные процессы, злокачественные новообразования. Декомпенсация сердечной деятельности, выраженный склероз сосудов головного мозга, эпилепсия, острые заболевания кожи, токсические состояния, склонность к кровотечению, индивидуальная непереносимость к назначению препарата.

Для проведения гальванизации и лекарственного электрофореза используют различные модели аппаратов: аппарат гальванизации настенный (АГН-32), аппарат гальванизации портативный (АГП-33), «Поток-1», «Поток-2», гальванизатор ротовой (ГР-1М, ГР-2).

Электрообезболивание ПЭТ - обезболивающие действие связано с развитием в тканях явлений электротона, вызывающих изменения возбудимости нерва при прохождении тока. В связи с явлением физического и физиологического электрона для электрообезболивания применяют ПЭТ как с положительного, так и с отрицательного полюса, но предпочтения отдают положительному. Оптимальные параметры силы тока при прямом воздействии на рецептор лежат в пределах от 10 до 20 мА. ПЭТ силой более 30мкА приводят к повреждению пульпы с последующим некрозом. Применяют при препарировании кариозной полости, зуба под коронку, вскрытии полости зуба при пульпите. У молодых людей электроанестезия более выражена чем у пожилых.

Для проведения электрообезболивания применяют электрический обезболиватель зубной ЭЛОЗ-1, ЭЛОЗ-2.

ДИАДИНАМОТЕРАПИЯ - воздействие постоянным импульсным током

полусинусоидальной формы затянутым по экспоненте задним фронтом с частотами 50 и 100 Гц и их различными комбинациями. Применяют при поражений тройничного и лицевого нервов; парезах и параличах мягкого неба, языка, мышц дна полости рта, при ушибах, растяжениях мышц, связок, сопровождающихся болезненностью; при болевых синдромах, пародонтозе, пульпите, периодонтите, альвеолите и других острых воспалительных процессах. Для проведения диадинамотерапии используются аппараты СНИМ-1, ТОНУС-1, ТОНУС-2.

СИНУСОИДАДЬНЫЕ МОДУЛЯРНЫЕ ТОКИ(СМТ) - это воздействие переменным синусоидальным током с несущей частотой 5000 Гц, модулированном по амплитуде в пределах от 10 до ! 50 Гц. СМТ - терапия показана при нарушениях периферического кровообращения, функций нервно-мышечной системы, трофики тканей, при хронических воспалительных процессах, невралгии тройничного нерва, в последствиях травм челюстно-лицевой области, при пародонтозе, периодонтите.

Противопоказания - онкологические заболевания, декомпенсация ССС, острые инфекционные заболевания.

ЭЛЕКТРОДИАГНОСТИКА - это метод исследования нервной и мышечной ткани электрическим разрядом. В стоматологии используется электроодонтодиагностика (ЭОд) - проверка электровозбудимости нервных рецепторов пульпы зуба. Установлено, что пульпа интактных здоровых зубов реагирует на ток в пределах от 2 до 6 мкА. При поражении коронковой пульпы порог возбудимости в пределах 7 -60 мкА, корневой пульпы - 60 - 100 мкА. Снижение возбудимости до 101-200 мкА происходит при гибели пульпы и реагирует рецепторы периодонта. При пародонтозе, неврите иногда отмечается повышение возбудимости до 1,5 - 0,5 мкА. Для проведения ЭОД применяют аппараты ЭОМ - 1, ЭОМ -3, ЭОД - 2М.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры "Снежки".

Составление органайзеров на тему: «Гальванизация. Техника и методика гальванизации. Лекарственный электрофорез. Импульсный ток, Формы импульсов и их характеристика. »

«Цветок лотоса»

Аналитическая часть

ТЕСТЫ

1. Использование непрерывного и постоянного тока низкого напряжения и небольшой силы в лечебных целях это:

А. гальванизация

- б. дарсонвализация
- в. электросон
- г. флюктуолизация
- д. диатермия

2. Для гальванизации применяют аппараты:

А. ГР-

б. ОМ-3

б. СНИМ-1

г. Искра-1

д. Луч-2

3. Электрообезболивание выполняют при помощи

А. ЭЛОЗ-1

б. ЭОМ-3

б. СНИМ-1

г. Искра-1

д. Луч-2

4. Электрообезболивание выполняют при помощи

А. ЭЛОЗ-1

б. ЭОМ-3

б. СНИМ-1

г. Искра-1

д. Луч-2

5. Аппарат ГР-1 и ГР-2 применяют для

А. гальванизация

б. дарсонвализация

в. электросон

г. флюктуолизация

д. амплипульстерапия

б. Аппарат «Поток-1» применяют

А. лекарственный электрофорез

б. дарсонвализация

в. электросон

г. флюктуолизация

д. амплипульстерапия

7. Аппарат ИННАН-3 применяют для

А. электрообезболивание

б. дарсонвализация

в. электросон

г. флюктуолизация

д. амплипульстерапия

8. Гальванизация проводится с

А. водопроводной водой

Б. ферментами

в. антибиотиками

г. препаратами нитрофуранового ряда

d. гемодезов

Практическая часть.

Мануальный навык : Электрофорез корневого канала

Цель: Проведение электрофореза корневого канала у пациентов.

Показание: Применение физических методов при лечении.

Оснащение: Стоматологическое кресло, стоматологический стандартный набор, аппарат ГР-2, фланелевые прокладки, липкий воск, провод для активного электрода, лечебные препараты.

