

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



**УТВЕРЖДАЮ**

Зав. кафедрой

Хафизов Р.Г.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА № 2  
ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ»  
РАЗДЕЛ «ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»  
4 КУРС (8 СЕМЕСТР)**

**ТЕМА: Травматические поражения слизистой оболочки полости рта.**

**Цель:** - Научиться диагностировать и лечить травматические (острые и хронические) поражения слизистой оболочки полости рта и губ.

**Воспитательная цель:** изучить тактику врача при обследовании и 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. Патоанатомия коагуляционного некроза, характерные особенности.
2. Патоанатомия калликвационного некроза, характерные особенности.
3. Физиологические процессы, возникающие в тканях организма при воздействии гальванического тока различной интенсивности.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:**

1. Перечислите, при каких условиях возможно повреждение слизистой оболочке полости рта различными агентами.
2. Назовите травматические факторы, вызывающие повреждение слизистой оболочки полости рта. Дайте их классификацию.
3. Перечислите основные характеристики повреждающего агента, которые в совокупности их действия на слизистую обуславливают особенности клинической картины.
4. Каковы особенности лечения кислотного поражения слизистой оболочки полости рта.
5. Укажите диагностические признаки и особенности лечения щелочных ожогов слизистой оболочки полости рта.
6. Гальванический синдром. Патогенез, клиника, диагностика, особенности лечения больных с гальваническим синдромом. Дифференциальная диагностика.
7. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лейкоплакии.
8. Особенности лечения различных клинических форм лейкоплакии.
9. Профилактика заболевания. Профилактика рака.
10. Выпишите лекарственные препараты, необходимые для обработки слизистой оболочки полости рта: а) при остром кислотном некрозе СОПР; б) при повреждении СОПР концентрированным раствором щелочи.

**Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта:**

### **1. Травматические поражения:**

- а) механические, (травматическая эритема, эрозия, язва, лейкоплакия, никотиновый лейкокератоз);
- б) химические;
- в) физические (гальваноз, актинический хейлит, лучевые, и др.).

### **2. Инфекционные заболевания:**

- а) вирусные (герпетический стоматит, опоясывающий лишай, ящур, вирусные бородавки, грипп, ВИЧ-инфекция);
- б) язвенно-некротический стоматит Венсана;
- в) бактериальные инфекции (стрептококковый стоматит, пиогенная гранулема, шанкриформная пиодермия, туберкулез и др.);
- г) болезни, передаваемые половым путем (сифилис, гонорейный стоматит и др.);
- д) микозы (кандидоз, актиномикоз и др.).

### **3. Аллергические заболевания:**

- а) (отек Квинке, аллергический стоматит, глоссит, хейлит, многоформная экссудативная эритема, рецидивирующий афтозный стоматит и др.).

### **4. Изменения слизистой оболочки полости рта при экзогенных интоксикациях.**

### **5. Изменения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и болезнях обмена:**

- а) гипо- и авитаминозы;
- б) болезни эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, системы крови, нервной системы;
- в) ревматические болезни или коллагенозы.

### **6. Изменения слизистой оболочки при дерматозах:**

- а) пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга;
- б) красный плоский лишай, красная волчанка.

### **7. Аномалии и самостоятельные заболевания языка:**

- а) складчатый язык, черный «волосатый» язык;
- б) ромбовидный, десквамативный глоссит.

### **8. Самостоятельные хейлиты:**

#### ***Собственно хейлиты:***

- а) эксфолиативный (сухая форма, переходная, экссудативная форма);
- б) гранулярный (первичный простой, вторичный простой, гнойный гранулярный хейлит);
- в) контактный (простой, аллергический);
- г) метеорологический;
- д) актинический.

#### ***Симптоматические хейлиты:***

- а) атопический;
- б) экзематозный (экзема губ, контактный микробный);
- в) плазматочный;
- г) макрохейлит при синдроме Мелькерсона-Розенталя;
- д) лимфоаденоматозный макрохейлит;
- е) гранулематозный хейлит Мишера;
- ж) хейлит при ихтиозе;
- з) гиповитаминозный хейлит.

### **9. Предраковые заболевания:**

#### ***На слизистой оболочке рта:***

- а) облигатные формы (с высокой частотой озлокачествления); болезнь Боуэна;
- б) факультативные формы (с малой частотой озлокачествления):
  - лейкоплакия (веррукозная);
  - папилломатоз;
  - эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки, а также

красный плоский лишай;

- постлучевой стоматит.

**На красной кайме губ:**

а) облигатные формы:

- бородавчатый предрак;
- ограниченный гиперкератоз;
- абразивный преканцерозный хейлит Манганотти.

