

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ  
Кафедра стоматології

Затверджено  
на засіданні кафедри стоматології  
протокол № 1 від 28.08.2017 р.  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

**Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів  
з дисципліни «Терапевтична стоматологія» 5 курс  
Модуль 4**

**Методичні вказівки складено:**

зав. кафедри, д-р мед. н. Лахтін Ю.В.

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інститут  
Кафедра стоматології

Затверджено  
на засіданні кафедри стоматології  
протокол № від  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО  
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 11</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 1</i>	Анатомо-фізіологічні, гістологічні особливості слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ. Захисні фактори. Слина, її склад і фізіологічна роль. Порушення слиновиділення.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

## 1. Актуальність теми.

Серед стоматологічних захворювань особливе місце посідають процеси, які пов'язані з ураженням СОПР. Їх велика різноманітність, широкий спектр етіологічних чинників, складний, а в деяких випадках не досить ясний патогенез, ускладнюють систематизацію цієї патології. Лікарі-стоматологи повинні розуміти термінологію захворювань СОПР і відобразити їх в класифікаціях. Серед них особливий інтерес викликають ті, в структурі яких відображені основні етіопатогенетичні і клінічні ознаки захворювання.

## 2. Конкретні цілі

1. Знати загальні уявлення про класифікації .
2. Знати класифікацію захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
3. Знати класифікацію захворювань СОПР П.Т.Максименка.
4. Знати класифікацію захворювань СОПР МКХ-10 .
5. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації М.Ф.Данилевського.
6. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації П.Т.Максименка.
7. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації МКХ-10.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія, гістологія	Вміти визначати нормальні анатомічні утворення та особливості їх будови
Патофізіологія	Вміти визначати фізіологічні особливості СОПР
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Провести обстеження хворого із захворюваннями СОПР

## 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
Первинні стоматити	Які виникають від дії етіологічного чинника безпосередньо на СОПР
Самостійні захворювання СОПР	Виникнення яких пов'язане з основною дією окремих причин на слизову оболонку
Симптоматичні захворювання СОПР	Які виникають при різних системних захворюваннях і супроводжують їх

Синдроми

Характерні зміни тієї чи іншої частини СО є обов'язковою складовою (симптомом) того чи іншого захворювання

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Назвіть принципи побудови класифікацій хвороб СОПР.
2. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР

М.Ф.Данилевського.

3. Назвіть самостійні, симптоматичні захворювання та синдроми за класифікацією захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
4. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР П.Т.Максименка.
5. Назвати основні групи захворювань в залежності від етіологічних чинників та патогенезу за класифікацією захворювань СОПР

П.Т.Максименка.

6. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР МКХ-10.
7. Відмітьте позитивні сторони та недоліки цих класифікацій.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Провести опитування хворого.
2. Провести клінічне обстеження хворого з патологією слизової оболонки порожнини рота.
3. Призначити додаткові методи обстеження хворому з патологією слизової оболонки порожнини рота.
4. Поставити діагноз захворювання СОПР.
5. Заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Провести зовнішній огляд хворого.
2. Провести огляд слизової оболонки присінку порожнини рота.
3. Провести огляд слизової оболонки власне порожнини рота.
4. Провести диференційну діагностику нормальних анатомічних утворень слизової оболонки порожнини рота з патологічними утвореннями СОПР.
5. Заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

#### 5. Зміст теми

Слизова оболонка порожнини рота складається із СО присінка ротової порожнини (СО губ, щік, ясен) та власне слизової оболонки порожнини рота (СО оболонка твердого та м'якого піднебіння, язика, дна порожнини рота.).

За морфофункціональними ознаками розрізняють три ведучих типи СО:

- 1) жувальний - тверде піднебіння, ясна;
- 2) вистилаючий (покрівний) – щоки, губи, дно порожнини рота, нижня поверхня язика, передня поверхня м'якого піднебіння;
- 3) спеціалізований – дорзальна поверхня язика.

**Губи** складаються із м'язового шару, зовні вкритого шкірою, а з боку присінка порожнини рота – слизовою оболонкою. Між шкірою і СО розташована червона кайма губ, колір якої обумовлений кількістю капілярів. Часом на поверхні червоної кайми трапляються білі або жовтувато-білі вкраплення розміром з манну крупу – сальні залози. Місце переходу червоної кайми губ у слизову оболонку називається зоною Клейна.

**В слизовій оболонці щік** виділяють максилярну, мандибулярну частини та проміжну (біла лінія). В підслизовій основі розташовано багато мілких судин та сальні залози Фордайса, які утворюють конгломерати жовтуватого кольору. На рівні молярів по лінії змикання зубів розташовані сосочки вивідних протоків привушних слинних залоз. Місце переходу рухомої СО щік в нерухому називається перехідною складкою.

**Ясна** – це слизова оболонка, що вкриває альвеолярні відростки верхньої та нижньої щелеп. Розрізняють маргінальну, альвеолярну частини та міжзубний сосочок. Навколо кожного зуба є ясенна боріздка – щілиноподібний простір між поверхнею зуба та яснами. В яснах відсутня підслизова основа, епітелій зроговіває.

**Слизова оболонка твердого піднебіння** має неоднакову будову:

-жирова зона – відповідає передній третині, де розміщується різцевий сосочок та трансверзальні піднебінні складки;

- залозиста зона – займає задні дві третини твердого піднебіння, має слизові залози;

- зона піднебінного шва – підслизова основа відсутня;

- крайова зона – відповідає ділянці переходу в ясна.

**Слизова оболонка м'якого піднебіння** характеризується наявністю підслизового шару. У хворих із патологією гепатобіліарної системи СО м'якого піднебіння має жовтаве забарвлення, при вадах серцево-судинної системи – синювате.

**Язык** – м'язовий орган, вкритий слизовою оболонкою. Розрізняють кінчик, тіло та корінь язика. Окрім того, верхню(спинка), нижню і бічні поверхні язика. Біля кореня розташовано скупчення лімфоїдної тканини, яке отримало назву язикового мигдалика. СО спинки та бічних поверхонь утворює виступи – сосочки язика. Розрізняють чотири види їх:

- *ниткоподібні*- найбільш багаточисельні, розподілені по поверхні кінчика та тіла язика. Епітелій верхівок роговіє і постійно злущується (десквамація);
- *грибоподібні* – розташовані на спинці язика, мають вигляд червоних крапок;
- *листоподібні* – розташовані групами по боках язика;
- *жолобчасті* – розташовані між тілом язика та коренем у вигляді римської цифри У.

На бічних поверхнях язика видно венозні сплетіння, які іноді помилково можуть бути прийняті за патологію. СО нижньої поверхні язика

більш рухома і переходить у вуздечку язика і СО дна ротової порожнини. Слід звернути увагу на під'язикове м'ясце, в якому розташовані вивідні протоки і отвори під'язикових та підщелепних слинних залоз.

Незважаючи на анатомічні особливості, всі відділи СО порожнини рота мають чітку гістологічну будову.

**Епітелій** – багатошаровий плесканий, який не роговіє, окрім деяких ділянок. Він складається з базального шару, шипуватого та шару плесканих клітин. В тих відділах, де епітелій роговіє, є зернистий шар. Епітелій ротової порожнини здатен накопичувати глікоген. Міжклітинні проміжки заповнені глікозаміногліканами. Вміст великої кількості нуклеїнових кислот у клітинах базального шару та ферментів (СДГ, ЛДГ) свідчить про високий рівень обмінних процесів. Серед клітинних елементів зустрічаються окремі лейкоцити та інші клітини.

За допомогою базальної мембрани епітелій з'єднується з **власною пластинкою слизової оболонки**. Вона складається із сосочкового та сітчастого шарів. Основну речовину власної пластинки складають глікозаміноглікани (гіалуронова кислота, хондроїтинсульфати). Клітинні елементи представлені в основному фібробластами, фіброцитами, макрофагами, плазмоцитами і тучними клітинами. Волокнисті структури представлені колагеновими та ретикулярними волокнами. У власній пластинці знаходяться судини та нервові сплетіння. Власна пластинка без різких меж переходить в **підслизову основу**. В ній представлені судини, жирова тканина, слинні залози. Рухомість СОПР прямо залежить від товщини підслизової основи.

Слизова оболонка порожнини рота виконує ряд **функцій**:

- *захисна* – обумовлена бар'єрними властивостями СО для мікроорганізмів та вірусів, явищами десквамації епітелію, наявністю лейкоцитів, язикового мигдалика, антимікробних речовин ротової рідини (лізоцим, пероксидаза, комплемент), імуноглобулінів (IgA, Ig G, Ig M);
- *пластична* – пояснюється високою мітотичною активністю епітелію;
- *чутлива* – можлива завдяки присутності рецепторів температурної, больової, тактильної, а також смакової чутливості;
- *всмоктувальна* – завдяки здібності всмоктувати ряд органічних та неорганічних сполук (амінокислот, антибіотиків, лікарських речовин та ін.).

Розрізняють два види **порушення слиновиділення**: гіперсалівацію і гіпосалівація (з її крайнім ступенем - ксеростомією).

Етіологічними чинниками, що викликають **гіперсалівацію**, є гострі запальні процеси СОПР, що супроводжуються безумовно-рефлекторним механізмом збільшення виділення слини внаслідок різкого подразнення слизової оболонки, що є захисною реакцією організму. Іноді гіперсалівація виникає як наслідок безпосереднього подразнення секреторних клітин слинних залоз солями важких металів (ртуттю, свинцем, вісмутом), йодом та

ін. Тривалу гіперсалівацію спостерігають при деяких органічних хворобах ЦНС – паркінсонізмі, бульбарному і псевдобульбарному паралічі, іноді після перенесеного інсульту. Порушення ковтання при цих та інших захворюваннях посилює гіперсалівацію. Причиною гіперсалівації може бути також глистова інвазія.

При неврозі, нав'язливих станах можлива помилкова гіперсалівація, коли хворі скаржаться на рясневиділення слини, яке не підтверджується при об'єктивному обстеженні. Хворі з гіперсалівацією, крім стоматолога, повинні бути обстежені за показаннями невропатологом та терапевтом.

**Лікування** у всіх випадках має бути спрямоване на ліквідацію основного захворювання, що викликало цей стан. Тимчасового зниження виділення слини можна домогтися застосуванням препаратів атропіну.

Причини **гіпосаливації** різноманітні: авітаміноз А, В1, В6, В12, Є, гіпосідероза, цукровий діабет, системні захворювання сполучної тканини, променеві ураження, хронічний паротит. Найбільш виражена сухість порожнини рота у хворих з синдромом Шегрена. До гіпосаливації можуть привести підвищення тону симпатичної нервової системи, тиреотоксикоз, гормональні зміни у клімактеричному періоді, невротичні стани. Як тимчасове явище, ксеростомія іноді виникає при гострих інфекційних захворюваннях, ботулізмі, після прийому деяких лікарських засобів (наприклад, групи атропіну). У людей з порушеним носовим диханням (поліпи, викривлення носової перегородки), вимушених постійно дихати ротом, сухість порожнини рота обумовлена посиленням випаром рідини із порожнини рота (помилкова гіпосаливація). Сухість порожнини рота в нічний час може бути наслідком сну з відкритим ротом, що частіше буває в літньому віці. Слід зазначити, що в літньому і старечому віці фіксують фізіологічне зниження слиновиділення, тому дія всіх перерахованих факторів виражена сильніше в цих вікових групах.

При гіпосаливації, особливо ксеростомії, хворі скаржаться на відчуття сухості порожнини рота, утруднення при прийомі їжі (особливо гострої і твердої) та розмові, відчуття печіння, шорсткості слизової оболонки. Гіпосаливація часто поєднується з сухістю інших слизових оболонок. При об'єктивному обстеженні слизова оболонка слабо зволожена або суха, матова. Слини мало, вона піниста. У хворих з тривалою гіпосаливацією збільшується кількість зубного нальоту, виникає множинний карієс зубів, знижується резистентність СОПР до дії травматичних факторів.

**Лікування** полягає у встановленні і по можливості усуненні причини, що викликає гіпосаливація. Обов'язкова санація порожнини рота, включаючи протезування. Місцево рекомендують протизапальні препарати та засоби, що підвищують резистентність слизової оболонки до дії подразників (лізоцим, масляний розчин вітамінів А, Е і Д.). Як правило, призначають вітамінотерапію (вітаміни А, В1, В6, В12, С, Е), за показаннями – статеві гормони, препарати йоду всередину. Хороший ефект дає гальванізація ділянки великих слинних залоз. В якості симптоматичних засобів з успіхом застосовують антихолінестеразні препарати, зокрема 0,5% розчин галантаміну по 10 мл



підшкірно, або його введення методом електрофорезу або всередину щодня протягом 1 міс. Показаний 1% розчин пілокарпіну гідрохлориду по 4 краплі 1-2 рази на день.

Також можна застосовувати стимулятори утворення слини: рідина Proxident Vouth Spray, таблетки SDI saliva stimulator, жувальні гумки із ксилітом або бікарбонатом натрію, жувальні драже із ксилітом, препарати на основі м'яти та ментолу.

## **6. Матеріали для самоконтролю.**

### **А. Питання для самоконтролю.**

1. Назвіть відділи слизової оболонки порожнини рота.
2. Назвіть особливості анатомії слизової оболонки присінку ротової порожнини.
3. Назвіть особливості анатомії слизової оболонки власне ротової порожнини.
4. Визначте особливості гістологічної будови СОПР.
5. Назвіть різновиди та функції сосочків язика.
6. Назвіть функції слизової оболонки порожнини рота.
7. Визначте поняття слини, ротової рідини та їх ролі у захисних механізмах порожнини рота.
8. Порушення слиновиділення. Етіологія, патогенез.
9. Клініка, діагностика, лікування, профілактика гіпо- та гіперсаливації.

### **Б. Тести для самоконтролю.**

1. Виберіть та вкажіть анатомічні особливості слизової оболонки щік:
  - А. Наявність білої лінії
  - В. Відсутність підслизового шару
  - С. Наявність сосочкового шару
  - Д. Залози Фордайса
  - Е. Ясенна борозенка
2. Виберіть та вкажіть клініко-анатомічні особливості слизової оболонки язика:
  - А. Наявність слинних залоз
  - В. Наявність сосочків
  - С. Залози Фордайса
  - Д. Маргінальна та альвеолярна частина
  - Е. Скупчення лімфоїдної тканини
3. Визначте гістологічну будову слизової оболонки альвеолярних відростків:
  - А. Підслизовий шар, епітелій, власне слизова оболонка
  - В. Багатошаровий плесканий частково зроговіваючий епітелій, власне слизова оболонка

- C. Власне слизова оболонка, багат шаровий плескатий незроговіваючий епітелій, підслизовий шар
- D. Епітелій, підслизовий шар, власне слизова оболонка
- E. Залози Фордайса
4. Виберіть фактори, які обумовлюють захисну функцію СОПР:
- A. Бар'єрні властивості щодо мікроорганізмів та вірусів
- B. Висока мітотична активність епітелію
- C. Присутність рецепторів
- D. Десквамація епітелію
- E. Наявність ферментів, Ig, лейкоцитів у ротовій порожнині
5. Визначте особливості гістологічної будови слизової оболонки твердого піднебіння:
- A. Наявність підслизового шару
- B. Наявність смакових бруньок
- C. Наявність слинних залоз
- D. Незроговіваючий епітелій
- E. Зроговіваючий епітелій
6. Для прискорення загоєння рани на СОПР хворому призначено препарат, що представляє собою термостабільний білок, який міститься у сльозах, слині, грудному молоці, а також його можна виявити у курячому яйці. Цей білок є фактором природної резистентності організму і має назву:
- A. Інтерферон
- B. Комплемент
- C. Іманін
- D. Лізоцим
- E. Інтерлейкін
7. При первинному обстеженні хворого встановлена відсутність загальної чутливості передніх 2/3 язика. Смакова чутливість збережена. Який нерв уражений?
- A. Язикова гілка трійчастого нерву після її об'єднання з барабанною струною
- B. Язикоглотковий нерв
- C. Язикова гілка трійчастого нерву до її з'єднання з барабанною струною
- D. Під'язиковий нерв
- E. Барабанна струна лицьового нерву
8. Відомо, що плазматичні клітини виробляють специфічні антитіла на даний антиген. При введенні антигену кількість плазмоцитів збільшується. З рахунок яких клітин відбувається збільшення кількості плазмоцитів?
- A. В-лімфоцитів
- B. Базофілів
- C. Т-лімфоцитів
- D. Еозинофілів

Е. Нейтрофілів

9. Пацієнту змастили кінчик язика новокаїном. Які зміни будуть спостерігатися?

- А. Відсутність сприйняття солодкого
- В. Відсутність сприйняття гіркого
- С. Відсутність сприйняття кислого
- Д. Відсутність сприйняття смакової чутливості
- Е. Порушення загальної чутливості

10. Хворий С. скаржаться на відчуття сухості порожнини рота, утруднення при прийомі їжі та розмові, відчуття печіння, шорсткості слизової оболонки. Який препарат показаний даному хворому для симптоматичного лікування?

- А. 0, 1 % р-н атропіна сульфату
- В. Р-н настоянки календули
- С. 1% розчин пілокарпіну гідрохлориду
- Д. 5 % р-н аскорбінової кислоти
- Е. 1 % р-н мефенаміату натрію

### **В. Задачі для самоконтролю**

1. Хворий К., 30 років, звернувся до лікаря зі скаргами на гострий самовільний біль в зубі на верхній щелепі зліва. Супутніх захворювань не відмічає. При огляді на слизовій оболонці щік на рівні 76 | 67 були виявлені просоподібні утворення жовтуватого кольору, які не зливаються між собою. Визначте, якого характеру дані утворення.

2. При огляді порожнини рота хворого М, 42 років, на спинці язика лікар-стоматолог виявив ділянки червоного кольору полігональної форми, які оточені білими смугами. Зі слів хворого, ці ділянки з часом зникають, а потім утворюються знову, неприємних відчуттів не викликають.

Вкажіть, яке явище спостерігав лікар. Завдяки наявності яких сосочків язика воно можливе?

3. При лікуванні хронічного глибокого карієсу 45 зубу лікар-стоматолог звернув увагу на наявність утворень синюватого кольору на слизовій оболонці бічних та нижньої поверхні язика. 11

Які нормальні анатомічні утворення виявив лікар? При яких загальних захворюваннях можливе патологічне розширення цих утворень?

4. Пацієнт Р., 58 років, скаржаться на відчуття сухості порожнини рота, утруднення при прийомі їжі та розмові, відчуття печіння, шорсткості слизової оболонки.

Поставте діагноз. Вкажіть можливі етіологічні чинники захворювання.

5. Пацієнт Р., 58 років, хворий на цукровий діабет, скаржаться на відчуття сухості порожнини рота, утруднення при прийомі їжі та розмові, відчуття печіння, шорсткості слизової оболонки.

Поставте діагноз. Складіть план лікування хворого.

6. Студенти першого курсу вирішили дослідити свій каріотип методом вивчення статевого хроматину.

Вкажіть, який матеріал використовують для дослідження. Опишіть особливості анатомічної та гістологічної будови даної ділянки.

7. Хворий К., 40 років, страждає на стенокардію. Лікар призначив йому прийом нітрогліцерину під язик.

Які особливості анатомічної та гістологічної будови СОПР зумовлюють таку можливість прийому ліків?

8. Пацієнт Р., 45 років, працівник заводу приладів для вимірювання температури, скаржаться на збільшення виділення слини до 4 л на добу, набряк та кровоточивість ясен.

Поставте діагноз. Вкажіть можливі етіологічні чинники захворювання. Складіть план лікування.

9. Хворий К., 55 років, скаржиться на відчуття сприйняття солодкого як гіркого.

Яку патологію спостерігав лікар-стоматолог? Вкажіть топографію смакових відчуттів на спинці язика.

10. Для прискорення загоєння рани на СОПР хворому призначено фермент, що є фактором природної резистентності організму і представляє собою термостабільний білок, який міститься у сльозах, слині, грудному молоці, а також його можна виявити у курячому яйці.

Вкажіть цей фермент. Призначте препарати, що містять даний захисний фактор.

## **7. Література**

### **Основна**

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів ІУ рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина. – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 78-85.

2. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.

### **Додаткова**

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – К., 1998. – 408 с.

2. Боровський Е.В., Данилевський Н.Ф. Атлас захворювань слизистої оболонки порожнини рота. – М., 1991. – 287 с.

3. Терапевтическая стоматология: Учебник / Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. / под ред. Боровского Е.В., Максимовского Ю.М., 1998. – 736 с.

4. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека. С–П., 1996. – 247 с.

5. Кудрин И.С. Анатомия органов полости рта. – М., 1968. – 212 с.

6. Максименко П.Т., Кастелли О.Ю., Скрипникова Т.П. Болезни слизистой оболочки полости рта. – К., 1998. – 186 с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО  
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 11</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 2</i>	Класифікації захворювань СОПР (М.Ф.Данилевський, П.Т.Максименко, МКХ-10)
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

## 1. Актуальність теми.

Серед стоматологічних захворювань особливе місце посідають процеси, які пов'язані з ураженням СОПР. Їх велика різноманітність, широкий спектр етіологічних чинників, складний, а в деяких випадках не досить ясний патогенез, ускладнюють систематизацію цієї патології. Лікарі-стоматологи повинні розуміти термінологію захворювань СОПР і відобразити їх в класифікаціях. Серед них особливий інтерес викликають ті, в структурі яких відображені основні етіопатогенетичні і клінічні ознаки захворювання.

## 2. Конкретні цілі

1. Знати загальні уявлення про класифікації .
2. Знати класифікацію захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
3. Знати класифікацію захворювань СОПР П.Т.Максименка.
4. Знати класифікацію захворювань СОПР МКХ-10 .
5. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації М.Ф.Данилевського.
6. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації П.Т.Максименка.
7. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації МКХ-10.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін Анатомія, гістологія	Отримані навички Вміти визначати нормальні анатомічні утворення та особливості їх будови
Патофізіологія	Вміти визначати фізіологічні особливості СОПР
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Провести обстеження хворого із захворюваннями СОПР

## 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Термін	Визначення
Первинні стоматити	Які виникають від дії етіологічного чинника безпосередньо на СОПР
Самостійні захворювання СОПР	Виникнення яких пов'язане з основною дією окремих причин на слизову оболонку
Симптоматичні захворювання СОПР	Які виникають при різних системних захворюваннях і супроводжують їх
Синдроми	Характерні зміни тієї чи іншої частини СО є обов'язковою

складовою (симптомом) того чи іншого захворювання

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Назвіть принципи побудови класифікацій хвороб СОПР.
2. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
3. Назвіть самостійні, симптоматичні захворювання та синдроми за класифікацією захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
4. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР П.Т.Максименка.
5. Назвати основні групи захворювань в залежності від етіологічних чинників та патогенезу за класифікацією захворювань СОПР П.Т.Максименка.
6. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР МКХ-10.
7. Відмітьте позитивні сторони та недоліки цих класифікацій.

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Провести опитування хворого.
2. Провести клінічне обстеження хворого з патологією слизової оболонки порожнини рота.
3. Призначити додаткові методи обстеження хворому з патологією слизової оболонки порожнини рота.
4. Поставити діагноз захворювання СОПР.
5. Заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

#### 5. Зміст теми

Систематика НМУ (М.Ф.Данилевського)

#### САМОСТІЙНІ

*Травматичні ураження*

Механічна травма

Хімічна травма

Фізична травма

Лейкоплакія

*Інфекційні захворювання*

Вірусні

#### СИМПТОМАТИЧНІ

Грип, кір, ящур,  
вітряна віспа,  
інфекційний  
мононуклеоз

Бактеріальні

Кашлюк, дифтерія,  
скарлатина,  
туберкульоз, сифіліс,  
лепра

#### СИНДРОМИ

СНІД

Бідерманна

Мікотичні

*Захворювання губ*

Екзофоліативний хейліт

Екзематозний хейліт

Метеорологічний хейліт

Атопічний хейліт

Актинічний хейліт

Хронічна тріщина

Гландулярний хейліт

Пуенте-Асеведо



Лімфедема	Мелькерсона-Розенталя, Мішера
<i>Хвороби язика</i>	
Десквамативний глосит	Брока-Потріє
Складчастий язик	
Волосатий язик	
Ромбоподібний глосит	
<i>Новоутворення</i>	
Передпухлини	
Доброякісні пухлини	
Рак та інші злоякісні новоутворення	
<i>При алергічних ураженнях</i>	
Реакції негайного типу	Квінке
Реакції сповільненого типу	Шенлейна-Геноха
Хронічний рецидивний афтозний стоматит	
Багатоформна ексудативна еритема	Стівенса-Джонсона, Лайєлла
<i>При дерматозах з автоімунним компонентом</i>	
Пухирчатка	Дюрінга
Пемфігоїди	
Пухирний епідермоліз	
Червоний плесканий лишай	Грінспана
Червоний вовчак	
<i>При екзогенних інтоксикаціях</i>	
Ртутний стоматит	
Свинцевий стоматит	
Вісмутовий стоматит	
<i>При захворюваннях органів і систем</i>	
Травного каналу	Россолімо-Бехтерєва, Себрелла
Серцево-судинної системи	Пухирно-судинний, Рандю-Ослера, Вебера
Ендокринної системи	Аддісона, Іценка-Кушінга, Шмідта
Нервової системи	Глосодинія
Крові і кровотворних органів	Аддісона-Бірмера, Вакеза, Верльгофа
Гіповітамінозах	
Колагенозах	

### **Класифікація захворювань слизової оболонки порожнини рота**

**(П.Т.Максименко)**

**ПЕРВИННІ**

*Травматичні*

Фізична травма

Механічна

Термічна

Променева

Електрична

**ВТОРИННІ (СИМПТОМАТИЧНІ)**

*При екзогенних інфекціях*

Бактеріальних

Скарлатина,

дифтерія,

черевний тиф,

кашлюк, гонорея,

туберкульоз,

сифіліс, лепра

Хімічна травма	Вірусних	Кір, грип, оперізуючий лишай, вітряна віспа, ящур, СНІД
<i>Аутоінфекційні</i>		<i>При неінфекційних захворюваннях</i>
Бактеріальні	Гострий афтозний стоматит, виразково-некротичний стоматит (гінгівіт)	Травного каналу Гастрит, коліт, виразкова хвороба, гастродуоденіт, гепатит
Вірусні	Гострий герпетичний стоматит, хейліт Рецидивуючий герпетичний стоматит, хейліт	Крові і кровотворних органів Анемія, лейкоз, агранулоцитоз, геморагічні діатези (хвороба Верльгофа), поліцитемія (хвороба Вакеза)
Мікотичні	Кандидозний стоматит, хейліт, глосит Актиномікоз СОПР	Серцево-судинної системи Трофічна виразка, пухирний синдром та інші
<i>Контактні алергічні (стоматит, хейліт, глосит)</i>		Променевої хвороби
Ендокринної системи		Цукровий діабет
Нервової системи		Глосодинія, ксеростомія
Шкіри		Пухирчатка Червоний плесканий лишай Червоний вовчак
Гіпо-і авітамінозах		Групи В, С, А, Е, РР
Екзогенних інтоксикаціях		Ртутний, свинцевий, вісмутувий, дифиніновий гінгівіт, стоматит
Внаслідок алергії		Стоматити, глосити, ХРАС, БЕЕ, синдром Стивенса-Джонсона
Природжені синдроми		Складчастий язик, ромбовидний глосит, невуси та інші
Передракові захворювання слизової оболонки порожнини рота і червоної кайми губ		

## Класифікація захворювань СОПР МКХ-10

## **К 12 Стоматит та пов'язані з ним ураження**

**Виключено:** виразка порожнини рота, що розпадається (А69.0)  
хейліт (К13.0)

гангренозний стоматит (А69.0)

герпетичний (простий герпес) гінгівостоматит (В00.2)  
нома (А69.0)

### **К 12.0 Рецидивуючі афти порожнини рота**

Афтозний стоматит (великий) (малий)

Афти Беднара

Рецидивуючий слизово-некротичний періаденіт

Рецидивуюча афтозна виразка

Герпетичний стоматит

### **К 12.1 Інші форми стоматиту**

Стоматит:

- БДВ
- зубного ряду
- виразковий
- везикулярний

### **К 12.2 Целюліт та абсцес порожнини рота**

Целюліт порожнини рота (дна)

Абсцес підщелепної ділянки:

**Виключено:** абсцес:

- періапикальний (К04.6-К04.7)
- періодонтальний (К05.2)
- перитонзиллярний (J36)
- слинної залози (К11.3)
- язика (К14.0)

## **К 13 Інші хвороби губи та слизової оболонки порожнини рота**

**Включено:** ушкодження епітелію язика

**Виключено:** деякі ушкодження ясен та беззубого альвеолярного краю (К05-К06)

кісти порожнини рота (К09.-)

хвороби язика (К14.-)

стоматит та пов'язані з ним ураження (К 12.-)

### **К 13.0 Хвороби губ**

Хейліт:

- БДВ
- ангулярний
- ексfolіативний
- гландулярний

Хейлодинія

Хейлоз

Заїда НКІР

**Виключено:** арибофлавіноз (E53.0)

хейліт унаслідок радіаційного ураження (L55-59)

заїда внаслідок:

кандидозу (B37.8)

нестачі рибофлавіну (E53.0)

**К 13.1 Прикушування щоки та губи**

**К 13.2 Лейкоплакія та інші ураження епітелію порожнини рота, включаючи язик**

Еритроплакія епітелію порожнини рота

Лейкедема з ураженням язика

Нікотиновий лейкокератоз піднебіння

Піднебіння курця

**Виключено:** волосату лейкоплакію (K13.3)

**К 13.3 Волосата лейкоплакія**

**К 13.4 Гранульома та гранулемоподібні ураження слизової оболонки порожнини рота**

Еозинофільна гранульома слизової оболонки

Піогенна гранульома порожнини рота

Бородавчаста ксантома

**К 13.5 Підслизовий фіброз порожнини рота**

Підслизовий фіброз язика

**К 13.6 Гіперплазія слизової оболонки порожнини рота внаслідок подразнення**

**Виключено:** гіперплазію беззубого краю (гіперплазію внаслідок зубного протезування) внаслідок подразнення (K06.2)

**К 13.7 Інші та неуточнені ураження слизової оболонки порожнини рота**

Фокальний муциноз порожнини рота

**К 14 Хвороби язика**

**Виключено:** еритроплакію

локальну епітеліальну гіперплазію язика (K13.5)

лейкедему

лейкоплакію

волосату лейкоплакію (K13.3)

макрогліосію (природжену) (Q38.2)

підслизовий фіброз язика (K13.5)

**К 14.0 Глосит**

Абсцес язика

Виразка (травматична)

**Виключено:** атрофічний глосит (K14.4)

**К 14.1 „Географічний язик”**

Доброякісний мігруючий глосит

Ексфоліативний глосит

**К 14.2 Серединний ромбовидний глосит**

### **К 14.3 Гіпертрофія сосочків язика**

„Чорний волохатий” язик

Обкладений язик

Гіпертрофія листоподібних сосочків

Lingua villosa nigra

### **К 14.4 Атрофія сосочків язика**

Атрофічний глосит

### **К 14.5 Складчастий язик**

Розщеплений

Борозенчастий язик

Зморшкуватий

**Виключено:** розщеплений язик, природжений (Q38.3)

### **К 14.6 Глосодинія**

Глосопіроз язика

Глосалгія

### **К 14.8 Інші хвороби язика**

Атрофія

Зубчастий язик(а)

Збільшений

Гіпертрофований

### **К 14.9 Хвороба язика, неуточнена**

Глосопатія БДВ

## **6. Додатки.**

### **А. Питання для самоконтролю.**

1. Назвіть принципи побудови класифікацій хвороб СОПР.
2. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
3. Назвіть самостійні, симптоматичні захворювання та синдроми за класифікацією захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
4. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР П.Т.Максименка.
5. Назвати основні групи захворювань в залежності від етіологічних чинників та патогенезу за класифікацією захворювань СОПР П.Т.Максименка.

6. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР МКХ-10.

7. Відмітьте позитивні сторони та недоліки цих класифікацій.