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1.Расширение устья входного отверстия в корневой канал.	0	15		
2.По возможности расширить корневой канал, медикаментозно обработать, высушить.	0	10		
3.Изоляция зуба от слюны	0	15		
4.2 см медной проволоки очищается и наматывается вата, пропитанная лечебным раствором и вводится в канал.	0	10		
5. Кариозная полость заполняется воском.	0	10		
6. 10 см второй стороны провода очищается и прикрепляется к аппарату ГР-2, индифферентный электрод наложить на внешнюю сторону запястья.	0	15		
7. Дать ток силой до 3 мкА пока пациент не почувствует легкое покалывание на запястье и зубе, процедуру продолжить 20 мин.	0	15		
8. После окончания процедуры медленно выключить аппарат.	0	6		
9. Электроды сдать в стерилизацию	0	4		
Итого:	0	100		

Контрольные вопросы.

1. Что такое гальванизация.
2. Что такое электрофорез.
3. Показания к проведению электрофорезу.
4. Почему необходимо знать полярность лекарственных средств.
5. Аппараты для проведения электрофореза.
6. Расскажите о правилах техник безопасности, которые необходимо соблюдать при работе, электрической аппаратурой,
7. Что такое СМТ – терапия.
8. Что такое дидинамотерапия.

Занятие № 16

1. ТЕМА: «Переменные токи высокой частоты. Диатермокоагуляция.»

2. Цель занятия: Ознакомить студентов техники и методике использования диатермокоагуляции и дарсонвализации.

3. План занятия: Студенты должны освоить техники и методики применения аппаратов диатермокоагуляции и дарсонвализации в стоматологии.

Теоретическая часть

«Переменные токи высокой частоты. Диатермокоагуляция.»

Дарсонвализация – применение импульсного переменного тока высокой частоты (100-300 кГц) высокого напряжения (20 кV) и малой силы (0,03 ма) с лечебной целью. В стоматологической практике используется только местная Дс.

Назначают ДС при ранах и язвах . переломе челюсти, пародонтозе. Остром артрите ВНЧС, периодонтите, катаральном и гипертрофическом гингивите, ХРАСе, типичной форме КПЛ, глоссалгии, невралгии тройничного нерва.

Противопоказаниями для ДС служат злокачественные новообразования, ССН, склонность к кровотечениям, активный туберкулез.

Для проведения ДС используют аппарат Искра-1.

Диатермия – применение переменного электрического тока высокой частоты (1-2 мГц), большого напряжения (150-200 v) и большой силы (2а) с лечебной целью.

В терапевтической стоматологии в настоящее время практически не применяется из-за снятия аппарата с производства, но применяется диатермокоагуляция.

Диатермокоагуляция – применяется для коагуляции содержимого корневого канала, при пульпите или периодонтите, удалении небольших доброкачественных новообразований слизистой оболочки полости рта (папиллом, фибром, эпюлида и др.) грануляционной ткани из патологических десневых карманов.

Противопоказанием служит ССН и непереносимость тока.

Для проведения ДКТ применяют аппарат ДКС-2М, ДК-3, ЭС-30.

Методика лечения пульпита с применением ДКТ.

Под проводниковой и инфильтрационной анестезией раскрывают полость зуба бором и экскаватором удаляют коронковую пульпу, затем активный электрод от аппарата ДКС-2М в виде иглы и продвигают в корневой канал в течении 2 сек., затем в течении 2 сек. выводят из канала – на протяжении всего этого времени проводится диатермокоагуляция. Коагулированную пульпу удаляют пульпоэкстрактором. Если канал зуба влажный, то его обрабатывают перекисью водорода и высушивают, затем пломбируют.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Снежки”.

Составление органайзеров на тему: «Переменные токи высокой частоты.

Диатермокоагуляция»

1.«Цветок лотоса»

Аналитическая часть ТЕСТЫ

1. При витальной экстирпации иногда производится
 - А. диатермокоагуляция
 - б. электрообезболивание
 - в. дарсонвализация
 - г. УВЧ терапия
 - д. СМТ терапия
2. Дарсонвализация проводится при помощи аппарата
 - А. Искра-1
 - б. ЛУЧ-2
 - в. АСБ-2-1
 - г. ЭОМ-3М
 - д. ИННААН-3
3. Аппарат Искра-1 применяют для
 - А. дарсонвализация
 - б. СМТ терапия
 - в. флюктуолизация
 - г. диатермокоагуляция
 - д. УВЧ терапия
4. Дарсонвализацию не применяют при
 - А. пульпите
 - б. периодонтит
 - в. пародонтозе
 - г. катаральном гингивите
 - д. гипертрофическом гингивите
5. Диатермокоагуляцию не проводят при
 - А. ССН
 - б. заболевания ЖКТ
 - в. заболевания нервной системы
 - г. СД
 - д. беременность
6. Противопоказания для проведения дарсонвализации
 - А. активный туберкулез
 - б. ХРАС
 - в. типичная форма КПЛ
 - г. невралгия тройничного нерва
 - д. гипертрофический гингивит

Практическая часть.

Мануальный навык : Проведение диатермокоагуляции пульпы зуба.

Цель: Применение метода диатермокоагуляции у пациентов.

Показание: Применение физических методов при лечении.

