

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
"Казанский (Приволжский) федеральный университет"
Институт фундаментальной медицины и биологии



УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой

Хафизов Р.Г.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА № 3
ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ»
РАЗДЕЛ «ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»
4 КУРС (8 СЕМЕСТР)**

ТЕМА: Инфекционные заболевания СОПР. Вирусные инфекции, бактериальные инфекции.

Цель: - Научиться диагностировать инфекционные заболевания, вызванные фузоспирилярной флорой, патогенными грибами. Научиться проводить лечение больного язвенно-некротическим гингивитом Венсана и кандидозом. Научиться диагностировать вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта, вызываемые герпетической инфекцией, гриппом, ящуром, планировать и проводить мероприятия по терапии этих заболеваний. Познакомиться с мерами профилактики вирусных заболеваний и их рецидивов.

Воспитательная цель: изучить тактику врача при лечении больного с заболеваниями слизистой оболочки рта.

Формируемые общекультурные компетенции:

- способность и готовность анализировать социально значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);

- способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).

Формируемые профессиональные компетенции:

- способность и готовность к проведению стоматологических профессиональных процедур (ПК-18);

- способность и готовность поставить диагноз с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-23);

- способность и готовность к проведению диагностики типичных стоматологических заболеваний твердых и мягких тканей полости рта, зубочелюстно-лицевых аномалий у пациентов всех возрастов (ПК-24);

- способность и готовность анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств при лечении различных заболеваний, в том числе стоматологических (ПК-28);

- способность и готовность к лечению заболеваний твердых тканей зубов у пациентов различного возраста (ПК-30);

- способность и готовность к проведению несложного эндодонтического лечения болезней пульпы и периодонта у пациентов различного возраста (ПК-31).

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ: 4 академических часа.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: наборы стоматологических лотков с инструментами для приема больных и работы на фантомах; стоматологические пломбировочные материалы; расходные материалы; видеофильмы, тесты, ситуационные задачи; презентации для мультимедиа-проектора.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: фантомный кабинет кафедры имплантологии и стоматологии.

ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Янушевич О.О., Терапевтическая стоматология [Электронный ресурс] / О.О. Янушевич, Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская, Л.Ю. Орехова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 760 с. - ISBN 978-5-9704-3767-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437674.html>
2. Барер Г.М., Терапевтическая стоматология. В 3-х частях. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки рта. [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Г.М. Барера - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3460-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434604.html>
3. Макеева И.М., Болезни зубов и полости рта [Электронный ресурс] : учебник / Макеева И.М., Сохов С.Т., Алимова М.Я. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-2168-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421680.html>

Дополнительная литература

1. Стоматология. Запись и ведение истории болезни : руководство / Под ред. В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с. [http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN: 5970431648 ISBN-13\(EAN\): 9785970431641.html](http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN: 5970431648 ISBN-13(EAN): 9785970431641.html)
2. Планы ведения больных. Стоматология / О. Ю. Атьков [и др.] ; под ред. О. Ю. Атькова, В. М. Каменских, В. Р. Бесякова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 248 с. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN: 978-5-9704-3400-0.html>
3. Словарь профессиональных стоматологических терминов: учеб. пособие / Э.С. Каливрадджиян, Е.А. Брагин, С.И. Абакаров и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 208 с. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428238.html>

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Дайте микробиологическую характеристику аутогенной микрофлоры полости рта.
2. Перечислите факторы, благоприятствующие фузоспирохетозу, патогенетическое значение фузиформных бактерий.
3. Дайте микробиологическую характеристику грибов рода Кандида.
4. Перечислите факторы, способствующие развитию кандидомикоза.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Дайте определение язвенно-некротического гингиво-стоматита Венсана.
2. Перечислите основные этиологические факторы заболевания.
3. Расскажите патогенез язвенно-некротического гингиво-стоматита.
4. Назовите основные клинические и лабораторные признаки язвеннонекротического гингиво-стоматита.
5. Составьте схему ориентировочного действия лечения больного с язвеннонекротическим гингиво-стоматитом.
6. Перечислите основные мероприятия по профилактике рецидивов язвенно-некротического гингиво-стоматита.
7. Назовите причины, способствующие возникновению острого и хронического кандидоза слизистой оболочки полости рта.
8. Назовите клинические признаки проявления кандидоза на слизистой оболочке полости рта, методы лабораторной диагностики.
9. Перечислите и обоснуйте принципы комплексной терапии больных кандидозом слизистой оболочки полости рта.
10. Определите меры профилактики кандидозных поражений слизистой оболочки полости рта, в том числе и профессиональных.