### **Б. Тести для самоконтролю.**

1. Стоматити, виникнення яких пов'язане з дією окремих причин на слизову оболонку порожнини рота за класифікацією П.Т. Максименка віднесені в групу:

А. Самостійних

В. Первинних

С. Симптоматичних

Д. Вторинних

Е. Синдромів

2. За класифікацією М.Ф. Данилевського СНІД відноситься до:

- A. Первинних стоматитів
- B. Симптоматичних стоматитів
- C. Синдромів
- D. Самостійних захворювань
- E. Вторинних стоматитів

3. Захворювання, що викликані умовно-патогенною мікрофлорою внаслідок зниження резистентності СОПР та імунологічної реактивності організму називаються:

- A. Інфекційні
- B. Симптоматичні
- C. Аутоінфекційні
- D. Вірусні
- E. Бактеріальні

4. Скільки основних груп патологічних проявів на слизовій оболонці порожнини рота виділяють/відповідають класифікації НМУ (М.Ф. Данилевський)?

- A. 5
- B. 4
- C. 2
- D. 3
- E. 9

5. Відповідно до МКХ-10 (1998) хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп включені в групу:

- A. Хвороби органів травлення
- B. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників
- C. Природні вади розвитку, деформації
- D. Хвороби дихальної системи
- E. Розлади психіки та поведінки

6. У хворого Н., 34 років, діагностовано афтозний стоматит (малий). До якої групи захворювань за класифікацією МКХ-10 належить дана патологія? 10

- A. K 05
- B. K 13
- C. K 00
- D. K 14
- E. K 12

7. Під час сніданку студент С. опік слизову оболонку порожнини рота гарячим чаєм, що призвело до розвитку гострого катарального стоматиту. До якої групи захворювань за класифікацією М.Ф. Данилевського належить даний стан?

- A. Механічна травма СОПР
- B. Фізична травма
- C. Хімічна травма
- D. Симптоматичні ураження
- E. Електротравма

8. Під час проведення профілактичного огляду у працівника взуттєвої фабрики Д., 53 років, лікар-стоматолог виявив м'яку форму лейкоплакії. Відповідно класифікації М.Ф. Данилевського це ураження СОПР відноситься до:

- A. Симптоматичних
- B. Самостійних
- C. Синдромів
- D. Новоутворень
- E. Первинних

9. Назвіть захворювання, які за класифікацією М.Ф.Данилевського відносять до синдромів:

- A. Грип
- B. Червоний вовчак
- C. СНІД
- D. Алергічний стоматит
- E. Травматичний стоматит

10. Визначте, які з перелічених стоматитів відносять до аутоінфекційних:

- A. Папульозний стоматит при вторинному сифілісі
- B. Контактний алергічний
- C. Плівчастий радіомукозит
- D. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит
- E. Виразково-некротичний стоматит Венсана

**В. Задачі для самоконтролю:**

1. На прийом до лікаря звернувся хворий К., 26 років, зі скаргами на сухість та лущення губ, біль при вживанні їжі. Аналогічні зміни на губах з'являються дуже часто. Працює монтажником високовольтних ліній. Об'єктивно: відмічається набряк та застійна гіперемія червоної кайми, дрібні лусочки на її поверхні. Був встановлений діагноз: метеорологічний хейліт.

Визначте, до якої групи відноситься захворювання за класифікацією М.Ф.Данилевського.

2. При огляді порожнини рота хворої М., 42 років, на слизовій оболонці щік по лінії змикання зубів лікар-стоматолог виявив папули білястого кольору, які утворюють малюнок у вигляді мережива. Зі слів хворої, дані зміни на

СОПР неприємних відчуттів не викликають. При детальному обстеженні лікарем був поставлений діагноз: червоний плескатий лишай.

До якої групи стоматитів відносять дане захворювання за класифікацією П.Т. Максименка?

3. Хворий К. 17 років, звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на біль при вживанні їжі, набряк та кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, підвищення температури тіла, загальну слабкість. Захворів 3 дні тому після переохолодження. Після обстеження був поставлений діагноз: гострий виразковий стоматит.

Поставте діагноз згідно класифікації П.Т.Максименка, М.Ф.Данилевського, МКХ-10.

4. У хворого С. 53 років, робітника заводу ГРЛ, при плановому огляді лікарем-стоматологом були виявлені зміни СОПР у вигляді смужки сіро-чорного кольору, яка розташована по ясенному краю. В анамнезі пацієнт відмічає захворювання нирок протягом 7 років.

Визначте, до якої групи стоматитів за класифікацією П.Т.Максименка відносять зміни СОПР у даного хворого.

5. Пацієнт Р., 58 років, хворий на цукровий діабет, скаржаться на відчуття сухості порожнини рота, утруднення при прийомі їжі та розмові, відчуття печіння, шорсткості слизової оболонки.

Вкажіть, до якої групи захворювань СОПР за М.Ф.Данилевським належать дані зміни у порожнині рота. Яка тактика лікаря-стоматолога?

6. У студентки першого курсу Л., 18 років, лікар-стоматолог при профілактичному огляді порожнини рота виявив м'яку форму лейкоплакії. Вкажіть, до якої групи стоматитів, згідно класифікації П.Т. Максименка, відносять цю патологію. Вкажіть на імовірні причини виникнення.

7. Хворий К., 40 років, страждає на стенокардію. Лікарем-стоматологом був встановлений діагноз: трофічна виразка слизової оболонки дна порожнини рота.

До якої групи належить дане захворювання за класифікацією МКХ-10?

Вкажіть на імовірні причини виникнення.

8. Пацієнт Р., 45 років, працівник заводу приладів для вимірювання температури, скаржаться на збільшення виділення слини до 4 л на добу, набряк та кровоточивість ясен. Після проведеного обстеження був встановлений діагноз: меркуріалізм.

Поставте діагноз згідно класифікації захворювань СОПР М.Ф. Данилевського.

9. Хворому К., 55 років, після обстеження встановлений діагноз: хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.

До якої групи належить дане захворювання за класифікацією П.Т. Максименка?

10. Хворий В., 25 років, якому встановлений діагноз: первинний сифіліс, був оглянутий лікарем-стоматологом шкірно-венерологічного диспансеру.



Вкажіть, до якої групи захворювань СОПР за класифікацією М.Ф. Данилевського відносять зміни на слизовій оболонці порожнини рота у даного хворого.

## **7. Література.**

### **Основна.**

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів ІУ рівня акредитації / За ред. А.К. Ніколішина. – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 448-455.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.

### **Додаткова.**

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – К., 1998. – 408 с.
2. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. – М., 1991. - 287 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебник / Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. / под ред. Боровского Е.В., Максимовского Ю.М., 1998. – 736 с.
4. Максименко П.Т., Кастелли О.Ю., Скрипникова Т.П. Болезни слизистой оболочки полости рта. – К., 1998. – 186 с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО**  
**ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 11</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 3, 4</i>	Особливості обстеження хворих з патологією слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ. Патологічні процеси, що виникають на слизовій оболонці порожнини рота. Первинні та вторинні елементи ураження
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

**1. Актуальність теми.**

Усі знають слова, які стали аксіомою діяльності лікаря: "Хто добре діагностує, той добре лікує". Але дані літератури свідчать про те, що лікарі стоматологи досить часто вагаються в діагностиці захворювань слизової оболонки, а нерідко й допускають діагностичні помилки, які за даними літератури сягають 44-45 %.

Ось чому питанню обстеження хворих із захворюваннями СОПР для встановлення клінічного діагнозу слід надавати першочергове значення. Всебічне вивчення хворого дасть можливість не тільки встановити правильний і точний діагноз, а й виявити індивідуальні особливості хворого, прогнозувати перебіг хвороби і вибрати раціональний метод лікування.

**2. Конкретні цілі.**

Ознайомитись з особливостями та діагностичними можливостями клініко-лабораторних методів обстеження хворих з патологією СОПР.

Знати:

а) Основні методи обстеження хворого:

- опитування (скарги, анамнез захворювання та життя);

- об'єктивне обстеження (огляд, пальпація).

б) Допоміжні методи обстеження.

Знати будову, нормальні анатомічні утворення і патологічні елементи ураження СОПР.

Вміти:

- зібрати скарги, з'ясувати анамнез хвороби та життя хворого;
- провести огляд хворого, пальпацію ураженої СОПР та лімфатичних вузлів:

вузлів:

- чітко записувати отримані дані в амбулаторну історію хвороби;
- призначити необхідні допоміжні методи обстеження хворих з метою уточнення діагнозу;
- виписати направлення для проведення допоміжних методів обстеження;
- аналізувати і синтезувати дані основного та допоміжних методів клінічного обстеження хворого з метою встановлення остаточного діагнозу.

### **3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).**

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія Пропедевтика внутрішніх хвороб Пропедевтика терапевтичної стоматології .	Знати анатомію СОПР Знати порядок і правила опиту і огляду хворого Вміти провести опит, огляд хворого, визначити його конституцію, активність, вираз обличчя та ін. Знати правила і послідовність огляду порожнини рота. Вміти правильно усадити хворого, послідовно оглянути всі ділянки СОПР, провести пальпацію, перкусію та ін.

### **4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.**

#### **4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.**

Термін (лат.)	Термін (укр.)
Molestiae	Скарги
Anamnesis morbid	Історія розвитку захворювання
Anamnesis vitae	Історія розвитку життя
Macula	Пляма
Papula	Вузлик
Tuberculum	Бугорок
Nodus	Вузол

Vesicula	Пухирець
Bulla	Пузир
Pustula	Гноячок
Abscess	Абсцес
Cystis	Кіста
Urtica	Пухир
Erosio	Ерозія
Aphta	Афта
Ulcus	Виразка
Rhagas	Рубець
Squama	Лусочка
Crusta	Тріщина
Cicatrix	Рубець
Vegetationes	Вегетації
Lichenificatio	Ліхенифікація

#### **4.2. Теоретичні питання до заняття.**

1. Назвіть основні клінічні методи обстеження хворих з патологією СОПР.
2. Назвіть анатоμο-фізіологічні особливості будови тканин СОПР.
3. Назвіть лабораторні методи обстеження хворих з патологією СОПР , їх діагностична цінність.
4. Назвіть мікробіологічні методи обстеження хворих з патологією СОПР, їх діагностична цінність.
5. Назвіть морфологічні методи обстеження хворих з патологією СОПР, їх діагностична цінність.
6. Назвіть імунологічні методи обстеження хворих з патологією СОПР , їх діагностична цінність.
7. Назвіть особливості обстеження хворих з патологією СОПР.
8. Назвіть загально-патологічні процеси.
9. Назвіть первинні елементи ураження СОПР. Дайте їм характеристику.
10. Назвіть вторинні елементи ураження СОПР. Дайте їм характеристику.
11. Якими змінами епітелію характеризуються захворювання СОПР.

#### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.**

1. Проведіть опитування хворого із захворюваннями СОПР.
2. Проведіть огляд хворого із захворюваннями СОПР.
3. Зробіть оцінку стану гігієни порожнини рота.
4. Складіть план обстеження хворого з захворюванням СОПР із застосуванням необхідних допоміжних методів..
5. Випишіть направлення для проведення клінічного аналізу крові, проаналізуйте отриманий результат.

6. Випишіть направлення для проведення бактеріологічного дослідження, зробіть забір матеріалу, проаналізуйте отриманий результат.

7. Випишіть направлення для проведення цитологічного дослідження, зробіть забір матеріалу, проаналізуйте отриманий результат.

8. Випишіть направлення для проведення алергологічного дослідження, проаналізуйте отриманий результат.

9. Заповніть медичну картку амбулаторного хворого (Ф.0-43).

## **5. Зміст теми.**

Обстеження хворих із захворюваннями СОПР проводиться за загальновідомою діагностичною схемою: опитування (скарги, анамнез хвороби та анамнез життя), об'єктивне обстеження (огляд, пальпація), використання різноманітних допоміжних методів.

Обстеження хворих при патології СОПР має певні особливості.

Дуже важливо націлити хворого на повне і конкретне викладення основних скарг, що мають безпосереднє відношення до захворювання СОПР (відчуття печії, болю, особливо при вживанні їжі, наявність виразок чи інших змін, що його турбують). Розпитування доцільно проводити активно, спрямовуючи допоміжними запитаннями розповідь пацієнта у потрібне русло. При цьому лікар повинен дотримуватися правил медичної деонтології, щоб якимось необережним словом чи запитанням не травмувати психіку хворого, не навіяти канцерофобію.

З'ясовуючи анамнез захворювання слід виявити час початку захворювання, його перші ознаки, які симптоми з'явилися з часом, чи були подібні прояви раніше, чи проводилось лікування і які його результати, як організм переносить лікарські препарати чи деякі продукти харчування. З'ясування цих питань дає певною мірою можливість установити перебіг захворювання. При цьому слід пам'ятати деонтологічні аспекти: абсолютно недопустимі негативна оцінка раніше проведеного лікування і некоректний відгук на адресу лікаря, який проводив лікування хворого.

Індивідуальні особливості хворого почерпають із анамнезу життя, де можна з'ясувати умови трудової діяльності, спадковість, які захворювання переніс хворий у минулому і які хронічні захворювання органів і систем у нього є в період обстеження та ін.

Ретельно проведене збирання анамнезу нерідко дає змогу зробити правильне припущення щодо діагнозу захворювання СОПР. У цьому його самостійна діагностична цінність. Крім того, аналіз даних, отриманих під час опитування хворого, може спрямувати подальший діагностичний пошук.

Але в зв'язку з тим, що дані анамнезу ґрунтуються на суб'єктивних відчуттях індивідуальної оцінки хворого і нерідко залежать від стану його психіки, лікар мусить об'єктивно оцінювати дані анамнезу, зважено використовувати їх для встановлення попереднього діагнозу. Такий діагноз обов'язково має бути підтвердженим даними клінічних і лабораторних досліджень.

В об'єктивних методах обстеження студенти повинні звернути увагу на основні клінічні методи обстеження - огляд, пальпацію, які мають першочергове значення для діагностики захворювань СОПР, та на допоміжні методи.

Огляд хворого складається із зовнішнього огляду і огляду ротової порожнини.

Зовнішній огляд починається уже під час зустрічі з хворим. Лікар звертає увагу на загальний вигляд пацієнта, вираз його обличчя, артикуляцію, колір склер і шкіри обличчя, а при деяких захворюваннях виникає необхідність оглянути всю поверхню тіла, таке обстеження хворого із захворюваннями СОПР краще проводити в окремій кімнаті. Звертається увага на конституційні особливості.

Огляд порожнини рота починають з огляду червоної кайми губ, а потім послідовно всіх відділів СОПР. Важливо огляд починати, особливо лікарєві-початківцю, при денному освітленні. Слід звернути увагу на зміни кольору слизової оболонки і її рельєфу, пам'ятаючи про нормальне забарвлення і анатомічні утвори на слизовій оболонці (сальні та слинні залози, вени, венозні сплетення, різцевий сосочок, ворсинчатість спинки язика за рахунок сосочків, під'язикові м'яся і т. ін.).

Послідовно оглядаючи СОПР, лікар може виявити зміни забарвлення, блиску слизової оболонки. СО може бути дифузно гіперемійована (яскраво - червоний колір, що свідчить про наявність гострого запального процесу) чи мати синюватий відтінок, що характеризує її хронічне запалення, або жовтуватий колір м'якого піднебіння, який в першу чергу свідчить про функціональний стан печінки. Колір СОПР змінюється вогнищево завдяки наявності тих чи інших елементів ураження. До елементів ураження, що змінюють колір СО, належать первинні та вторинні морфологічні ураження.

Такими первинними елементами ураження є плями.

**Пляма** (*macula*) - це обмежена ділянка шкіри або СО зі зміненим забарвленням, але без порушення рельєфу. Розрізняють судинні, пігментні та штучні плями. На СО також виділяють плями, що виникають унаслідок її зроговіння, коли СО набуває білувато-сірого кольору (кератотичні плями на початковій стадії лейкоплакії).

*Судинні плями* виникають унаслідок короткочасного або тривалого розширення судин під впливом запалення (гіперемічні плями) чи порушення цілісності судинної стінки (геморагічні плями). Запальні плями мають різні відтінки: яскраво-червоний, рожевий - при гострому запаленні та розширенні артеріальних судин; червоно-синюшний - при хронічному запаленні і розширенні венозних судин. При натискуванні на ці плями (діаскопії) вони зникають, але після припинення дії виникають знову. Численні гіперемічні плями до 1,5-2 см у діаметрі з обмеженими контурами називаються *розолами* (*roseola*). Вони спостерігаються при інфекційних захворюваннях (кір, скарлатина, тиф). Необмежене, без чітких контурів почервоніння СО розміром більше 1,5-2 см в діаметрі називають *еритемою* (*erythema*). Вони

частіше бувають при токсичних, особливо при лікарських висипах, багатформній ексудативній еритемі та ін.

Плями, які зумовлені стійким паралітичним розширенням поверхневих судин або їхніми новоутвореннями, називають *телеангіектазіями* (*teleangiectasia*). При натискуванні вони бліднуть.

*Геморагічні* плями зумовлені розривом, підвищеною проникністю судин і надходження крові в прилеглу сполучну тканину. Колір таких плям залежить від ступеня розпаду кров'яного пігменту і може бути червоним, синювато-червоним, зеленуватим, жовтим тощо. На відміну від гіперемічних плям геморагії при діаскопії не зникають. Величина їх різна: *петехії* (*petechiae*) - крапчасті поодинокі крововиливи розміром 1-2 мм, *пурпура* (*purpura*)- розмір до 1 см у діаметрі, *екхімози* (*ecchymoses*) розміром понад 1 см у діаметрі. Захворювання, що супроводжуються геморагічними висипами, називаються пурпурою. З часом геморагії зникають безслідно, але на СО можуть некротизуватися з подальшим перетворенням їх в ерозії або виразки з утворенням на завершальній стадії дрібних рубців.

*Пігментні* (дисхромічні) плями виникають унаслідок надмірного накопичення пігменту (гіперпігментація) або, навпаки, у разі повного зникнення або зменшення (депігментація) пігменту. Такі гіперпігментовані плями можуть бути природженими (невуси) або набутими при отруєнні солями важких металів. Набуті пігментації мають ендогенне (при ендокринних або інфекційних хворобах) та екзогенне походження. Пігментні плями на СО стійкі та локалізуються переважно на яснах і червоній каймі губ.

Екзогенна пігментація спричиняється проникненням у СО із зовнішнього середовища речовин, які її забарвлюють. Такими речовинами є виробничий пил, дим, хімічні речовини, зокрема лікарські засоби тощо. Пігментація в разі проникнення в організм важких металів має чітко окреслену форму, колір її залежить від виду металу. Так, колір плям, спричинених ртуттю, - чорний, свинцем і вісмутом - темно-сірий, сполуками олова - синювато-чорний, цинком - сірий, міддю - зеленуватий, сріблом - чорний, або аспідний.

Зміна кольору може відбутися шляхом штучного введення під шкіру барвника (татуювання) - штучні плями.

**Вторинна пляма** може утворитися унаслідок гіпер- або гіпопігментації після загоєння елементів ураження на завершальній стадії запального процесу. Гіперпігментація виникає унаслідок відкладення пігменту меланіну або ушкодження стінок судин и відкладення кров'яного пігменту гемосидерину. Вторинні плями, які зумовлені зменшенням вмісту меланіну на СОПР (гіпопігментація), називаються лейкодермою.

До первинних елементів ураження, що змінюють колір та рельєф СО, належать:

**Вузлик** (*papula*) - безпорожнинний, часто інфільтративний щільний морфологічний елемент розміром до 5 мм, що підвищується над рівнем шкіри чи СО. Розміри папули можуть коливатися від величини просяного

зерна (міліарні) до монети (нумулярні). Обриси папул полігональні або округлі, поверхня - плоска, конусоподібна або напівкуляста, забарвлення найчастіше червоне з різними відтінками. Вузлики, що виникають на СОПР, майже не підвищуються над її рівнем, мають розмір від просяного зерна до сочевиці (лентикулярні папули). У разі злиття папул утворюються бляшки. За зворотного розвитку папули зникають безслідно. Папульозні висипи на СОПР спостерігаються при сифілісі (2 стадія), червоному плескатому лишаї та ін.

**Горбик** (tuberculum) - інфільтративний безпорожнинний елемент напівкулястої форми, розміром 5-7 мм, який має застійно-червоне чи синюшно-червоне забарвлення, підвищений над рівнем шкіри. Інфільтрат захоплює всі шари СО. У своєму розвитку горбики проходять стадію некротизування з утворенням виразок і подальшим рубцюванням або розсмоктуванням з формуванням рубцевої атрофії. Горбики виникають головним чином на обмежених ділянках шкіри та СО, мають тенденцію до згрупування або злиття. Вони зустрічаються як первинні елементи при хронічних інфекційних захворюваннях -вовчаку, третинному сифілісі, лепрі.

**Вузол** (nodus) - обмежений, величиною від лісового горіха до курячого яйця й більше кулястий утвір, який розташований у підслизовому шарі СО, різного забарвлення й щільності. Утворення вузлів може бути наслідком запалення, пухлинного росту, а також відкладення кальцію і холестерину в товщу тканин. Запальні вузли, сформовані за рахунок неспецифічної і специфічної інфільтрації (при лепрі, сифілісі, туберкульозі, мікозах), швидко збільшуються. Вони можуть розсмоктуватися, некротизуватися, розплавлятися з утворенням виразок, а надалі на їхньому місці - глибоких рубців.

**Пухирець** (vesicula) - обмежений порожнинний круглої форми утвір розміром від просяного зерна до горошини. Він формується у шипуватому шарі епітелію, має серозний або геморагічний вміст. Висипання пухирців може спостерігатися як на незмінній, так і на гіперемійованій і набряклій основі. Везикульозний висип частіше множинний, елементи сполучаються між собою, утворюючи багатокамерні пухирці. Через те, що стінки пухирця утворені тонким шаром епітелію, його покривка швидко розривається з появою ерозії, по краях якої лишаються обривки пухирця. За зворотного розвитку пухирець не залишає сліду. Формування пухирців відбувається унаслідок вакуольної і балонної дистрофії при вірусних захворюваннях (герпес, вітряна віспа та ін.).

**Пузир** (bulla) - порожнинний елемент значних розмірів (до курячого яйця), заповнений рідиною. Формується внутрішньо- чи підепітеліально. В ньому розрізняють покривку, дно і ексудат. Ексудат може бути серозним або геморагічним. Покривка підепітеліального пузиря товста, тому він існує на СО довше, ніж внутрішньоепітеліальний пухир, покривка якого тонка і швидко розривається. Пузири на СО при постійній травматизації швидко розриваються. Ерозія, що утворюється на місці пузиря, загоюється без формування рубця. Якщо пузир на шкірі або червоній каймі губ не



розривається, то його вміст підсихає з утворенням кірки, епітелізація відбувається під нею. Виникають пухирі як на незмінній в кольорі шкірі чи СО, так і на фоні еритематозного запального процесу. Механізм їх утворення різний. Зокрема, субепідермальні пухирі утворюються за рахунок епідермолізу, а внутрішньоепітеліальні – акантолізу. Пухирі частіше спостерігаються при пухирчатці (міхурниці), багатоформній ексудативній еритемі, медикаментозних ураженнях.

**Гноячок** (pustula) - обмежене скупчення гнійного ексудату. Виникають тільки на шкірі. Гноячки бувають первинні і вторинні. Первинні гноячки розвиваються на незмінній шкірі і відразу наповнюються гнійним ексудатом білувато-жовтого кольору. Вторинні пустули виникають із пухирців і пухирів. Утворення гноячків зумовлене головним чином дією на епітелій ферментів і токсинів -продуктів життєдіяльності стафіло- і стрептококів. Пустули можуть бути поверхневими і глибокими.

**Абсцес** - порожнинний утвір, заповнений гнійним вмістом. Виникає унаслідок розпаду патологічно-зміненої тканини та злиття дрібних пустул в один осередок запалення. При локалізації в слизовому і підслизовому шарі межі абсцесу виявляються чітко. В більш глибоких шарах вони можуть бути нечіткими, згладженими.

**Кіста** (cystis) - порожнинний утвір, який має стінку і вміст. Кісти бувають епітеліального походження і ретенційні. Останні виникають унаслідок закупорки вивідної протоки дрібних слизових (слинних) залоз. Епітеліальні кісти мають сполучнотканинну стінку, вистелену епітелієм. Вміст кісти - серозний, серозно-гнійний або кров'яний. Ретенційні кісти розміщуються на губах, піднебінні й СО щік, наповнені прозорим вмістом, який при інфікуванні стає гнійним.

**Пухир** (urtika) - підвищений над рівнем шкіри або СО безпорожнинний, чітко обмежений плоский утвір тістоподібної консистенції, що виникає унаслідок швидкоплинного набряку сосочкового шару СО (на СОПР пухирі виникають дуже рідко).

До вторинних елементів ураження, які змінюють рельєф СОПР, належать:

**Ерозія** (erosio) - дефект поверхневого шару епітелію. Оскільки ураження неглибоке, то після його загоєння не залишається сліду. Ерозія виникає після розриву пухиря, руйнування папул, травматичного ушкодження. При розриві пухиря ерозія повторює його контур. У випадку злиття ерозій утворюються великі ерозивні поверхні з різноманітними контурами.

На СОПР ерозивні поверхні можуть з'являтися без попереднього пухиря, наприклад, ерозивні папули при сифілісі, ерозивно-виразковій формі червоного плескатої лишая і червоного вовчака. Утворення таких ерозій є наслідком травматизації легко ушкоджуваної запаленої СО. Поверхневий дефект СО, який виникає при механічному ушкодженні, називається екскоріацією.

**Афта** (aphtha) - поверхневий дефект епітелію круглої або овальної форми, діаметром 0,3-0,5 мм, розміщений на запаленій ділянці СО. Афта покрита фібринозним нальотом, який надає елементу ураження білого або жовтого відтінку. По периферії афта оточена яскраво-червоним обідком.

**Виразка** (ulcus) - дефект СО в межах сполучнотканинного шару. Загоєння її відбувається з формуванням глибокого рубця. Оскільки утворення виразки властиве цілій низці патологічних процесів, то для полегшення диференціальної діагностики з'ясовують характер ураження: глибину, форму виразки, стан її країв і навколишніх тканин тощо.

Краї виразки бувають підритими і навислими над дном, прямовисними і блюдцеподібними. Вони, а також дно виразки можуть бути м'якими і твердими. Крім того, на дні виразки часто спостерігаються гнійний наліт, некротичні маси, грануляційні розростання. Вони можуть легко кровоточити при дотику. Нерідко краї виразки зберігають рештки основного патологічного процесу. Іноді виразка поширюється в підлеглі тканини (м'язи, кістку) і навіть руйнує їх.

Слід підкреслити, що сама лише клінічна оцінка виразки є недостатньою для уточнення діагнозу. Необхідно застосувати весь комплекс лабораторних досліджень, а також неодмінно провести загальне обстеження хворого.

**Тріщина** (rhagas) - лінійний надрив СО або червоної кайми губ, який виникає при їх запальній інфільтрації. Найчастіше тріщини спостерігаються в місцях природних складок або на ділянках, які підлягають травматизації і розтягуванню. Розрізняють поверхневі й глибокі тріщини. Поверхнева тріщина локалізується в межах епітелію, загоюється без рубця. Глибока тріщина поширюється на сполучну тканину власної пластинки, загоюється з формуванням рубця.

**Лусочка** (squama) - пластинка, яка складається із десквамованих зроговілих клітин епітелію. Лусочки виникають унаслідок гіпер- і паракератозу, як правило, на місцях зворотного розвитку плям, папул, горбиків. Бувають різного кольору і розміру. Можуть розвиватися і первинно: при м'якій лейкоплакії, ексfolіативному хейліті, іхтіозі. Для діагностики уражень з утворенням лусочок мають значення їхнє розміщення, товщина, колір, розмір, консистенція.

**Кірка** (crusta) утворюється унаслідок зсихання ексудату, який витікає після проривання пухиря, пухирця, пустули. Кірка - це суміш коагульованої тканинної рідини і плазми крові, а також клітин крові, що розпалися, та епітеліальних клітин. Колір кірок залежить від характеру ексудату. У разі зсихання серозного ексудату формуються сірувато-жовті кірки, геморагічного - кров'янисто-бурі. При насильному усуненні кірки оголюється ерозивна або виразкова поверхня, а після природного відпадиння - ділянка регенерації, рубець або рубцева атрофія.

Еквівалентом кірок на СО є фібринозний або гнійний **наліт**, що утворюється на поверхні ерозій або виразок. Наліт із поверхні виразки знімається легко.

**Рубець** (cicatrix) - ділянка сполучної тканини, що заміщає дефект СО, який виник унаслідок її ушкодження чи патологічного процесу. Рубець складається в основному із колагенових волокон, покритий тонким шаром епітелію, в якому відсутні епітеліальні виступи. Форма і глибина рубців різні. Розрізняють гіпертрофічні й атрофічні рубці. Гіпертрофічні (келоїдні) рубці виникають після травми і хірургічних втручань. Вони мають лінійну форму, щільні, часто обмежують рухомість СО. Атрофічні рубці утворюються після загоєння елементів ураження при туберкульозі, сифілісі, червоному вовчаку. Такі рубці мають характерний для певної хвороби вигляд, за яким можна з великою точністю визначити причину їх виникнення. Так, післявовчакові рубці відзначаються неправильною формою і значною глибиною; рубці, що утворилися після загоєння туберкульозної виразки, порівняно неглибокі, після гуми (третинний сифіліс) – гладенькі, втягнені. При природженому сифілісі рубці променеподібні, розташовуються навколо рота.

**Веgetації** (vegetationes) - розростання сосочків епітелію або слизової оболонки з одночасним потовщенням шипуватого шару. Веgetації частіше утворюються на поверхні хронічних ерозій, виразок або папул. При огляді це м'які волосяні (веgetуюча пухирчатка, волосяна лейкоплакія) або горбкуваті розростання з ознаками зроговіння (бородавчаста лейкоплакія).

На СО веgetації частіше м'які, червоного кольору, ерозовані, часто кровоточать. На їхній поверхні накопичується серозний або серозно-гнійний секрет.

**Ліхеніфікація** (lichenificatio). Ліхеніфікація (ліхенізація) - це зміни шкіри та червоної кайми губ, що характеризуються різким проявленням шкірного малюнка, помірною гіперемією червоної кайми, коли вона стає сухою, ущільненою, лущиться дрібними лусочками. Ліхеніфікація виникає унаслідок акантозу, папіломатозу та хронічної запальної інфільтрації поверхневого шару дерми.

Зміни епітелію СОПР, що виникають унаслідок різних патологій і процесів, можна розподілити на три типи: порушення зроговіння, ексудативні зміни та гіпертрофія.

**До порушень зроговіння належать пара-, гіпер- та дискератоз.**

**Паракератоз** - неповне зроговіння, пов'язане із втратою здатності клітин епітелію виробляти кератогіалін. Зернистий шар відсутній, роговий шар потовщується, а його клітини містять паличкоподібні ядра. Клінічно це проявляється помутнінням епітелію СО.

**Гіперкератоз** - надмірне потовщення рогового шару епітелію. Інколи роговий шар утворений декількома десятками рядів зроговілих клітин. Гіперкератоз виникає унаслідок надмірного утворення кератину, коли зернистий та шипуватий шари потовщуються, або через затримку злущування, коли зернистий, а інколи і шипуватий шари виявляються тоншими, ніж звичайно. В основі гіперкератозу лежить інтенсивний синтез кератину в результаті підвищення функціональної активності клітин епітелію, що клінічно проявляється значним побілінням та потовщенням СО.

*Дискератоз* - порушення процесу зроговіння окремих епітеліальних клітин. Вони збільшуються, стають округлими; ядра інтенсивно забарвлені, цитоплазма еозинофільна, злегка зерниста. Такі клітини втрачають міжклітинні контакти, хаотично розташовані у більшості шарів епітелію. Доброякісний дискератоз характеризується утворенням круглих тілець і зерен у роговому шарі. При злоякісному дискератозі відбувається зроговіння незрілих та поява атипівних клітин, що характерно для хвороби Боуена та плоскоклітинного раку.

**Ексудативні зміни в епітелії** спостерігаються при запальних захворюваннях. До цих змін належать вакуольна дистрофія, спонгіоз, балонуюча дистрофія, акантоліз.