Оснащение: Кресло, бормашина, стоматологический стандартный набор, пломбировочные материалы для пломбирования корневых каналов, постоянные пломбы, эндодонтические инструменты, аппарат ДКС-2М, вата, валики, 3% раствор натрия гипохлорита

Выполняемые шаги :

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1. Проведение проводниковой или местной инфильтрационной анестезии.	0	10		
2. Раскрыть полость зуба и с помощью бора или экскаватора удалить коронковую часть пульпы.	0	10		
3. Изолировать зуб от слюны, приготовить к работе аппарат ДКС-2М	0	6		
4. Определение длины канала с помощью рентгена, введение иглы в канал.	0	14		
5. Игла держится в канале 3 сек, сила тока 6-8А	0	10		
6. Удалить коагулированную пульпу пульпэкстрактором.	0	10		
7. Канал медикаментозно обработать 3% раствором натрия гипохлорита.	0	6		
8. Расширить канал с помощью файла на 3 размера.	0	14		
9. Пломбировать канал, поставить постоянную пломбу.	0	20		
Итого:	0	100		

Контрольные вопросы

1. Что такое диатермия.
2. Что такое дарсонвализация.
3. Показания к проведению дарсонвализации.
4. Аппаратура для применения дарсонвализации.
5. Показания к проведению диатермокоагуляции.
6. Аппаратура для проведения диатермокоагуляции.

Занятие № 17

1.Тема:«Светолечение. Водотеплолечение. Парафинотерапия при заболеваниях челюстно-лицевой области.»

2.Цель занятия: Научить студентов технике и методике светолечения, водолечения и парафинотерапии при заболеваниях ЧЛЮ.

3.План занятия: Студенты должны освоить техники и методики применения светолечения, водолечения в стоматологии. Парафинотерапия при заболеваниях ЧЛЮ.

Теоретическая часть

«Светолечение. Водотеплолечение. Парафинотерапия при заболеваниях челюстно-лицевой области.»

С лечебной целью применяют весь электромагнитный световой поток от 1 мкм до 760 нм,

но наибольшее распространение получили инфракрасные (400-760 нм) и ультрафиолетовые (400- 180 нм) лучи.

Инфракрасные лучи проникают в ткани на глубину до 14 мм и поглощаются. Электромагнитная энергия переходит в тепловую.

Происходит расширение сосудов, ускорение кровотока, возникает гиперемия, повышаются тканевая проницаемость и электропроводимость, обмен веществ, фагоцитоз и т.д.

Инфракрасные лучи стимулируют репаративные процессы в поврежденных тканях, снимают спастическое состояние и боли, улучшают тканевой обмен. Они показаны при хронических воспалительных процессах челюстно-лицевой области (ЧЛЮ),

а также при острых для ускорения нагноения, в посттравматический период, при ожоге и отморожении.

Для облучения применяют электрические лампы накаливания «Соллюкс», настольную ЛСМ-1, ОСН-70 или портативную ЛСП-4 и инфракрасные облучатели ЛИК-5, которые включают и разогревают 1-2 мин.

Больного в защитных очках усаживают на расстоянии, достаточном для ощущения приятного тепла, обычно 50-100 см. Лампу располагают сбоку от больного на уровне патологического очага. Длительность воздействия 20-40 мин. На курс лечения назначают до 20 воздействий, проводимых ежедневно или через день.

Для локализации воздействия на лампу «Соллюкс» можно надевать тубус локализатор с защитной сеткой.

Ультрафиолетовое излучение (УИ):

Ультрафиолетовые лучи проникают в ткани на глубину до 0,6-1мм и поглощаются преимущественно эпидермисом неповрежденной кожи. Вследствие большой энергии их квантов в тканях происходит активизация и переход атомов на более высокий уровень, чем объясняется выраженный фотохимический эффект ультрафиолетовых лучей. Прямое действие вызывает денатурацию и последующую коагуляцию белка, что после его ферментативного расщепления приводит к образованию биологически активных веществ (гистамин, ацетилхолин и др.).

Ультрафиолетовое облучение показано при острых, в том числе гнойных воспалительных процессах челюстно-лицевой области, язвенной поражений слизистой оболочки полости рта, болях при пародонтозе, травме мягких тканей и челюстей, для профилактики кариеса, или роже, угревой сыпи.

Противопоказаниями служат злокачественные новообразования, заболевания крови, красная волчанка, недостаточность ССС, эндокринопатии, активный туберкулез легких.

Техника и методика УФО облучения:

Выбирают тубус к облучателю ОН-7 или ОКУФ-5м, соответствующий размеру патологического очага.

Аппарат включают, разогревают и размещают больного перед ним. Подсоединяют тубус и подводят к очагу по возможности ближе, и касаясь слизистой оболочки, и проводят облучение в течении необходимого времени.

Расположение тубуса и луча контролируют в зеркальце облучателя. На курс лечения назначают от 3 до 10 воздействий, ежедневно или через день.

Парафин – белое кристаллическое вещество, состоящее из высокомолекулярных углеводородов, с температурой плавления 50-55С и кипения около 350с. При нагревании выше 100С он окисляется кислородом воздуха. Парафин обладает большой теплоемкостью, малой теплопроводностью и вследствие отсутствия воды и конвекции хорошо переносится тканями. В механизме действия парафинотерапии ведущее место занимает отдача тепла, израсходованного на его плавление тканям и нагревание. Местное повышение температуры достигает 45С,

а отсутствие теплоотдачи приводит к глубокому прогреванию тканей, что вызывает гиперемия, расширение сосудов, ускорение крово- и лимфообращения, повышение проницаемости тканевых мембран, обмена веществ, активизацию фагоцитоза и регенерацию поврежденных тканей. Снимается мышечный тонус и нервно-рефлекторная возбудимость.