б) факультативные формы:

- лейкоплакия;
- кератоакантома;
- кожный рог;
- папиллома с ороговением;
- эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки, а также красного плоского лишая;
- постлучевой хейлит.

### **Травматические поражения:**

Травматические повреждения слизистой оболочки полости рта, в зависимости от причины их вызвавшей, классифицируются на: механическую, химическую, физическую травму и комбинированные повреждения слизистой оболочки полости рта. В зависимости от времени воздействия повреждающего фактора на слизистую - острые и хронические.

#### **ОСТРЫЕ:**

- Травма стоматологическим инструментом бытовая, производственная травма, прикусывание.
- Попадание на слизистую химических веществ, термическое, ионизирующее воздействие, а также других физических факторов в значительных биологических дозах.

#### **ХРОНИЧЕСКИЕ:**

- Раздражение слизистой краями зубов, протезов.
- Неадекватные конструкции протезов, гальванический ток.
- Вредные привычки: курение, прикусывание слизистой, горячая и острая пища.
- Профессиональные факторы.

#### **Особенности клинического течения**

- Кровоизлияния (петехии, гематомы) Травма слизистой в виде линейного повреждения на различную глубину, эрозии и язвы различной формы покрытые фибринозным налетом. Коагуляционный некроз (кислоты, термическое воздействие, электрический ток). Колликовационный некроз (щелочи).
- Десквамация либо дисплазия эпителия. Возможно патологическое ороговение (лейкоплакия). Папилломатоз, декубитальные язвы.

**Факторами, определяющими характер патологических изменений слизистой оболочки полости рта являются:**

- сила (концентрация), химические или физические свойства повреждающего агента, время воздействия, площадь поражения;
- защитные свойства слизистой и состояние неспецифической резистентности организма (возраст, сопутствующие общие заболевания);
- гигиеническое состояние полости рта, несанированная полость рта, а также различные протезы и пломбы, причастные к сенсибилизации слизистой или возникновению гальванических токов.

**Химическая травма (острая)**

Возможно повреждение слизистой при проведения стоматологических манипуляций врачом-стоматологом, протравочный веществом мышьяковистая паста, формалин-резорциновая смесь, эфир, спирт и др. либо в результате бытового, чаще несчастного случая.

При повреждении кислотой развивается коагуляционный некроз — образование плотной коагуляционной пленки, плотно соединенной с подлежащими тканями с воспалением и отеком окружающей слизистой. Клиническое течение более благоприятное, нежели при повреждении слизистой щелочью.

Травма щелочью вызывает калликвационный некроз слизистой - поражение, неравномерное по глубине, ткани, студенистой консистенции, без четкой демаркационной границы с нижележащими слоями слизистой. Вероятно присоединение, вторичной инфекции. Повреждение сопровождается значительным отеком и воспалением тканей, и резкими болевыми ощущениями.

### **Особенности лечения.**

1. Промывание нейтрализующими растворами, либо просто водой. При ожоге слизистой мышьяковистой пастой - аппликации слизистой 5% раствором унитиола или пенициллина.
2. Защита поврежденного участка слизистой от вторичного инфицирования — обработка 1% водным раствором основного фуксина или метиленовой сини. При коагуляционном некрозе — удаление некротизированных тканей растворами протеолитических ферментов и полоскания растворами антисептиков. Рекомендуются полоскания настоем зеленого чая, ромашки, шалфея.
3. На стадии эпителизации применяются средства, ускоряющие эти процессы: желе солкосерила, лизоцим, масло облепихи, шиповника, каротолин и др.

**Хроническое воздействие кислот и щелочей** низкой концентрации возможно у рабочих химического производства. Изменения слизистой оболочки имеют диффузный характер. При кислотном раздражении эпителий утолщается, слизистая отечна, цианотична. При раздражении слизистой щелочами — слизистая отечна, усиливается десквамация. На отпечатках-мазках видны конгломераты эпителиальных клеток с хорошо видимыми ядрами.

Профилактика: Проведение мероприятий по охране здоровья рабочих; усовершенствование технологии производства и обязательное использование [www.spbgmu.ru](http://www.spbgmu.ru) средств индивидуальной защиты. Полоскание полости рта подкисленной или щелочной водой.

**ГАЛЬВАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** - формируется в результате хронического воздействия гальванического тока различной силы на слизистую оболочку полости рта. Характерными симптомами являются парестезии слизистой, гипосаливация (возможна и гиперсаливация), различные общие симптомы дисфункции вегетативной нервной системы. Источником гальванического тока являются разнородные металлические включения полости рта (металлические протезы, пломбы, вкладки). Интенсивность тока зависит от положения металлов в таблице Менделеева, электролитических свойств слюны. Клиническая картина определяется, в значительной мере, функциональным состоянием нервной системы больного и силой гальванического тока.