*Вакуольна дистрофія* - це накопичення рідини всередині клітин шипуватого та базального шарів. Розміри клітин збільшуються; ядро відтискується до периферії, змінює форму і розміри, а надалі розпадається з утворенням одноклітинної порожнини. У разі злиття кількох таких порожнин виникають порожнини більшого розміру.

*Спонгіоз, або міжклітинний набряк*, - накопичення рідини в міжклітинних просторах шипуватого шару. Серозний ексудат потрапляє в міжклітинні проміжки епітелію сполучної тканини СОПР. Ексудат розтягує, а потім і розриває міжклітинні зв'язки, заповнюючи порожнини, що при цьому утворюються.

*Балонуюча дистрофія* - вогнищеві зміни клітин шипуватого шару, які збільшуються, округлюються, набуваючи вигляду кульок або балонів. Унаслідок колікваційного некрозу такої ділянки епітелію утворюються порожнини, заповнені ексудатом, де плавають гомогенні кулькоподібні клітини, що нагадують балони.

*Акантоліз* - розплавлення міжклітинних сполучень, що спричинює втрату зв'язків між епітеліальними клітинами, та утворення між ними щілин, а згодом і пухирів. Епітеліальні клітини, що втратили зв'язок, зменшуються, округлюються, мають більші ядра, вільно плавають. Ці клітини називаються акантолітичними, або клітинами Тцанка.

Вакуольна дистрофія, спонгіоз, балонуюча дистрофія та акантоліз клінічно проявляються наявністю на СО пухирів та пухирців. Кожна з цих змін самостійно трапляється рідко, найчастіше вони відображають динаміку ексудативного запалення СОПР.

Характерні ознаки морфологічних елементів оцінюються візуально, пальпаторно, шляхом зішкрябування чи з використанням додаткових методів діагностики (люмінесценція, стоматоскопія, цитологічне і гістологічне дослідження). Так, визначити характер окремих уражень (виразок, новоутворів) допомагає пальпація, яка дає можливість визначити консистенцію утвору, глибину його залягання, рухомість, характер зв'язку з прилеглими тканинами, наявність запального інфільтрату, болючість, кровоточивість. Така пальпація може проводитись не тільки мануально, а й за допомогою пінцета з ватним тампоном.

Для клінічної оцінки запальних та бластоматозних процесів велике значення має пальпація лімфатичних вузлів (підщелепних, підборідних, шийних, щічних).

Проведення спеціальних методів обстеження значно наближає лікаря до встановлення остаточного діагнозу захворювань СОПР. Нерідко для його підтвердження використовують цілу низку допоміжних методів обстеження.

Залежно від характеру ураження СОПР застосовують загальноклінічні лабораторні методи дослідження (клінічний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, сечі, визначення електролітів крові, визначення вмісту вітамінів у крові; моноцитограма).

Аналіз крові дає змогу уточнити характер захворювань СОПР, виявити його зв'язок із патологією органів кровотворення.

За допомогою біохімічного дослідження крові визначають протеїнограму, концентрації білків крові, електроліти у сироватці крові, вміст вітамінів тощо. Концентрація протеїнів у плазмі крові свідчить про ступінь тяжкості захворювання. Протеїнограма свідчить про стан реактивності організму. Зміни концентрації електролітів часто свідчать про тяжкість захворювання. Про захисну реакцію організму свідчить також моноцитограма.

Дослідження сечі проводять при запаленнях СО з метою виявлення захворювань нирок, цукрового діабету.

Велике значення в діагностиці надається морфологічним методам дослідження: цитологічному, гістологічному, гістохімічному. Вони являються також об'єктивними тестами для оцінки реактивності організму, перебігу хвороби в динаміці й ефективності проведеного лікування.

Мікробіологічне дослідження дозволяє виявити етіологію захворювання, встановити вірулентність мікрофлори та її чутливість до антибіотиків та інших протимікробних препаратів.

Імунологічні дослідження дають змогу з'ясувати як етіологію захворювання (реакція Васермана, Манту, Пірке, алергічні проби, на СНІД), так і дати оцінку імунологічного стану хворих з ураженням СОПР (внутрішньошкірна проба Р.Е.Кавецького в модифікації С.М.Базарнової, визначення лізоциму, фагоцитарна активність лейкоцитів, РАМ (реакція адсорбції мікроорганізмів та інші).

Про стан реактивності організму хворого свідчать і функціональні проби (пухирна, гістамінова). Проба Роттера дозволяє якісно виявити недостачу вітаміну С в організмі. Проба Шиллера-Писарева свідчить про ступінь запального процесу, її використовують і для оцінки ефективності лікування захворювань пародонта і СОПР.

Для діагностики захворювань СОПР сьогодні широко використовують інструментальні методи діагностики

Так, діаскопія дає можливість визначити характер еритеми й уточнити деталі елементів ураження. Стоматоскопія дає змогу конкретизувати клінічний діагноз на ранніх стадіях розвитку патологічного процесу.

Проведення за допомогою фотодіаскопа (фотостоматоскопія) дозволяє документувати осередки ураження СО.

Люмінесцентне дослідження дає більш докладнішу інформацію про зону ураження, особливо при захворюваннях, що супроводжуються зроговінням епітелію. Здорова СО відсвічує блідо-синювато-фіолетовим кольором.

Для діагностики передпухлинних захворювань широко використовують флюоресцентну біомікроскопію, особливо конкретну флюоресцентну біомікроскопію (КФБ). Визначення електролітних потенціалів у порожнині рота дає можливість діагностувати гальванізм. Величина електропотенціалів у ротовій порожнині в нормі за відсутності в порожнині рота металевих включень дорівнює 2-5 мкВ.

Аналіз і синтез отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних, як правило, через систему диференційного діагнозу допомагає з'ясувати остаточний діагноз хворого. Але слід пам'ятати, що в окремих випадках є необхідність звертатися за консультацією до інших спеціалістів (дерматовенеролога, гастроентеролога, гематолога, інфекціоніста, алерголога та ін.).

## **6. Матеріали для самоконтролю.**

### **А. Тести.**

Тест 1. За допомогою чого лікар проводить об'єктивне обстеження?

- A. За допомогою інструментів
- B. За допомогою своїх органів чуття: зору, слуху, нюху, дотику
- C. За допомогою апаратури
- D. За допомогою фізичних факторів
- E. За допомогою інших лікарів

Тест 2. Хворий був направлений до стоматолога ендокринологом. Які скарги допоможуть припустити цукровий діабет?

- A. На сухість шкіри та множинні крововиливи
- B. На швидку стомлюваність і біль в горлі
- C. На свербіж шкіри та слизових оболонок
- D. На постійну спрагу і сухість шкіри
- E. На знижене відчуття смаку та блідість слизової рота

Тест 3. Після накладання джгута у досліджуваного спостерігаються точкові крововиливи на поверхні передпліччя (15 штук). З порушенням функції яких клітин крові це пов'язано?

- A. Еритроцитів
- B. Нейтрофілів
- C. Базофілів
- D. Тромбоцитів
- E. Макрофагів

Тест 4. Клінічні дослідження крові необхідно проводити натщесерце і вранці. Зміни яких компонентів периферичної крові можливі, якщо здійснити забір крові після вживання їжі?

- A. Збільшення білків плазми
- B. Збільшення числа лейкоцитів
- C. Збільшення числа еритроцитів
- D. Зниження числа еритроцитів
- E. Зниження числа тромбоцитів

Тест 5. Пухир – це:

- A. Порожнинне утворення, розміром більше 5 мм, заповнене ексудатом
- B. Порожнинне утворення, внутрішньо епітеліальне, заповнене серозним ексудатом
- C. Різко виражений обмежений набряк власне слизової оболонки
- D. Дегенеративні зміни клітин шиповидного шару, що супроводжуються розплавленням міжклітинних цитоплазматичних зв'язків
- E. Порожнинне утворення, яке має епітеліальну вистилку

Тест 6. Дайте визначення ерозії:

- A. Пошкодження слизової оболонки в межах епітелію, яке розвивається після розкриття міхурчика, міхура, на місці папули.
- B. Пошкодження шкіри внаслідок травми, рубцювання після загоєння.
- C. Пошкодження слизової оболонки внаслідок травми, загоюється без рубцювання.
- D. Пошкодження слизової оболонки в межах особисто слизового шару.
- E. Пошкодження слизової оболонки порожнини рота в межах підслизового шару.

Тест 7. Дайте визначення афти:

- A. Розітнутий міхурок з гіперемійованим обідком.
- B. Ерозія овальної форми, вкрита фібринозним нальотом, з обідком гіперемії.
- C. Розрішення міхура з залишками його покришки.
- D. Це порушення цілісності епітелію слизової оболонки порожнини рота полігональної форми.
- E. Виразкове ураження слизової оболонки порожнини рота, оточене віночком гіперемії.

Тест 8. У хворої 68 років на слизовій оболонці щік при огляді спостерігаються без порожнинні елементи ураження, що виступають над її поверхнею напівкруглої форми діаметром 3-4 мм. Це –

- A. Вузол
- B. Вузлик
- C. Горбик

D. Пухирець

E. Кіста

Тест 9. Хворий на цукровий діабет, 37 років, знаходиться на диспансерному обліку у стоматолога. Під час загострення захворювання звернувся до лікаря. Виявлений пародонтальний абсцес в ділянці 45,46 зубів. Що потрібно зробити перед призначенням антибіотикотерапії?

A. Визначити чутливість мікрофлори

B. З'ясувати алергологічний анамнез

C. Проконсультувати у імунолога

D. Провести професійну гігієну порожнини рота

E. Призначити протигрибкові засоби

Тест 10. Хвора В., 62 років, звернулась зі скаргами на нездужання, підвищення температури тіла до 38,20 С, нападоподібний біль і висипання на шкірі та СОПР справа. Об'єктивно на шкірі обличчя і гіперемійованій СОПР по ходу гілок трійчастого нерва – множинні везикули. Регіонарний лімфаденіт. Яка подальша еволюція елементів ураження на СОПР?

A. Лусочка

B. Виразка

C. Тріщина

D. Рубці

E. Ерозії

### Задачі.

Задача 1. Хвора 50 років скаржиться на появу невеликих виразок в порожнині рота. Об'єктивно: на м'якому піднебінні, на щоках в дистальному відділі, на губах, яснах на видимо незміненій слизовій оболонці наявні ерозії, по їх краям — уривки пухирів. Який додатковий метод дослідження слід призначити?

A. Біохімічний

B. Цитологічний

C. Функціональні

D. Діаскопію

E. Алергологічні проби

Задача 2. Пацієнт В., 43 років, після перенесеного гострого респіраторного захворювання скаржиться на загальну слабкість, інтенсивний біль в яснах, їх кровоточивість, неприємний запах з рота. Об'єктивно: збільшення і болючість підщелепних лімфовузлів, ясна гіперемійовані, набряклі, спостерігаються численні виразкові вогнища, покриті сірим нальотом. Які додаткові методи обстеження слід призначити?

A. Бактеріоскопія зішкряба з уражених ділянок ясен, клінічний аналіз крові

B. Клінічний аналіз крові, імунологічне дослідження

C. Рентгенографія ясен, клінічний аналіз крові



- D. Аналіз крові на цукор, цитологічне дослідження
- E. Біохімічний аналіз крові, цитологічне дослідження

Задача 3. Хвора 26 років скаржиться на підвищення температури до 38°C, болісне ковтання, запах із рота, кровоточивість ясен. Хворіє на ревматизм, приймає бутадіон, амідопірин. Об'єктивно: слизова оболонка ротової порожнини бліда, геморагії, ділянки некрозу на мигдаликах і по ясеневому краю в ділянці жувальних зубів зліва. Лімфовузли збільшені, безболісні. Яка зміна в аналізі крові даного хворого буде найбільш імовірною? Консультацію якого лікаря слід призначити?

- A. Лейкоцитоз. Терапевта
- B. Підвищена ШОЄ. Алерголога
- C. Лейкопенія. Гематолога
- D. Агранулоцитоз. Гематолога
- E. Еритропенія. Алерголога

Задача 4. Чоловік 27 років скаржиться на наявність порожнини в зубі на нижній щелепі зліва, короткочасні болі при прийомі холодної і солодкої їжі. Об'єктивно: гострий глибокий карієс 36. На слизовій оболонці м'якого піднебіння, язика на незмінному фоні 4 папули, безболісні при доторкуванні. Призначте додатковий метод обстеження.

- A. Аналіз крові клінічний, цитологічне дослідження
- B. Аналіз крові біохімічний, діаскопія
- C. Аналіз крові клінічний, люмінесцентне дослідження
- D. Моноцитограма, імуноферментний аналіз
- E. Аналіз крові на RW, бактеріологічне обстеження

Задача 5. Чоловік Л., 50 років, скаржиться на наявність «виразочки» на слизовій оболонці під'язикової ділянки. При патоморфологічному дослідженні біоптату визначено: поліморфізм клітин шипоподібного шару аж до атиpii, збільшення кількості мітозів, гігантські та багатоядерні клітини, акантоз, гіпер- та паракератоз, але базальна мембрана та базальний шар збережені. Який найбільш імовірний патологічний процес?

- A. Пухлинний
- B. Запальний
- C. Дистрофічний
- D. Дистрофічно-запальний
- E. Дискератоз

Задача 6. Після лабораторного обстеження хворого Ш., 27 р., з часто рецидивуючими вірусними, бактеріальними і грибовими опортуністичними інфекціями встановлено діагноз „ВІЛ-інфекція». Результати якого дослідження дозволили встановити такий діагноз?

- A. Імуноферментний аналіз
- B. Реакція зв'язування комплементу

- C. Реакція гальмування гемаглютинації
- D. Реакція пасивної гемаглютинації
- E. Реакція преципітації в гелі

Задача 7. Хвора Ф., 26 років, звернулася зі скаргами на набряк вії, губ, щік, свербіння шкіри обличчя та всього тіла. Захворювання почалося раптово, через 5 хвилин після контакту з кішкою. Після обстеження встановлено попередній діагноз – набряк Квінке. Які дослідження необхідно провести для встановлення остаточного діагнозу?

- A. Проби *in vitro* для встановлення алергену
- B. Проби *in vivo*
- C. Бактеріологічні
- D. Біохімічні
- E. Алергічні

Задача 8. Пацієнт 25 років скаржиться на біль в яснах, неприємний запах з рота, підвищене слиновиділення. Чоловік проходив лікування з приводу сифілісу. Об'єктивно: ясна синювато-чорного кольору, є виразки, ясенні кишені, пальпація болісна. Визначено діагноз — вісмутовий гінгівіт. На підставі яких даних поставлено діагноз?

- A. Скарги
- B. Анамнез захворювання
- C. Анамнез життя
- D. Пальпація ясен
- E. Огляд

Задача 9. У хворого 37 років виявлено вогнища некрозу вздовж ясенного краю обох щелеп. Протягом останнього місяця відмічає слабкість, підвищення температури тіла до 37,5 С, проноси, зниження ваги на 15 кг. Шкіра обличчя з сірим відтінком. Підщелепні та шийні лімфовузли збільшені, безболісні. У лікаря виникла підозра на ВІЛ-інфекцію. На підставі яких даних поставлений попередній діагноз?

- A. Скарги
- B. Загальний огляд
- C. Анамнез життя
- D. Клінічні методи
- E. Огляд порожнини рота

Задача 10. Пацієнту з генералізованим пародонтитом стоматолог призначив комплекс препаратів для загального і місцевого лікування. Через декілька днів хворий став скаржитися на свербіння і печіння в порожнині рота та на висипання в порожнині рота і на шкірі. Яку помилку допустив лікар при проведенні обстеження хворого?

- A. Не визначено чутливість мікрофлори
- B. Не призначено протигрибкові засоби
- C. Не проконсультовано у імунолога

- D. Не проведено професійну гігієну порожнини рота
- E. Не з'ясовано алергологічний анамнез

## **7. Література**

### **Основна**

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид.2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 94-141.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.1. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – С. 90-134.
3. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т.- Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф.Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.. – К. : Медицина, 2010. – С. 57-97.

### **Додаткова**

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Т.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. - К., 1998. - 408с.
2. Боровский ЕВ, Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. -М., 1991. -287с.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. /Под ред. Боровского Е.В., Машкиллейсона А.Л. - М., 1998. - 294с.
4. Терапевтическая стоматология /Под ред. ЕВ.Боровского. - М., 1997.- 544с.
5. Терапевтическая стоматология: Учебник /Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. /Под ред. Боровского Е.В., Максимовского Ю.М., 1998. -736с.
6. Грохольский А.П., Заксон М.П., Корбелецкий И.И., Сердюков ВИ. Врачебные ошибки в стоматологии. - К., 1994. - 221с.
7. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Учебное пособие /Под ред. Лукиных Л.И. - Н.-Новгород, 1993.- 212с.
8. Максименко П.Т., Кастелли О.Ю., Скрипникова Т.П. Болезни слизистой оболочки полости рта. - К., 1998. - 186с.
9. Яковлева В.И., Трофимова Е.К., Давидович Т.П., Просверьяк Г.И. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. - Минск, 1994. - 494с.
10. Василенко В.Х., Гребаква АЛ. Пропедевтика внутренних болезней. - М., 1989.- С.20-56.
11. Кравченко В.Г. Шкірні та венеричні хвороби. Підручник. - К., 1995. -301с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО  
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 11</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 5</i>	Травматичні ураження слизової оболонки порожнини рота (механічна, хімічна, фізична травми). Променеві ураження, гальванізм. Причини, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

## 1. Актуальність теми

Слизова оболонка порожнини рота постійно контактує із зовнішнім середовищем, а також підлягає дії різноманітних механічних, термічних, хімічних та фізичних чинників. Якщо ці чинники невеликі по силі дії, то слизова оболонка порожнини рота не змінюється. Однак при більш сильній дії на СОПР можуть виникнути патологічні зміни. Знання етіології, механізмів розвитку та клінічних проявів травм слизової оболонки порожнини рота буде сприяти підвищенню якості діагностики, лікування та профілактики травматичних стоматитів.

## 2. Конкретні цілі

1. Знати етіологію і патогенез первинних травматичних стоматитів.
2. Клінічні прояви механічних травм, хімічних пошкоджень, термічних травм, та уражень СОПР при променевої терапії щелепно-лицевої ділянки.
3. Знати принципи лікування та профілактики травматичних стоматитів.
4. Вміти провести обстеження хворого із травматичним стоматитом.
5. Вміти обґрунтувати та скласти план лікування хворого в залежності від причини виникнення травматичного стоматиту
6. Вміти провести усунення травмуючих чинників.
7. Вміти застосувати лікарські речовини для лікування травматичного стоматиту.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія, гістологія	Вміти визначати нормальні анатомічні утворення та особливості їх будови
Патофізіологія	Знати патогенез гострого та хронічного запалення
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Провести обстеження хворого із захворюваннями СОПР
Коагуляційний некроз	Що виникає в результаті опіку кислотами
Колікваційний некроз	Що виникає в результаті опіку лугами
Радіомукозит (вогнищевий або зливний плівчастий)	Ураження СОПР внаслідок променевої терапії новоутворень щелепно-лицевої ділянки

## 4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Визначте поняття „первинні стоматити”.
2. Назвіть етіологічні чинники та патогенез первинних травматичних стоматитів.
3. Назвіть клінічні прояви механічних травм СОПР.
4. Визначте методи діагностики та лікування механічних травм СОПР.
5. Назвіть клінічні прояви термічних та електричних ушкоджень СОПР.
6. Визначте методи діагностики і лікування термічних та електричних ушкоджень СОПР.

7. Назвіть клінічні прояви променевого ураження СОПР.
8. Визначте методи діагностики і лікування променевого ураження СОПР.
9. Вкажіть заходи профілактики травматичних стоматитів.

#### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті**

1. Провести клінічне обстеження хворого з травматичним ураженням СОПР.
2. Призначити додаткові методи обстеження хворому з травмою СОПР.
3. Провести диференційну діагностику та поставити діагноз травматичного стоматиту.
4. Скласти план лікування хворого з травматичним ураженням СОПР.
5. Провести профілактичні заходи для попередження виникнення травм СОПР.
6. Заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

#### **5. Зміст теми**

Під **первинними травматичними стоматитами** слід розуміти запальні хвороби, етіологічний чинник яких діє безпосередньо на слизову оболонку порожнини рота. Різноманітність клініко-морфологічних ознак цієї групи стоматитів залежить від характеру подразника, його сили, тривалості дії, стану реактивності організму, місцевого імунітету СОПР та індивідуальних особливостей будови слизової оболонки порожнини рота.

Виділяють такі види травматичних чинників: механічні, хімічні (дія луг та кислот), термічні (вплив високих та низьких температур), електричні, променеві (при терапії новоутворень щелепно-лицевої ділянки).

За формою травматичний стоматит може бути катаральним, ерозивним та виразковим, за перебігом – гострим та хронічним, за ступенем тяжкості – легким, середнім та важким. В залежності від травмуючого чинника та місця його дії ставлять діагноз: декубітальна виразка СОПР, термічний, хімічний, електричний, променевий стоматит.

**Гостра механічна травма СО** виникає при прикушуванні, ударі чи пораненні різними предметами. Найчастіше ушкоджується СО язика, губ, щік по лінії змикання зубів. При цьому спочатку з'являється біль, а на місці травми може утворитися гематома, екскоріація, ерозія або виразка. Часто їх розміри, форма і локалізація співпадають з видом травмуючого агента. Гематоми, екскоріації та ерозії за 1-3 доби швидко зникають, але при вторинному інфікуванні можуть перетворитися у виразки, які довго не загоюються.

**Хронічна механічна травма СО** трапляється досить часто. Вона може бути спричинена гострими краями зубів, патологією прикусу, неякісно виготовленими ортопедичними та ортодонтичними конструкціями, зубним каменем та шкідливими звичками. Частіше це буває у людей похилого віку, тому що в них знижений тургор СО, занижена висота прикусу внаслідок патологічного стирання зубів, їх відсутності або зміщення. Хворі не відразу

скаржаться на біль, але з часом з'являється відчуття дискомфорту і болю, припухлість, часте прикушування чи наявність виразки. При огляді СО може спостерігатися катаральне запалення (набряк, гіперемія), порушення цілісності (ерозія, виразка), проліферативні зміни (папіломатоз піднебіння), підвищення ороговіння (лейкоплакія). Поряд з механічною травмою СО підлягає дії мікрофлори, яка впливає на клінічну картину стоматиту.

Слід приділити увагу особливостям клінічних проявів виразки, яка виникає від тривалої дії механічної травми і називається *декубітальною*. Локалізується вона, в основному, на бічній поверхні язика, слизовій оболонці губ, щік по лінії змикання зубів, а також у межах протезного ложа. Як правило, вона поодинокі, болюча, оточена запальним інфільтратом, краї гіперемійовані, болючі при пальпації, дно вкрите фібринозним нальотом. Глибина може досягати м'язового шару. Регіонарні лімфовузли збільшені, болючі при пальпації. Декубітальна виразка може ускладнюватися фузоспірохетозом або кандидозом, а при тривалості 2-3 міс. може малігнізуватися. Декубітальну виразку необхідно диференціювати з раковою виразкою, трофічною, міліарно-виразковим туберкульозом, твердим шанкром. Для декубітальної виразки характерні наявність подразнюючого чинника, болючість ділянки ураження, існування запального інфільтрату, відсутність специфічних змін при цитологічному дослідженні. Після усунення травмуючого чинника, як правило, за 5-6 днів виразка загоюється.

*Лікування гострих травматичних стоматитів* включає усунення чинника, обробку СОПР антисептиками (фурацилін, етоній, 1% р-н перекису водню, відвар листків шавлії, ромашки, ротокан, 1% р-н цитралю та ін.), призначення штучного лізоциму, а при наявності ерозій – аплікації кератопластичних засобів (3,44% р-н ретинолу ацетату, аекол, каротолін, вінілін та ін.).

Якщо виразки інфіковані, вкриті нальотом, мають інфільтрат, то для лікування застосовують протеолітичні ферменти у поєднанні з антисептичними засобами або антибіотиками, а з появою чистих грануляцій – препарати, що поліпшують репаративні властивості тканин (метацил, солкосерил та інші кератопластики).

*Лікування хронічних механічних травм СОПР* передбачає обов'язкове усунення травмуючого агента, обробку виразки і порожнини рота антисептиками, протеолітичними ферментами, препаратами, що стимулюють епітелізацію ( масляний розчин вітамінів А і Е, олія шипшини, обліпихи, солкосерил, актовегін, метилурацил, сік каланхое). *Припікаючі препарати застосовувати категорично заборонено!*

Профілактика травматичних уражень полягає в усуненні всіх подразнюючих чинників та своєчасній санації порожнини рота.

**Хімічні травми СОПР** виникають у разі потрапляння на слизову оболонку хімічних речовин досить високої концентрації. Найчастіше це буває при помилковому застосуванні їх у побуті, на виробництві, при спробі самогубства, під час прийому у стоматолога. Опіки виникають при контакті з

кислотами, лугами, застосуванні миш'яковистої пасти, фенолу, формаліну, нітрату срібла.

*Опік кислотами* призводить до виникнення коагуляційного некрозу – щільної плівки, яка має характерний колір: при опіку сірчаною кислотою – бурий, азотною – жовтий, іншими кислотами – сіро-білуватий. Навколо плівки спостерігаються значно виражені явища запалення з набряком і гіперемією.

*Опік лугами* призводить до колікваційного некрозу СО без утворення щільної плівки. Від дії лугів ураження більш глибоке, ніж при опіках кислотами, і може захоплювати всі шари СО. Після відторгнення некротизованих тканин оголюються болючі ерозивні чи виразкові поверхні, які загоюються дуже повільно.

*Лікування хімічної травми* передбачає усунення хімічної речовини, промивання ротової порожнини слабким розчином антидоту. При кислотних опіках можна використовувати мильну воду, палену магнезію, 0,1% р-н нашатирного спирту (15 крапель на 1 склянку води). Луги нейтралізують 0,5% р-ном оцтової або лимонної кислоти, а також 0,1% р-ном хлористоводневої кислоти (10 крапель на 1 склянку води), чим зупиняють подальше проникнення хімічної речовини в тканини. При опіках нітратом срібла місце ураження обробляють 2-3% р-ном хлориду натрію або р-ном Люголя, а при ураженні фенолом – рициновою олією чи 50% етиловим спиртом. Далі призначають знеболюючі засоби, антисептичні препарати та кератопластики (5% метилурацилова мазь, мазі левоміколь, левосин, аерозолі гіпозоль, левовінізоль, оксіциклозоль, пантенол та інші).

**Фізична травма** виникає від дії високих та низьких температур, ураження електричним струмом (опіки, гальваноз) та променевого ураження (при локальному впливі великих доз іонізуючого випромінювання).

*Під дією гарячої води чи пари* виникає гострий катаральний стоматит, який супроводжується болем, гіперемією СОПР, мацерацією епітелію. При сильному опіку епітелій злущується великими шарами або виникають пухирі, а потім поширені ерозії чи поверхневі виразки. При приєднанні вторинної інфекції перебіг стоматиту ускладнюється. В лікуванні застосовують місцеві анестетики, протизапальні, протимікробні та кератопластичні препарати.

*Вплив низьких температур* можливий при кріотерапії та кріодеструкції захворювань СОПР. При цьому в осередку втручання одразу виникає різке локальне катаральне запалення, яке через 1-2 доби переходить в некроз. У післяопераційний період з перших годин після кріодеструкції призначають ротові ванночки чи полоскання антисептиками, а з розвитком некрозу проводять лікування, як при виразково-некротичному стоматиті.

При наявності металевих включень в порожнині рота можливе таке явище, як *гальваноз*. Це патологічні зміни місцевого і загального характеру, що з'являються внаслідок електрохімічної взаємодії між металевими включеннями в порожнині рота. При гальванозі хворі скаржаться на металевий присмак у роті, спотворення смакових відчуттів, печію та біль в



язиці, щоках, сухість або гіперсалівацію, легку подразливість, слабкість, головний біль.

Гальванічні струми можуть викликати гіперкератоз або опіки окремих ділянок СОПР, які клінічно проявляються катаральним чи ерозивно-виразковим стоматитом з локалізацією на кінчику та бічних поверхнях язика, щоках по лінії змикання зубів, слизовій губ, піднебіння.

Для встановлення діагнозу „гальваноз” необхідна наявність 5 критеріїв:

- 1) скарги хворого на металевий присмак у роті;
- 2) більша виразність суб’єктивних симптомів вранці і збереження їх протягом дня;
- 3) наявність у порожнині рота 2-х металевих включень і більше;
- 4) визначення різниці потенціалів між включеннями;
- 5) поліпшення самопочуття хворого після видалення протезів з порожнини рота.

Лікування полягає у видаленні з порожнини рота протезів та пломб з неоднорідних металів, застосуванні протизапальних та антисептичних засобів, анестетиків та кератопластиків.

**Променевий стоматит** виникає у людей, яким проводять променеву терапію новоутворень щелепно-лищевої ділянки. Хворі скаржаться на постійно зростаючу сухість в порожнині рота та втрату смакових відчуттів, а також поколювання, іноді печію в кінчику язика. При об’єктивному обстеженні має місце гіперемія та набряк слизової оболонки щік, дна порожнини рота, м’якого піднебіння, потім вони внаслідок ороговіння мутніють, нагадують картину лейкоплакії. При подальшому опромінюванні відбувається вогнищеве відторгнення зроговілого епітелію, з’являються ерозії, вкриті клейким некротичним нальотом – *вогнищевий плівчастий радіомукозит*. Якщо він поширюється на інші ділянки та зливається, виникає *зливний плівчастий радіомукозит*.

Розвиток процесу ускладнюється ураженням слинних залоз. В перші 3-5 діб слиновиділення посилене, а потім настає стійка гіпосалівація. Через 12-14 діб розвивається ксеростомія, дисфагія та дісгевзія. Променеві ураження набувають зворотнього розвитку через 2-3 тижні.

В профілактиці променевих стоматитів важливе значення має санація порожнини рота. Не пізніше 3-5 діб до початку променевої терапії проводять видалення рухомих і зруйнованих зубів з хронічними вогнищами, видалення зубного каменю, кюретаж пародонтальних кишень, пломбування каріозних порожнин. Знімають металеві протези та замінюють амальгамові пломби на композитні чи цементні.

При початкових проявах променевого стоматиту призначають полоскання порожнини рота 1% р-ном перекису водню, фурациліном (1:5000), 2% р-ном борної кислоти, ротоканом та іншими антисептиками. У розпалі захворювання використовують місцеві анестетики, кератопластичні препарати.

## **6. Матеріали для самоконтролю**

### **А. Питання для самоконтролю**

1. Визначте поняття „первинні стоматити“.
2. Назвіть етіологічні чинники та патогенез первинних травматичних стоматитів.
3. Назвіть клінічні прояви механічних травм СОПР.
4. Визначте методи діагностики та лікування механічних травм СОПР.
5. Назвіть клінічні прояви термічних та електричних ушкоджень СОПР.
6. Визначте методи діагностики і лікування термічних та електричних ушкоджень СОПР.
7. Назвіть клінічні прояви променевого ураження СОПР.
8. Визначте методи діагностики і лікування променевого ураження СОПР.
9. Вкажіть заходи профілактики травматичних стоматитів.

### **Б. Тести для самоконтролю**

1. Визначте, як називається виразка, що виникає на СОПР від дії хронічної механічної травми:
  - A. Трофічна
  - B. Ракова
  - C. Декубітальна
  - D. Твердий шанкер
  - E. Туберкульозна
2. Виберіть та вкажіть медикаментозний препарат, який використовують в стоматології для нейтралізації миш'яквистої кислоти:
  - A. 0,5% р-н лимонної кислоти
  - B. 3-5% р-н хлориду натрію
  - C. 0,1% р-н нашатирного спирту
  - D. 5% р-н унітіолу
  - E. 0,1% р-н соляної кислоти
3. Виберіть та вкажіть медикаментозні препарати, які необхідно застосувати при опіках лугами:
  - A. 0,5% р-н лимонної кислоти
  - B. 0,1% р-н нашатирного спирту
  - C. 5% р-н унітіолу
  - D. Р-н Люголю
  - E. 0,5% р-н оцтової кислоти
4. Під час профілактичного огляду у юнака на СО щоки по лінії змикання зубів виявлені нашарування сіро-білого кольору, які не знімаються. Слизова злегка гіперемована, безболісна при пальпації. Юнак емоційно неврівноважений, закушує щоки. Який найбільш імовірний діагноз?
  - A. Червоний плескатий лишай;

- В. М'яка форма лейкоплакії
- С. Кандидозний стоматит
- Д. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит
- Е. Багатоформна ексудативна еритема

5. Які симптоми не характерні для проявів гальванозу в порожнині рота?