Перечисленные явления происходят не только в участке воздействия, но и в симметричных и сегментарных зонах, что говорит о нервно-рефлекторном механизме действия.

Помимо этого, застывая, парафин уменьшается в объеме на 10-12%, что приводит к мягкой, нежной компрессии подлежащих тканей. Считают, что имеющиеся в парафине масла(0,5-0,9%) могут оказывать химическое действие.

Показаниями для применения парафина является травма мягких тканей лица и челюстей, хронические воспалительные процессы, пародонтоз, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки полости рта, поражение лицевого и тройничного нерва.

Противопоказанием к применению тепловых факторов служат острые тепловые процессы, новообразования, недостаточность сердечно-сосудистой системы, истощение заболевания почек, кровотечение.

Техника и методика тепло лечения:

В условиях стоматологической поликлиники наиболее доступно применение парафина, который расплавляют в парафинонагревателе с электроподгревом и поддерживают в этом состоянии в течении рабочего дня. Используют парафин с температурой 50-55с. Нельзя допускать попадания воды в аппликацию, так как это приводит к ожогу.

Сеанс теплотечения занимает 20-60 мин.

Курс лечения до 20 процедур ежедневно или через день.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Снежки”.

Составление оргайзеров на тему: «Светолечение. Водотеплотечение. Парафинотерапия при заболеваниях челюстно-лицевой области.»

1. Диаграмма «Как»
2. Каскад

Аналитическая часть

Ситуационные задачи

1. Пациенту А. было назначена инфракрасное облучение. Каким аппаратом производится данный физический метод лечения. Тактика и методика произведения инфракрасного облучения.
2. Пациенту б. было назначена парафинотерапия. После проведения данного лечения получился ожог. Почему так случилось. Какое нарушение было в технике проведения парафинотерапии.

ТЕСТЫ

1. Какова физическая природа света?
 - А. поток электромагнитных колебаний высокой частоты
 - б. электромагнитные волны сверхвысокой частоты
 - в. поток энергии проникающей радиации
 - г. поток электромагнитных колебаний оптического диапазона
2. Какие источники света дают ультрафиолетовое излучение?
 - А. лампы накаливания
 - б. лампы дневного света
 - в. круговые ртутно-трубчатые лампы
 - г. лампы Минина
 - д. лампы Соллюкс
3. На чем основано биофизическое действие инфракрасного излучения?
 - А. фотохимическое действие
 - б. фотоэлектрическое действие
 - в. тонизирующее действие
 - г. тепловое действие
4. Каким действием не обладает лазерное облучение?
 - А. рассасывание воспалительных изменений
 - б. уменьшение боли
 - в. усиление потоотделения
 - г. бактерицидное действие
5. При каких патологических процессах ультрафиолетовое облучение противопоказано?
 - А. липома шеи
 - б. язва 12 перстной кишки
 - в. ожоги 3 степени
 - г. спайки и сращения
 - д. острый абсцесс легких
6. Каков механизм действия парафина?
 - А. обезболивающее
 - б. резорбтивное
 - в. противовоспалительное
 - г. антиспастическое
 - д. рассасывающее
7. Какова температура плавления парафина?
 - А. 95-100С
 - б. 60-70С
 - в. 80-90С

g. 52-55С

8. Какими путями не передается тепло от теплоносителя к больному?

- А. теплопроводностью
- б. конвекцией
- в. окислением
- г. трением

Практическая часть.

Мануальный навык: Методика использования различных физиотерапевтических аппаратов для лечения заболеваний СОПР

Цель: научить студентов проводить методике использования различных физиотерапевтических аппаратов для лечения заболеваний СОПР.

№	Выполняемые этапы (ступени)	Шаг не выполнен	Шаг выполнен полностью
1	Провести осмотр больного с помощью субъективных методов обследования и определить место локализации электродов	0	20
2	Определение техники проведения процедур	0	20
3	Наложение электродов	0	20
4	Контроль субъективных ощущений пациента под электродами	0	20
5	Снятие электродов	0	20
	Итого	0	100

Контрольные вопросы

1. Показания и противопоказания к светолечению.
2. Показания и противопоказания к парафинотерапии.
3. Механизм действия лазерного излучения на ткань организма.
4. Техника и методика применения инфракрасного и ультрафиолетового света, а также лазерного излучения при заболеваниях СОПР.

Занятие №18

1. ТЕМА: «Применение физических факторов для диагностики и лечения кариеса, пульпита и периодонтита».

2. Цель занятия: Ознакомить студентов физиотерапевтическим методам при лечении кариеса, пульпита и периодонтита.

3. План занятия: Научить студентов к применению физических факторов при диагностике и лечении кариеса, пульпита и периодонтита. Показания и противопоказания.

Теоретическая часть

«Применение физических факторов для диагностики и лечения кариеса, пульпита и периодонтита».

