

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



УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой

Хафизов Р.Г.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА № 5
ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ»
РАЗДЕЛ «ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»
4 КУРС (8 СЕМЕСТР)**

ТЕМА: Изменения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях и нарушениях обмена веществ. Медикаментозные стоматиты.

Цель: Научиться диагностировать наиболее часто встречающиеся клинические симптомы, проявляющиеся на слизистой оболочке полости рта, обусловленные патологией различных отделов ЖКТ.

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. Анатомическое строение языка.
2. Микробиология и иммунология в стоматологии.
3. Этиология и клиника гастритов, язвенной болезни желудка, колита, энтероколита и др. заболеваний системы пищеварения. Методы лабораторного обследования больных.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

1. Назовите клинические формы десквамативного глоссита. Опишите основные клинические проявления каждой формы.
2. Симптом какой патологии может быть Гентер-Меллеровский глоссит?
3. Перечислите основные клинические формы овального глоссита. Какой патологии ЖКТ сопутствует эта форма глоссита?
4. Перечислите основные этапы лечения больного овальным глосситом.
5. Перечислите методы обследования, которые необходимо провести больному с предположительным диагнозом — кандидоз.
6. Составьте схему лечения больного с хроническим кандидозом слизистой оболочки полости рта.
7. Перечислите комплекс клинических симптомов, характерных для клиники заболевания хронического рецидивирующего афтозного стоматита.
8. Перечислите отличительные признаки "афтозного" элемента поражения при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите и герпетическом поражении слизистой оболочки полости рта (вирусе обычного герпеса).
9. Составьте схему лечения больного хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом Сеттона.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) - хроническое

заболевание, характеризующееся периодическим высыпанием афт на слизистой оболочке полости рта, а также желудочно-кишечного тракта (дистальный отдел прямой кишки).

Афта — (эрозия) — овальной либо круглой формы с четкими краями, венчиком гиперемии по периферии и фибринозным налетом. Количество элементов в период рецидива от 1 до 5.

Элемент проходит определенный цикл развития:

- а) отек, жжение слизистой в участке формирования элемента (1-2 дня);
- б) формирование элемента (микронекроз слизистой) — сопровождается значительными болевыми ощущениями, 3-5 день от начала заболевания; размер афты в диаметре до 0,5 см;
- в) эпителизация патологических элементов, 6-8 день от начала заболевания).

В случае снижения защитных свойств слизистой афта переходит в язву. К 5-му дню отмечается инфильтрат в основании эрозии, утолщается фибринозный налет, появляется нечеткий воспалительный инфильтрат по периферии элемента.

После эпителизации афтозной язвы образуется рубец. При рубцующейся форме ХРАС (стоматит Сеттона) разрешение элемента наступает через несколько недель (6-8 и более).

Критериями оценки тяжести заболевания служат:

- а) число высыпных элементов;
- б) время длительности рецидива;
- в) количество рецидивов в течение года.

Эти же критерии используются при оценке эффекта лечения больного.

Клинические симптомы заболеваний слизистой оболочки полости рта и сопутствующие им симптомы заболеваний ЖКТ.

Клинические симптомы заболеваний слизистой оболочки полости рта	Диагностические признаки заболеваний ЖКТ
1. Бледность слизистой оболочки полости рта, кровоточивость десен, язык часто обложен, с отпечатками зубов на боковой поверхности. Заеды в углах рта. Фиксированная форма десквамативного глоссита.	Хр. гастрит. Болевой синдром слабо выражен, чаще беспокоит тяжесть в эпигастральной области. Возможны отрыжки воздухом, режé пищей. Боли могут появляться после приема пищи, усиливаются в положении стоя. Больные любят употреблять грубую, острую пищу, кислые продукты, соленья. Нередко выявляется пищевая аллергия, шелушение кожи, ломкость ногтей, преждевременное выпадение волос.
2. Обложенный белым или желтобелым налетом язык с отпечатками на боковой поверхности языка и слизистой щек по средней линии. Вероятно выявление фиксированных очагов десквамации различной формы и величины, отмечается отсутствие эффекта при применении местной противовоспалительной терапии.	Хр. Дуоденит, язвенная болезнь. Боли через 1-2 часа после приема пищи носят острый, схваткообразный характер. Сопровождаются саливацией, тошнотой, изжогой, распирающим в подложечной области. Вегетативные расстройства: слабость, сонливость, гипотония, усиление перистальтики желудка через 2-3 часа после приема пищи.
3. Слизистая оболочка ярче обычного с иктеричным оттенком в области небной занавески. В периоды обострения основного заболевания может	Язвенная болезнь с нарушением функции желчевыводящих путей. Раздражительность. Нарушение сна. Симптомы, характерные для дуоденита и