- А. Скарги хворого на металевий присмак у роті
- В. Наявність у порожнині рота мікротоків 8-10 мкА
- С. Наявність у порожнині рота 2-х металевих включень
- Д. Блідо-рожевий колір слизової оболонки
- Е. Поліпшення самопочуття після видалення протезів

6. Для прискорення загоєння травматичної виразки на СОПР хворому призначено лікарський препарат, що містить термостабільний білок, який є фактором природної резистентності організму. Вкажіть цей препарат:

- А. Імудон
- В. Імунал
- С. Лізак
- Д. Бібіформ
- Е. Хлоргексидин

7. Чоловік 56 років скаржиться на біль при вживанні їжі. При огляді □ на боковій поверхні язика виразка розміром 0,3×0,8 см. Неякісний мостоподібний протез від 25 до 27 зубів травмує язик. Яка першочергова дія лікаря?

- А. Термінове зняття мостоподібного протезу
- В. Змастити поверхню язика розчином анестетика
- С. Змастити язик розчином ретинолу
- Д. Провести корекцію протезу
- Е. Лікування не потребує

8. У хворого С., 18 років, після проведення трансканального електрофорезу 46 з 5 % р-ном йоду на слизовій оболонці піднебіння з'явилося ураження штрихоподібної форми з білувато-сірою поверхнею. Вкажіть на імовірну причину ураження:

- А. Хімічна травма
- В. Механічна травма
- С. Електротравма
- Д. Фізична травма
- Е. Променева травма

9. Виберіть та вкажіть, які зміни на СОПР будуть спостерігатися при променевої терапії щелепно-лицевої ділянки:

- A. Утворення дрібних везикул
- B. Плівчастий радіомукозит
- C. Катаральне запалення
- D. Утворення дрібних зроговіваючих папул
- E. Твердий шенкер

10. Хворий М., 63 років, скаржиться на біль та наявність виразки у порожнині рота. Протягом 12 років користується частковим знімним протезом на нижній щелепі. ПІ=2,9 балів. Після обстеження лікарем-стоматологом встановлений діагноз: декубільна виразка дна порожнини рота. Виберіть етіотропне лікування:

- A. Корекція старого протезу
- B. Проведення курсу антибіотикотерапії
- C. Проведення фізіотерапевтичних процедур
- D. Призначення кератопластиків
- E. Виготовлення нового протезу

**В. Задачі для самоконтролю**

1. Хворий К., 20 років, звернувся до лікаря зі скаргами на гострий самовільний біль в зубі на верхній щелепі зліва. Супутніх захворювань не відмічає. При огляді на слизовій оболонці щік у кутах рота були виявлені нашарування трикутної форми сіро-білого кольору, які не знімаються, м'які та безболісні при пальпації.

Встановіть діагноз. Визначте імовірну причину захворювання. Складіть план лікування.

2. Хворий К., 30 років, звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на біль при вживанні їжі, наявність висипання на слизовій оболонці щоки зліва, головний біль. Скарги з'явилися близько місяця тому, самолікуванням не займався. Об'єктивно: обличчя симетричне, підщелепні лімфовузли зліва збільшені, болючі при пальпації. 28 зуб дистопований у щічний бік. На слизовій оболонці щоки зліва по лінії змикання зубів виявлена поодинокі, болюча виразка розміром 5×7 мм, оточена запальним інфільтратом, м'яка при пальпації.

Визначте діагноз та складіть план лікування даного хворого.

3. При огляді порожнини рота хворого М., 42 років, лікар-стоматолог виявив на верхівці ясенного сосочка в ділянці 16 зубу болючу виразку, вкриту білястим нальотом. Зі слів хворого, 2 дні тому черговим лікарем була накладена миш'яковиста паста з приводу лікування гострого пульпіту 16 зубу.

Встановіть діагноз. Призначте медикаментозні засоби. Випишіть рецепти.

4. Хвора С., 53 років, скаржиться на печію в язиці, щоках, губах, сухість в порожнині рота протягом 6 місяців. Ці відчуття вона пов'язує з постановкою металевих мостоподібних протезів.

Які методи дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу? Складіть план лікування даної хворої.

5. Хворому Д., 67 років, при лікуванні злоякісного новоутворення після хірургічного втручання використовували рентгенівське опромінювання. Після цього з'явився набряк нижньої губи, біль, утворилися пухирі, геморагічні кірки чорного кольору.

Встановіть діагноз. Складіть план місцевого лікування ураження червоної облямівки нижньої губи.

6. Пацієнт Р., 45 років, працівник заводу ГРЛ, скаржаться на відчуття печії у роті, набряк та кровоточивість ясен, іноді появу ерозій на слизовій оболонці. При об'єктивному обстеженні виявлені металеві коронки на 4.6, 3.7 та амальгамові пломби у 4.7, 4.6.

Поставте діагноз. Вкажіть етіологічні чинники захворювання. Складіть план лікування.

7. Хворий К., 33 років, скаржиться на біль в язиці справа, що посилюється під час вживання їжі, розмови. Об'єктивно: на бічній поверхні язика, ближче до кореня, болісна виразка 0,6 см в діаметрі. Дно вкрите сірим нальотом. Коронка 4.7 зруйнована.

Встановіть діагноз.

8. При профілактичному огляді у хворого В., 49 років, на СО щоки зліва по лінії змикання зубів виявлені ділянки ороговіння білуватого кольору, які не підвищуються над рівнем слизової. На верхній щелепі частковий знімний протез із кламерною фіксацією на 25. Коронки 36, 37 зубів зруйновані, у 16 пломба із амальгами. Хворий палить.

Вкажіть найбільш імовірну причину захворювання. Складіть план лікування.

9. Для прискорення загоєння декубітальної виразки язика хворому призначено фермент, що є фактором природної резистентності організму і представляє собою термостабільний білок, який міститься у сльозах, слині, грудному молоці, а також його можна виявити у курячому яйці.

Вкажіть цей фермент. Складіть план лікування. Призначте препарати, що містять даний захисний фактор.

10. У хворої К., 65 років, відмічається відчуття печії під знімним протезом на верхній щелепі, який виготовлено 3 дні тому. При огляді виявлені гіперемія та набряк слизової оболонки відповідно до меж протезного ложа.

Вкажіть етіологічний чинник захворювання. Яка тактика лікаря-стоматолога?

## **7. Література**

### **Основна**

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів ІУ рівня акредитації / За ред. А.К. Ніколішина. – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 455-460.

2. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.

### **Додаткова**

1. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. – М., 1991. - 287 с.

2. Данилевський М.Ф., Мохорт М.А., Мохорт В.В. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонту. – К.: Здоров'я, 1991. – 259 с.

3. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – К., 1998. – 408 с.

4. Лукиных Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта, издание 2-е. –Н.Новгород, 2000. – С.20-33, 349-354

5. Максименко П.Т., Кастелли О.Ю., Скрипникова Т.П. Болезни слизистой оболочки полости рта. – К., 1998. – 186 с.

6. Терапевтическая стоматология: Учебник / Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. / под ред. Боровского Е.В., Максимовского Ю.М., 1998. – 736 с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО  
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 11</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 8</i>	Грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

## 1. Актуальність теми.

Проблема грибкових уражень і нині залишається актуальною як з теоретичної, так із практичної точки зору. Аналіз захворюваності на грибкові інфекції, який проводила ВООЗ у промислово розвинутих країнах, вказує на продовження розповсюдження як поверхневих так і глибоких форм мікозів. Кожний четвертий мешканець планети Земля страждає на мікотичні ураження (Н.Д.Шеклаков, М.В.Милич,1970; А.А.Гонтаренко, 2003 ). Цьому сприяє цілий ряд причин: широке використання у сучасній медицині імунодепресантів, цитостатиків, гормональних препаратів. Антибіотиків широкого спектру дії, стимулюючих розвиток вторинних грибкових інфекцій.

Тому вивчення причин, частоти, клінічних проявів захворювань та їх сучасні методи лікування і профілактики має важливе значення для лікаря-стоматолога.

## 2.Конкретні цілі.

- Аналізувати передумови виникнення захворювання;
- Знати клінічні прояви уражень слизової оболонки порожнини рота, що виникають внаслідок мікотичних уражень;
- Опанувати методи забору матеріалу для лабораторної діагностики;
- Тракувати результати лабораторного обстеження;
- Скласти план комплексного лікування хворого;
- Обґрунтувати перелік призначених препаратів при лікуванні даної патології та провести терапевтичні маніпуляції.

## 3.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми

(міждисциплінарна інтеграція). Назва

попередніх дисциплін

Попередні дисципліни:  
- мікробіологія  
- гістологія  
- фармакологія  
- пропедевтика тер.стом.

Знати

збудники мікозів, їх характерні властивості особливості будови СОПР фармакодинаміка лікарських засобів методи обстеження стоматологічного хворого.

Вміти

розпізнати збудники на мікробіологічному препараті  
–  
виписати рецепти, обстежити стоматологічного хворого

Внутрішньопредметна інтеграція

елементи ураження СОПР, особливості діагностики уражень

провести диференціальну діагностику



#### **4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.**

##### **4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття. Термін**

	Визначення
1. Етіологія	Гриби роду <i>Candida</i> ( 7-13 видів )
2. Передумови	Дисбактеріоз, імунодефіцит, спадковість, гіповітаміноз В, хронічна патологія, вуглеводна їжа, стан порожнини рота.
3. Патогенез	Адгезія, інвазія, розмноження
4. Клініка	Гострий: псевдомембранозний атрофічний Хронічний: атрофічний гіперпластичний
5. Лікування	Загальне:антимікотики, еубіотики, гіпосенсибілізуючі адаптогени,вітаміни, імуномодулятори Місцеве: антимікотики,антисептики,барвник и, лужні розчини

##### **4.2. Теоретичні питання до заняття.**

1. Назвіть збудники мікотичних уражень.
2. Назвіть фактори патогенності грибів р. *Candida*.
3. Чим відрізняється міцелій від псевдоміцелію?
4. Які Ви знаєте передумови захворювання.

##### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.**

- 1.Оволодіти технікою забору матеріалу для лабораторного обстеження.
- 2.Провести курацію хворого з проявами грибкових уражень.
3. При опитуванні тематичного пацієнта звернути увагу на шкідливі звички, наявність стоматологічних втручань, соматичної патології та алергологічного анамнезу.
- 4.Визначити план та провести лікування хворого з грибковими ураженнями
5. Провести аналіз отриманих результатів лабораторного обстеження
6. Призначити профілактичні заходи.
7. Заповнити медичну картку амбулаторного хворого Ф- 43/О.

##### **5. Зміст теми.**

Мікози слизової оболонки порожнини рота – це хвороби, які викликають гриби-сапрофіти ротової порожнини (*Candida*, *Aspergillus*, *Penicillium*, актиноміцети тощо ). У разі зниження захисних сил організму та бар'єрної функції слизової оболонки порожнини рота і розвитку дисбактеріозу ці гриби стають патогенними.

**Кандидоз** ( Candidosis ; син. – молочниця, пліснявка, soor, truch, muguet, мікоз дріжджовий, кандидамікоз).

*Етіологія.* Кандидоз слизової оболонки в більшості випадків - це аутоінфекція. Гриби роду Candida, що вегетують у порожнині рота, - це умовно патогенні мікроби, а тому у виникненні кандидозної інфекції важливу роль відіграють не стільки патогенні фактори грибів, скільки стан макроорганізму.

Кандидозоносійство зустрічається у працівників кондитерських фабрик, підприємств із виготовлення безалкогольних напоїв, пива, працівників гідролізно-дріжджових підприємств.

### **Гострий псевдомембранозний кандидоз.**

Частіше розвивається в немовлят та дітей раннього віку, ослаблених інфекційними хворобами, бронхітом, диспепсіями, а також у недоношених дітей. Гострий псевдомембранозний кандидоз рідше зустрічається в дорослих. В одних випадках він супроводжує тяжку соматичну патологію : цукровий діабет, хвороби крові, новоутвори, авітамінози. В інших випадках виникає на тлі активної антибіотикотерапії або на тлі ВІЛ - інфекції чи після радіаційного опромінення.

Дорослі хворі скаржаться на пекучість слизової оболонки порожнини рота, біль під час уживання їжі, особливо гострої, наявність нальоту. Діти, що захворіли, стають капризними, плаксивими, зазвичай відмовляються від їжі, особливо твердої, кислої, пряної.

Уражується частіше слизова оболонка язика, щік, піднебіння, губ. Слизова оболонка порожнини рота яскраво гіперемійована, суха. На тлі гіперемії утворюється наліт, що нагадує зсіле молоко. Він дещо підвищується над рівнем запаленої слизової оболонки. Колір нальоту поступово змінюється від молочно-білого до сірого та жовтуватого. Наліт на початку хвороби легко зішкрябається шпателем, під ним оголюється гладенька гіперемійована поверхня. За тяжкого перебігу осередки нашарування нальоту зливаються в суцільні пливчасті поверхні, які з часом потовщуються і поширюються на всі ділянки порожнини рота. При цьому ушкоджуються тверде і м'яке піднебіння, мигдалики, горло.

Наліт щільний, з ознаками інфільтрації прилеглих тканин. Відшарувати такий наліт нелегко, після зішкрябання під ним виявляють еритему й кровоточиві ерозії. У кутах рота утворюються мікотичні заїди – неглибокі тріщини, покриті білуватим нальотом.

**Гострий атрофічний кандидоз.** Розвивається за підвищеної чутливості слизової оболонки порожнини рота до грибів роду Candida.

Скарги на болючість, пекучість, сухість у порожнині рота.

Слизова оболонка полум'яно - червоного кольору, суха. Наліт відсутній чи зберігається в глибоких борознах, важко знімається і становить собою конгломерат злущеного епітелію і великої кількості грибів роду Candida на стадії активного брунькування.

У разі локалізації на спинці язика язик малиново-червоного кольору, блискучий, сухий, ниткоподібні сосочки атрофовані.

**Хронічний гіперпластичний кандидоз.** Частіше розвивається в людей, що вживають цитостатики, антибіотики, у хворих на туберкульоз, хвороби крові, СНІД.

Хворі скаржаться на сухість у порожнині рота, пекучість, наявності ерозій – на біль.

На гіперемійованій слизовій оболонці, частіше спинки язика, м'якого піднебіння, у кутиках рота утворюються білі бляшки, щільно спаяні з поверхнею (рис.11.5). Спочатку бляшки сірувато-білого кольору, за тривалого перебігу хвороби вони жовтіють, на них утворюються жовто-сірі плівки, щільно спаяні зі слизовою оболонкою і важко відшаровувані. Після зішкрібання нальоту під ним виявляють гіперемійовану ерозивну поверхню, що кровоточить. Регіонарні лімфатичні вузли ущільнені та болючі.

**Хронічний атрофічний кандидоз.** Часто трапляється в людей, які користуються знімними пластинковими протезами.

Хворі скаржаться на сухість, пекучість, біль при користуванні знімними протезами, наявність клейкого нальоту.

Ділянка слизової оболонки, що відповідає межах протезного ложа, набрякла, гіперемійованна, болюча. Для цього перебігу хвороби характерні також мікотичні заїди, кандидозний атрофічний глосит. Спинка язика малиново - червоного кольору, суха, блискуча, сосочки атрофовані. Білувато - сірий наліт утворюється в невеликій кількості лише в глибоких борозенках і на бічній поверхні язика. Наліт важко відшаровується.

**Мікотичні заїди (ангулярний кандидозний хейліт).** Хворіють переважно люди похилого віку зі зниженою висотою прикусу (нераціональне протезування, виражена патологічна стертість твердих тканин зубів, адентія). Глибока складка в кутах рота і постійна мацерація шкіри слиною створюють сприятливі умови для розвитку кандидозної інфекції.

Хворі скаржаться на пекучість та болючість у ділянці кута рота. На огляді: в кутах рота сірі прозорі лусочки, ніжні кірочки чи наліт, який легко відшаровується і під ним виявляються сухі ерозії та тріщини. Поряд із ураженням кутів рота процес може перейти на червону облямівку губ – розвивається кандидозний хейліт.

**Мікотичний глосит.** Найчастіша форма хронічного кандидозу слизової оболонки порожнини рота – це глосит (87,8%). Клінічна картина хронічного кандидозного глоситу має вигляд атрофічного або ромбоподібного глоситу. Хворі скаржаться на пекучість і наявність клейкого нальоту на язиці. Різні полоскання, які пацієнти застосовують самостійно, не покращують стану. Поверхня язика, ураженого хронічним атрофічним кандидозним глоситом, яскраво-червоного кольору, гладенька. Іноді на тлі десквамації спинки язика виявляється незначний білуватий пінистий наліт. У зіскрібі виявляються клітини дріжджового гриба, що брунькуються.

**Діагностики кандидозу слизової порожнини рота.** Дивись методичні розробки для позааудиторної самостійної роботи.

**Лікування кандидозу.** Лікування кандидозу потребує індивідуального підходу з урахуванням факторів, які призвели до розвитку цієї патології, - це дозволить визначити вибір методів і засобів протигрибкової терапії. План лікування хворих із кандидозом слизової оболонки порожнини рота має охоплювати :

- загальне обстеження хворого з метою виявлення та лікування основної хвороби ( лікування у відповідного фахівця - ендокринолога, гастроентеролога, терапевта );
- припинення вживання антибіотиків, сульфаніламідних, кортикостероїдних та цитостатичних препаратів, а за неможливості цього – зміну способу їх уведення з обов'язковим призначенням антимікотичних препаратів ;
- дотримання хворими дієти з відсутністю або обмеженням вуглеводів;
- призначення загальнозміцнювальних засобів – адаптогенів, біостимуляторів, полівітамінів ;
- корекцію складу мікрофлори - терапію еубіотиками (колібактерин, лактобактерин, біфідобактерин, біфікол );
- застосування імуномодуляторів ;
- антигістамінні препарати (супрастин, фенкорол, кларитин) ;
- загальне та місцеве застосування протигрибкових препаратів.

### **Загальне лікування.**

*Антимікотики полієнової групи ( препарати вибору ) :*

ністатин по 500 00 ОД 3-4 рази за день ( добова доза 1 500 000-3 000 000 ОД );

леворин по 500 000 ОД 2-4 рази за день ( трансбукальні таблетки для розсмоктування в роті );

амфотерицин В (препарат токсичний ) – застосовується за тяжких форм та затяжного хронічного перебігу хвороби у вигляді інгаляцій на уражену слизову оболонку порожнини рота. Розчин для інгаляції готують із розрахунку 50 000 ОД у 10 мл дистильованої води. Інгаляції проводять 1-2 рази за день протягом 15-20 хвилин.

*Синтетичні протигрибкові препарати ( похідні імідазолу та тріазолу ) :*

кетоконазол ( нізорал ) по 1-2 таблетки ( 0,2-0,4 г ) за день протягом 2 тижнів, а далі по 1 таблетці за день до повного одужання;

міконазол по 0,25 - 4 рази за день .

Високу активність показали препарати нового покоління цієї групи – флуконазол (дифлюкан), орунгал, ламізіл .

Міконазол – гель призначають усередину по ½ доз.ложечки 4 рази за день (перед проковтуванням якомога довше затримати в роті ).

*Препарати йоду:* йодистий калій 3% - 200,0 по 1 ст. л. 3-5 раз за день (запивати молоком ) за хронічного перебігу.

За хронічного перебігу кандидозу слизової оболонки порожнини рота показаний курс гаммаглобуліну, введення моно- і полівалентних вакцин, автовакцин. Вакцини вводять внутрішньошкірно або внутрішньом'язово 2 рази за тиждень, курс лікування - 10 ін'єкцій.

### ***Місцева терапія.***

#### *Лужні засоби:*

2-4% розчин бури, соди, 2% розчин борної кислоти використовують для полоскання порожнини рота 2-3 рази за день, для обробки рота немовляті після кожного годування при пліснявці, для нічного зберігання знімних пластинчастих протезів.

#### *Анілінові барвники:*

1-2 % водний розчин метиленового синього, діамантового зеленого, генціанвіолету, рідину Кастеллані ( фукорцин ) застосовують у вигляді аплікацій та змазують уражені ділянки слизової оболонки і кутів рота.

#### *Препарати йоду:*

0,1 % розчин йодинолу, розчин Люголя для змазування кутів рота ( при заїдах ), для обробки порожнини рота немовлятам при пліснявці після кожного годування.

#### *Препарати для корекції місцевого імунітету:*

імудон – полівалентний антигенний комплекс , який підсилює фагоцитарну активність макрофагів, уміст у слині лізоциму, а також s Ig A ( по 1 таблетці до повного розсмоктування в порожнині рота 6-8 разів за день); гексаліз, штучний лізоцим.

#### *Противіробкові мазі :*

ністатина – 1%; леворина – 5% ; декаміна – 1 %; канестену (клотримазолу) – 1 %; ламізілу - 1 %, мікогептину – 0,15 %, амфотерицину В – 0,3 %, дермозолон – 0,5 %. Призначають у вигляді аплікацій на уражені ділянки слизової оболонки порожнини рота, змащування внутрішньої поверхні знімного протеза при мікотичному палатиніті. Курс лікування - 6-14 днів із подальшим бактеріологічним контролем. За необхідності курс лікування продовжують, замінивши протикандидозні засоби.

#### *Препарати природного походження і лікарських рослин :*

4 % прополіс, 1 % юглон, 1- % водний розчин сангвіритрину, 2 % настоянка чистотілу, 1 % розчин новоіманіну, 0,2 % розчин гордоциду, 1 % розчин цитралю – призначають у вигляді ротових ванночок, аплікацій, полоскань 3-4 рази за день.

### **6. Додатки.**

#### **А. Тести для самоконтролю.**

1. Що з нижче перерахованого є сприятливими чинниками в розвитку гострого псевдомембранозного кандидозного стоматиту?

- A. Прийом антибіотиків
- B. Зубні нашарування

- C. Гіповітаміноз С
- D. Цукровий діабет
- E. Оклюзійна травма

2. Перелічити симптоми характерні для гострого псевдомембранозного кандидозного стоматиту?

- A. Апечія, сухість

- В. Біль при прийомі їжі
- С. Наліт у вигляді зсілого молока
- Д. Полум'яно-червона СОПР
- Е. Все вище перераховане

3. Перелічити симптоми характерні для гострого атрофічного кандидозного стоматиту?

- А. Печія, сухість
- В. Біль при прийомі їжі
- С. Наліт у вигляді зсілого молока
- Д. Полум'яно-червона СОПР
- Е. Відсутність нальоту

4. Перелічити симптоми характерні для хронічного атрофічного кандидозного стоматиту?

- А. Печія, сухість
- В. Порушення загального стану
- С. Атрофія сосочків язика
- Д. Жовтуватий наліт на язиці
- Е. Відсутність нальоту

5. Перелічити симптоми характерні для хронічного гіперпластичного кандидозного стоматиту?

- А. Печія, сухість
- В. Порушення загального стану
- С. Атрофія сосочків язика
- Д. Жовтуватий наліт на язиці
- Е. Відсутність нальоту

6. Назвіть характерні зони ураження при хронічному атрофічному кандидозному стоматиті?

- А. Язик
- В. Щоки
- С. Кути рота
- Д. Дно порожнини рота
- Е. Протезне ложе

7. Назвіть препарат, який доцільно використовувати в комплексному лікуванні кандидозного стоматита?

- А. Клотримазол
- В. Метронідазол
- С. Амізон
- Д. Левоміколь
- Е. Левосін

8. Яку зубну пасту слід рекомендувати хворим на кандидоз?

- A. «Ягідка»
- B. «Лісний бальзам»
- C. «Жемчуг»
- D. «Лакалут»
- E. «Аквафреш»

9. Які препарати для корекції місцевого імунітету доцільно використовувати при лікуванні хворих на кандидоз ?

- A. Ібупрофен
- B. Імудон
- C. Левомеколь
- D. Лоратодин
- E. Аскорутин

10. З яких етапів складається патогенез кандидозу?

- A. Адгезія
- B. Інкубація
- C. Інвазія
- D. Розмноження
- E. Інгібіція

### **Б. Задачі для самоконтролю.**

**Задача 1.** Хвора З., скаржиться на печію в порожнині рота, болісність прийому їжі. Відчуття з'явилися 3-4 місяця тому. Хвора страждає цукровим діабетом. Об'єктивно : слизова оболонка порожнини рота яскраво червоного кольору, суха. На спинці язика відмічається незначна кількість сіруватого нальоту. Визначте попередній діагноз?

**Задача 2.** Хворому 51 рік, страждає на підшкірну форму актиномікозу підщелепної ділянки зліва. Назвіть препарати для специфічної імунотерапії.

**Задача 3.** Хворий К., 24 років, скаржиться на біль, печію, сухість в роті протягом 4-х діб після прийому тетрацикліну. Слизова щік, піднебіння, язика яскраво-червоного кольору, суха. Спостерігаються нашарування білуватого кольору у вигляді молока чи сиру, наліт легко знімається, підлегла слизова оболонка гладенька, гіперемійована. Загальний стан не порушений. Які додаткові методи обстеження необхідно провести в даному випадку ?

**Задача 4.** Хвора К. 78 років скаржаться на пекучість та болючість у ділянці кута рота. Об'єктивно: в кутах рота сірі прозорі лусочки, які легко відшаровуються і під ними виявляються сухі ерозії та тріщини. Хвора користується повними знімними протезами на верхню та нижню щелепи. Нижня третина обличчя укорочена. Який попередній діагноз?

**Задача 5.** Хвора М. 55 років після перенесеного ГРВІ та прийому антибіотиків почала скаржитись на сухість в порожнині рота, відчуття печії. Об'єктивно: слизова щік, піднебіння , язика яскраво-червоного кольору, суха. Які додаткові методи дослідження слід призначити для уточнення діагнозу?

**Задача 6.** Хворий П. 65 років скаржиться на болючість, пекучість, сухість у порожнині рота. Щойно пройшла курс хіміотерапії. Слизова оболонка полум'яно - червоного кольору, суха. Наліт відсутній чи зберігається в глибоких борознах, важко знімається.

Який попередній діагноз?

**Задача 7.** При додатковому обстеженні хворого П. в результатах мікробіологічного обстеження мазка було виявлено велику кількість грибів роду *Candida* на стадії активного брунькування. Для якого перебігу захворювання характерні дані зміни?

**Задача 8.** Хворий К., 35 років, скаржиться на біль, печію, сухість в роті. Слизова щік, піднебіння, язика яскраво-червоного кольору, суха. Спостерігаються нашарування білуватого наліту, який легко знімається, підлегла слизова оболонка гладенька, гіперемійована. Загальний стан не порушений. Перерахуйте загальні принципи лікування.

**Задача 9.** Хвора В. 66 років скаржаться на сухість і пекучість у порожнині рота. Страждає на цукровий діабет. Об'єктивно: на гіперемійованій слизовій оболонці язика жовто-сірі плівки, щільно спаяні з поверхнею. Після зшкрябування нальоту під ним виявляють гіперемійовану ерозивну поверхню, що кровоточить. Регіонарні лімфатичні вузли ущільнені та болючі. Поставте попередній діагноз.

**Задача 10.** Хвора Ш. 67 років, що страждає на цукровий діабет, пройшла курс лікування у стоматолога з приводу хронічного атрофічного кандидозного стоматиту. Користується частковими знімними протезами. Які профілактичні заходи слід вжити для запобігання рецидиву захворювання?

## **7. Рекомендована література.**

### **Основна:**

1. Терапевтична стоматологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівнів акредитації у 2-х томах./ За редакцією проф.. А.К.Ніколішина .Т.П.- Полтава: «Дивосвіт», 2007,- С.91-101.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. / За ред. А.В. Борисенко. – Т. 4. – К.: Медицина, 2010.-С.237-245.

### **Додаткова:**

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. - Захворювання слизової оболонки порожнини рота .- К.,1998.- С. 172-179.
2. Боровский Е.В., Иванов В.С., Маскимовский Ю.М.,Максимовская Л.Н. - Терапевтическая стоматология.-М.,1998.-С.552-562.
3. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. - Атлас заболеваний слизистой оболочкм полости рта. – М.,199
4. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ.- М.: Медицина, 2001.- С.77-87.



5. Марченко А.И., Руденко М.М. –Кандидозы слизистой оболочки полости рта .-Киев,1976.-68с.

6. Іленко Н.М., Шешукова О.В., Марченко А.В. Мікотичні ураження слизової оболонки порожнини рота., Полтава, 2006. – 100с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО  
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 12</i>	Інфекційні захворювання. Етіологія патогенез, прояви на слизовій оболонці. Діагностика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Тема заняття № 9</i>	СНІД. Етіологія, патогенез. Прояви на слизовій оболонці порожнини рота, діагностика. Лікування та профілактика. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

### 1. Актуальність теми.

Останнім часом збільшується кількість хворих на СНІД. В зв'язку з тим, що початкові прояви цього захворювання досить часто локалізуються на слизовій оболонці порожнини рота, це потребує від лікаря-стоматолога чіткого знання симптоматики цього захворювання, як з метою запобігання самозараження, так і з метою своєчасного лікування хворого разом з іншими профільними лікарями.

### 2. Конкретні цілі.

- Навчити діагностувати та визначати лікувальну тактику при проявах на слизовій оболонці порожнини рота у хворих симптомів СНІДу.
- Знати сучасні уявлення про етіологію та патогенез СНІДу.
- Знати клініку СНІДу та вміти використовувати методи обстеження хворих при проявах на слизовій оболонці порожнини рота.
- Знати основні принципи лікування та профілактики СНІДу у хворих.
- Вміти розпізнавати ранні клінічні прояви СНІДу, скласти план обстеження хворих, інтерпретувати результати лабораторних досліджень.

### 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія	Знати анатомічну будову дихальної системи, імунної системи; вікові особливості та вміти розрізняти відділи дихальної системи; центральні та периферичні органи імунної системи
Гістологія	Знати мікроскопічну будову дихальної системи, імунної системи; вікові особливості
Мікробіологія	Знати етіологію СНІДу
Патологічна фізіологія	Знати етіологію, патогенез СНІДу, грипу, ящуру, інфекційного мононуклеозу
Патологічна анатомія	Знати етіологію, патогенез, морфологічні прояви, ускладнення СНІДу та вміти визначити морфологічні зміни на макро- та мікропрепаратах
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Знати методи обстеження стоматологічного хворого та вміти обстежити стоматологічного хворого
Внутрішньо	Знати клінічну симптоматику СНІДу,

#### 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

**4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття**

1. Синдром набутого імунodefіциту (СНІД, AIDS, syndromum immunodefectionis aguisitae) – антропонозне вірусне захворювання, яке характеризується виникненням та повільним прогресуванням дефіциту імунної системи, що призводить до загибелі хворого від вторинних інфекцій та новоутворень. СНІД – це термінальна стадія ВІЛ-інфекції, яка настає у більшості випадків через 5-10 років після зараження.

#### 4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Які додаткові методи діагностики ВІЛ-інфекції?
2. Яка тактика лікаря-стоматолога у випадку звернення хворого з підозрою на ВІЛ-інфекцію?
3. Які заходи безпеки необхідно вжити лікарю-стоматологу під час прийому ВІЛ-інфікованого хворого?

#### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Вміти провести клінічний огляд хворого з ВІЛ-інфекцією.
2. Оцінити результати лабораторного дослідження хворого на СНІД (клінічний аналіз крові загальний, бактеріологічне, імунологічне, гістологічне).
3. Скласти план лікування хворого на СНІД.

#### 5. Зміст теми

**СНІД.** Синдром набутого імунodefіциту (СНІД, AIDS, syndromum immunodefectionis aguisitae) – антропонозне вірусне захворювання, яке характеризується виникненням та повільним прогресуванням дефіциту імунної системи, що призводить до загибелі хворого від вторинних інфекцій та новоутворень. СНІД – це термінальна стадія ВІЛ-інфекції, яка настає у більшості випадків через 5-10 років після зараження.