Температурная диагностика

Определение реакции зуба на температурные раздражители — один из самых старых физических методов исследования, широко применяемый для определения состояния пульпы. В качестве раздражителя используют эфир, но чаще холодную или горячую воду, которая является более сильным раздражителем за счет большей теплоемкости. Наиболее простым методом является орошение зубов из шприца водой. Однако при этом иногда бывает трудно определить, какой зуб реагирует на раздражитель. В таких случаях тампон, смоченный холодной или

теплой водой, вносят в кариозную полость или прикладывают к поверхности зуба. Изучение реакции пульпы на раздражители показало, что зуб с нормальной пульпой реагирует на значительные температурные отклонения. Индифферентная зона (зона отсутствия реакции) для резцов составляет 30 °С 50—52 °С — реакция на тепло, 17—22 °С — на охлаждение). Зубы обладают как холодовой, так и тепловой чувствительностью. Адекватная реакция (если нагревание и охлаждение вызывают соответствующее ощущение) свидетельствует о нормальном состоянии пульпы. При воспалении пульпы происходит сужение индифферентной зоны и при незначительных отклонениях от температуры тела (на 5—7 °С) уже возникает ответная реакция в виде продолжительных интенсивных или ноющих болей. Кроме того, при воспалении отмечается неадекватная реакция: от холодного и от теплого возникает боль. Зубы с некротизированной пульпой на температурные раздражители не реагируют.

Электроодонтодиагностика

Электроодонтометрия (электроодонтодиагностика) дает более полное представление о состоянии пульпы и тканей, окружающих зуб. Применение электрического тока основано на общеизвестном факте, что всякая живая ткань характеризуется возбудимостью, или способностью приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя.

Минимальная сила раздражения, вызывающая возбуждение, называется пороговой. Установлено, что при наличии патологического процесса в пульпе возбудимость ее изменяется. Применение электрического тока с целью диагностики получило наибольшее распространение, так как его сила и продолжительность легко дозируются, а использовать его можно неоднократно без боязни нанести повреждение. Для определения электровозбудимости зуба пользуются аппаратами ОД-2М, ИВН-1, ЭОМ-1, ЭОМ-3, ОСМ-50, позволяющими точно определить пороговую силу тока. В исследовании электровозбудимости пульпы аппаратом ОД-2М принимают участие врач и медицинская сестра. При работе с аппаратом ОСМ-50 в отличие от ОД-2М увеличение тока от нуля до порогового значения производится плавным повышением напряжения.

Исследование электровозбудимости пульпы аппаратами ЭОМ-1, ИВН-1 проводит врач.

Методика исследования. Пассивный электрод в виде свинцовой пластинки размером 10х10 см, присоединенный с помощью провода к клемме аппарата, обозначенной «+» (положительный полюс), накладывают на руку больного и фиксируют бинтом. Между электродом и кожей помещают влажную прокладку из нескольких слоев фланели, площадь которой должна быть несколько больше площади электрода. После тщательного высушивания поверхности исследуемого зуба ватным тампоном и наложения ватных валиков приступают к определению возбудимости зуба. Конец активного электрода, присоединенного к клемме, обозначенной «—» (отрицательный полюс), обматывают тонким слоем ваты, смачивают водой и прикладывают к чувствительной точке зуба.

У резцов и клыков чувствительные точки расположены на середине режущего края, у премоляров — на вершине щечного бугра, у моляров — на

вершине переднего щечного бугра, что обусловлено гистологическим строением тканей зуба. В зубах с большой кариозной полостью чувствительность можно определять со дна очищенной от распада полости. Следует помнить, что несоблюдение методики исследования может привести к значительным ошибкам. При проведении этого исследования обычно не ограничиваются одним пороговым раздражением. Получив положительный ответ, уменьшают силу тока и снова проверяют порог возбудимости. Во избежание ошибок, связанных с утечкой тока, врач должен работать в резиновых перчатках, а вместо зеркала пользоваться пластмассовым шпателем.

Установлены показатели порогового возбуждения пульпы в норме и при патологических состояниях. Здоровые зубы реагируют на токи 2—6 мкА. В начальных стадиях кариеса чувствительность зуба не изменяется. Однако уже при среднем кариесе, и особенно при глубоком, возбудимость пульпы может снижаться, что указывает на морфологические изменения в ней. Снижение электровозбудимости до 20-40 мкА свидетельствует о наличии воспалительного процесса в пульпе. Следует помнить, что показатель электровозбудимости не характеризует степень распространенности процесса. Об ограниченности воспалительного процесса можно говорить в том случае, если с одного бугра возбудимость понижена, а с остальных не изменена. Если же процесс захватывает всю коронковую пульпу, то возбудимость будет понижена со всех бугров коронки. Реакция пульпы на ток 60 мкА указывает на некроз коронковой пульпы. Если же наступает некроз и корневой пульпы, то зуб реагирует на ток 100 мкА и выше.

Нормальный периодонт чувствителен к токам 100—200 мкА. При выраженных морфологических изменениях в периодонте зуб реагирует на токи более 200 мкА. Исследованиями установлено, что чувствительность пульпы может понижаться в зубах, функция которых снижена: не имеющих антагониста, стоящих вне дуги, при петрификации пульпы и др. Существуют аппараты по определению электровозбудимости пульпы постоянным током. Аппараты довольно простые: имеют электрод, который соприкасается с исследуемым зубом, а также шкалу с делениями от 1 до 10. При помощи этого прибора можно определить наличие пульпы и ее состояние (нормальная или воспаленная). Нормальная пульпа реагирует на ток, соответствующий отклонению стрелки на 1—2 деления, при воспалении — на 4—5, а если пульпа отсутствует или некротизирована, то зуб на подаваемый ток не реагирует. Такие приборы не позволяют точно определить состояние пульпы, однако они более просты. Следует отметить, что приведенные выше показатели состояния пульпы относятся к зубам постоянного прикуса с полностью сформированной верхушкой корня.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры «Снежки».