Инфекционные заболевания слизистой оболочки полости рта по этиологическому фактору подразделяют на четыре группы:

1. **ВИРУСНЫЕ** (герпетические, грипп, аденовирус, ангина Коксаки, корь, дифтерия, вирусные бородавки, ящур);
2. **СПИД (ВИЧ)**
3. **БАКТЕРИАЛЬНЫЕ** (язвенно-некротический гингиво-стоматит, стрептококковый стоматит, шанкриформная пиодермия, лепра, туберкулез);
4. **ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ** (сифилис, гонорейный стоматит);
5. **МИКОЗЫ** (кандидоз слизистой оболочки полости рта);

ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ВЕНСАНА - заболевание, вызываемое симбиозом веретенообразной бациллы и спирохеты Венсана, проявляется чаще изъязвлением слизистой десны, ретромолярной области, а также щек.

Предполагающими к заболеванию факторами следует отнести снижение неспецифической реактивности организма. Поэтому заболевание чаще встречается у лиц, ослабленных хроническими соматическими заболеваниями, либо на фоне авитаминоза, алкоголизма, курения.

Плохое гигиеническое состояние полости рта является определяющим, так как способствует размножению грамотрицательных бактерий микрофлоры полости рта, и их токсины проникают в слизистую. В десневых карманах накапливаются малые лимфоциты, плазматические клетки и другие иммунокомпетентные клетки. Все они участвуют в реализации воспаления. Как известно, иммуноглобулины G, M при связи с компонентом активируют фракцию C3 комплемента, что приводит к тромбообразованию регионарных сосудов десны, а затем к некрозу слизистой. На дальнейшее развитие патологического процесса активное влияние оказывает условно-патогенная микрофлора полости рта. Формируется порочный патологический круг.

Клиника. Заболевание начинается всегда на фоне серозного воспаления десневого края с изъязвления верхушки десневого сосочка. При этом отмечается значительная кровоточивость от механического раздражения (прием твердой пищи, чистка зубов). Патологические изменения могут распространяться вдоль десневого края и в глубину тканей. Могут возникать язвы на контактирующей слизистой, чаще щек, небной занавеске. Язвы очень болезненны, характерен вид: покрыты серовато-желтоватым налетом, четко ограничены от окружающей слизистой такого же цвета каймой. Определяется зловонный запад изо рта. При локализации в ретромолярной области, выражен тризм. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Повышение температуры тела для заболевания не характерно. При неадекватном лечении заболевание может приобретать хроническое течение.

Стоматит Венсана следует дифференцировать с язвенными поражениями при туберкулезе, сифилисе, заболеваниях крови (лейкоз, агранулоцитоз), злокачественной язвой.

Лечение. Преимущественно местное: обезболивание посредством аппликации анестезирующих веществ (10% раствор лидокаина, 10% эмульсия анестезина), при выраженности тризма — внеротовая проводниковая анестезия (по БершеДубову). Тщательное удаление некротизированных тканей посредством растворов протеолитических ферментов, ирригация полости рта щелочным раствором (0,5:1,0%) температурой 38-39°C с раствором хлоргексидина биглюконата (0,05%) и других антисептиков. Назначается таб. трихопола — по 1 таб. Два раза в день (пять дней).

Обязательная ежедневная обработка полости рта. Щадящая диета.

Из общих средств рекомендуются антигистаминные препараты, аэвит или поливитамины.

Противопоказаны, до выздоровления, какие-либо хирургические вмешательства, включая и инструментальное удаление поддесневых отложений.