*Етіологія, патогенез.* Епідеміологічну ситуацію у світі з ВІЛ-інфекцією, чумою ХХ століття, характеризують як пандемію. Перше повідомлення про СНІД з'явилося у 1981 році. На кінець минулого сторіччя у світі кожної хвилини відбувалось інфікування 6 осіб, а помирало від СНІДу 5 хворих. Смертність людей молодого віку від СНІДу посідає перше місце серед усіх причин смертності даної вікової категорії населення. З початку епідемії захворювання до 2000 року померло понад 15 млн. людей, за даними 2003 року інфікованих у світі нараховують до 42 млн. (кожна 100 людина). За прогнозами співробітників Об'єднаної програми ООН із ВІЛ-інфекції

кількість вірусоносіїв у світі досягне у 2010 році 110 млн. осіб, причому особливо високий ріст інфікування та захворюваності буде спостерігатися в Індії, Китаї, Ефіопії, Нігерії, Росії та інших країнах СНД.

Джерелом ВІЛ-інфекції є хвора на СНІД людина або вірусоносіє. Вірус може існувати у всіх біологічних рідинах (кров, сперма, вагінальний секрет, спинномозкова рідина, грудне молоко, слина, сльози, піт та ін.), долає трансплацентарний бар'єр. Інфікуюча доза вірусу складає 10 тисяч віріонів. Передача вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) здійснюється двома механізмами – природним (контактним, вертикальним, горизонтальним) і штучним (ін'єкційним, гемотрансфузійним, трансплантаційним та ін.).

ВІЛ належить до роду *Lentivirus* (повільних вірусів, що обумовлює тривалий інкубаційний період) сімейства *Retroviridae* (у складі віріонів ретровірусів є фермент зворотна трнаскриптаза). Уперше ВІЛ був виділений із лейкоцитів крові пацієнта із лімфаденопатією (передбачали носія збудника СНІДу) у 1983 р. у Франції в інституті Пастера. Описані два основні типи збудника – ВІЛ-1 (найбільш розповсюджений) та ВІЛ-2 (циркулює переважно у країнах Центральної Африки)

ВІЛ малостійкий у зовнішньому середовищі і гине при температурі 560С через 30 хвилин, 700С – через 10 хвилин, інактивується дезінфікуючими засобами. У той же час у висушеному стані при кімнатній температурі зберігає свою активність 3-6 діб, витримує низькі температури (до - 2730С), стійкий до іонізуючої радіації та ультрафіолетового опромінення. У крові для переливання вірус може жити роками, а в замороженій сироватці його активність зберігається до 10 років.

У патогенезі ВІЛ-інфекції виділяють 3 стадії.

1. Рання вірусемічна стадія:

- серонегативний період – із моменту проникнення ВІЛ в організм і до появи у крові перших специфічних антитіл до антигенів ВІЛ (близько 45 діб);
- серопозитивний період (сероконверсії) – поява і збільшення кількості у крові антигенспецифічних антитіл (анти-gp120, анти-gp41 та ін.), зникнення у крові ВІЛ, збільшення кількості Т-хелперів, нормалізація їхньої кількості.

2. Безсимптомна стадія: триває 10-15 років, не супроводжується симптомами хвороби. Гуморальна та імунна відповіді організму на наявність ВІЛ виражаються інтенсивним синтезом антитіл до антигенів ВІЛ. Основним фактором, що стримує ВІЛ-інфекцію, є клітинні цитотоксичні реакції, що забезпечуються антигенспецифічними Т-кілерами, антитіл-залежними К-кілерами, натуральними кілерами. У цей же час уся лімфоїдна система, інфіковані клітини стають резервуаром ВІЛ, що активно реплікується.

3. Стадія імунодепресії: активація репродукції ВІЛ, що супроводжується загибеллю Т-хелперів, вірусемією. Зниженням рівня ІЛ-2 унаслідок цього призводить до зменшення синтезу антитіл В-лімфоцитами, порушення функції Т-кілерів, зростає популяція Т-супресорів. Розвивається гіперсупресорний варіант імунодефіциту. Виникає симптомокомплекс – СНІД.

*Клініка.* Захворювання характеризується різноманітністю клінічних проявів з ураженням багатьох органів і систем організму, що пояснюється не тільки прямою цитопатичною дією вірусу на клітини імунної системи, але й опосередкованим впливом через аутоімунні механізми на клітини крові, серцево-судинної, кістково-м'язової, ендокринної та інших систем. ВІЛ-інфекція розвивається повільно, стадійно і має тривалий перебіг.

Центр контролю та профілактики хвороб (CDC, США) у 1993 році запропонував класифікацію, яка вважається у всьому світі найбільш вдалою. Вона містить інформацію про основні клінічні симптоми залежно від ступеня пригнічення імунної системи.

Стадії, на яких кількість CD4<sup>+</sup> - клітин перевищує 200 в 1 мкл.

А: гострий ретровірусний синдром:

- генералізована лімфаденопатія;
- безсимптомний перебіг.

В: синдром СНІД-асоційованого комплексу (преСНІД):

- кандидоз порожнини рота;
- дисплазія шийки матки;
- ідіопатична тромбоцитопенія;
- лістеріоз;
- лейкоплакія;
- периферична нейропатія.

Власне СНІД (кількість CD4<sup>+</sup> - клітин менше 200 в 1 мкл.

1. Кандидоз легень або стравоходу.
2. Рак шийки матки.
3. Кокцидіоїдоз.
4. Криптоспоридіоз.
5. Цитомегаловірусна інфекція.
6. Герпетичний енцефаліт.
7. ВІЛ – енцефалопатія.
8. Гістоплазмоз. Ізоспороз.
9. Саркома Капоші.
10. Лімфома.
11. Мікобактеріоз.
12. Пневмоцистоз.
13. Повторна пневмонія (протягом 1 року).
14. Прогресуюча багатоголищева лейкоенцефалопатія.
15. Септицемія рецидивуюча, викликана сальмонелою.

У країнах СНД поширена класифікація В.І.Покровського (2000), згідно з якою виділяють 4 стадії ВІЛ-інфекції.

I стадія – інкубація. Клінічні ознаки захворювання відсутні. Триває від моменту зараження до появи перших клінічних проявів або до продукції антитіл - від 2-3 тижнів, 3-х місяців до декількох років. Діагноз передбачають

на основі епідеміологічних даних та можливого виявлення вірусу методом полімеризаційної кольорової реакції.

II стадія – первинних проявів. Тривалість може бути від 2-3 до 10-15 років. Має три клінічні варіанти.

II А – гостра інфекція. Триває від декількох днів до 1-2 місяців. Захворювання проявляється як мононуклеозоподібний або грипоподібний симптомокомплекс. У 53-93 % хворих з'являється гарячка, не болісний лімфаденіт, біль у горлі, міальгії, головний біль, нездужання, плямисто-папульозні висипи. У крові діагностують лімфопенію, але кількість CD4+-лімфоцитів ще понад 500 в 1 мкл. На 14 добу захворювання виявляють антитіла до антигенів ВІЛ.

II Б – безсимптомна інфекція. Зникають усі клінічні прояви захворювання. Тривалість стадії – від 1-2 місяців до декількох років, у середньому – 6 місяців. Вірус залишається в організмі, продовжує розмножуватись. Позитивні результати діагностики ВІЛ імунофлюоросцентним аналізом та імуноблотингом. Кількість лімфоцитів, зокрема CD4+- клітин, залишається в нормі.

II В – персистуюча генералізована лімфаденопатія. Єдиний прояв захворювання – тривале протягом декількох місяців, рецидивуюче безболісне збільшення майже всіх периферичних лімфатичних вузлів, але найбільше - задньошийних, надключичних, пахвових, ліктьових, піднижньощелепних із тенденцією до злиття, збільшення печінки, селезінки. Кількість CD4+- клітин у нормі, антитіла до ВІЛ виявляють у всіх випадках.

III – стадія вторинних захворювань. Характеризується розвитком СНІД-асоційованих захворювань (власне СНІД). Розпочинається через 3-5 років після моменту зараження, супроводжується порушенням імунітету. Залежно від тяжкості перебігу виділяють три клінічні варіанти.

III А – перехідна стадія від персистуючої генералізованої лімфаденопатії до СНІД-асоційованого комплексу. Це вважають продромальним періодом СНІДу, який під дією адекватної противірусної терапії ще може закінчитись одужанням. Триває від декількох місяців до 2-3 років. Виявляється постійна або періодична гарячка з підвищенням температури тіла до 38°C, слабкість, швидка втомлюваність, діарея, втрата маси тіла у межах до 10 %. Характерні бактеріальні, грибкові, герпетичні ураження шкіри та слизових оболонок, поява лейкоплакії, кондиллом. Прогресує і стійко зберігається імуносупресія – кількість CD4+-клітин зменшується до 200 в 1 мкл, знижується фагоцитарна активність нейтрофілів, підвищується кількість імуноглобулінів, особливо класу G, гаммаглобуліну.

III Б – за клінічним проявом близька до поняття СНІД-асоційований комплекс. Процес прогресує від 1 до 3-х років. З'являється пропасниця, яка триває понад 2 місяці і не піддається впливу жарознижувальних, протизапальних, антибактеріальних засобів, стійка діарея, підвищена нічна пітливість, інтоксикація. Втрата маси тіла складає понад 10 %. Персистуюча лімфаденопатія набуває генералізованого характеру. Розвивається туберкульоз легень, повторні або стійкі вірусні, бактеріальні, грибкові,

протозойні ураження внутрішніх органів, рецидивують герпетичні висипи, ушкоджується периферична нервова система. Можлива поява саркоми Капоші на шкірі та слизових оболонках, плоскоклітинної карциноми, В-клітинної лімфоми. Доведено, що поєднання виникаючої волосяної лейкоплакії з кандидозом – патогномонічний симптом переходу ВІЛ-інфекції на стадію СНІДу. У крові знижується коефіцієнт Т-хелпери/Т-супресори (у нормі 2:1), наростають лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія.

III В – розгорнута клінічна картина СНІДу. Опортуністичні інфекції набувають генералізованого характеру, розвиваються або нашаровуються на інфекційний процес у вигляді дисемінованої саркоми або злоякісної лімфоми. Виникають пневмоцистні пневмонії, кандидози шкіри та слизових оболонок, позалегеновий туберкульоз, атипові мікобактеріози, ураження центральної нервової системи різної етіології. Прогресує кахексія, виникають гнійні ускладнення, виражений інтоксикаційний синдром. Хворі тривалий час змушені перебувати у ліжку. У крові кількість CD4+-клітин складає менше 200 в 1 мкл, поглиблюється дисфункція системи імунітету.

IV – термінальна стадія. Ураження органів і систем мають необоротний характер, вторинні захворювання змінюють одне одного, лікування їх неефективне. Розвиваються кахексія, деменція, виражена інтоксикація. Вірусемія зростає, уміст лімфоцитів досягає критичних величин. Хвороба прогресує і людина гине в короткі терміни.

Патологічні процеси в порожнині рота у людей, уражених ВІЛ, часто являються першими симптомами захворювання. Описано до 40 різних уражень тканин рота. Найбільш повна їх систематика складена у Центрі контролю за захворюваннями США (1995). Виділяють 3 групи уражень.

### **I. Ураження порожнини рота ЧАСТО пов'язані із ВІЛ:**

1. Кандидоз (еритематозний, псевдомембранозний, гіперпластичний).
2. Волосяна лейкоплакія.
3. ВІЛ-гінгівіт маргінальний (маргінальна еритема ясен).
4. ВІЛ-виразково-некротичний гінгівіт.
5. ВІЛ-періодонтит (пародонтит).
6. Саркома Капоші.
7. Лімфома не Ходжкіна.

### **II. Ураження РІДШЕ пов'язані із ВІЛ:**

1. Атипові виразки.
2. Захворювання слинних залоз.
3. Тромбоцитопенічна пурпура.
4. Вірусні інфекції (вірус простого герпеса, оперізуючого лишая, вітряної віспи, папіловірус, цитомегаловірус).

### **III. Ураження ІМОВІРНО пов'язані із ВІЛ:**

1. Бактеріальні інфекції (викликані асоціаціями фузоспірохет, стрепто-, стафілококів, *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*).
2. Грибкова інфекція некандидозної етіології.
3. Хвороба “котячих подряпин” (лімфоретикульоз).
4. Реакції на медикаментозні препарати.
5. Меланінова гіперпігментація.
6. Неврологічні порушення ( парез лицевого, нейропатія трійчастого нервів).
7. Остеомієліт.
8. Сінусит.
9. Піднижньощелепний целюліт.
10. Плоскоклітинна карцинома.
11. Токсичний епідермоліз.

Клінічний прояв всіх чисельних захворювань порожнини рота при ВІЛ-інфекції не є специфічним і дуже схожий із однойменними самостійними нозологічними формами. Відмінність полягає у більш стійкому, тривалому, рецидивуючому перебігу захворювань при інфікованості організму ВІЛ, відсутності ефекту традиційного лікування таких уражень порожнини рота. Диференціювати прояви ВІЛ-інфекції та СНІДу у порожнині рота дозволяють особливості анамнезу хворих, загальна клінічна симптоматика та результати додаткового обстеження хворих.

Діагноз ВІЛ-інфекції виставляють на основі епідеміологічних, клінічних і лабораторних даних. Матеріалом для лабораторної діагностики є кров. Використовують специфічні (серологічні, вірусологічні та молекулярно-генетичні) і неспецифічні методи. Серологічна діагностика включає виявлення антитіл до ВІЛ імуноферментним аналізом (ІФА) та наступне підтвердження їх специфічності імуноблотінговим тестом (ІБ). Достовірним критерієм інфікованості ВІЛ, що є достовірним, навіть у серонегативному періоді захворювання, являється виділення та ідентифікації культури ВІЛ. Але таке вірусологічне дослідження можливе лише в складних для діагностики випадках і в умовах крупної вірусологічної лабораторії. Аналогічною високою інформативною цінністю характеризуються молекулярно-генетичні методи, що включають і ПЛР (полімеразну ланцюгову реакцію), і дозволяють розраховувати кількість копій РНК ВІЛ у плазмі. Неспецифічна лабораторна діагностика, що дозволяє запідозрити ВІЛ-інфекцію, базується на визначенні абсолютного вмісту у крові Т-хелперів (CD4), Т-супресорів (CD8) з послідуєчим розрахунком індексу імунорегуляції. У здорових людей коефіцієнт співвідношення CD4/CD8 складає 1,8-2,2, на стадії СНІДу – 1,0 та нижче. Важливо оцінити зміни периферичної крові у ВІЛ-інфікованих, особливо на стадії СНІДу, які характеризуються лімфоцитопенією, анемією, ретикулоцитопенією, нейтропенією, тромбоцитопенією, моноцитопенією.



Для прогнозу активності та тривалості хвороби велике значення має рівень співвідношення CD4/CD8. Спонтанна ремісія при СНІДі не описана, хвороба прогресує і закінчується летально.

*Лікування.* Головні принципи терапії – своєчасний початок етіотропного лікування хворих, профілактика СНІД-асоційованих інфекцій та своєчасна патогенетична терапія вторинних хвороб для запобігання розвитку загрозливих для життя уражень. Етіотропне лікування ВІЛ-інфекції охоплює 3 групи препаратів: інгібітори вірусних ферментів;  $\alpha$ -інтерферони; препарати, що взаємодіють із регуляторними білками ВІЛ. Профілактична терапія СНІД-асоційованих хвороб проводиться антибіотиками, хіміопрепаратами, імуноглобулінами за індивідуальними схемами. Імуностимулятори в цьому разі протипоказані, оскільки активація Т-хелперів супроводжується посиленням репродукції ВІЛ. У комплексному лікуванні застосовують еубіотики, вітаміни, ферменти, стимулятори еритропоезу, симптоматичні засоби. Стоматологічна допомога ВІЛ-інфікованим полягає в санації порожнини рота, спільному лікуванні разом із інфекціоністами наявних уражень у щелепно-лицевій ділянці.

*Профілактика.* Згідно з рекомендаціями ВООЗ, профілактика ВІЛ-інфекції має проводитися на трьох рівнях.

□ Перший – запобігання інфікуванню ВІЛ шляхом усунення причинних факторів, що призводять до підвищення ризику захворювання. У цьому аспекті розрізняють специфічну і неспецифічну профілактику ВІЛ. Специфічна профілактика ВІЛ-інфекції полягає в розробці та застосуванні вакцин, але вона не завершена у зв'язку із високою мінливістю ВІЛ. Неспецифічна профілактика передбачає раннє виявлення та санацію джерела інфекції, руйнування механізмів і блокування шляхів передачі ВІЛ. На першому етапі профілактики обов'язковим є масовий скринінг із застосуванням тест-систем ІФА.

□ Другий – раннє виявлення хворих на ВІЛ-інфекцію. З цією метою виконуються пошуковий скринінг у групах ризику й обстеження пацієнтів за клінічними показаннями (ІФА, ІБ), лікування хворих на ВІЛ-інфекцію.

□ Третій – диспансерне спостереження та реабілітація хворих на ВІЛ/СНІД.

Виділяють 4 провідні напрямки боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції та її наслідками.

1. Запобігання статевій передачі ВІЛ – формування здорового способу життя, сексуальної культури, навчання безпечній статевій поведінці, запобігання і лікування хвороб, що передаються статевим шляхом.

2. Запобігання передачі ВІЛ через кров – забезпечення безпечними трансплантаційними органами, створення асептичних умов для інвазійних маніпуляцій, які виконуються в хірургічній, стоматологічній, косметологічній практиці.

3. Запобігання перинатальній передачі ВІЛ – розповсюдження інформації про шляхи інфікування ВІЛ, планування родини, консультації та медична допомога жінкам, які заражені ВІЛ.

4. Організація соціальної підтримки та медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, їхнім родинам та оточенню.

Ураховуючи високий ризик професійного інфікування медичних працівників стоматологічних закладів, необхідно дотримуватись певних вимог.

□ Маніпуляції виконуються лише в халаті, шапочці, одноразовій масці, захисних окулярах або щитку, змінному взутті, одноразових рукавичках. Під час роботи рукавички періодично обробляють 70% спиртовими розчинами чи дезінфікуючими препаратами. Змінювати рукавички потрібно після контакту з кожним пацієнтом. Зняті з рук рукавички повторно не використовуються. Перед одяганням гумових рукавичок шкіру біля нігтів обробляють 5% спиртовим розчином йоду. З травмованими руками, на яких є рани, ексудативні ураження шкіри, які неможливо закрити лейкопластиром або рукавичками, не можна здійснювати безпосереднє медичне обслуговування хворих та контактувати із предметами догляду за ними. Лікувати ВІЛ-інфікованого слід у подвійних гумових медичних рукавичках.

□ Під час роботи різальними та колючими інструментами слід уникати пошкоджень рукавичок, порізів та уколів рук. Якщо таке пошкодження відбулося, необхідно негайно обробити рукавички дезінфікуючим розчином, зняти їх робочою поверхнею всередину, видавити кров із рани, під проточною водою ретельно вимити руки із милом, обробити їх 70% розчином етилового спирту, змазати ранку 5% розчином йоду, накласти на неї лейкопластир. Якщо хворий був ВІЛ-інфікований, потрібно терміново попередити керівництво лікувального закладу для реєстрації випадку та проведення екстреної профілактики ВІЛ. Забруднені кров'ю руки негайно, протягом не менше 30 сек. обробляють антисептиком для шкіри (70% спирт, 3% розчин хлораміну, стериліум, хлоргексидин та ін.), двічі миють теплою проточною водою із милом, насухо витирають індивідуальною серветкою.

□ Якщо кров чи інші біологічні рідини потрапили на слизову оболонку очей, їх негайно промивають водою або обробляють 1% розчином борної кислоти; слизову носа - 1% розчином протарголу; слизову рота - 70% спиртом, 0,05% розчином перманганату калію чи 1% розчином борної кислоти.

□ Уникати процедури відновлення дихання хворого на ВІЛ/СНІД методом рот у рот. Прополіскування рота пацієнтом перед процедурами значно зменшує кількість мікроорганізмів в аерозолях, що утворюються під час процедур (за використання води – на 75 %, спеціальних ополіскувачів – на 98 %). Медичний працівник мусить ставитися до крові та інших біологічних рідин організму пацієнтів як до потенційно заразного матеріалу.

□ У роботі стоматолога максимально застосовувати інструменти і матеріали одноразового використання, після чого знезаражувати їх.

Дезінфекцію і стерилізацію повторно застосованих інструментів слід виконувати, чітко дотримуючись санітарних вимог галузевих стандартів.

□ Поверхні робочих столів на кінець робочого дня обробляють дезінфікуючими засобами із вірулоцидною дією. У разі забруднення поверхонь кров'ю це виконують негайно, а потім через 15 хвилин повторюють. Розбирають, миють, ополіскують медичні інструменти, прилади, апарати, які контактували із кров'ю, слиною чи сироваткою, тільки в гумових рукавичках після знезараження будь-яким дезінфікуючим засобом із вірулоцидними властивостями.

Лікар-стоматолог зобов'язаний брати активну участь у профілактиці розповсюдження ВІЛ/СНІДу. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, в обов'язки стоматолога входить обстеження порожнини рота для виявлення змін, характерних для ВІЛ-інфекції; направлення пацієнта для подальшого обстеження у спеціалізовані заклади після виявлення підозрілих симптомів; надання звичайної стоматологічної допомоги носіям ВІЛ; навчання персоналу та освіта хворих.

## **6. Матеріали для самоконтролю**

### **А. Тести для самоконтролю.**

1. Чоловік 24 років скаржиться на біль, неприємний запах з рота, збільшення температури тіла до 38<sup>0</sup>С. Чоловік блідий адинамічний. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації. Ясна набряклі, гіперемійовані, вкриті некротичний нальотом. На зубах – велика кількість зубного каменю. Який додатковий метод дослідження необхідно провести в першу чергу?

- A. Загальний розвернутий клінічний аналіз крові
- B. Аналіз крові на цукор
- C. Бактеоскопічний
- D. Гістологічний
- E. Ортопантомографію

2. Хворому 23 років встановлено діагноз хронічний гіперпластичний кандидозний стоматит, генералізована лімфаденопатія. В анамнезі протягом року хворіє хронічним рецидивуючим герпетичним стоматитом. Температура тіла постійно підвищується до 37,4-37,5<sup>0</sup>С, вага тіла за останній місяць зменшилась на 8 кг. Який діагноз можна запідозрити у хворого?

- A. Гостра лейкемія
- B. Інфекційний мононуклеоз
- C. СНІД
- D. Хронічна лейкемія
- E. Ящур

3. Під час диспансерного огляду студента А., 20 років виявлена генералізована лімфоаденопатія. Температура тіла 37,5<sup>0</sup>С, вага тіла за

останній місяць знизилась на 7 кг. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, набряклі, кровоточать при зондуванні. На спинці язика велика кількість жовтувато-сірого нальоту. Який попередній діагноз можна поставити хворому?

- A. Агранулоцитоз
- B. Інфекційний мононуклеоз
- C. Гостра лейкемія
- D. Хронічна лейкемія
- E. Синдром набутого імунодефіциту

4. На прийом до стоматолога звернувся хворий В., 29 років, зі скаргами на біль в яснах неприємний запах з рота, неможливість прийому їжі. В анамнезі пацієнт відмічає що дані симптоми з'явилися близько 5 місяців, за допомогою не звертався. Крім того, відмічає зниження маси тіла на 13 кг, хронічну діарею та субфібрильну температуру за цей період. Вживає наркотики протягом 4 років. Вкажіть з яких субстратів можна виділити збудника ВІЧ?

- A. Кров
- B. Плазма
- C. Слина
- D. Пунктати лімфатичних вузлів
- E. Усіх

5. Чоловік 24 років скаржитися на біль, неприємний запах з рота, збільшення температури тіла 380С. Об'єктивно: хворий блідий, адинамічний. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації. Ясна набряклі, гіперемійовані, вкриті некротичним нальотом. На зубах виявлена велика кількість зубного каменю. Хронічний середній карієс 26. Пацієнт звернув увагу лікарю, що йому був встановлений діагноз СНІД. Який метод вибрати для інактивації вірусу під час обробки наконечника?

- A. Заморожування до -2730С
- B. Замочування 70% спирті впродовж 5 хвилин
- C. Двохразова обробка "КвикДез"
- D. Ультрафіолетове опромінення
- E. Опромінення іонізуючою радіацією

6. Лікарю стоматологу необхідно надати спеціалізовану допомогу хворому А., 40 років, який хворіє на СНІД. Медичний персонал кабінету при наданні стоматологічної допомоги даному пацієнту повинен керуватися положеннями діючого в даний час Наказу МОЗ України "Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію (СНІД) " від 27 травня 2000 року за номером:

- A. 120
- B. 100
- C. 220
- D. 50

Е. 1

7. У хворого 21 року клінічні прояви виразкового стоматиту. Упродовж 3 місяців відмічає слабкість, підвищення температури до 37,50С, різке зниження ваги. Обличчя бліде, підщелепні лімфатичні вузли збільшені. Поставте попередній діагноз.

- А. СНІД
- В. Гостра лейкемія
- С. Виразково-некротичний стоматит Венсана
- Д. Гіповітаміноз С
- Е. Агранулоцитоз

8. Хворому 23 років лікар-стоматолог встановив діагноз хронічний гіперпластичний кандидоз СОПР, генералізована лімфаденопатія. Температура тіла постійно підвищується до 37,4-37,50С, вага хворого за останній місяць зменшилась на 5 кг, відмічається діарея тривалістю 1,5 місяців. Які серйозні клінічні симптоми у хворого свідчать про те, що у нього може бути СНІД?

- А. Хронічний гіперпластичний кандидоз СОПР
- В. Генералізована лімфаденопатія
- С. Температура тіла 37,4-37,70С
- Д. Постійна гарячка, зменшення маси тіла, хронічна діарея
- Е. Хронічна діарея тривалістю 1,5 місяців

9. Хворий В., 27 років, скаржиться на наявність висипань на слизовій оболонці рота впродовж 5 місяців, які супроводжуються підвищенням температури тіла. Об'єктивно: хворий худорлявий, на слизовій оболонці лівої щоки – ерозія з поліциклічними обрисами, та окремі афти, розміром 3 мм. Хворий постійно кашляє. Який додатковий метод діагностики доцільно призначити хворому?

- А. Загальний клінічний аналіз крові
- В. Аналіз крові на вміст глюкози
- С. Аналіз крові на RW
- Д. Аналіз крові на ВІЛ
- Е. Аналіз крові на ревмопроби

10. Хворому Н., 37 років, який протягом 5 років хворіє на СНІД, ортопед-стоматолог проводить ортопедичне лікування. Попередньо хворому зробили відтиски з верхньої та нижньої щелеп. В який дезінфікуючий розчин необхідно занурити відтиски перед направленням в лабораторію?

- А. Ефір
- В. Гіпохлорид натрію
- С. Хлоргексидину біглюконат
- Д. Перекис водню
- Е. Йодистий калій

## **Б. Задачі**

1. На прийом до стоматолога звернувся хворий К., 26 років зі скаргами на біль та печіння в порожнині рота. В анамнезі пацієнт відмічає, що дані симптоми з'явилися близько 5 місяців, за допомогою до лікаря не звертався. Крім того, відмічає зниження маси тіла на 13 кг, хронічну діарею та субфібрильну температуру за цей період. Вживає наркотики протягом 6-7 років. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, вкрита м'яким білим нальотом. Яке захворювання можна запідозрити у хворого? Яке додаткове обстеження необхідне провести хворому для встановлення заключного діагнозу?
2. Під час профілактичного огляду хворого лікар-стоматолог запідозрив у нього СНІД. Які серйозні клінічні симптоми цього захворювання?
3. Під час профілактичного огляду хворого лікар-стоматолог запідозрив у нього СНІД. Які ураження слизової оболонки порожнини рота, найтісніше пов'язані з ВІЛ-інфекцією?
4. Хворий П., 25 років звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 37,50С, проноси, кровоточивість ясен під час чищення зубів та прийому твердої їжі. Вживає наркотики протягом 4 років, палить. Об'єктивно: обличчя бліде, підщелепні лімфатичні вузли збільшені, безболісні, рухомі, ясна гіперемійовані, набряклі, вкриті виразками. Який попередній діагноз можна поставити хворому? Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?
5. Хворий Р., 31 року звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на короткочасний біль в зубі на нижній щелепі справа від холодної та солодкої їжі та попередив, що протягом 6 років хворіє на СНІД. Яких застережних профілактичних заходів повинен дотримуватись стоматолог під час прийому хворого?
6. Лікар-стоматолог провів санацію порожнини рота у хворого на СНІД. Як правильно провести стерилізацію стоматологічного інструментарію у даному випадку?
7. Хвора Л., 32 років звернулась до стоматолога зі скаргами на гарячку, слабкість, загальне нездужання, діарею, біль в порожнині рота під час прийому гострої та солоної їжі. Об'єктивно: хворий худорлявий, обличчя бліде, підщелепні та шийні лімфатичні вузли збільшені, безболісні, не спаяні між собою та з оточуючими тканинами. Ясна гіперемійовані, набряклі, різко кровоточать при зондуванні. Слизова оболонка спинки язика гіперемійована, вкрита великою кількістю сірого нальоту, на боковій поверхні виявлено відбитки зубів. Який найімовірніший попередній діагноз? Яка етіологія та патогенез цього захворювання?

8. Лікар-стоматолог під час диспансерного огляду студентів звернув увагу кожного на індивідуальні заходи профілактики СНІДу. Які саме рекомендації надав лікар?

9. Хворий К., 24 років скаржиться на підвищення температури тіла до 37,5-37,70С, діарею, гарячку, слабкість. Хворий зловживає алкоголем, курить. Об'єктивно: хворий блідий, адинамічний. Підщелепні та шийні лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації. Ясна набряклі, гіперемійовані, вкриті некротичним нальотом. Який попередній діагноз можна поставити хворому? Які класифікації клінічних стадій СНІДу Ви знаєте?

10. На прийом до стоматолога звернувся хворий К., 26 років зі скаргами на біль та печіння язика, особливо під час прийому пряної на солоної їжі, зниження маси тіла на 13 кг, хронічну діарею, підвищення температури тіла до 37,6-37,70С. Хворий відмічає що дані симптоми з'явилися близько 5 місяців, за допомогою до лікаря не звертався, самолікуванням не займався. Вживає наркотики протягом 6-7 років. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, спинка язика вкрита білим нальотом, який нагадує згорнуте молоко. Яке додаткове обстеження необхідне для встановлення заключного діагнозу? Яких застережних профілактичних заходів повинен дотримуватись стоматолог?

## 7. Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Вінниця: Нова книга, 2012. – С 486-494.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання пародонта / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.] / За редакцією А.В. Борисенко. Т. 4. – К.: Медицина, 2010. – 173-195 с.

### Додаткова:

1. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – Київ: Здоров'я, 1998. –С. 116-138.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства: у 2-х томах. – 14-е изд. новое / М.Д. Машковский. – Харьков: Торсинг, 1997. – Т.1. – 543 с.; Т.2. – 590 с.
3. Терапевтична стоматологія /за ред. Е.В. Боровського. – Москва: Медицина, 2002. – С. 519-530, 515-518.

### Методична:

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах: методичний посібник / В.Є. Мілерян. – Київ, 2003. – 80с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО**  
**ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 12</i>	Інфекційні захворювання. Етіологія патогенез, прояви на слизовій оболонці. Діагностика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Тема заняття № 10</i>	Грип, інфекційний моноклеоз, ящур. Етіологія, патогенез, клінічні прояви на слизовій оболонці порожнини рота, діагностика, лікування та профілактика
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017



## 1. Актуальність теми

На сьогоднішній день проблема вірусних захворювань є однією з актуальних проблем в медицині. Набагато частіше стали спостерігатися інфекційні вірусні захворювання такі як: грип, інфекційний мононуклеоз, ящур. Це інфекційні захворювання, які мають тяжкий перебіг, що визначає проблему в тактиці лікування для лікарів-стоматологів.