Составление органайзеров на тему: «Применение физических факторов для диагностики и лечения кариеса, пульпита и периодонтита».

1. Диаграмма «Как»
2. Диаграмма «Почему»

Аналитическая часть
Ситуационные задачи:

1. Пациентка А. обратилась с жалобами на длительно ноющие боли от холодного и горячего 11 зуба. При осмотре глубокая кариозная полость не сообщаящаяся с полостью зуба, зондирование безболезненно, дно плотное. Зуб беспокоит давно. Больная А. находится на 8 месяце беременности. Поставьте диагноз. Ваша тактика лечения?

2. Пациент б. обратился с жалобами на боли от холодного и горячего в области верхних зубов слева. Зубы находятся под коронками. Точно больной зуб определить не может. У пациента имеется доброкачественная опухоль в области головы. Какие методы исследования вы будете использовать в постановке диагноза?

ТЕСТЫ

1. Электровозбудимость пульпы определяют методом:

- a) ЭОД
- b) ЭОМ
- v) R
- g) зондирование
- d) капилляроскопия

2. Термооднотометрия проводится путём:

- a) орошение холодной водой из шприца
- b) орошение горячей водой из шприца
- v) использования специального аппарата
- g) прикладывание к зубу тампона, смоченного холодной водой
- d) прикладывание к зубу тампона, смоченного горячей водой

3. Индифферентная зона для резцов составляет:

- a) 30 °С
- b) 50 °С
- v) 17 °С
- g) 20 °С
- d) 8°С

4. Реакция на тепло для зубов определяется при температуре

- A) 50—52 °С
- b) 17—22 °С
- v) 8—15 °С
- g) 15—30 °С
- d) 30—40 °С

5. Реакция на холод для зубов определяется при температуре

- A) 17—22 °С
- b) 50—52 °С
- v) 8—15 °С
- g) 15—30 °С
- d) 30—40 °С

Практическая часть.

Мануальный навык : Электрофорез корневого канала

Цель: Проведение электрофореза корневого канала у пациентов.

Показание: Применение физических методов при лечении.

Оснащение: Стоматологическое кресло, стоматологический стандартный набор, аппарат ГР-2, фланелевые прокладки, липкий воск, провод для активного электрода, лечебные препараты.

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1.Расширение устья входного отверстия в корневой канал.	0	15		
2.По возможности расширить корневой канал, медикаментозно обработать, высушить.	0	10		
3.Изоляция зуба от слюны	0	15		
4.2 см медной проволоки очищается и наматывается вата, пропитанная лечебным раствором и вводится в канал.	0	10		
5. Кариозная полость заполняется воском.	0	10		
6. 10 см второй стороны провода очищается и прикрепляется к аппарату ГР-2, индифферентный электрод наложить на внешнюю сторону запястья.	0	15		
7. Дать ток силой до 3 мкА пока пациент не почувствует легкое покалывание на запястье и зубе,процедуру продолжить 20 мин.	0	15		
8. После окончание процедуры медленно выключить аппарат.	0	6		
9. Электроды сдать в стерилизацию	0	4		
Итого:	0	100		

Контрольные вопросы

- 1.Какие аппараты используют для лечения пульпитов и периодонтитов.
- 2.Какие аппараты используют для диагностики пульпитов и периодонтитов.
- 3.Какие физические методы исследования целесообразно использовать при диагностике пульпитов.
- 4.Показания к физиотерапевтическому лечению пульпитов и периодонтитов.
- 5.Противопоказания к физиотерапевтическому лечению пульпитов и периодонтитов.
- 6.Механизм действия ЭОд.
- 7.Механизм действия ЭОМ.

Занятие № 19

1.ТЕМА: «Применение физических факторов для лечения заболеваний пародонта и СОПР. Ультразвук в стоматологической практике».

2.Цель занятия: Ознакомить студентов о физических токах которые применяются в стоматологии . Принципы их действия.

3.План занятия: Студент должен научиться технике и методике физиотерапевтических процедур применяемых в стоматологии. Электрофорез, ультрафонофарез, дарсонвализация.

Теоретическая часть

«Применение физических факторов для лечения заболеваний СОПР.

Ультразвук в стоматологической практике ».

Физиолечение назначается с учетом клинической картины заболевания и задач, которые ставит перед собой врач на данном этапе лечения.