Лечение. Обязательное удаление разноименных металлов из полости рта. Рациональное протезирование. Психотропная терапия.

**ЛЕЙКОПЛАКИЯ (белое пятно)** — хроническое заболевание красной каймы и слизистой оболочки полости рта, иногда и других органов слизистых (половых органов, мочевого

пузыря, прямой кишки). Лейкоплакия является состоянием слизистой, сопряженным с хроническим воспалением и ороговением слизистой, наблюдается чаще в возрасте старше 40 лет.

Лейкоплакию рассматривают, как реакцию слизистой оболочки на экзогенное раздражение. Наиболее частой причиной является курение, а также механическое раздражение острыми и неровными краями зубов, недоброкачественными протезами, гальваническим током.

В качестве predisposing фактора в этиологии заболевания могут быть выделены недостаток витамина А, гормональные нарушения, заболевания желудочно-кишечного тракта и повышение содержания холестерина в крови, профессиональные вредности.

Клиническая картина заболевания неоднородна. Выделяют несколько клинических форм: простая, эрозивно-язвенная, гиперкератотическая и веррукозная. Все клинические формы являются стадиями заболевания. Локализация лейкоплакии определяется местом воздействия раздражающего экзогенного фактора. Наиболее часто на слизистой щек, боковой поверхности языка, слизистой неба, альвеолярного отростка, дна полости рта, а также красной кайме. На слизистой образуются ороговевшие бляшки неправильной формы, напоминающие рисунок мозаики или булыжной мостовой. В дальнейшем очаг поражения может приподниматься над окружающей слизистой за счет интенсивного ороговения и пролиферации слизистой (гиперкератотическая форма), либо изъязвления ороговевшей слизистой и инфильтрации тканей (эрозивно-язвенная форма). В некоторых случаях, на патологически измененной слизистой образуются папилломатозные разрастания с интенсивно ороговевшим эпителием (веррукозная форма). При окрашивании измененного участка слизистой оболочки раствором Писарева: бляшки имеют серо-белесоватый цвет, разделяющая их слизистая — бурый цвет различной интенсивности, в зависимости от степени ее воспаления.

Лейкоплакия - понятие клиническое. Гистологическая картина характеризуется гиперплазией эпителия акантозом, гиперкератозом, папилломатозом, субэпителиальной клеточной инфильтрацией. Граница между эпителием и собственной слизистой четкая. Клетки базального слоя правильные со значительным количеством митозов. Наблюдаются различные признаки эпителиальной атипии (анизоцитоз, дисплазия, патологические митозы). Основываясь на этих изменениях, лейкоплакию относят к предраковым заболеваниям с различной угрозой малигнизации, в зависимости от клинической формы и особенностей гистологических изменений. Заболевание следует дифференцировать с красным плоским лишаем, эритематозом, сифилитическими папулами, некоторыми формами кандидоза.

**Лечение.** Необходимо устранить факторы, раздражающие слизистую оболочку. Провести тщательную санацию и рациональное протезирование. Исключить раздражающую пищу. Для нормализации обменных процессов слизистой проводят аппликации бальзамом Шостаковского, каротолина. Диспансерное лечение с вызовом больных к стоматологу, определяемым по времени клинической формой заболевания.



## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

К врачу-стоматологу обратился мужчина 37 лет с жалобами на выраженную боль в полости рта. При опросе врач выяснил, что больной употребил для полоскания полости рта жидкость из флакона, где ранее, находился зубной эликсир, и который, вероятно, был заполнен другой, неизвестной жидкостью. Сразу после полоскания полости рта он почувствовал жгучую боль и спустя несколько часов, обратился к врачу. При осмотре — слизистая полости рта гиперемирована, в области слизистой щеки, соответственно второму моляру справа, эрозия размером 2х2 см, покрытая плотной белой пленкой. Больной указывает, что неоднократно прикусывал щеку в этой области. Назовите причины, вызвавшие описанные изменения слизистой. Поставьте диагноз.

Больной М., 25 лет взял из больничной аптечки флакон с жидкостью, предполагая, что это спирт. Сразу после попадания жидкости в полость рта почувствовал жжение, которое переросло в нестерпимую боль. Срочно обратился к врачу. При осмотре на десне нижней челюсти и слизистой нижней губы обширные участки некроза мягкой консистенции, студнеобразного вида без четких границ. Назовите, к какой группе относится вещество, примененное больным.