## 2. Конкретні цілі

1. Знати сучасні уявлення про етіологію та патогенез вірусних захворювань та їх прояви на слизовій оболонці порожнини рота у хворих.
2. Вміти діагностувати у хворих грип, інфекційний мононуклеоз, ящур.
3. Знати основні принципи лікування та профілактики грипу, ящуру, інфекційного мононуклеозу.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія 2. гістологія 3. патологічна анатомія 4. інфекційні хвороби 5. пропедевтика внутрішніх хвороб	визначити поняття “слизова оболонка порожнини рота” мати уявлення про будову слизової оболонки порожнини рота мати уявлення про основні патологічні процеси на слизовій оболонці та патологічні елементи ураження знати етіологію, патогенез, основні клінічні прояви грипу, інфекційного мононуклеозу ящуру знати порядок і правила опитування та огляду хворого, вміти правильно зібрати скарги, анамнез захворювання та життя, провести його огляд, виявити його конституцію, активність, вираз обличчя тощо

## 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

1. **Грип.** (grippus) – гостре контагіозне респіраторне захворювання, що викликається різними типами вірусів грипу.

**2. Інфекційний мононуклеоз** (mononucleosis infectiosa, хвороба Філатова-Пфейфера) – гостра вірусна хвороба, що характеризується ураженням ретикулоендотеліальної системи із розвитком гарячки, тонзиліту, поліаденіту, гепатоспленомегалії, бласттрансформації лімфоцитів.

**3. Ящур** (aphthae epizooticae) – гостре вірусне захворювання, що передається людині від хворої тварини і характеризується гарячкою, загальною інтоксикацією, появою пухирців та ерозій на слизових оболонках та шкірі.

#### **4.2. Теоретичні питання до заняття**

1. Які анатомо-фізіологічні особливості будови слизової оболонки порожнини рота?
2. Які найбільш характерні клінічні прояви грипу, ящура, інфекційного мононуклеозу на слизовій оболонці порожнини рота у хворих?
3. Які принципи лікування симптоматичних вірусних захворювань?

#### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті**

1. Вміти проводити огляд порожнини рота у хворих.
2. Під час проведення клінічного обстеження хворого встановити попередній діагноз.
3. Надати рекомендації щодо гігієни порожнини рота хворим з вірусними захворюваннями.

#### **5. Зміст теми**

**Грип.** Грип (grippus) – гостре контагіозне респіраторне захворювання, що викликається різними типами вірусів грипу.

*Етіологія, патогенез.* Зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом від прямого контакту із хворою людиною, яка є джерелом інфекції з останніх годин інкубаційного періоду до 4-7 доби захворювання. Для грипу характерна сезонність (зимово-весняний період), перебіг у вигляді епідемій. Збудники грипу належать до сімейства ортоміксовірусів, яке охоплює три антигенні типи – А, В, С. Ворота інфекції – верхні відділи респіраторного тракту. Віруси ушкоджують слизову оболонку дихальних шляхів, розмножуючись в епітеліальних клітинах. Відбуваються дегенеративні зміни циліндричного епітелію, що супроводжується зниженням бар'єрної функції слизової оболонки. Проникнення вірусу та його токсинів у кров спричиняє підвищення проникності та ламкості судинних стінок (розвиток геморагічного синдрому), токсичне ураження різних відділів центральної і вегетативної нервової системи. Грипозна інфекція обумовлює появу імунодефіциту, що призводить до вторинних бактеріальних ускладнень та загострення супутніх хронічних захворювань. Але з перших годин в інфікованих клітинах утворюється інтерферон, який обмежує поширення грипозного вірусу. До кінця тижня хвороби з'являються і підвищуються

титри гуморальних антитіл. Тяжкість хвороби визначається вірулентністю вірусу грипу та станом імунної системи хворого.

*Клініка.* Інкубаційний період триває від 12 до 48 годин. Типовий грип розпочинається гостро. Хворі скаржаться на гарячку, підвищення температури тіла, слабкість, біль у м'язах, суглобах, очах, пітливість, сильний головний біль, можливо сухість, неприємні відчуття у горлі. Катаральний синдром із боку слизових оболонок верхніх дихальних шляхів може розвинути як через декілька годин після початку захворювання, так і на 2-у добу, що проявляється у вигляді нежитю, кашлю. Під час огляду виявляють гіперемію обличчя, підвищене потовиділення, температуру тіла, зниження артеріального тиску. Можливі риніт, фарингіт, трахеїт, ларингіт.

Ураження слизової оболонки порожнини рота неспецифічні і залежать від виду вірусу, реактивності організму, місцевого імунітету. Так, на початковій стадії грипу з'являються яскрава гіперемія слизової оболонки м'якого піднебіння, піднебінних дужок, глотки, іноді слизової оболонки щік і ясен. Одночасно на ділянці м'якого піднебіння виявляють просоподібні зернисті висипи червоного кольору, які утворюються внаслідок гіперплазії епітелію вивідних проток слинних залоз. Через декілька днів вищезазначені ураження слизової оболонки змінюються посиленням судинного малюнку, появою петехій на слизовій рота, десквамацій епітелію та сіруватого нальоту на язиці, загостренням хронічних захворювань тканин пародонта, якщо вони були до грипу. Розвивається катаральний стоматит. Різде зниження імунітету, характерне для гострої вірусної інфекції, поганий гігієнічний догляд за зубами можуть призвести до активізації резидентної мікрофлори порожнини рота. Нашарування вторинної інфекції може спричинити розвиток гострого герпетичного, виразково-некротичного, афтозного, кандидозного стоматиту. Як ускладнення інколи виникають неврити трійчастого, лицевого нервів. Одужання в таких випадках затримується на 2-3 тижні.

Периферична кров характеризується лейкопенією, еозинофелією, нейтропенією, відносним моноцитозом, лімфоцитозом, ШОЕ може бути підвищена. Імунофлюоресцентною діагностикою збудник грипу виявляють у слизу носа або зіва. Підтвердження діагнозу можливе і методами серологічної діагностики (дослідження парних сироваток хворих, взятих з інтервалом 5-7 днів). Важливий аналіз епідеміологічної ситуації.

Диференційну діагностику грипу проводять із іншими гострими вірусними захворюваннями (інфекційний мононуклеоз, кір, вітряна віспа, аденовірусна інфекція та ін.), проявами гострого лейкозу, черевного тифу, лептоспірозу.

За неускладненого перебігу грипу вірус із організму зникає на 4-5 добу, гарячка загалом триває до 4 днів, працездатність відновлюється через 7-10 днів. Якщо форма грипу ускладнена, то наявність збудника реєструють в організмі до 2-х тижнів. Перебіг захворювання у таких випадках може ускладнитись бактеріальною інфекцією, виникненням фронтиту, гаймориту, отиту, пневмоній, токсичними ураженнями міокарда, головного мозку.

Імунітет після перенесеного грипу нестійкий, оскільки мінливість імуногенних властивостей різних типів, підтипів та варіантів вірусу грипу дуже висока.

*Лікування.* Хворого ізолюють та призначають загальне протигрипозне лікування (дезінтоксикаційна, противірусна, загальнозміцнювальна та симптоматична терапія). Необхідний старанний гігієнічний догляд за порожниною рота. Місцеві втручання за наявності змін на слизовій оболонці порожнини рота визначаються типом виникаючого стоматиту (катаральний, герпетичний, афтозний, виразково-некротичний, кандидозний та ін.) та спрямовані на запобігання приєднанню вторинної інфекції (застосування місцевих антисептичних засобів).

*Профілактика.* Для специфічної профілактики грипу показана протигрипозна вакцинація. У вогнищах інфекції рекомендується профілактичне призначення ремантадину протягом усього періоду епідеміологічного спалаху грипу, але його ефективність низька за активності вірусу типу В.

**Інфекційний мононуклеоз.** Інфекційний мононуклеоз (mononucleosis infectiosa, хвороба Філатова-Пфейфера) – гостра вірусна хвороба, що характеризується ураженням ретикулоендотеліальної системи із розвитком гарячки, тонзиліту, поліаденіту, гепатоспленомегалії, бласттрансформації лімфоцитів.

*Етіологія, патогенез.* Захворювання малоконтагіозне у зв'язку з високим відсотком імуностійких осіб (антитіла виявляються у 80% дорослих), наявністю безсимптомних і стертих форм. Джерело інфекції – хвора людина. Зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом, можлива і трансфузійна передача через кров. Хворіють діти, підлітки, особи молодого віку.

Збудник інфекційного мононуклеозу – вірус герпесу людини типу 4 (вірус Епштейна-Барр), який володіє тропізмом до В-лімфоцитів. Може тривалий час персистувати у клітинах хазяїна у вигляді латентної інфекції. Ворота інфекції – слизова оболонка верхніх дихальних шляхів, звідки лімфогенним та гематогенним шляхом інфекція поширюється в організмі. Збудник вибірково ушкоджує лімфоїдну і ретикулярну тканину, що призводить до генералізованої лімфаденопатії, збільшення печінки, селезінки, змін у крові. У патогенезі важлива роль відведена нашаруванню вторинної інфекції, особливо у хворих із некротичними змінами зівка.

*Клініка.* Інкубаційний період триває від 4 до 15 днів, але може бути і 50 діб. Захворювання, як правило, починається гостро. Температура тіла швидко зростає до 39-40°C. Температурна крива неправильного типу, іноді з тенденцією до хвилеподібності, тривалість пропасниці – 1-3 тижні. Зменшення температури відбувається поступово. З перших днів з'являється слабкість, головний біль, міалгія, артралгія, поліаденіт. Обличчя хворого набрякле, носове дихання утруднюється, можливі носові кровотечі. Спочатку збільшуються шийні лімфатичні вузли (за нижньою щелепою, по задньому

краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза), підщелепні, рідше – пахові. Вузли іноді досягають розмірів курячого яйця, рухомі, слабо болючі, щільно еластичні, не спаяні між собою і з прилеглими тканинами. Навколо шийних вузлів може бути колатеральний набряк, однак шкіра лишається без ознак запалення. На 3-5 добу в 1/4 хворих виявляється екзантема – поява висипу на шкірі тулуба, кінцівок, що має макуло-папульозний характер, дрібно плямистий, розеольозний, папульозний або петехіальний. Елементи ураження через 1-3 доби безслідно зникають. Поряд з цим значно збільшуються і стають щільними печінка та селезінка.

Зів хворих різко гіперемійований, виявляється гіперплазія мигдаликів. Тонзиліт розвивається на різних стадіях інфекційного мононуклеозу і може бути катаральним, лакунарним, виразково-некротичним з утворенням фібринозних плівок, що нагадують дифтеріїні. Він має стійкий тривалий перебіг і не піддається лікуванню антибіотиками. На 3-4 добу захворювання на межі твердого і м'якого піднебіння з'являються петехії, можливий розвиток катарального, герпетичного або виразково-некротичного стоматиту. Язик обкладений сірувато-білим нальотом, виражена гіперплазія язикового мигдалика, грибоподібних сосочків.

У периферичній крові виявляється лейкоцитоз до  $15-20 \times 10^9/\text{л}$  (рідше лейкопенія), нейтропенія, збільшення відсотка лімфоцитів, моноцитів, еозинофілів. Характерна поява атипівних мононуклеарів до 15-30% усіх лейкоцитів (клітини, що мають ядро великого лімфоцита і широку базофільну з фіолетовим відтінком цитоплазму з вираженим перинуклеарним просвітлінням), які можуть існувати декілька місяців. Уміст еритроцитів, гемоглобіну суттєво не змінюється, ШОЕ становить 20-30 мм/год. Існують вірусоспецифічні серологічні дослідження, які виконують у складних для діагностики випадках. Вони становлять собою модифікації реакції гетерогемаглютинації. Специфічним підтвердженням діагнозу інфекційного мононуклеозу є виявлення збільшення титру антитіл у 4 рази і більше до вірусу Епштейна-Барр.

Диференційну діагностику проводять із дифтерією, агранулоцитозом, лейкозом, проявом кору, променевої хвороби, первинним аутоінфекційними стоматитами, ангіною.

Прогноз захворювання сприятливий. Але в тяжких випадках можливе ускладнення у вигляді розриву селезінки, гострого гепатиту, гемолітичної анемії, агранулоцитозу, енцефаліту, пневмонії. Диспансерного нагляду хворі потребують протягом 6-12 місяців.

*Лікування.* Хворі не потребують спеціальної медикаментозної терапії. У легких формах обмежуються призначенням вітамінів, симптоматичних засобів загального і місцевого впливу (антисептики, протизапальні, знеболювальні, кератопластичні препарати). Протипоказані левоміцетин, сульфаніламід, оскільки вони пригнічують кровотворення. Антибіотики застосовують у випадках приєднання вторинної бактеріальної інфекції. У тяжких формах інфекційного мононуклеозу застосовують кортикостероїдні препарати.

*Профілактика.* Особи, що перенесли інфекційний моноклеоз, тривалий час не можуть бути донорами. Профілактичні заходи у вогнищі інфекції не проводяться.

**Ящур.** Ящур (aphthae epizooticae) – гостре вірусне захворювання, що передається людині від хворої тварини і характеризується гарячкою, загальною інтоксикацією, появою пухирців та ерозій на слизових оболонках, шкірі кистей.

*Етіологія, патогенез.* Збудником хвороби є пікорнавірус, який добре зберігається висушеним, замороженим, слабо чутливий до спирту, ефіру, інактивується від нагрівання. Джерелом і резервуаром інфекції є хворі домашні та дикі парнокопитні тварини (корови, кози, вівці, свині, олені та ін.), які виділяють вірус у навколишнє середовище через слину, молоко, сечу, випорожнення, де він може зберігатись до 2-3 місяців.

Людина інфікується у разі вживання сирих молочних продуктів, м'яса, що не пройшли належну кулінарну обробку. Кип'ятіння, пастеризація молока знищують вірус. Зараження може відбутись і від безпосереднього контакту із хворою твариною під час догляду за нею. Захворювання від людини до людини не передається. Найбільш чутливі до вірусу діти.

Воротами інфекції є слизова оболонка порожнини рота, носа, очей, ушкоджена шкіра. У місці проникнення вірусу виникає первинний ефект – пухирець, а далі вірус потрапляє у кров і гематогенним шляхом розноситься по всьому організму, фіксуючись в епітелії слизової оболонки рота, носа, уретри, шкіри кистей, особливо навколо нігтів та у міжпальцевих складках, і зумовлюючи появу тут нових пухирців – вторинних ефектів. Вірусемія супроводжується загальною інтоксикацією.

*Клініка.* Інкубаційний період триває 2-12 діб. Утворення первинного ефекту на місці заглиблення вірусу відбувається без підвищення температури. Після проникнення вірусу в кров різко підвищується температура тіла до 39°C, виникають лихоманка, слабкість, біль у м'язах, суглобах, у підложечковій ділянці, зниження апетиту, блювання. Через 1-2 доби хворі скаржаться на сухість і печію в роті, почервоніння очей, болючість сечовипускання.

З анамнезу важливо оцінити епідеміологічну ситуацію (контакт із хворою твариною, вживання сирого молока, епізоотологічний статус).

Від моменту появи вторинних ефектів – висипання нових пухирців гарячковий стан припиняється. Вони з'являються у порожнині рота, біля кутів рота, в міжпальцевих складках, біля основи нігтьового ложа, на статевих органах, іноді на кон'юнктиві. Слизова оболонка порожнини рота набрякла, гіперемійована, язик вкритий білувато-жовтим нальотом, підвищується слиновиділення, з'являється неприємний запах з рота. Численні пухирці діаметром 2-4 мм, наповнені молочно-білим ексудатом, виникають на всій слизовій, але їх більше на губах, язиці, піднебінні. Вони порівняно товстостінні і тому зберігаються в порожнині рота 1-2 дні, а потім лопаються з утворенням болючих поверхневих ерозій, оточених яскраво-

червоним обідком. На губах такі ерозії вкриваються кірками. Але після зниження температури тіла самопочуття хворого не покращується. Підвищена саливація (до 4-5 л за добу), болючі патологічні елементи ураження в порожнині рота, набряк язика утруднюють ковтання їжі, навіть рідкої, вимову слів. Регіональні лімфовузли збільшуються, стають болючими при пальпації. Висипання пухирців на шкірі супроводжується печією, свербінням у ділянках кистей та стоп.

Ерозії на слизових епітелізуються через 3-5 діб, не залишаючи рубцевих змін, після цього нормалізується загальний стан хворого і настає період реконвалесценції, що триває 10-15 діб. Можливі рецидиви висипів елементів уражень на шкірі та слизових оболонках, які зволікають видужання до декількох місяців. У дітей захворювання супроводжується вираженими шлунково-кишковими розладами і характеризується тяжким перебігом.

Для лабораторного підтвердження діагнозу здійснюють біологічну пробу, серологічні реакції – заражають лабораторних тварин.

Диференційну діагностику слід проводити з гострим герпетичним, гострим афтозним, виразково-некротичним стоматитом, вітряною віспою, медикаментозною алергією, багатоформною ексудативною еритемою, синдромом Бехчета, оперізуючим лишаєм.

Прогноз сприятливий. У дорослих ящур має порівняно легкий перебіг і триває 1-2 тижні. Відновлення працездатності відбувається через 2-3 тижні. Прогноз серйозний при ящурі у дітей.

*Лікування.* Обов'язкові ізоляція та госпіталізація хворого на 14 діб від початку захворювання. Рекомендована рідка, неподразнююча їжа 5-6 раз на добу. Специфічного загального лікування не має. Призначають вітаміни, знеболюючі, гіпосенсибілізуючі препарати. Місцеві втручання аналогічні терапії гострого герпетичного стоматиту.

*Профілактика.* Виконання рекомендацій санітарно-ветеринарної служби по боротьбі із ящуром серед домашніх тварин (вакцинація, карантинні заходи, дезінфекція). Дотримання заходів безпеки при догляді за хворими тваринами. Не можна користуватись молочними і м'ясними продуктами від хворих або підозрілих тварин. Для попередження зараження через продукти молоко слід кип'ятити протягом 5 хвилин або пастеризувати при температурі 850С 30 хвилин, м'ясо піддавати ретельній термічній обробці. Забороняється працювати у господарствах, де можливі епізоотії по ящурі, вагітним, підліткам, особам із мікротравмами рук.

## **6. Матеріали для самоконтролю**

### **А. Тести для самоконтролю.**

1. Хвора М., 32 років, скаржиться на погіршення загального стану, болісне ковтання їжі. Об'єктивно: підщелепні та шийні лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації. Язик обкладений сірувато-білим нальотом, зів різко гіперемійований, мигдалики гіперплазовані. Відмічається катаральний

стоматит. У клінічному аналізі крові – лейкоцитоз, поява плазматичних клітин та атипових мононуклеарів. Поставте вірогідний діагноз.

- A. Інфекційний мононуклеоз
- B. Ангіна Симановського-Венсана
- C. СНІД
- D. Гостра лейкемія
- E. Хронічна лейкемія

2. Жінка, 45 років, доярка, скаржиться на слабкість, високу температуру тіла, біль у м'язах, попереку, зниження апетиту, сухість і печіння в порожнині рота. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота виявлені пухирці з прозорим вмістом, на губах кров'янисті кірки. Подібні пухирці виявлені і на кінцівках. Поставте попередній діагноз?

- A. Гострий герпетичний стоматит
- B. Ящур
- C. Вітряна віспа
- D. Інфекційний мононуклеоз
- E. Багатоформна ексудативна еритема

3. Хвора, 20 років, скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури тіла, головний біль. Хворіє третю добу. Об'єктивно: підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації, температура тіла 37,80С, слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. На слизовій оболонці губ, піднебіння, ясен, щоках поодинокі ерозії неправильної поліциклічної форми, вкриті сірувато-білим нальотом, болісні при пальпації. Які лікарські засоби необхідно призначити в перші дні захворювання при місцевому лікуванні хворого в першу чергу?

- A. Противірусні
- B. Кератопластики
- C. Кортикостероїди
- D. Антисептики
- E. Кератолітики

4. Хворий М., 20 років, без постійного місця проживання і роботи, скаржиться на підвищення температури тіла до 390С продовж 10 днів, біль при прийомі їжі та ковтанні, носові кровотечі. Об'єктивно: на межі червоної облямівки губ та шкіри виявлені пухирці з прозорим вмістом, на слизовій оболонці порожнини рота – численні ерозії неправильної форми. Мигдалики гіперплазовані, вкриті плівчастим нальотом. Печінка збільшена та ущільнена. В аналізі крові : еритроцити –  $4,5 \cdot 10^{12}$  /л; Нв – 120 г/л; ШОЕ – 25 мм/год.; лейкоцити –  $10 \cdot 10^9$  /л; еозинофіли – 0%; лімфоцити – 41%; моноцити – 10%; атипові мононуклеари 14%. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Інфекційний мононуклеоз
- B. Гострий герпетичний стоматит
- C. Дифтерія
- D. СНІД



## Е. Гостра лейкемія

5. Хворий 18 років звернувся із скаргами на підвищення температури тіла, слабкість, біль під час вживання їжі. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла, визначаються множинні петехії. Зів гіперемійований. Регіонарні лімфовузли збільшені, рухливі, безболісні. У аналізі крові: лейкоцитоз, моноцитоз, атипові мононуклеари, ШОЕ – 30 мм/год. Який провідний етіологічний фактор розвитку даного захворювання?

- A. Алерген
- B. Мікроорганізм
- C. Гриби рода *Candida*
- D. Вірус
- E. Тяжкий метал

6. Чергового лікаря-стоматолога викликали у інфекційне відділення клінічної лікарні до хворого 36 років, госпіталізованого добу назад. 2 дні тому вживав молочні продукти, які купив на ринку. Хворий скаржиться на нудоту, сильний головний біль, печіння у роті, неможливість прийому їжі. Об'єктивно: температура тіла у хворого 39,0С. На фоні гіперемійованої та набряклої слизової оболонки порожнини рота виявлені численні пухирці та ерозії, виражена гіперсалівація. На шкірі міжпальцевих фаланг – визиккульозні висипання. Поставте попередній діагноз.

- A. Герпетиформний дерматит Дюрінга
- B. Гострий герпетичний стоматит
- C. Синдром Бехчета
- D. Оперізуючий лишай
- E. Ящур

7. Чоловік, 21 року, звернувся до стоматолога зі скаргами на загальну слабкість, біль у м'язах, підвищення температури тіла до 38,30С, розлади шлунково-кишкового тракту, підвищене слиновиділення та висипання у порожнині рота, носа, уретри, а також на шкірі крил носа та міжпальцевих складок. Указані симптоми з'явилися після вживання молока на селі. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Герпетичний стоматит
- B. Інфекційний мононуклеоз
- C. Оперізуючий лишай
- D. Синдром Бехчета
- E. Ящур

8. Хворий В., 17 років скаржиться на підвищення температури до 39,5-40,0С, нудоту, головний біль і біль у горлі, особливо при ковтанні. Об'єктивно: підщелепні, шийні, потиличні лімфовузли значно збільшені, болісні при пальпації. Печінка і селезінка збільшені. Слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. Мигдалики гіпертрофовані, вкриті нальотом

жовто-сірого кольору, який легко знімається. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Інфекційний мононуклеоз

B. Скарлатина

C. Дифтерія

D. Герпетична ангіна

E. Кір

9. Хворий 30 років скаржить на кровоточивість ясен. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. У порожнині рота на м'якому і твердому піднебінні петехії та геморагії. Ясенні сосочки цианотичні, набряклі, кровоточать при зондуванні. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Хронічна лейкемія

B. Грип

C. Гостра лейкемія

D. Агранулоцитоз

E. Хвороба Вакеза

10. Студентка 20 років звернулася до стоматолога із скаргами на кровоточивість ясен, наявність дрібних крововиливів. Об'єктивно: хвора ослаблена, астеничної статури. У порожнині рота на м'якому і твердому піднебінні петехії, геморагії, судинний малюнок добре виражений. Ясенні сосочки набряклі, цианотичні, легко кровоточать при зондуванні. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Грип

B. Хронічна лейкемія

C. Гостра лейкемія

D. Поліцитемія

E. Тромбоцитопенічна пурпура

## **Б. Задачі**

1. До стоматолога звернувся хворий X., 28 років, зі скаргами на біль в горлі, підвищення температури тіла до 39°C, біль в ділянці печінки та селезінки. Симптоми з'явилися 7 днів тому. Хворий проводив самолікування, приймав доксіцикліна гідрохлорид по 0,1 протягом 5 днів, проте полегшення не наступило. Об'єктивно: обличчя набрякле. Зів різко гіперемійований, на слизовій оболонці порожнини рота – ерозії, на межі твердого і м'якого піднебіння – петехії. У крові виявлено лейкоцитоз, збільшення лімфоцитів і моноцитів, ШОЕ – 28 мм/год., поява атипових мононуклеарів. Поставте діагноз.

2. Хворий P., 34 років скаржаться підвищення температури тіла, слабкість, біль у м'язах, суглобах, очах, пітливість, сильний головний біль, неприємні відчуття у горлі. Об'єктивно: слизова оболонка м'якого піднебіння, піднебінних дужок, глотки гіперемійована, набрякла. Одночасно на ділянці

м'якого піднебіння просоподібні зернисті висипи червоного кольору. Поставте попередній діагноз. Назвіть основні етіологічні фактори, що призводять до виникнення цього захворювання.

3. Хвора Р., 35 років, доярка, скаржиться на високу температуру тіла, біль у м'язах, попереку, зниження апетиту, сухість і печіння в порожнині рота. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота виявлені пухирці з прозорим вмістом, на губах кров'яністі кірки. Поставте попередній діагноз. Яка можлива причина виникнення цього захворювання?

4. Хворий М., 32 років звернувся до стоматолога зі скаргами на біль в горлі, підвищення температури тіла до 38,50С, біль в ділянці печінки та селезінки. Симптоми з'явилися тиждень тому. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота виявлені численні ерозії, на межі твердого і м'якого піднебіння – петехії. Визначте попередній діагноз. Які зміни в загальному клінічному аналізі крові можливо будуть виявлені у хворого?

5. Які профілактичні заходи необхідно застосовувати при грипі?

6. В клініку терапевтичної стоматології звернувся чоловік, 48 років, вівчар, зі скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 390С, головний біль та біль у м'язах, зниження апетиту, сухість і печіння в порожнині рота. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота пухирці з прозорим вмістом, на губах кров'яні кірки. Подібні пухирці виявлені на кінцівках в міжпальцевих складках. Визначте попередній діагноз. Які провідні клінічні діагностичні ознаки цього захворювання на?

7. Хворому був встановлений діагноз грип. Які основні ланки патогенезу цього захворювання?

8. В клініку терапевтичної стоматології звернувся хворий Ж., зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,50С, нежить, кашель, біль при розмові та прийомі їжі. Симптоми з'явилися 4 дні тому після переохолодження. За допомогою до лікаря не звертався. Об'єктивно: виявлені просоподібні зернисті висипання червоного кольору в ділянці м'якого піднебіння. В аналізі крові: лейкоцитоз за рахунок підвищення кількості нейтрофілів зі зміщенням вліво, ШОЕ – 27 мм/год. При дослідженні ротової рідини: відсутність інтерферону та різке зниження вмісту лізоциму. Визначте діагноз. Які основні принципи лікування хворого?

9. Хворий був встановлений діагн  
оз ящура. Які основні принципи лікування та профілактики цього захворювання?

10. Які рекомендації щодо гігієни порожнини рота можна надати хворим з грипом, інфекційним мононуклеозом, ящуром?

## 7. Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Вінниця: Нова книга, 2012. – С. 460-486.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання пародонта / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.] / За редакцією А.В. Борисенко. Т. 4. – К.: Медицина, 2010. – С. 165-168; 170-172.

### Додаткова:

1. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – Київ: Здоров'я, 1998. –С. 116-122.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства: у 2-х томах. – 14-е изд. новое / М.Д. Машковский. – Харьков: Торсинг, 1997. – Т.1. – 543 с.; Т.2. – 590 с.
3. Терапевтична стоматологія /за ред. Е.В. Боровського. – Москва: Медицина, 2002. – С. 519-530, 515-518.

### Методична:

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах: методичний посібник / В.Є. Мілерян. – Київ, 2003. – 80 с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО**  
**ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 12</i>	Інфекційні захворювання. Етіологія патогенез, прояви на слизовій оболонці. Діагностика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Тема заняття № 12</i>	Туберкульоз. Етіологія, патогенез, клінічні прояви на слизовій оболонці порожнини рота, діагностика. Лікування та профілактика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

## 1. Актуальність теми.

В зв'язку зі змінами соціальних умов останнім часом захворювання на туберкульоз зустрічається значно частіше, і набуває епідемічного характеру. Враховуючи, що початкові прояви іноді локалізуються на слизових оболонках порожнини рота, це потребує від лікаря-стоматолога чіткого знання загальних та локальних проявів цього захворювання на слизовій оболонці порожнини рота, як з метою запобігання самозараження, так і з метою своєчасного лікування хворого разом із фтизіатрами.

## 2. Конкретні цілі

1. Знати сучасне уявлення про етіологію та патогенез туберкульозу на слизовій оболонці порожнини рота.
2. Вміти використовувати методи обстеження хворих при проявах на слизовій оболонці порожнини рота туберкульозу.
3. Знати основні принципи лікування та профілактики туберкульозу у хворих.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія 2. гістологія 3. патологічна анатомія 4. інфекційні хвороби 5. пропедевтика внутрішніх хвороб	визначити поняття “слизова оболонка порожнини рота” мати уявлення про будову слизової оболонки порожнини рота мати уявлення про основні патологічні процеси на слизовій оболонці та патологічні елементи ураження знати етіологію, патогенез, основні клінічні прояви туберкульозу знати порядок і правила опитування та огляду хворого, вміти правильно зібрати скарги, анамнез захворювання та життя, провести його огляд, виявити його конституцію, активність, вираз обличчя тощо

#### 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
Туберкульоз	Хронічна інфекційна хвороба, яка викликається мікобактерією туберкульозу (паличкою Коха).
Туберкульозний вовчак ( <i>lupus vulgaris</i> ).	Найчастіша форма туберкульозних уражень –Ця хвороба має тривалий хронічний перебіг із рецидивами. Ураження туберкульозного вовчака локалізується переважно на шкірі обличчя у вигляді “метелика”.
Люпома	Це специфічний туберкульозний горбик ( <i>tuberculum</i> ), який є основним первинним елементом ураження. Виявити їх допомагає симптом “яблучного желе”. Після натискання склом вони знекровлюються, при цьому зникає червона кайма люпоми і стає добре помітною сама люпома, яка має жовто-бурий чи воскоподібний колір, що нагадує колір яблучного желе.
Симптом Поспелова	Діагностичний метод, який полягає в натисканні гудзиковим зондом на люпому, при цьому зонд легко провалюється, бо в люпомі руйнуються еластичні та колагенові волокна.
Міліарно-виразковий туберкульоз	Вторинне ураження слизової оболонки порожнини рота на тлі зниженої реактивності. Зустрічається у хворих із тяжкими формами туберкульозу легень або гортані.
Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма).	Рідкісна форма вторинного туберкульозу. Типова ознака цієї форми – утворення у глибоких шарах слизової оболонки вузлів, які з часом розпадаються.

## 4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Які анатомо-фізіологічні особливості будови слизової оболонки порожнини рота?
2. Які найбільш характерні клінічні прояви туберкульозу на слизовій оболонці порожнини рота?
3. Які основні принципи лікування туберкульозу, тактика лікаря-стоматолога?

## 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Провести огляд хворого.
2. Під час проведення клінічного обстеження хворого встановити попередній діагноз.
3. Надати рекомендації щодо гігієни порожнини рота у хворого з туберкульозом.

## 5. Зміст теми

**Туберкульоз** – хронічна інфекційна хвороба, яка викликається мікобактерією туберкульозу (паличкою Коха).

Первинного ураження СОПР практично не буває. Здебільшого це вторинне ураження порожнини рота.

Мікобактерії туберкульозу потрапляють у слизову оболонку рота як ендогенним шляхом (гематогенним, лімфогенним, *per continuitatem*), так і екзогенним.

Якщо виникає ураження слизової оболонки рота, то клінічні форми хвороби залежать насамперед від загального перебігу туберкульозного процесу й імунологічного статусу організму. У *патогенезі* туберкульозу чимале значення мають характер харчування, нервово-ендокринні розлади та ін.