увеличиваться отечность языка. В области контакта с зубами возможно истончение эпителия языка, щек, появляются микроэрозии; парестезия, усиливающаяся при приеме пищи. Серозное воспаление десневого края. Более четко микротравмы слизистой видны при окрашивании раствором Писарева. Мигрирующая форма десквамативного глоссита.	язвенной болезни. Метеоризм, нарушение стула.
4. Слизистая отечна, гиперемирована. Четкие отпечатки зубов на слизистой щек по линии смыкания зубов и на боковой поверхности языка. Гиперсаливация может сменяться гипосаливацией. Спинка языка обложена сероватожелтым налетом. При дисбактериозе возможно изменение цвета нитевидных сосочков языка. Может осложниться кандидозом.	Хр. гастроэнтероколит. Выражены явления диспепсии: отрыжка, изжога, поносы. Боли схваткообразные в верхней половине живота.
5. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, незначительно отечна. Спинка языка покрыта налетом по всей поверхности, который особенно ярко выражен по утрам в дистальном отделе языка. Нередко возникновение одиночных афт; возможны и рубцующиеся афты.	Хр. энтероколит. Схваткообразные боли у пупка, проходящие после дефекации, увеличение отхождения газов, стул обильный 3-7 раз в день, может быть пенистым.
6. Слизистая цианотична; расширены вены языка; усилен сосудистый рисунок, слизистой. Характерны ощущения горечи, извращение вкусовых ощущений. Отмечается иктеричный оттенок слизистой оболочки в области неба. Ощущение зуда, парестезии области неба, губ, языка.	Хр. гепатит. Снижена работоспособность, характерна раздражительность, нарушение сна. Возможны боли или чувство тяжести в правом подреберье, диспептические проявления, тошнота, метеоризм, нарушение стула.
7. Слизистая оболочка атрофична, сухая. Очаги десквамации одиночные или сливные. Язык гладкий, гиперемированный. На красной кайме губ возможны трещины. Возможен кандидоз.	Портальный пирроз печени. Исхудание, гиповитаминоз, диспептические нарушения, переносимость жирной пищи, тяжесть в подложечной области. Ладонная эритема.
8. Десквамативный (мигрирующий) глоссит	Следствие функциональных изменений жел. кишечного тракта, лечения не требует. Профилактика: нормализация режима питания и образа жизни.
9. Волосатый язык	Дисбактериоз. Гастрит хр. с гиперплазией слизистой, возможен полипоз.
10. Овальный (ромбовидный) глоссит.	Хр. гастрит, вредные привычки (курение, алкоголь). Предраковое заболевание.

Больные с описанными симптомами должны быть обследованы гастроэнтерологом, после чего лечение проводится по результатам обследования.

Стоматолог обязан санировать больных, провести рациональное протезирование, обучить гигиене полости рта. Диспансерное лечение у гастроэнтеролога.

Схема ориентировочной основы действия при лечении больных ХРАС

Компоненты действия	Компоненты действия	Критерии самоконтроля
Общее лечение		
1. Санация организма: выявление очагов хронической инфекции	Обследование больного терапевтом, отоларингологом, гастроэнтерологом, аллергологом.	Лечение проводится по результатам общего обследования.
2. Неспецифической десенсибилизирующая терапия	30% р-р тиосульфата натрия — 10,0 — внутривенно, через день, на курс 10 инъекций; 25% р-р сульфата магния — 10,0 внутримышечно, через день, на курс 10 инъекций	В любом периоде заболевания чередовать через день
- антигистаминные препараты	табл. димедрола - 0,05 супрастина — 0,025 пипольфена - 0,025	По 1-2 табл. в день в течение 10-12 дней
- препараты кальция	10% р-р хлорида кальция — 10 мл внутривенно, день, на курс 10 инъекций. Табл. глюконата кальция — 0,5 Табл. лактата кальция — 0,5	По 1 табл. 3 раза в день в течение 10 дней
3. Повышение защитных сил организма	Раствор продигозана - 0,005% 1 мл внутримышечно, 2 раза в неделю, на курс 5 инъекций. Герпетический гаммаглобулин — 1 мл — 3 раза, через 3-4 дня	В условиях стационара (афты Сеттона)
	Таблетки левомизола (декарис) по 0,15 2 раза в неделю (2 дня подряд) в течение 8 недель. Перерыв 1 месяц, затем повторить курс. Детям — по 0,075 в день, на ночь	Может вызвать лейкопению. До- и в процессе лечения 1 раз в месяц клинический анализ крови
	Аутогемотерапия	Дробная по схеме: 2,0; 4,0; 6,0; 8,0; 10,0 ...до 10 процедур
	Поливитамин группы В1: по 2 драже 3 раза в день; Витамин Р - 0,05, витамин С — 1,0 никотиновая к-та - 0,1	По 1 табл. три раза в день в течение 10 дней
4. Специфическая десенсибилизирующая терапия	Проводится в случае выявления микробной аллергии к аллергенам микроорганизмов (протей, стафилококк, стрептококк)	По схеме: курс лечения в стационаре
Местное лечение		
1. Обезболивание и	Раствор риванола 1:1000	