Кандидоз — заболевание, которое вызывается дрожжеподобными грибами рода Кандида, чаще *Candida albicans*.

Одноклеточные организмы являются представителями нормальной микрофлоры полости рта, но при определенных условиях могут приобретать свойства патогенных (состояние организма, количество грибов на поверхности слизистой, степень их патогенности, длительность кандидоносительства).

При длительном кандидоносительстве грибы включаются в микробные ассоциации и оказывают влияние на активацию патогенных свойств других микроорганизмов (стафилококки, стрептококки), обостряя и отягощая клиническое течение различных инфекций, заболеваний, опухолей полости рта.

Среди факторов, способствующих развитию кандидоза взрослых лиц, следует выделить: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз, ферментная недостаточность, гастриты, энтероколиты и др.); длительная антибактериальная терапия (антибиотики); прием кортикостероидов, иммунодепрессантов, применение контрацептивных гормонов, нарушения углеводного обмена, иммунодефицит, СПИД. Благоприятствуют развитию заболевания наличие съемных протезов.

Классификация

— по течению процесса кандидоза слизистой оболочки:

1. острый: а) молочница — в детском возрасте
б) атрофический кандидоз
2. хронический: а) хронический атрофический кандидоз;
б) хронический гиперпластический кандидоз.

— по локализации процесса:

- а) кандидозный стоматит
- б) хейлит
- в) ангулярный хейлит
- г) палатинит

Клиника чрезвычайно многообразна, полиформна. Больные жалуются на дискомфорт в полости рта: гипер- или гипо-саливацию, жжение слизистой, зуд красной каймы. Иногда возможны боли различной интенсивности во время приема пищи, нарушение вкусовых ощущений.

Острый атрофический кандидоз — слизистая ярко гиперемирована, несколько отечна. Дорзальная поверхность языка — сосочки атрофированы, возможны и язвы самой различной формы, которые окружены истонченной, но в различной степени "ороговевшей" слизистой. При снятии бело-сероватожелтого цвета бляшек, под ними обнажается яркая или кровоточащая слизистая.

Хронический атрофический кандидоз — патологические изменения, чаще области протезного ложа. Клинические симптомы аналогичны вышеописанным. Течение хроническое. Может осложняться папилломатозом, а также ангулярным хейлитом.

Хронический гиперпластический кандидоз — вероятнее развивается при врожденном или приобретенном иммунодефиците. На слизистой (щек, дорзальной поверхности языка, области углов рта) образуются колонии грибов, интимно соединяющиеся с поверхностными слоями слизистой.

Бляшки снимаются при поскабливании шпателем, иногда снимается только поверхностный слой.

Клиника весьма сходна с изменениями слизистой при лейкоплакии, красном плоском лишае и вторичном сифилисе.

Для обоснования диагноза результаты клинического исследования должны быть подтверждены микроскопическими и бактериалогическим исследованиями соскоба со слизистой, а также изучением биоптата.

Лечение. Исключить прием антимикробных препаратов. Назначить щелочные полоскания. Строгое соблюдение гигиены полости рта. Полиеновые антибиотики по 500 000 ЕД 4-8 раз в день, 10-12 дней. Карамель с декамином через каждые 3-4 часа. Витамины: В1 В2, В12, РР, С, К.

Профилактика. Санация полости рта. Патогенетическая терапия. Повторные курсы лечения с заменой одного противогрибкового антибиотика другим. Хорошие результаты при назначении трихопола по 1 таб. 4 раза в день — пять дней. (Обследование желудочного содержимого на *Candida albicans*.)

Вирусные инфекции вызывают различные патологические изменения слизистой оболочки полости рта (простой и опоясывающий лишай, грипп, аденовирусные заболевания, ангина Коксаки, ящур, моноклеоз, вирусные бородавки), часто одновременно поражаются другие слизистые и кожа. Наиболее широко распространены герпетические заболевания.