Туберкульозне ураження слизової рота буває у вигляді туберкульозного вовчака, скрофулодерми і міліарно-виразкового туберкульозу.

Найчастіша форма туберкульозних уражень – *туберкульозний вовчак* (*lupus vulgaris*). Ця хвороба має тривалий хронічний перебіг із рецидивами. Ураження туберкульозного вовчака локалізується переважно на шкірі обличчя у вигляді “метелика”.

Найулюбленіші локалізації цього процесу на СОПР – червона облямівка верхньої губи, слизова оболонка верхньої губи, альвеолярний відросток верхньої щелепи в ділянці фронтальних зубів, тверде і м’яке піднебіння.



За своїм клінічним перебігом туберкульозний вовчак має інфільтративну, горбикову, виразкову та рубцеву стадії.

Основним первинним елементом ураження є *люпома* – специфічний туберкульозний горбик (*tuberculum*). Та на інфільтративній стадії розвитку горбики мало помітні. Їх виявити допомагає симптом “яблучного желе”. Після натискання склом вони знекровлюються, при цьому зникає червона кайма люпоми і стає добре помітною сама люпома, яка має жовто-бурий чи воскоподібний колір, що нагадує колір яблучного желе. Другий діагностичний метод полягає в натисканні гудзиковим зондом на люпому, при цьому зонд легко провалюється (симптом Пospelова), бо в люпомі руйнуються еластичні та колагенові волокна.

На другій стадії на тлі набряку і гіперемії з’являються окремі дрібні горбики, які становлять собою сосочкові розростання, покриті злегка помутнілим епітелієм. Якщо вони зливаються один з одним, то нагадують бородавчасті розростання.

У третій період, якщо не проводилося лікування, починається розпад люпом (із центру), після чого утворюються виразки. Вони мають м’які, нерівні, підриті, набряклі, трохи болючі краї, дно їхнє покрите жовто-червоними папіломатозними малиноподібними розростаннями, які легко кровоточать.

Після завершення третьої стадії утворюються рубці. Якщо процес відбувався без виразок, то вони гладенькі, блискучі, атрофічні. Після виразок рубці щільні, грубі, спаюють слизову оболонку з підлеглими тканинами.

Характерні зміни лімфатичних вузлів. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, щільні, спаяні в горбисті пакети.

*Клінічна картина* туберкульозного вовчака залежно від локалізації має свої особливості й ускладнення.

Так, за виразкового ураження ясен услід за появою виразок починається розсмоктування кістки альвеолярного відростка, що призводить до розхитування і зміщення зубів. У тяжких випадках альвеолярний відросток зовсім зникає, зуби випадають, а після рубцювання можуть зростися слизові оболонки верхньої губи і піднебіння.

Процес, локалізований у задній третині піднебіння, переходить на *uvula*, піднебінні дужки, глотку і горло.

Уражений язичок (*uvula*) стає набряклим, потовщеним, безформним, нерідко горбистим, із зернистою поверхнею. У разі деструктивного процесу язичок деформується і навіть повністю зникає.

На язиці процес розвивається в ділянці його кореня або спинки, не уражуючи країв і кінчика. Під час клінічного обстеження на язиці знаходять дифузно розсіяні горбики, здатні розпадатися. Іноді на місці ураження виникають верукозні та папіломатозні патологічні елементи ураження. Суб’єктивні відчуття відсутні.

Ураження слизової оболонки губ має виразкову форму і супроводжується значним набряком і больовими відчуттями. Після загоювання виразки формуються глибокі рубці, які деформують губу.

Виразкове ураження верхньої губи викликає типовий клиноподібний дефект: рубець стягує бокові частини губи, що спотворює її, порушуючи мовлення й утруднюючи вживання їжі. У разі ураження обох губ розвивається мікростома.

*Діагностика* хвороби полегшується наявністю характерних симптомів “яблучного желе” при діаскопії в інфільтративній фазі та симптомом провалювання зонда в люпому (симптом Поспелова). Реакція Манту позитивна, але у виділеннях із виразок, як правило, мікобактерій не знаходять. Гістологічним дослідженням у сітчастому шарі сполучної тканини виявляється горбик, в якому містяться гігантські клітини Пирогова-Лангханса, плазматичні, епітеліоїдні клітини, навколо них – лімфоцити. Казеозний некроз відсутній або слабо виражений.

*Диференційна діагностика.* Прояви туберкульозного вовчака слід відрізнити від горбкуватого сифіліду, проявів лепри та червоного вовчака.

*Міліарно-виразковий туберкульоз* – вторинне ураження слизової оболонки порожнини рота на тлі зниженої реактивності. Зустрічається у хворих із тяжкими формами туберкульозу легень або гортані. Рясне мокротиння з високим умістом мікобактерій туберкульозу осідає в місцях слизової рота, яка найчастіше зазнає травми (спинка язика, слизова щік по лінії змикання зубів, м’яке піднебіння, ясна). При цьому мікрофлора розмножується і виникають типові туберкульозні горбики, які потім розпадаються в центрі, утворюючи глибокі, повзучі, дуже болючі виразки з нерівними підритими краями. Виразка росте по периферії, досягаючи іноді великих розмірів. Дно і краї виразки мають зернистий характер (за рахунок горбиків), покриті жовто-сірим нальотом. Тканини, що оточують виразку, набряклі, а по периферії виразки виявляють дрібні абсцеси, так звані зерна Треля. Запальні явища навколо виразки виражені слабо.

На язиці та перехідних складках виразки мають форму щілин із підритими краями.

Лімфатичні вузли на початку утворення виразки можуть не пальпуватись, а згодом збільшуватися, ставати щільно-еластичними, болючими.

Якщо виразка розташована на яснах, можливе ураження кісткової тканини, внаслідок чого зуби розхитуються і випадають.

*Діагностика.* Має велике значення загальний стан хворих: він дуже тяжкий, хворі схудлі, в них посилені пітливість, слиновиділення, задишка, підвищена температура тіла. У крові – лейкоцитоз, лімфоцитоз. У зіскрібках із виразки виявляють гігантські клітини Пирогова-Лангханса та епітеліоїдні клітини. У бактеріоскопічному дослідженні виявляють бацили Коха.

*Диференційна діагностика* проводиться з гумозною виразкою при сифілісі, виразково-некротичним стоматитом Венсана, радіомукозидами, травматичною хронічною виразкою, трофічною та раковою виразками, проявами вторинного сифілісу.

*Коліквативний туберкульоз* (скрофулодерма). Рідкісна форма вторинного туберкульозу. Типова ознака цієї форми – утворення у глибоких

шарах слизової оболонки вузлів, які з часом розпадаються. При цьому виникають виразки неправильної форми, м'якої консистенції, зі з'єденими, підритими краями та в'ялими грануляціями на дні. Виразка слабоболюча, після її загоєння утворюються нерівні рубці.

Коліквативну форму туберкульозу треба диференціювати з гумозною виразкою, раковою виразкою, актиномікозом.

#### *Лікування і профілактика*

Якщо лікар-стоматолог помітив у хворого туберкульозне ураження слизової оболонки порожнини рота, він зобов'язаний у першу чергу направити хворого на консультацію і допоміжне обстеження в лікаря-фтизіатра.

Лікують хворих у туберкульозних диспансерах, тому що прояви туберкульозу на слизовій рота – це наслідок загальної туберкульозної інфекції. Лікар-стоматолог проводить санацію порожнини рота й антисептичне полоскання, використовуючи для місцевого лікування специфічні протитуберкульозні препарати: ізоніазид, салюзид, метазид, знеболювальні, рифампіцин, гентаміцин тощо.

Профілактика туберкульозу охоплює проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення, боротьбу з наркоманією, покращення житлових умов та харчування, а лікарі-стоматологи повинні застосовувати всі засоби захисту від інфекції.

## **6. Матеріали для самоконтролю**

### **А. Тести для самоконтролю**

1. Хвора Н., 51 року скаржиться на наявність виразки на боковій поверхні язика. Об'єктивно: на боковій поверхні язика є неглибока виразка з нерівними підритими краями. Дно виразки вкрите жовтувато-сірим нальотом. Навколо виразки маленькі абсцеси. Регіонарні підщелепні лімфовузли збільшені. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Первинний сифіліс
- B. Туберкульозна виразка
- C. Декубітальна виразка
- D. Афта Сеттона
- E. Ракова виразка

2. Хворий Т., 37 років працює в теплицях зрошувальником, курить, скарги на загальну слабкість із-за неможливості повноцінного харчування, спричиненого болісною виразкою лівої щоки. Виразка, незважаючи на різні "полоскання", продовжує повільно прогресувати півтора місяця. Об'єктивно: хворий худорлявий, на слизова оболонка лівої щоки в ретромоллярній ділянці, поширюючись на глотку, виявляється неглибока виразка, неправильної форми, вкрита сірувато-жовтим нальотом, болісна, з в'ялими грануляціями на дні та жовтими крапками – на периферії. Запальна реакція по периферії

виразки слабо виразна. Лімфатичні підщелепні вузли м'якої консистенції, спаяні між собою. Ваш попередній діагноз?

- A. Актиномікоз
- B. Рак слизової оболонки лівої щоки
- C. Міліарно-виразковий туберкульоз
- D. Агранулоцитарна ангіна
- E. Ангіна Симановського Плаут-Венсана

3. Хворий В., 40 років звернувся до клініки зі скаргами на наявність на яснах верхньої щелепи горбиків. Об'єктивно: на яснах верхньої щелепи горбики м'якої консистенції, червоного кольору, 5 мм в діаметрі, безболісні. При натискуванні склом вони знекровлюються і в середині видно жовто-бурого кольору утворення. Який діагноз найбільш імовірний? Туберкульозний вовчак

- A. Гумозна виразка
- B. Рак
- C. Міліарно-виразковий туберкульоз
- D. Червоний вовчак

4. У хворого Д., 38 років на слизовій оболонці щік розташовані горбики жовто-червоного кольору, м'якої консистенції, діаметром 1-3 мм, слабоболісні при пальпації. Симптоми Поспелова та яблучного желе позитивні. Який ймовірний етіологічний збудник даного захворювання?

- A. Паличка Коха
- B. Паличка Гансена
- C. Спірохета Венсана
- D. Паличка Леффлера
- E. Гонокок

5. Хворий Н., 35 років скаржиться на наявність болючої виразки на щоці, схуднення, слабкість. Об'єктивно: на фоні набряклої слизової оболонки щоки справа виявлена виразка з нерівними, м'якими краями, вкрита жовто-сірим нальотом. Дно і краї виразки мають зернистий характер. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені, щільно-еластичні, болючі. Який попередній діагноз найбільш вірогідний?

- A. Міліарно-виразковий туберкульоз
- B. Ракова виразка
- C. Афга Сеттона
- D. Декубітальна виразка
- E. Трофічна виразка

6. До стоматолога амбулаторії звернувся хворий Н., 40 років зі скаргами на болісну виразку в роті. Під час огляду в ротовій порожнині на слизовій оболонці піднебіння різко болісна виразка 1,5 на 2 см, вкрита жовтуватим нальотом, з м'якими підритими краями та ободком запалення блідно-

червоного кольору. Дно виразки нерівне, сірого кольору. Назвіть попередній найбільш вірогідний діагноз?

- A. Актиномікоз
- B. Рак слизової оболонки піднебіння
- C. Первинний сифіліс
- D. Туберкульозна виразка
- E. Виразково-некротичний стоматит

7. Під час мікроскопічного дослідження матеріалів зішкрябу з дна виразки слизової оболонки піднебіння виявлені гігантські епітеліодні клітини Пирогова-Лангханса. Для якого захворювання характерна така мікроскопічна картина?

- A. Туберкульоз
- B. Актиномікоз
- C. Гостра лейкемія
- D. Сифіліс
- E. Лімфогрануломатоз

8. В клініку до стоматолога звернувся хворий 42 роки зі скаргами на слабкість, схуднення, незначне підвищення температури тіла 37,2°C. Об'єктивно: на фоні гіперемійованої слизовій оболонці щоки, по лініїзмикання зубів виявлена виразка, дно та краї якої мають зернистий характер, вкрита жовто-сірим нальотом. По периферії виразки – дрібні абсцеси. Поставте попередній діагноз.

- A. Міліарно-виразковий туберкульоз
- B. Декубітальна виразка
- C. Трофічна виразка
- D. Гумозна виразка
- E. Стоматит Венсана

9. Хворий 40 років, звернувся в клініку із скаргами на появу почервоніння і кровоточивість в ділянці ясен і губ. З анамнезу: півроку тому йому був виготовлений бюгельний протезом на нижню щелепу, корекція протеза проводилася тричі. Об'єктивно: виразка на альвеолярному відростку нижньої щелепи, овальної форми з підритими краями і дном, що нагадує ягоди соковитої малини і легко кровоточать. Який попередній діагноз?

- A. Туберкульозна виразка
- B. Богатоформна ексудативна еритема
- C. Трофічна виразка
- D. Ракова виразка
- E. Декубітальна виразка

10. Хворого непокоїть наявність в підщелепній ділянці збільшених лімфатичних вузлів протягом декількох місяців. Проведена біопсія лімфовузлів. В центрі вогнища виявлені епітеліодні та гігантські клітини

Пирогова-Лангганса, ділянки сирнистого некрозу. Для якого захворювання характерні такі результати цитологічного дослідження?

- A. Туберкульоз
- B. Сифіліс
- C. Актиномікоз
- D. Гострий серозний лімфаденіт
- E. Хронічний гіперпластичний кандидоз

### **Б. Задачі для самоконтроля**

1. У хворої Р., 23 років на слизовій оболонці порожнини рота в ділянці *placa retrigomandibularis sinistra* виразка розміром 1,5×1,5 з підритими краями, дуже болісна, легко кровоточить, покрита жовтуватим нальотом. Який попередній клінічний діагноз?

2. Пацієнт Н., 29 років скаржиться на болісну виразку на язичі, погіршення загального стану. Вважає себе хворим місяць. Перебуває на обліку у нарколога. Об'єктивно: колір шкіри блідий, хворий худорлявої статури. На фоні гіперемійованої слизової оболонки спинки язика виявлена неглибока виразка, з нерівними підритими м'якими краями, зернистим дном, покрита жовтувато-сірим нальотом, розміром 10x15 мм. Регіонарні лімфовузли збільшені, ущільнені, спаяні між собою і болісні при пальпації. Яке захворювання передусім повинен запідозрити стоматолог?

3. Хворий Я., 47 років, скаржиться на наявність виразки на спинці язика. Об'єктивно: на спинці язика є неглибока виразка з підритими краями, болісна, навкруги якої численні горбки. Який діагноз найбільш вірогідний?

4. Хворий 34 років звернувся до стоматолога із скаргами на наявність виразки на твердому піднебінні, яка з'явилася приблизно місяць тому назад. Лікувався полосканням відварів трав, але виразка поступово "повзе". Об'єктивно: на слизовій оболонці твердого піднебіння є неглибока болісна виразка з нерівними підритими краями, м'якої консистенції, дно містить грануляції. На периферії виразки видно жовтуваті зернини. Який Ваш попередній діагноз? Подальша тактика лікаря стоматолога?

5. Хворий І., 37 років звернувся до лікаря зі скаргами на наявність болючої виразки на слизові оболонки порожнини рота, яка утруднює приймання їжі. Об'єктивно: на слизовій оболонці м'якого піднебіння є болюча виразка з підритими м'якими краями розміром 0,5 см в діаметрі. Дно вкрите сіро-жовтими бугорками. Цитологічне дослідження: наявність клітин Ланганса. Поставте заключний клінічний діагноз.

6. Хворий 39 років, скаржиться на наявність виразок і горбків м'якої консистенції на слизовій оболонці рота, кровоточивість ясен, біль і рухомість зубів. Об'єктивно: на слизовій оболонці язика, ясен є поодинокі виразки з

м'якими підритими краями, вкриті жовтим нальотом. по периферії виразок є невеликі горбки м'якої консистенції. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, м'які, безболісні при пальпації, не спаяні з оточуючими тканинами. Який найбільш вірогідний діагноз?

7. Які клітини є характерними для туберкульозу при мікроскопічному дослідженні патологічних тканин?

8. Виберіть 4 основні показники крові, найбільш інформативні для туберкульозу: еритропенія, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, лейкоцитоз, лейкопенія, еозінофілія, еозінопенія, лімфоцитоз, моноцитоз, моноцитопенія.

9. Хворий 40 років, звернувся в клініку зі скаргами на болісні виразки на язичці. Об'єктивно: на спинці язика неглибокі виразки неправильної форми з підритими м'якими краями. Дно виразки нерівне, сіро-жовто-червоного кольору, з жовтими міліарними горбиками. Який попередній діагноз у хворого? Які додаткові методи обстеження необхідно призначити для уточнення діагнозу? Яка тактика лікаря стоматолога?

10. Які форми туберкульозу спостерігаються на слизовій оболонці порожнини рота?

## 7. Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 495-498 с.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання пародонта / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.] / За редакцією А.В. Борисенко. Т. 4. – К.: Медицина, 2010. – 214-218 с.

### Додаткова:

1. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – Київ: Здоров'я, 1998. – С. 153-158.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства: у 2-х томах. – 14-е изд. новое / М.Д. Машковский. – Харьков: Торсинг, 1997. – Т.1. – 543 с.; Т.2. – 590 с.
3. Терапевтична стоматологія /за ред. Е.В. Боровського. – Москва: Медицина, 2002. – С. 519-530, 515-518.

### Методична:

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах: методичний посібник / В.Є. Мілерян. – Київ, 2003. – 80с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО**  
**ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 12</i>	Інфекційні захворювання. Етіологія, патогенез, прояви на слизовій оболонці. Діагностика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Тема заняття № 13</i>	Сифіліс. Гонорея. Етіологія, патогенез, клінічні прояви на слизовій оболонці порожнини рота, діагностика. Лікування та профілактика. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017



## **1. Актуальність теми.**

Сифіліс-хронічна інфекційна хвороба, яку викликає бліда спірохета. Шлях передачі в основному контактний – при статевих стосунках, а також при користуванні загальною з хворим посудом, білизною, зубною щіткою. За сучасними даними, які описані в літературних джерелах, прояви сифілісу на СОПР досить часто не розпізнаються, а це приводить до самозараженню лікаря-стоматолога а також передачею інфекції через недостатньо дезинфікований і стерилізований інструментарій хворими, що звертаються за стоматологічною допомогою з приводу захворювань пародонту.

З вище викладеного виходить, що лікар-стоматолог повинен добре знати шляхи передачі інфекції від хворого до здорового, загальні і локальні прояви сифілісу на слизистій оболонці порожнини рота і пародонту та на основі їх аналізу і узагальнення уміти своєчасно визначити можливу наявність цього захворювання і прийняти термінові заходи до уточнення діагнозу. Пацієнта слід направити на спеціальне бактеріологічне та імунологічне обстеження, а також призначити на консультацію до дерматовенеролога і прийняти заходи до попередження розповсюдження захворювання серед медперсоналу стоматологічного закладу, а також серед хворих, що звертаються до стоматолога з патологією органів порожнини рота.

В зв'язку зі змінами соціальних умов останнім часом гонорея почала зустрічатися значно частіше, а іноді набувати епідемічного характеру. Досить часто початкові прояви цих захворювань локалізуються на слизових оболонках порожнини рота, що потребує від лікаря-стоматолога чіткого знання загальних та локальних клінічних ознак цих захворювань на слизовій оболонці порожнини рота, як з метою запобігання самозараження, так і з метою своєчасного лікування хворого разом із спеціалістами-інфекціоністами, фтизіатрами та дерматовенерологами.

## **2. Конкретні цілі.**

Знати:

- збудників захворювання;
- можливі шляхи зараження сифілісом населення;
- загальні ознаки інфекційного захворювання;
- особливості клінічного прояву сифіліса на слизовій оболонці порожнини рота;
- своєчасні методи діагностики захворювання;
- тактику лікаря-стоматолога при виявленні цього захворювання.
  - Знати сучасне уявлення про етіологію та патогенез гонореї.
  - Вміти використовувати методи обстеження хворих при проявах на слизовій оболонці порожнини рота гонореї.
  - Вміти провести клінічне обстеження хворих на гонорею, виявити характерні елементи ураження, скласти план допоміжних методів дослідження, заповнювати бланки консультативних направлень до суміжних спеціалістів, вибрати лікарські препарати.

- Знати основні принципи лікування та профілактики гонореї у хворих

Вміти:

- провести клінічне обстеження хворих на виявлення бактеріального інфекційного захворювання;
- виявити характерні для захворювання елементи ураження;
- скласти план допоміжних методів дослідження;
- заповнювати бланки консультативних направлень до суміжних спеціалістів;
- вибрати лікарські препарати та провести симптоматичну терапію захворювань слизової оболонки порожнини рота, як наслідок проявів та інфекційного захворювання.

### 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міжнародна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Попередні дисципліни -інфекційні хвороби	Знати збудники та шляхи зараження бактеріальними інфекціями, загальні симптоми захворювання
дерматовенерології	Знати збудники та шляхи зараження бактеріальними інфекціями, загальні симптоми захворювання
пропедевтика тератичної стоматології	Знати методи обстеження стоматологічного хворого. Вміти обстежити стоматологічного хворого
Внутрішньопредметна інтеграція	Знати клініку уражень слизової порожнини рота при бактеріальних інфекціях. Вміти проводити диференційну діагностику проявів бактеріальних інфекцій (дифтерії, гонореї, туберкульозу, лепри) на слизовій порожнині рота
1. нормальна анатомія 2. гістологія 3. патологічна анатомія 4. інфекційні хвороби 5. пропедевтика внутрішніх хвороб	визначити поняття “слизова оболонка порожнини рота” мати уявлення про будову слизової оболонки порожнини рота мати уявлення про основні патологічні процеси на слизовій оболонці та патологічні елементи ураження знати етіологію, патогенез, основні

	клінічні прояви гонореї знати порядок і правила опитування та огляду хворого, вміти правильно зібрати скарги, анамнез захворювання та життя, провести його огляд, виявити його конституцію, активність, вираз обличчя тощо
--	---

#### 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Сифіліс	Хронічна інфекційна хвороба, яку викликає бліда спірохета ( <i>spirocheta pallida</i> ).
Шанкер	Термін походить від французького слова "chancre" - виразка. Розвиток твердого шанкеру на губах або на слизовій оболонці порожнини рота починається з появи осередку обмеженого почервоніння, який протягом 2-3-х тижнів ущільнюється внаслідок запального інфільтрату. Поступово це ущільнення збільшується до 1—2 см у діаметрі. У центрі ураження виникає некроз і утворюється ерозія м'ясо-червоного кольору, рідше - виразка.
Шанкер-амигдаліт	Атиповий варіант твердого шанкеру, має місце ураження всього мигдалика. Він збільшений, виступає в просвіт зів, займає його половину, а іноді увесь зів. Колір мигдалика мідно-червоний, він неболючий, щільний.
Лімфангіт (склерангіт)	Реактивне ураження лімфатичної судини, яка несе лімфу від твердого шанкеру до регіонарних лімфатичних вузлів.
Розеольозні висипи	Виникають на слизовій оболонці рота симетрично на дужках, м'якому піднебінні, язичку та мигдаликах. Рідше - на язиці, губах, щоках.

	<p>Поява розеол у порожнині рота збігається з висипами розеол на шкірі. Особливістю розеольозних уражень є те, що вони зливаються, і тоді утворюються вогнища у вигляді еритеми. Слизова оболонка м'якого піднебіння і мигдаликів стає інтенсивно-червоною (еритематозна ангіна).</p>
<i>Папульозні висипи</i>	<p>Найчастіші прояви вторинного сифілісу на слизовій оболонці порожнини рота. Вони можуть виникати в різних відділах слизової оболонки порожнини рота та особливо на мигдаликах, дужках, м'якому піднебінні, де вони зливаються в суцільні осередки ураження (папульозна ангіна). Нерідко папули виникають на язиці, слизовій оболонці щік, особливо по лінії змикання зубів, на яснах .</p>
<i>Гуми</i>	<p>В порожнині рота зустрічаються звичайно у вигляді поодиноких уражень. Рідше в порожнині рота виявляється кілька гум і надзвичайно рідко спостерігаються численні ураження, характерні для вторинного сифілісу. Гумозний період супроводжується глибокими ушкодженнями тканин. Найчастіша локалізація гум - м'яке та тверде піднебіння і язик.</p>
<b>Гонорея – (гонококовий стоматит)</b>	<p>Гостра інфекційна хвороба слизової рота. Збудник гонореї – гонокок.</p>

#### **4.2. Теоретичні питання до заняття.**

1. Який етіологічний чинник хронічного інфекційного захворювання сифіліс?
2. Назвіть шляхи зараження сифілісом.
3. Як за класифікацією розрізняють сифіліс?
4. Які додаткові методи потрібно провести для підтвердження діагнозу?
5. Для яких періодів сифілісу можливе ураження слизової оболонки порожнини рота?

6. Які найтипівіші прояви первинного періоду сифілісу в порожнині рота?
7. Які клінічні прояви вторинного періоду сифілісу в порожнині рота?
8. Які прояви третинного періоду сифілісу в порожнині рота?
9. Опишіть тактику стоматолога під час виразкових висипань при вторинному сифілісу.
10. Яка профілактика сифілісу?
11. Які анатомо-фізіологічні особливості будови слизової оболонки порожнини рота?
12. Які найбільш характерні клінічні прояви гонореї на слизовій оболонці порожнини рота у хворих?
13. Які основні принципи лікування гонореї, тактика лікаря-стоматолога?

#### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.**

1. Провести діагностику такої інфекційної хвороби, як сифіліс.
  2. Скласти план лікування хворого на сифіліс.
  3. Провести допоміжні методи обстеження хворого на вторинний сифіліс (бактеріологічне, реакція Вассермана).
  4. Заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.
- 6 1. Вміти проводити огляд порожнини рота у хворих.
  2. Під час проведення клінічного обстеження хворого встановити попередній діагноз.
  3. Надати рекомендації щодо гігієни порожнини рота у хворого з гонореєю.

#### **5. Зміст теми.**

**Сифіліс** - це хронічна інфекційна хвороба, яку викликає бліда спірохета (*spirocheta pallida*).

Ураження виникає після проникнення *Treponema pallida* через шкіру або слизові оболонки. Можливе внесення інфекції у кров'яне русло (трансфузійний, уроджений сифіліс).

Джерело розповсюдження інфекції - хворі на первинний і вторинний сифіліс із характерними висипами на шкірі та слизових оболонках. Ураження виникає також від статевого контакту з хворим на ранній прихований сифіліс. У порожнину рота інфекція потрапляє позастатевим шляхом за наявності ушкодження епітелію (ерозії, тріщини тощо).

Зараження відбувається безпосередньо, наприклад, через поцілунок, як наслідок нетрадиційних форм статевих контактів і нетрадиційної сексуальної орієнтації тощо або безпосередньо - через заражені предмети, якими користується хворий на сифіліс, наприклад, через зубну щітку та ін. Описані випадки зараження під час екстракції через заражені шприци, щипці, інфіковані голки і т. ін.

Із моменту проникнення блідої трепонеми в організм людини незалежно від шляху ураження сифіліс стає загальною інфекційною хворобою. Експериментальними дослідженнями встановлено, що вже через

кілька хвилин після ураження, бліда трепонема з'являються у лімфатичних вузлах і крові.

Перебіг процесу має певну закономірність, зумовлену імунологічними зсувами, що відбуваються внаслідок взаємодії блідої трепонеми й організму хворого.

У клінічному плані для сифілісу характерна хвилеподібна зміна активних проявів і прихованих періодів із посиленням тяжкості процесу і його стійкості до лікування.

У перебігу сифілісу виділяють інкубаційний, первинний, вторинний і третинний періоди.

### ***Первинний період сифілісу.***

*Клініка.* Тривалість цього періоду сифілісу - від 6 до 8 тижнів. Починається він із появи на місці проникнення блідої трепонеми твердого шанкеру (*ulcus durum*; синоніми: "первинний афект", "первинна сифілома", "первинний склероз"). Термін "шанкер" походить від французького слова "chancre" - виразка.

У порожнині рота твердий шанкер частіше локалізується на червоній каймі губ (78%), на язиці (8,2 %), мигдаликах, яснах, у кутах рота.

Розвиток твердого шанкеру на губах або на слизовій оболонці порожнини рота починається з появи осередку обмеженого почервоніння, який протягом 2-3-х тижнів ущільнюється внаслідок запального інфільтрату. Поступово це ущільнення збільшується до 1—2 см у діаметрі. У центрі ураження виникає некроз і утворюється ерозія м'ясо-червоного кольору, рідше - виразка. Коли шанкер досягає повного розвитку протягом 1-2 тижнів, на слизовій оболонці порожнини рота він має вигляд круглої або овальної ерозії, неbolючої, м'ясо-червоного кольору, або виразки з блюдцеподібними краями діаметром від 3 мм (карликовий шанкер) до 1,5 см, зі щільно-еластичним інфільтратом в основі. Іноді ерозії покриті сірувато-білим нальотом.

Виразкові шанкери на червоній каймі губ можуть мати нерівне дно, покриватися серозно-геморагічними кірками, після видалення яких виникає сильна кровотеча.

Нерідко на губах унаслідок наростаючого інфільтрату формуються гіпертрофічні шанкери діаметром 2-3 см, напівсферичної форми і щільно-еластичної консистенції. Вони, як капелюшки грибів, піднімаються над навколишніми тканинами. Їхня гладенька та блискуча поверхня ерозивна, іноді наявна виразка, з якої виділяється незначний серозний ексудат.

Унаслідок інфільтрату нижня губа звисає, а шанкер тримається довше, ніж на інших місцях слизової рота.

У кутах рота і на перехідній складці твердий шанкер має вигляд тріщини, але після розтягування складок, в яких знаходиться твердий шанкер, видно його овальні контури. Твердий шанкер у кутах рота нагадує стрептококову або кандидозну заїду, але відрізняється від неї щільністю і підщелепним лімфаденітом.

На язиці твердий шанкер буває одиночним і виникає частіше в середній третині, іноді на латеральній поверхні. Він може бути типовим, а іноді нагадувати герпетичну чи травматичну ерозію. Крім ерозивної та виразкової форм, у осіб зі складчастим язиком у разі локалізації твердого шанкеру вздовж складок може виникнути щілиноподібна форма. У зв'язку з вираженим інфільтратом твердий шанкер різко виступає над навколишніми тканинами, на його поверхні наявна м'ясо-червона ерозія. Запальні процеси навколо відсутні й немає болю.

На яснах твердий шанкер має вигляд яскраво-червоної гладенької ерозії, яка у вигляді півмісяця оточує один або два зуби. Виразкова форма твердого шанкеру схожа з банальним виразковим гінгівітом.

Твердий шанкер, локалізований на мигдаликах, має три різновиди: ерозивний, виразковий і ангіноподібний (шанкер-амигдаліт).

Ерозивний шанкер мигдалика невеликого діаметра (від 3 до 10 мм), круглої форми, з чіткими межами. Дно гладеньке і рівне, відтворює рельєф мигдалика з його пазухми і виступами. Ущільнення прощупується не завжди. Колір може бути різний: червоний, сіруватий, опаловий і навіть строкатий, коли червоні ділянки чергуються з сірими. Суб'єктивні відчуття відсутні. Поверхня мигдалика навколо ерозивного шанкеру не змінюється.

Виразковий шанкер мигдаликів більший, ніж ерозивний (діаметр доходить до 1,5-2,0 см), іноді поширюється на всю поверхню мигдалика, контури нерівні, межі стерті, дно нерівне, темно-червоного кольору, покрите сіруватим нальотом. Пальпаторно виявляється ущільнення різного ступеня вираженості. Іноді буває відчуття дискомфорту і болю під час ковтання і в осередку регіонарного лімфаденіту.

Шанкер-амигдаліт - атиповий варіант твердого шанкеру, де має місце ураження всього мигдалика. Він збільшений, виступає в просвіт зів, займає його половину, а іноді увесь зів. Колір мигдалика мідно-червоний, він неболючий, щільний. Процес відрізняється від ангіни бічністю ураження, відсутністю болю і гострої запальної гіперемії, загальних явищ немає, температура тіла нормальна.