противовоспалительная терапия	Раствор новокаина 1% - 0,5 под элементы	
2. Аппликации ферментами	Трипсин, химотрипсин кристалл. 500000 ЕД	Наносят тампоны, смоченные в растворе на 1 мин., 2-3 раза на процедуру
3. Средства, стимулирующие регенерацию	Масло облепихи, шиповника, каротолин, бальзам Шестаковского, витамин А, солкосерил. Аэрозоли-винизоль, ингалипт, каметон, алазоль, ливлан; КУФ, гелий-неоновый лазер	На этапе эпителизации
4. Санация полости рта стоматологом. Рациональное протезирование, гигиена полости рта	Устранение очагов хронической инфекции. Индивидуальный подбор стоматологических материалов	
5. Физиотерапия	Гальванический воротник по Щербаку, ГНЛ	Нормализация функции гипофиз-гипоталамускора надпочечников.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СТОМАТИТЫ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С ИНТОКСИКАЦИЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА (МЭЭ).

Медикаментозные стоматиты — симптом медикаментозной аллергии (лекарственной болезни). Являются следствием различных лекарственных препаратов, способных действовать при определенных условиях, как аллергены и вызывать иммунный ответ, сопровождающийся повреждением слизистой оболочки полости рта изолированно или в комплексе с другими слизистыми, кожей и органами.

Обязательным условием развития медикаментозной аллергии является повторное применение препарата. После первого контакта с лекарством наступает латентный период (10-20 дней), в течение которого комплекс препарат-белок индуцирует образование антител, способных реализовать аллергическую реакцию в период от нескольких минут (аллергический шок) до нескольких дней (крапивница, аллергический стоматит) в ответ на очередное введение лекарства. Стоматиты чаще возникают при приеме препаратов внутрь. Аллергенами могут быть все лекарственные вещества, чаще — антибиотики, сульфаниламиды, анестетики, витамины, ферменты.

Клиника. Симптоматика медикаментозных стоматитов, характер клинических изменений в значительной мере определяются:

- а) типом иммунологического ответа;
- б) локализацией патологического процесса.

Классификация

- ☐ По характеру морфологических изменений слизистой оболочки:
 - а) серозный;
 - б) экссудативно-гиперемический;
 - в) эрозивно-язвенный медикаментозный стоматит.
- ☐ По локализации патологического процесса:

стоматит, палатинит, глоссит, хейлит, ангулярный хейлит.

Возникновению медикаментозного стоматита могут предшествовать незначительное недомогание, зуд кожи ладоней, крапивница, отек мягких тканей лица и губ.

Со стороны полости рта — нарушения секреции слюны, ограниченный либо диффузный отек слизистой с резкой гиперемией тканей. Возможно развитие экссудативных сыпных элементов (от папулезных до везикулярнобуллезных), расположенных эндэпителиально. Последние содержат серозную жидкость, напряжены, быстро вскрываются, образуя эрозии различной формы и протяженности.

В некоторых случаях в ответ на медикаментозный аллерген формируется синдром — многоформная экссудативная эритема.

Диагностика медикаментозных стоматитов основывается на данных анамнеза, клинических симптомах и результатах цитологического и иммунологического исследований (в мазке преобладают эозинофилы), а также данных аллергологического обследования.

Лечение. Исключить контакт с аллергеном. Антигистаминная терапия.

Местно: полоскания полости рта 0,5-1 % раствором натрия гидрокарбоната или настоя зеленого чая.

Дифференциальная диагностика лекарственной аллергии и лекарственной интоксикации.

Лекарственная аллергия	Лекарственная интоксикация
Клинические проявления не зависят от вида и дозы лекарства	Клинические проявления имеют специфичность при различных лекарствах и зависят от дозы
В организме вырабатываются антитела к предполагаемым антигенам, положительные кожные пробы	Антитела отсутствуют, кожные пробы отрицательные, в крови или экскрементах выявляется повышенное количество препарата
При повторных приемах лекарственная аллергия усиливается	Интоксикация организма при повторных приемах лекарств ослабляется
Для лечения применяются антигистаминные препараты, кортикостероиды, противоиммунные и другие средства	Для лечения применяются антидоты, вымывание, связывание, кортикостероидные гормоны

Примерами интоксикации являются мышьяковистый кератоз, меланоз, ртутный, висмутовый, гидантоиновый гингивит.

Диагноз лекарственной интоксикации до некоторой степени может быть подтвержден выявлением лабораторным путем повышенного количества препарата в крови или экскрементах (например, содержание ртути свыше 0,02 мг/л или наличием кристаллов сульфаниламидов в моче).