Герпетические заболевания слизистой оболочки полости рта вызываются вирусом рода herpes, в частности вирус обычного герпеса (ВОГ) и zoster (опоясывающего лишая). Установлено, что существуют две формы ВОГ герпетической инфекции — первичная и рецидивирующая. Первичная герпетическая инфекция возникает при первичном контакте вируса с организмом. Этой формой острого (первичного) герпетического заболевания страдают преимущественно дети от 6 месяцев до 3-5 лет (70- 90%). До определенного срока дети защищены материнскими антителами. По различным причинам титр их снижается (детские инфекции, соматические заболевания) и ребенок заболевает. После выздоровления в крови переболевших ВОГ детей образуются антитела к этому возбудителю, однако титр антител не постоянен и может резко снижаться под воздействием различных неблагоприятных факторов: хронические соматические заболевания, инфекции, заболевания крови, СПИД и др. Первичной инфекцией ВОГ могут болеть и взрослые, в крови которых нет антител. Все переболевшие люди остаются носителями вируса ВОГ и болеют при снижении неспецифической реактивности и титра антител к вирусу рецидивирующими формами герпетического стоматита. Вирус герпеса эпителиотропен. Распространяется воздушно-капельным путем. Попадая в эпителий, оказывает раздражающее действие на клетку базального слоя эпителия, вызывая усиление митоза и амитоз. В результате появляются специфические при заболевании гигантские многоядерные клетки с зернистыми включениями в ядрах. Нарушается метаболизм инфицированных вирусом эпителиальных клеток, возрастает внутриклеточный и межклеточный отек, развивается баллонизирующая дегенерация, внутриэпителиальные полости с серозным содержимым.

Схема ориентировочной основы действия лечения клинических форм герпетических стоматитов

Клинические формы герпетических стоматитов	Методы и средства действия
Острый герпетический стоматит	

<p>1) Продромальный период 24-48 час. Симптомы: озноб, недомогание, ревматоидные боли, повышение температуры тела до 38-39°C. Местно: жжение слизистой, катаральное воспаление др. десневого края, гиперсаливация.</p>	<p>При эпидемиологической информированности показано: инъекция полигерпетического гаммаглобулина, закапывать в нос раствор интерферона, реоферона, мазь бонафтона и проч противовирусных препаратов. Вит. С до 2-3 гр. в сутки</p>
<p>2) Период активного высыпания патологических элементов (до 4-5 дней от начала заболевания). Первичный элемент — серозные, напряженные, внутриэпителиальные пузырьки, группирующиеся кучно. На слизистой области рта быстро вскрываются, образуя эрозии изрезанных очертаний с фестончатым краем. Расположение — чаще симметричное (передние отделы полости рта).</p>	<p>Идентично терапии продромального периода. Аппликации противовирусных препаратов на патологически измененные отделы слизистой на 10- 15 мин. через каждые 2-3 часа. Гелий неоновый лазер или ЛКУФ — ежедневно. Гигиена полости рта. Диета.</p>
<p>По клиническому течению: легкая, средней тяжести и тяжелая форма заболевания.</p>	
<p>а) Легкая клиническая форма: единичные эрозии. В продромальный период симптомы общей интоксикации отсутствуют.</p>	<p>Только местное лечение. Длительность заболевания - 5-8 дней.</p>
<p>б) Средней тяжести течения заболевания. Продромальный период с выраженными симптомами общей интоксикации. Значительные диффузные воспалительные изменения слизистой. Число высыпных элементов порядка 50 (красная кайма, слизистая губ, щек, языка).</p>	<p>Местное лечение: ирригация полости рта ошелачивающими растворами. Противовирусные препараты. Полоскания растворами антисептиков в комбинации с анестетиками. Водные растворы анилиновых красителей, ГНЛ. Общее лечение: антигистаминные и противовирусные средства: бонафтон, ацикловир, ремантадин. Витамины С, В, РР.</p>
<p>в) Тяжелая клиническая форма заболевания: возникает на фоне ослабленного различными инфекционными и соматическими заболеваниями организма, приобретенного иммунодефицита. Ярко выражены симптомы общей интоксикации организма. Слизистая тотально поражена. Вовлекается кожа области носовых отверстий, губ. Возможны конъюнктивиты, паронихии.</p>	<p>Лечение больных в условиях стационара. Местное лечение как при терапии герпетического стоматита средней тяжести течения. Общее лечение проводится врачом интернистом: нестероидные противовоспалительные препараты, иммунокорректирующие, анаболитические стероиды и другие симптоматические средства.</p>
<p>3) Период эпителизации. Общее состояние удовлетворительное. Патологически измененные участки слизистой и кожи освобождаются от фибринозного налета и корочек.</p>	<p>Назначают обязательное соблюдение гигиены полости рта и эпителиотропные средства: винилин, масло шиповника, облепихи. Полоскания настоем трав: шалфея, календулы, зверобоя и др.</p>
<p>4) Период ремиссии.</p>	<p>Противорецидивная терапия: санация полости рта. Общеукрепляющая терапия. Здоровый образ жизни.</p>