Физиотерапевтические методы позволяют оказать достаточно эффективное и неинвазивное воздействие на пораженную область с минимальным риском возникновения побочных эффектов, с другой стороны, физиотерапия позволяет снизить нагрузку на врача стоматолога, избавить врача от рутинной, не требующей высокой квалификации работы (физиопроцедуры обычно «отпускает» средний медицинский персонал). Для уменьшения бактериальной обсемененности полости рта, улучшения её гигиенического состояния применяют удаление минерализованных зубных отложений низкочастотным ультразвуком, местное КУФ облучение, гидромассаж десен водой, растворами антисептиков или отварами трав. Для купирования воспалительных явлений в пародонте назначают низкоинтенсивное лазерное облучение десен (игнл), УВЧ терапию в атермической дозе, местную гипотермию, воздействие на десны плазменным потоком аргона (ППа), анод гальванизацию или электрофорез лекарственных веществ (террилитина с димексидом, рибонуклеазы, хлорида кальция, салицилата натрия). Арсенал физиотерапевтических факторов, применяемых для нормализации микроциркуляции, обменных процессов, иммунологической реактивности и процессов репаративной регенерации тканей пародонта, наиболее обширен. Для решения перечисленных задач применяют дарсонвализацию десен, ЭП УВЧ в олиготермической дозе, местную гипо и гипертермию, высоко частотный ультразвук, излучение гелий неоновый лазер, плазменный поток аргона, вакуумтерапию, катод гальванизацию или электрофорез лекарственных веществ (витаминов, вазоактивных препаратов, антиоксидантов), а также все виды массажа десен. Эффективно также общее физиотерапевтическое воздействие общее УФ облучение, аэроионотерапия, гальванический воротник по Щербаку, электросон, ванны (радоновые, сульфидные, йодобромные) и т.д. При назначении больному физических методов лечения должны учитываться показания и противопоказания к тому или иному методу с обязательным учетом сопутствующих заболеваний, особенно сердечнососудистой системы.

Физиотерапия заболеваний слизистой оболочки полости рта различна в зависимости от характера и вида поражения слизистой оболочки полости рта. Например, при декубитальной язве для воздействия на микрофлору проводят облучение язвенной поверхности короткими УФ - лучами. Облучение начинают с 1 биодозы, увеличивая его в каждое последующее посещение на 1 биодозу. На курс лечения назначают 4-5 процедур проводимых ежедневно.

Хорошо стимулирует эпителизацию язвенной поверхности местная дарсонвализация. Проводят 4-5 воздействий непосредственно на язву короткой искрой в течении 3-5 мин.

При большой площади язвенного поражения можно проводить аэрозольтерапию, распыляя на поверхность лекарственных вещества, стимулирующие эпителизацию и оказывающие противовоспалительное действие. При вяло текущих язвах и

сниженной общей реактивности организма эффективна аэроионотерапия или местное воздействие постоянным электрическим током высокого напряжения.

Проводят следующее лечение при заболевании МЭЭ:

- общее УФ облучение,
- аэроионизацию,
- электрофорез,
- УВЧ.

При КПЛ:

- простая форма: для снятия зуда, чувства стягивания и жжения проводят местную дарсонвализацию контактным или дистанционным методом в течение 3-5 мин, курс лечения 10-12 воздействий ежедневно или через день, для улучшения трофики электрофорез с никотиновой кислотой с вит в.
- эрозивно-язвенная форма: для предотвращения вторичного инфицирования – УФ лучи, для снижения болевой чувствительности- аэрозольтерапия с новокаином, для ускорения эпителизации- аэрозольтерапию с кератопластиками.

При хейлитах: ангулярный хейлит-УФ облучение коротким спектром, электрофорез с нистатином, ультрафонофорез с галаскорбиновой кислотой; glandулярный хейлит- при простой форме электрофорез с йодом (для нормализации функции мелких слюнных желез), при воспалительной реакции КУФ облучение, при застойных явлениях ультразвук или ультрафонофорез с гидрокортизоном. Длительное хроническое течение glandулярного хейлита может привести к гипертрофии мелких слюнных желез, и если ультразвуковая терапия не даёт положительного эффекта то проводят рентгентерапию пограничными лучами Букки в дозе 300-500 один раз в неделю или диатермокоагуляцию выводных протоков и пораженных желез. Экзематозный хейлит:

- электрофорез димедрола (курс лечения 12-18 воздействий),
- УВЧ на область высыпаний (10-15 мин курс лечения 8-12 процедур),
- УФ облучение в субэритемных дозах,
- парафинотерапия (10-12 процедур),
- смазывание очага поражения.

Аппараты используемые при различных физиотерапевтических воздействиях для лечения заболеваний СОПР:

1. диадинамотерапия-Тонус-1, Тонус-2;
2. дарсонвализация- Искра-1
3. УВЧ терапия- « Минитерм»;
4. микроволновая терапия-ЛУЧ-2
5. аэрозольтерапия- Аэрозоль-1
6. ультразвуковая терапия-«Ультрадент»
7. вакуумтерапия-АЛП.

Новые педагогические технологии, используемые на практическом занятии.

Проведение интерактивной игры “Снежки”.

Составление организаторов на тему: «Применение физических факторов для лечения заболеваний пародонта и СОПР. Ультразвук в стоматологической практике».

1. SWOT

2. Категориальная таблица

Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

1. Больной А, длительное время проводил медикаментозное лечение по поводу glandularного хейлита. Однако безрезультатно. Какое физиотерапевтическое лечение Вы можете назначить?

2. Больной А, обратился с жалобами на боли, запах, отечность в области десен. Объективно: десна отечна, гиперемирована, имеются обильные над и под десневые зубные отложения. Глубина карманов свыше 5 мм. Отмечаются пародонтальные абсцессы в области отдельных групп зубов, а также подвижность 2-3 степени. Поставьте диагноз. Обоснуйте ваш диагноз и дайте ваши рекомендации.