Лабораторная диагностика отравления обычно возможна в период острых клинических проявлений интоксикации, связанных с циркуляцией лекарства в крови.

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ)

— остро развивающееся заболевание, характеризующееся полиморфизмом сыпных элементов на коже и слизистых оболочках, циклическим течением и склонностью к рецидивам в весенне-осенний период.

Различают, по патогенезу, две формы этого заболевания — инфекционноаллергическую и токсико-аллергическую МЭЭ.

При инфекционно-аллергической форме заболевания, посредством аллергологических

методов обследования выявляется сенсibilизация организма бактериальными антигенами — стафилококка, стрептококка, протей, кишечной палочки.

Вторая форма МЭЭ развивается у лиц с гиперчувствительностью к различным химическим веществам (стиральные порошки), в том числе и к лекарственным препаратам. Для этой формы не характерна сезонность рецидивов.

Одновременно с кожей поражается слизистая оболочка, в том числе и полости рта. Длительность заболевания 2-3 недели.

Клиника. Острое начало, повышается температура тела. Сопровождается общим недомоганием, головной болью, болезненностью мышц, суставов. Характерно жжение слизистой и гиперсаливация.

К концу вторых суток появляются высыпные полиморфные элементы на слизистой — отечной и ярко гиперемизированной. Локализация патологических элементов: красная кайма и слизистая губ, щек, боковой поверхности языка, редко неба. На второй, третий день высыпного периода образуются сливные пузыри субэпителиальной локализации. На слизистой — язвы, покрытые либо крышечкой пузыря, или толстой фибринозной, серого цвета, пленкой. При потягивании за крышечку пузыря происходит ее отрыв по границе с неизменными тканями, что сопровождается значительной кровоточивостью и болью. Наблюдается цикличность в развитии клиники, проявляющаяся появлением свежих подсыпаний, которым предшествует озноб и повышение температуры тела.

По течению заболевания выделяют: легкую, средней тяжести течения и тяжелую клиническую формы ММЭ.

Синдром Стивенса-Джонсона — клиническая форма тяжелого течения заболевания, чаще токсико-аллергического генеза. Протекает с выраженными симптомами общей интоксикации. Наряду с поражением слизистой оболочки полости рта отмечают высыпания на коже рук, ног, а также половых органов, конъюнктиве глаз.

Дифференцировать эту клиническую форму заболевания следует с герпетическим стоматитом, акантолитической пузырчаткой, медикаментозным стоматитом, синдромом Лайелла.

Лечение. Местное и общее лечение больных МЭЭ может быть проведено с использованием схемы ООД больных ХРАС. Однако, при терапии синдрома Стивенса-Джонсона — предпочтительная госпитализация с использованием кортикостероидных препаратов и иммунокорректирующей терапии.

При подготовке этого вопроса внимательно изучите ЛДС и таблицу дифференциальной диагностики МЭЭ.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больной 32 лет в течение нескольких лет страдает периодически появляющимися "язвочками" в полости рта. Эти высыпные элементы имеют округлую форму и яркий ободок гиперемии вокруг.

О каком заболевании идет речь?

Какие методы обследования нужно провести?

От каких факторов зависит план лечения? Наметить план лечения.

2. Больной 20 лет обратился к врачу с жалобами на появление во рту 3 дня назад "язвочки". Общее состояние не изменилось. Из анамнеза установлено, что подобное поражение слизистой оболочки наблюдалось год назад.

При осмотре в области преддверия нижней челюсти обнаружена афта продолговатой формы с ровными краями. Имеется большое количество разрушенных зубов.

Поставьте диагноз.

Какова тактика врача при лечении больного?

3. Больной 32 лет на протяжении трех лет (весной и осенью) вынужден обращаться к врачу по поводу плохого общего состояния: появления синюшно-красных пятен на коже рук, ног, а также затрудненного приема пищи из-за сильных болей в полости рта. Что Вы увидите при осмотре полости рта? Какой предположительный диагноз? Какими дополнительными исследованиями можно уточнить предположительный диагноз?

4. Больной 30 лет после переохлаждения почувствовал резкое недомогание, головную боль, озноб. Температура тела повысилась до 38°C. Через полтора дня усилилось слюноотделение, появилось жжение слизистой оболочки полости рта, которое вскоре сменилось болью, усиливающейся при еде. К стоматологу направлен врачом-терапевтом с диагнозом ОРЗ на седьмые сутки заболевания. Осмотр полости рта позволил выявить отечную, гиперемизированную слизистую с многочисленными полиморфными высыпными элементами: папулы, пузыри, эрозии, покрытые фибринозным налетом. Поставьте и обоснуйте диагноз заболевания. Наметьте план лечения.