В процессе работы со схемой ООД лечения герпетических стоматитов следует выписать рецепты на все рекомендуемые препараты.

Рецидивирующая форма герпетического стоматита. Чаще встречается легкая и средней тяжести течения клинические формы. Лечение определяется клинической формой и не отличается от такового, как при первичной инфекции. Особое внимание должно быть уделено плану лечения больного в период ремиссии заболевания с учетом реактивности иммунобиологического состояния организма и возраста больного.

Опоясывающий лишай — заболевание вызывается нейротропным вирусом герпеса — zoster. Заболевание не рецидивирует. Болеют только те взрослые люди, которые не имеют иммунитета к ветряной оспе (variolal). Наряду с кожей (опоясывающий лишай) заболевание может проявляться и на слизистой оболочке полости рта, по ходу ветвей тройничного нерва и других нервных волокон, анастомозирующих с ними.

Схема ОЛД лечения опоясывающего лишая слизистой оболочки полости рта.

Клинические периоды заболевания	Методы и средства действия
1) Продромальный период (до 48 час.) Общее недомогание, головная боль, миалгия. Характерны неврогенные, односторонние боли, без ремиссий, по ходу ветвей тройничного нерва, чаще 2-й ветви.	Диф. диагностика с острым пульпитом, либо периодонтитом, а также невралгией. Проводниковая анестезия, ненаркотические анальгетики, салицилаты, тепло.
2) Период высыпаний патологических элементов: серозные пузырьки, напряженные. Группировка элементов — линейная, по ходу нервного волокна. Образуется линейной формы эрозия с фестончатым краем, покрытая фибринозным налетом. Поражение слизистой одностороннее.	Местное лечение аналогично герпетическому стоматиту ВОГ.
3) Период эпителизации (5-8 день от начала заболевания).	Местно применение средств, ускоряющих эпителизацию: каротин, аэвит, винилин и др

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больная А. обратилась в клинику терапевтической стоматологии в первый день заболевания. Накануне почувствовала недомогание, появилась головная боль. Приняла одну таблетку ацетилсалициловой кислоты. Утром появилась боль в полости рта при приеме пищи, разговоре и высыпания на слизистой оболочке полости рта в области щек, языка. При осмотре: состояние больной средней тяжести. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. На воспаленной слизистой оболочке языка, щек, твердом небе — эрозии с фестончатыми краями, покрытые серым налетом. Врачом был поставлен диагноз — аллергический медикаментозный стоматит. Ваша тактика? Что необходимо для уточнения окончательного диагноза? Поставьте окончательный диагноз.

2. Больная 23 лет обратилась к врачу по поводу кровоточивости десен, болей при приеме пищи. Заболела пять дней назад, освобождена от работы врачом-терапевтом по причине заболевания ОРЗ. Заболела остро, температура тела поднималась до 39°C, на третий день появилось жжение слизистой, а затем боль при приеме пищи. При осмотре выявлены геморрагические корочки в области красной каймы верхней губы, воспаление десневых

сосочков обеих челюстей. На слизистой оболочке щек, по линии смыкания зубов, а также боковой поверхности языка справа имеются эрозии с фестончатым краем и фиброзным налетом. Пальпируются подчелюстные и шейные лимфоузлы. Поставьте предположительный диагноз. Дополнительные исследования.