ТЕСТЫ

1. Парафин накладывается на патологический очаг толщиной:

- a) не менее 1 см
- b) не более 2 см
- v) не более 1.5 см
- g) не менее 2 см
- d) не менее 3 см

2. Повышение проницаемости стенок капилляров установлено при интенсивности ультразвука

- a) 0,4 Вт/см²
- b) 1,0 Вт/см²
- v) 0,8 Вт/см²
- g) 2,0 Вт/см²
- d) 1,4 Вт/см²

3. Для диадинамотерапии используют аппарат:

- a) Тонус-2
- b) Искра-1
- v) Минитерм
- g) Луч-2
- d) АЛП

4. Для дарсонвализации используют аппарат

- a) Тонус-2
- b) Искра-1
- v) Минитерм
- g) Луч-2
- d) АЛП

5. Для УВЧ терапии используют аппарат

- a) Тонус-2
- b) Искра-1

- v) Минитерм
- g) Луч-2
- d) АЛП

Практическая часть.

Мануальный навык : Электрофорез десен.

Цель: Проведение электрофореза десен у пациентов.

Показание: Применение физических методов в клинике.

Оснащение. Стоматологическое кресло, десневые электроды, стоматологический стандартной набор, аппарат ГР-2, липкий воск, фланелевые прокладки, провод для активного электрода, лечебные препараты

Выполняемые шаги:

Мануальный навык	Не выполнил этап	Выполнил все этапы	Сумма баллов	Роспись преподавателя
1. Взять десневые электроды размером 10*1 см (активный электрод) и марлю, пропитанную лечебным раствором.	0	10		
2. Один электрод наложить на вестибулярную сторону альвеолярного отростка верхней челюсти.	0	14		
3. Второй электрод наложить на вестибулярную поверхность нижней челюсти.	0	14		
4. Приготовить индифферентный (пассивный) электрод размером 10*8см.	0	6		
5. Пассивный электрод положить на внешнюю сторону запястья.	0	14		
6. Вторую часть электрода прикрепить к аппарату ГР-2	0	14		
7. Включить ток по электродам ,до легкого чувства покалывания. (20 мин)	0	12		
8. После окончания процедуры медленно выключить аппарат.	0	10		
9. Электроды сдать в стерилизацию	0	6		
Итого:	0	100		

Контрольные вопросы

- 1 Какие физиотерапевтические методы используются для лечения заболеваний СОПР.
- 2.Какую физиотерапию применяют при заболеваниях СОПР.
- 3.Какие физиотерапевтические аппараты используют для лечения заболеваний СОПР.
- 4.Назовите показания и противопоказания к проведению физиолечения.
- 5.Назовите механизм действия этих аппаратов.
- 6.Выпишите физиорецептуру.

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Банченко г.в., Максимов Ю.М. Язык - «зеркало» организма. М.: Бизнес-центр «Стоматология» 2000 – 407 с.
2. Боровский Е.в. и соавт. Терапевтическая стоматология: Учебник – М., 2004. – 840 с.
3. Боровский Е.в. Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Атлас.- М.,1991. - 320 с.
4. Боровский Е.в. Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. М.: Медпресс, 2001.
5. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Под ред. Л.М.Лукиных. – Новгород, 2001.
6. Камиллов Х.П., Ибрагимова М.Х., Мирахмедова д.У. ва бошқ. Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси касалликлари: Учебник – Тошкент: Янги аср авлоди, 2005.- 168 б.
7. Лангле Р.П., Миллер К.с. Атлас заболеваний полости рта. Перевод с англ. под ред. Л.А.Дмитриевой .-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010-224с
8. Хальвиг Э., Климтек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология: Под ред. проф. Политун А.М., проф. Смоляр Н.И. /Пер. с нем. – Львов: ГалДент, 1999.

Дополнительная литература:

9. Джордж Ласкарис. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта. Руководство для врачей. Перевод с англ. под редакцией, д.м.н., профессора И.М.Рабиновича.- М.,МИА, 2006
10. Барер г.М., Е.в.Зорян и др., Рациональная фармакотерапия в стоматологии.- М.,Литтерра,2006
11. Барер г.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – М.,1996,201с.
- 12.Жуматов У.Ж. ва бошқ. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликларини ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг замонавий жиҳатлари /Ўқув - услубий кўлланма.– Тошкент, 2003. – 108 б.
13. Жуматов У.Ж. и соавт. Сборник примерных тестовых вопросов, ситуационных задач и практических навыков для подготовки студентов стоматологического факультета к сдаче экзамена методом OSCE. – Ташкент, 2003. – 136 с.
- 14.Жуматов У.Ж., Мирахмедова д.У., Мубаракова Н.А., Мишарова Н.Н. Новые технологии в учебном процессе кафедры терапевтической стоматологии для 5 курса. – Ташкент, 2005. – 2 с.
- 15.Заболевания слизистой оболочки полости рта. Учебное пособие. – М., 1996.
- 16.Зуфаров О.О., Мирахмедова д.У., Бекташев с.И., Жуматов У.Ж. Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг касалликлари.- Ташкент, 2001. – 106 б.
- 17.Мамедова Ф.М. с соавт. Оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг касалликлари.- Тошкент,1995. -140 с.

18. Физические факторы, применяемые в стоматологии: Под ред. О.И.Ефанова.- М., 2000 - 58 с.

19. Электронные сведения получены со следующих сайтов:

<http://www.n/m.Nidgou/mtdlineplus/ency/article/00/055>. <http://Stom.ru/student/>, <http://stom.ru/student/referat/>, <http://Stomatologya.ru> / <http://Stom.ru/student/referat/>, <http://Stomatologya.ru> /