Важливі симптоми первинного сифілісу - регіонарний лімфаденіт, лімфангіїт та полі-аденіт.

Діаметр вузлів при регіонарному лімфаденіті (склеродиніті) збільшений до 2-3 см, вони щільно-еластичні, ізольовані один від одного, не спаяні з тканинами, рухомі й не-болючі. Шкіра над ними не змінена. Пальпаторно виявляються куляста чи овальна форми.

*Лімфангіїт* (склерангіїт) - реактивне ураження лімфатичної судини, яка несе лімфу від твердого шанкеру до регіонарних лімфатичних вузлів. Уражена судина пальпується у вигляді щільно-еластичного тяжа. Шкіра над ним не змінена. Іноді по його ходу прощупуються вузликові утвори, які нагадують чотки.

Поліаденіт формується за 1,5-2 тижні до початку вторинного сифілісу й тримається до 2-3 місяців.

Загальні симптоми первинного сифілісу: анемія, гарячка, головний біль, неврологічні болі, носові кровотечі, артропатії й артралгії. Нічний головний біль та нічні болі в кістках типові для первинного сифілісу.

*Діагностика.* Через 5-7 днів після утворення твёрдого шанкеру на поверхні його дна та в лімфатичних вузлах на мікробіологічному обстеженні знаходять бліді трепонеми. У кінці 3-го тижня первинного сифілісу в крові за допомогою серологічних реакцій (реакція Вассермана, осадкові реакції) знаходять антитіла, які утворюються після проникнення блідих трепонем у кров. Також використовують реакцію імунофлуоресценції (РІФ), а також реакцію іммобілізації блідих трепонем (РІБТ або РІТ). З 4-го тижня класичні серологічні реакції стають позитивними, в зв'язку з чим первинний період сифілісу поділяють на серонегативний (з моменту появи твердого шанкеру до моменту переходу серологічних реакцій із негативних у позитивні) і первинний серопозитивний.

*Диференційна діагностика.* Твердий шанкер слід відрізнити від простого герпесу, шанкероформної піодермії, ракової пухлини, виразок при туберкульозі, травматичних виразок, ерозій і виразок при пухирчатці, ерозій при червоному плоскому лишайі, лейкоплакції, червоному вовчаку, виразково-некротичному стоматиті Венсана, проявів вторинного та третинного сифілісу.

### ***Вторинний період сифілісу.***

*Клінічні прояви.* Починається через 6-7 тижнів після появи твердого шанкеру. Вторинний період сифілісу триває 3-5 років. Для нього характерний хвилеподібний перебіг, коли періоди активного прояву хвороби змінюються періодами прихованого, безсимптомного перебігу.

Слизова оболонка порожнини рота часто стає місцем, де локалізуються сифіліди вторинного сифілісу. При вторинному рецидивному сифілісі висипи в порожнині рота можуть бути єдиним клінічним проявом хвороби.

Ураження слизової оболонки порожнини рота при вторинному сифілісі можуть мати вигляд розеольозних, папульозних, рідше -пустульозних висипів.

*Розеольозні висипи* на слизовій оболонці рота виникають симетрично на дужках, м'якому піднебінні, язичку та мигдаликах. Рідше - на язиці, губах, щоках. Поява розеол у порожнині рота збігається з висипами розеол на шкірі. Особливістю розеольозних уражень є те, що вони зливаються, і тоді утворюються вогнища у вигляді еритеми. Слизова оболонка м'якого піднебіння і мигдаликів стає інтенсивно-червоною (еритематозна ангіна).

Уражений осередок має застійно-червоний колір, іноді з мідним відтінком, чіткі межі. Слизова набрякла, хворі відчують незручність під час ковтання, біль, але суб'єктивні відчуття можуть бути відсутні. Завершення процесу починається з центральної частини.

*Папульозні висипи* - найчастіші прояви вторинного сифілісу на слизовій порожнини рота. Вони можуть виникати в різних відділах слизової рота та особливо на мигдаликах, дужках, м'якому піднебінні, де вони зливаються в



суцільні осередки ураження (папульозна ангіна). Нерідко папули виникають на язиці, слизовій оболонці щік, особливо по лінії змикання зубів, на яснах .

Вигляд папул залежить від давності їх виникнення. Спочатку папула - це різко обмежений темно-червоний осередок діаметром до 1 см із невеликим інфільтратом в основі. Через деякий час унаслідок запалення утворюється ексудат, який просочує епітелій, що покриває папулу, і вона набуває характерного вигляду. Папули стають щільними, круглими, розміром 3-ю мм, неболючими, відмежованими від нормальної слизової оболонки, мають сірувато-білий колір, навколо - вузький гіперемований щільний вінчик.

Папула може не виступати над слизовою оболонкою. Після зішкрібання шпателем нальоту, який покриває папулу, виникає м'ясо-червоного кольору ерозія.

Іноді папули можуть перетворюватись у виразку. В цих випадках унаслідок приєднання вторинної інфекції з'являється болючість і розширюється зона гіперемії навколо папули.

Частіше на слизовій оболонці буває декілька папул на різних стадіях розвитку. В такому випадку спостерігається псевдопо-ліморфізм висипів.

Папульозні елементи спочатку розташовуються фокусно, а потім унаслідок постійного травмування розростаються на периферію і зливаються у бляшки, які піднімаються над слизовою оболонкою.

Ниткоподібні сосочки папул, розташованих на спинці язика, гіпертрофуються або атрофуються, і папули набувають форми кільцеподібних дисків. Унаслідок атрофії сосочків утворюються овальні, ніби відполіровані, гладенькі, блискучі поверхні, розташовані нижче рівня прилеглої слизової оболонки ("лосячі папули", або бляшки "скошеної луки").

При злоякісному перебігу сифілісу на м'якому піднебінні та мигдаликах, рідше на інших ділянках слизової утворюються пустульозні, виразкові сифіліди. Спочатку вони мають вигляд великих набряклих інфільтратів, які швидко розпадаються і перетворюються в глибокі виразки, покриті ділянками некротизованої тканини і гноєм. Виразки можуть призвести до руйнування частини м'якого піднебіння.

Утворення виразок супроводжується гарячкою та утрудненим ковтанням.

*Діагностика.* Діагноз вторинного сифілісу підтверджується виявленням блідих трепонем із поверхні папул та позитивними серологічними реакціями (реакція Вассермана, осадові реакції, РІФ, РІБТ).

*Диференційна діагностика.* Прояви вторинного сифілісу слід диференціювати з банальною катаральною ангіною, медикаментозними висипами, лейкоплакією, виразково-некротичним стоматитом, червоним плоским лишаєм, червоним вовчаком, кандидозом, багатоформною ексудативною еритемою, пухирчаткою, десквамативним глоситом та проявами первинного і третинного сифілісу в порожнині рота.

***Третинний період сифілісу.***

*Клінічні прояви* його в порожнині рота спостерігаються часто. Вони виникають іноді за порівняно короткий час (через 4-6 місяців) після вторинного сифілісу, якщо не проводилася профілактична терапія. Частіше третинний сифіліс розвивається через кілька років (3-4), іноді навіть через 10-15, 40-50 років після первинного зараження сифілісом. У порожнині рота третинний сифіліс проявляється у вигляді гуми, рідше - у вигляді горбикового сифілісу. Найчастіше він локалізується на м'якому і твердому піднебінні та на язиці, рідше третинний сифіліс виявляється на губах, щоках, дуже рідко - на яснах. Загалом третинний сифіліс буває головним чином у місцях, які зазнають подразнень (куріння, алкоголь, протези тощо).

*Гуми* в порожнині рота зустрічаються звичайно у вигляді поодиноких уражень. Рідше в порожнині рота виявляється кілька гум і надзвичайно рідко спостерігаються численні ураження, характерні для вторинного сифілісу. Гумозний період супроводжується глибокими ушкодженнями тканин. Найчастіша локалізація гум - м'яке та тверде піднебіння і язик. У разі локалізації на твердому піднебінні ушкоджуються не тільки слизова оболонка і підслизова тканина, але й кістка.

Початок розвитку гум завжди непомітний для хворого. Глибокі вузли, що розвиваються, неболючі, вони повільно збільшуються, ущільнюються і досягають 3 см і більше в діаметрі. Ураження від гумозного сифілісу, локалізованого на твердому піднебінні, розміщуються по середній лінії. Гумозний процес, що починається на слизовій оболонці, порівняно швидко досягає окістя піднебінного відростка щелепи. Спочатку гума твердого піднебіння має вигляд невеликого вузла, який чітко виступає над рівнем слизової. Вузол завбільшки приблизно з квасолину, червоного кольору, щільної консистенції. Поступово колір його змінюється, набираючи синюшного відтінку. Інфільтрат, що виникає навколо вузла, поступово розм'якшується, й оголюється підлегла кістка. Через деякий час настає некроз кістки і на більшій чи меншій протяжності - її секвестрація. Секвестр відшаровується, й утворюється сполучення між порожнинами рота і носа. Від появи гуми до часу її розпаду, утворення секвестру і його відшарування минає 3-4 місяці

Значні деформації супроводжуються функціональними порушеннями. Їжа, особливо рідка, з порожнини рота потрапляє в порожнину носа. Настають розлади мовлення, воно стає невиразним.

Гумозні ураження на м'якому піднебінні мають дві клінічні форми. Частіше відбувається *дифузна інфільтрація* всієї або частки піднебінної завіски й утворюються крупні вузлуваті гуми, іноді на фоні дифузної інфільтрації, яка супроводжується почервонінням і набряком. Гуми в язичку швидко розпадаються, що призводить до його руйнування і перфорації м'якого піднебіння.

Після рубцювання уражень м'якого піднебіння часто виникає деформація піднебінних парусів, зрощення їх зі стінками глотки, скорочення.

Гуми на язиці спостерігаються переважно на спинці і на бокових поверхнях, дуже рідко - на нижній поверхні. Вони бувають поверхневими і

глибокими, закладеними у м'язах язика. Вузли спочатку щільні, потім розм'якшуються і розпадаються з утворенням виразок. Гумозні виразки мають характерні особливості - похилі та щільні краї. Виразки порівняно глибокі, неболючі, кратероподібні, з брудно-сірим дном і незначними жовтими виділеннями. Під впливом подразнень і вторинної інфекції гумозні виразки стають болючими. Під час зворотного розвитку вони загоюються, утворюючи глибокі, втягнуті, зірчасті рубці, які трохи утруднюють рухи. У дуже рідкісних випадках гума не розпадається і склерозується, утворюючи дуже щільні вузли.

Інша форма ураження язика третинним сифілісом - *склеротичний глосит* як наслідок дифузної сифілітичної інфільтрації. Процес розвивається в підслизовому шарі, м'язах язика. Спинка язика стає горбистою, борозенчастою. Борозенки поділяють язик на окремі нерівномірні часточки. Внаслідок прогресуючого склерозу язик втрачає еластичність, епітелій його спинки стоншується. Змінюється зовнішній вигляд спинки язика: відбувається атрофія ниткоподібних сосочків, поверхня стає гладенькою, наче полірованою, місцями вона стоншується, ороговіває, утворюються білуваті або матові пляшки типу лейкоплакії, змінюється колір слизової. Колір язика стає рівномірним. Поряд із яскраво-червоними і темно-коричневими ділянками з'являються сірувато-білі, аж до перламутрових. У разі глибокого залягання інфільтрату розвивається розлитий інфільтративний склерозуючий глосит. Іноді атрофуються тканини язика. Він зменшується, фіброзно ущільнюється.

*Горбиковий сифілід* на слизовій рота зустрічається значно рідше, ніж гумозний.

Горбики завбільшки з горошину при третинному сифілісі спостерігаються переважно на губах. Вони щільні, неболючі; розпадаючись, утворюють глибокі виразки з похилими, щільними, майже завжди підритими краями. Нерідко виразки зливаються, дно їх покрите бруднувато-сірим нальотом. Виразково-горбиковий сифіліс призводить і до значного руйнування м'яких тканин порожнини рота. Після загоєння виразково-горбикових елементів третинного сифілісу утворюються характерні грубі рубці. Вони мають фокусне розташування, фестончасті краї. Вторинних висипів горбиків на рубці не буває.

У клінічній картині гумозного сифілісу порожнини рота привертає увагу те, що регіонарні лімфатичні вузли збільшуються лише в разі приєднання вторинної інфекції, звичайно ж у гумозному періоді вони лишаються спокійними, неболючими.

Із ускладнень гумозного сифілісу, крім тріщин і ерозій, слід виділити бешихову інфекцію, яка нерідко рецидивує і спричиняє хронічний набряк та розвиток слоновості, особливо губ.

*Діагностика* третинного сифілісу. Поряд із клінічними ознаками в діагностиці третинного сифілісу вирішальне значення мають серологічні реакції: РІФ і РІБТ завжди позитивні у всіх хворих, а іноді залишаються

такими навіть після проведеного протисифілітичного лікування як складові реакції. Іноді діагноз уточнюється після пробного лікування (*exjuvantibus*)

*Диференційна діагностика:* прояви третинного сифілісу в порожнині рота слід диференціювати з виразково-міліарним туберкульозом, раковою виразкою, туберкульозним вовчаком, декубітальною виразкою, трофічною виразкою, виразково-некротичним стоматитом Венсана, алергічними ураженнями СОПР, лепроматозною формою лепри.

*Профілактика* ураження сифілісом на прийомі в лікаря-стоматолога досягається виконанням заходів, передбачених санітарно-гігієнічними нормами, зокрема використанням захисних засобів (для лікаря) і стерилізацією інструментів (для пацієнта).

**Гонорея** – (гонококовий стоматит) – гостра інфекційна хвороба слизової рота.

*Етіологія.* Збудник гонореї – гонокок.

*Шляхи ураження:* в дітей слизова оболонка інфікується під час проходження через пологові шляхи матері, занесенням інфекції обслуговуючим персоналом та іншими хворими.

У дорослих гонококовий стоматит зустрічається частіше, ніж його діагностують. Цей факт пояснюється тим, що огляд порожнини рота і носа у хворих на гонорею не проводиться; по-друге, стоматологи мало ознайомлені з цією хворобою, і, по-третє, гонококовий стоматит часто має безсимптомний перебіг, а також може самовиліковуватися.

Частіше стоматит у дорослих виникає від орогенітальних контактів та в чоловіків-гомосексуалістів.

*Патогенез.* Гонококи, які потрапили на слизову оболонку рота, через 3-4 доби по міжклітинних проміжках досягають субепітеліальної сполучної тканини і викликають запальну реакцію з утворенням гнійного ексудату, що розглядається як міграція нейтрофільних гранулоцитів і плазмоцитів до місця вторгнення збудника.

*Клініка.* Інкубаційний період триває від однієї доби до одного місяця і більше. Скарги у хворих на гонорейний стоматит відсутні.

Під час огляду окремі хворі скаржаться на біль у горлі та підвищення температури. Слизова оболонка губ, ясен, бічних і нижньої поверхні язика та дна ротової порожнини, а також гортані, мигдаликів яскраво-гіперемійована і покрита брудно-сірим, інколи зеленкуватим гнійним нальотом із неприємним запахом. У більш тяжких випадках за відсутності лікування процес може поширитися, з'являється велика кількість ерозій та виразок на слизовій щік, язика, ясен.

Виразки поверхневі, невеликих розмірів, із неправильними, не підритими або мало підритими краями, м'які, злегка болючі, з невеликим жовто-сірим нашаруванням, в якому знаходять гонококи, що підтверджує діагноз.

*Діагностика* гонорейного стоматиту підтверджується виявленням гонокока мікроскопією ексудату.

*Диференційна діагностика* проводиться з дифтерією, медикаментозним алергічним стоматитом, багатформною ексудативною еритемою, виразковим та грибковим стоматитами.

*Лікування.* Основну терапію здійснює дерматовенеролог. Для загального лікування призначають сульфаніламідні препарати й антибіотики (1-2 тижні): сульфадиметоксин, сульфален, дексациклін гіпохлорид, ципринол, цефазолін, цефтріаксон та інші.

Для місцевого лікування використовують ферменти, антисептичні зрошування порожнини рота, антибіотики та сульфаніламідні препарати. Велике значення мають профілактичні заходи. У новонароджених дітей від хворих на гонорею матерів слизову оболонку рота обробляють 2% розчином нітрату срібла.

У дорослих, хворих на гонорею сечових та статевих органів, необхідно оглядати слизову порожнини рота і горла, за необхідності проводити дослідження на гонокок.

## **6. Матеріали для самоконтролю**

### **А. Тестові завдання для самоконтролю.**

1. Який збудник викликає хронічне інфекційне захворювання сифіліс?

- A. Бліда трепонема
- B. Паличка Коха
- C. Паличка Леффлера
- D. Актиноміцети
- E. Аденовіруси

2. Визначте найбільш вірогідні шляхи зараження сифілісом?

- A. Вроджений
- B. Побутовий
- C. Статевий
- D. Усі відповіді вірні
- E. Трансфузійний

3. В яких періодах сифілісу можливі ураження слизової оболонки порожнини рота?

- A. Усі відповіді вірні
- B. Первинний
- C. Вторинний
- D. Третинний

4. Який час триває інкубаційний період сифілісу ?

- A. 3-4 тижні
- B. 2-3 тижні
- C. 2-3 місяці
- D. 3-4 місяці

Е. 1 рік

5. Які найтипівіші прояви первинного сифілісу в порожнині рота?

- А. Ерозія ( твердий шанкер)
- В. Пухлина
- С. Пустула
- Д. Горбик
- Е. Папула

6. Які характерні ознаки для вторинного періоду в порожнині рота?

- А. Розеольні, пустульозні, папульозні висипи
- В. Виразково-некротичні зміни
- С. Гуми
- Д. Папіломи
- Е. Папульозні висипи у вигляді мережева

7. Для якого періоду сифілісу характерний твердий шанкер?

- А. Інкубаційний
- В. Первинний
- С. Вторинний
- Д. Третинний
- Е. Усі відповіді рівні

8. Який проміжок триває вторинний період сифілісу?

- А. До 1 року
- В. 3-5 років
- С. 4-6 місяців
- Д. Більше 10 років
- Е. Більше 15 років

9. Які ураження характерні для третинного періоду сифілісу?

- А. Папули
- В. Чешуйки
- С. Гуми
- Д. Єрозії
- Е. Виразки

10. Яка характерна локалізація уражень при третинному періоді сифілісу?

- А. М'яке та тверде піднебіння
- В. Язик
- С. Кісткові тканини
- Д. Нервова система
- Е. Усі відповіді вірні

1. Хвора С., 28 років веде невпорядкований спосіб життя звернулась до стоматолога зі скаргами на почервоніння слизової оболонки порожнини рота. Об'єктивно: температура тіла 36,70С. На слизовій оболонці щоки виявлена ділянка почервоніння, болісна при пальпації, вкрита сірим нальотом. Відмічається неприємний запах з рота. Попередній діагноз гонорейний стоматит. Який збудник цього захворювання?

- A. Грам негативний диплокок роду *Neisseria*
- B. Грам позитивний диплокок роду *Neisseria*
- C. Грам негативний диплокок
- D. Грам позитивний диплокок
- E. Бліда трепонема

2. У хворої А., 19 років, при огляді лікарем-стоматологом був встановлений попередній діагноз гонорейний стоматит, що підтвердився знаходженням гонокока при мікроскопії ексудату. Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?

- A. Лікування разом з дерматовенерологом
- B. Лікування лише у стоматолога
- C. Лікування не потрібне
- D. Терапію проводить дерматовенеролог
- E. Симптоматичне лікування

3. Хворий Н., 26 років звернувся до стоматолога. Хворий зловживає алкоголем, веде невпорядкований спосіб життя. Лікар встановив попередній діагноз гонорейний стоматит. Який додатковий метод дослідження необхідно призначити хворому для уточнення діагнозу?

- A. Цитологічне дослідження
- B. Гістологічне дослідження
- C. Діагностична пункція
- D. Мікробіологічне дослідження
- E. Імунологічне дослідження

4. Збудник гонореї – відноситься до...:

- A. Парних коків грам-негативних
- B. Парних коків грам-позитивних
- C. Парних коків грам-варіабельних
- D. Кококобацилам грам-негативним
- E. Кококобацилам грам-варіабельним

5. Бактеріоскопічна ідентифікація гонококів ґрунтується на наступних ознаках, крім:

- A. Парність коків
- B. Грам-негативність
- C. Грам-позитивність

- D. Внутрішньоклітинне розташування
- E. Бобоподібна форма

6. Хворому В., 43 років, встановлено діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості. При мікроскопічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень виявлено значну кокову мікрофлору, гонокок. Які із перерахованих медикаментозних засобів необхідно застосовувати для інстиляцій в пародонтальні кишені?

- A. Метронідазол
- B. Лінкоміцин
- C. Димексид
- D. Месулід
- E. Діоксин

7. Хвора В., 18 років звернулась до стоматолога зі скаргами на неприємний запах з рота. Об'єктивно: температура тіла 36,70С. На слизовій оболонці щоки виявлена ділянка почервоніння, болісна при пальпації, вкрита сірим нальотом. Який попередній діагноз найбільш імовірний?

- A. Сифіліс
- B. Туберкульоз
- C. Кір
- D. Гонорея
- E. Грип

8. До основних клінічних симптомів орофарингіальної гонореї необхідно віднести всі, крім:

- A. Гіпертрофічний гінгівіт
- B. Гіперемії слизової оболонки
- C. набряк слизової оболонки
- D. Гнійний наліт на мигдаликах
- E. Реіонарний аденіт

9. Критеріями ефективності лікування гонореї є результати:

- A. Клінічного обстеження
- B. Бактеріоскопічного і бактеріологічного методів дослідження
- C. Стоматоскопії
- D. Люмінесцентної діагностики
- E. Клінічного обстеження, бактеріоскопічного і бактеріологічного дослідження

10. При лікуванні гонореї у вагітних протипоказано застосовувати:

- A. Бензилпеніцилін
- B. Еритроміцин
- C. Левоміцетин
- D. Тетрациклін
- E. Сульфаніламід



## **Б. Задачі для самоконтроля**

1. Хворий, віком 30 років, звернувся в клініку з приводу появи на нижній губі виразки, яка злегка кровоточить під час подразнень (вживання їжі та розмови) на протязі декількох днів. При огляді- на червоній каймі нижній губі виразка округлої форми, дно виразки м'ясо-червоного кольору з бдюццеподібними краями та щільно-еластичним інфільтратом, неболюча. Лімфатичні вузли мають щільноеластичну консистенцію, безболісні, рухомі, шкіра над ними не змінена. Посавте попередній діагноз?

2. Хвора Н, 25 років, скаржиться на дискомфорт який з'явився після появи виразки на яснах. Турбує на протязі декількох днів, лікування не проводила. Після об'єктивного обстеження на яснах виявлено ерозію яскраво-червоного кольору, яка у вигляді півмісяця оточує два зуби, злегка кровоточить, безболісна при пальпації, регіонарний лімфаденіт. Які додаткові методи дослідження доцільно призначити ?

3. Під час профілактичного огляду хворого М., 20 років, стоматолог звернув увагу на ерозію округлої форми діаметром 3-4 мм з чіткими межами, яка знаходилася на мигдалику зліва. Дно гладеньке, рівне, відтворює рельєф, червоного кольору. Ерозія безболісна при пальпації. Поставте попередній діагноз?

4. Хворий П, віком 21 рік, направлений на консультацію зі змінами на язиці які його турбують. Уже місяць лікується в ЛОР-відділенні з приводу афонії. Об'єктивно: на спинці язика виявляються чітко обмежені ділянки круглої та овальної форми до 1см в діаметрі з атрофією ниткоподібних сосочків. Поверхня їх чиста, мідно-червоного кольору. На м'якому піднебінні, дужках, мигдаликах та слизовій оболонці щік і губ спостерігаються папули круглої форми діаметром близько 1см. Відзначається поліаденіт. Який найімовірніший діагноз?

5. Хворий Д., 30 років, з інфекційного відділення був направлений лікарем з приводу висипань в порожнині рота, які його не турбують. З анамнезу хворого відомо, що декілька днів назад з'явилася температура більше 38 С, слабкість, головний біль, у крові-лейкоцитоз. Об'єктивно: розеолезні висипи на слизовій оболонці порожнини рота симетрично на дужках, м'якому піднебенні, язичку та мигдаликах. Висипи діаметром до 5 мм, СОПР набрякла, безболісна. Який додатковий метод діагностики потрібно призначити даному хворому?

6. У хворого Р., 36 років, діагностовано рецидивуючий вторинний сифіліс на слизовій оболонці порожнини рота. Які висипання характерні для даного захворювання?

7. Хворий К., 28 років, звернувся з приводу утрудненого ковтання їжі та підвищення температури до 38 С тіла, яка турбує декілька днів, за допомогою не звертався, лікування не проводив. На м'якому піднебінні, мигдаликах та дужках симетрично розташовані глибокі виразки, вкриті некротизованими тканинами з гноєм. Після лабораторного обстеження виявлена бліда трепонема. Для якого періоду сифілісу характерні дані зміни.

8. Хворий Т., віком 37 років, звернувся до лікаря зі скаргами на наявність заїд. З анамнезу з'ясовано, що вони з'явилися 1 місяць тому, утруднюють вживання їжі та розмову, мають косметичний дефект. Лабораторне дослідження виявило бліду тріпонему. Поставте діагноз.

9. Хворий С., 50 років, був направлений з венерологічного диспансеру, де знаходиться на обліку з приводу сифілісу. З анамнезу відомо, що періодично лікується на протязі 15 років. Об'єктивно: на слизовій оболонці твердого піднебіння гума, розміром з горіх, при пальпації безболісна, щільна, слизова оболонка без змін. Регіонарні лімфатичні вузли спокійні, неболючі. Для якого періоду сифілісу характерні описані зміни?

10. Хворий К., 45 років, звернувся до стоматолога з приводу висипань на губах горбиків, які потім перетворюються у виразки, що утруднюють вживання їжі, розмову, безболісні. Хворіє на сифіліс протягом 20 років. Об'єктивно: на червоній каймі губ глибокі виразки з щільними підритими краями та горбики темно-червоного кольору, завбільшки з горошину. Для якого періоду характерні дані зміни.

11. Хвора Т. 18 років веде невпорядкований спосіб життя звернулася в стоматологічну клініку зі скаргами на почервоніння слизової оболонки порожнини рота. Об'єктивно: температура 36,70С. На слизовій оболонки лівої щоки виявлено ділянку почервоніння, вкриту сірим нальотом та гнійно-кров'яним ексудатом. Відмічається неприємний запах з рота. Вкажіть попередній діагноз. Який метод дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

12. Хворий М., 29 років, лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз гонорейний стоматит, що підтверджується знаходженням гонокока при бактеріоскопічному дослідженні ексудату. Яка подальша тактика лікаря-стоматолога в першу чергу?

13. Хворий С., 36 років звернувся до стоматолога зі скаргами на почервоніння слизової оболонки порожнини рота. Хворий зловживає алкоголем, веде невпорядкований спосіб життя. Об'єктивно: температура тіла 36,60С, слизова оболонка щік та нижньої губи яскраво гіперемійована вкрита брудним сірим нальотом. Відмічається неприємний запах з рота.

Лікар встановив попередній діагноз гонорейний стоматит. Вкажіть ймовірні шляхи зараження?

14. Хворому К., 21 року було встановлено попередній діагноз гонорейний стоматит. Визначить тактику ведення хворому та принципи симптоматичного лікування.

15. Хворому С., 29 років, при огляді лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз гонорейний стоматит, що підтвердився знаходженням гонокока при бактеріоскопічному дослідженні. Визначить необхідний режим праці хворого.

16. Опишіть можливий результат мікробіологічного дослідження у хворого на гонорейний стоматит.

17. У хворого встановлено діагноз: генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, хронічний перебіг. При мікроскопічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень виявлено значну кокову мікрофлору, трихомонади. Які групи медикаментозних засобів необхідно застосовувати хворому для інстиляцій в пародонтальні кишені в першу чергу?

18. Хворій В. 18 років було проведено повний курс лікування гонорейного стоматиту спільно з дерматовенерологом. Надайте рекомендації хворій щодо профілактики даного захворювання на майбутнє.

19. Хворому Н., 32 років лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз гонорейний стоматит. Яка клінічна картина цього захворювання?

20. Які профілактичні заходи при необхідності проводять новонародженим з метою запобігання виникнення гонорейного стоматиту?

## **Г. Практичні завдання**

1. Провести клінічне обстеження пацієнта з сифілісом, гонореєю
2. Призначити комплекс лабораторних досліджень для даного пацієнта.
3. Скласти план лікування даного пацієнта.
4. Провести місцеве лікування.
5. Виписати рецепти для загального та місцевого лікування.
6. Оформити медичну документацію.

## **7. Література**

### **Основна:**

1. Терапевтична стоматологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації у двох томах /За редакцією А.К. Ніколішина. –Т.ІІ. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – С.127-134.

2. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид.2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 499-505.

3. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – С. 222-235.

**Додаткова:**

1. Боровский Е.В., Иванов В.С, Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. - М.: Медицина, 1998. - стр. 538 — 547.

2. П.Т. Максименко, О.Ю. Костелли, Т.П. Скрипникова. Болезни слизистой оболочки полости рта. – К., «Хрещатик», 1998. – С. 66-78.

3. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Под ред. Е.В. Боровского, А.Л. Машкейсон. М. Медицина, 1984. – С. 45-60.

4. Пасиков Б.М., Стоянов Б.Г., Машкейсон А.Л. Поражения СОПР и губ при некоторых дерматозах и сифилисе. М. Мед. 1970. – 131-157.

5. Фришман М.П. Ошибки в диагностике сифилиса. Киев, 1977. – 7-25.

6. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. - К: Здоров'я, 1998. - стр. 151 - 172.

7. Лукиных Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. - Н.: Новгород, 1993. - стр. 59 - 77, 90 - 96.

8. И.К.Луцкая, А.С. Артюшкевич. Руководство по стоматологии. – Ростов на Дону, 2000. - стр. 130-133.

9. Новик І.І. Хвороба слизової оболонки порожнини рота. - К. 1969.-стр. 78-80, 85-100.

10. В.І. Яковлева, Е.К. Трофимова, Т.П. Давидович, Т.П. Просверяк. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. - Минск, 1995. - стр. 299 - 308.

11. Ніколішин А.К., Максименко П.Т., Кіндій Д.Е., Аніщенко Р.І. Хвороби слизової оболонки порожнини рота. - Полтава, 1994. 158 с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО**  
**ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 14</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при хворобах травного каналу (виразкова хвороба, гастрити, ентерити, коліти, хронічний гепатит). Зміна кольору, набряк слизової оболонки порожнини рота. Обкладений язик. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

## 1. Актуальність теми.

Численні дослідження клініцистів і власні спостереження показують, що при порушенні функції шлунково-кишкового тракту одночасно спостерігаються ураження слизової оболонки порожнини рота, що виражаються в атрофії сосочків і набрякlostі язика, скарги пацієнтів на сухість в порожнині рота і таке інше. Цьому взаємозв'язку сприяє ряд чинників: анатомічних, фізіологічних, гуморальних, які чітко відповідають різним ділянкам шлунково-кишкового тракту та його початковому відділу - порожнині рота.

Залежно від виду й ступеня тяжкості захворювання системи ШКТ в організмі проявляються ті або інші клінічні симптоми в різних органах і системах, у тому числі й на СОПР. Тому лікар-стоматолог повинен знати специфіку уражень слизової оболонки порожнини рота, уміти їх вчасно виявити, призначити раціональне та ефективне лікування і провести профілактичну співбесіду.

## 2. Конкретні цілі.

1. Аналізувати вплив патології системи ШКТ на стан слизової оболонки порожнини рота.
2. Пояснити механізм впливу патології системи ШКТ на стан слизової оболонки порожнини рота.
3. Пояснити основні ураження СОПР у відповідності з патологією ШКТ.
4. Скласти план обстеження хворого.
5. Трактувати специфіку етапів місцевого медикаментозного лікування уражень СОПР при тих чи інших проявах патології ШКТ.
6. Запропонувати диференційований підхід до місцевого медикаментозного лікування в окремо взятому випадку.
7. Проаналізувати ефективність місцевого медикаментозного та загального лікування в поєднанні з гастроентерологом.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія, гістологія	Знати анатомічну, гістологічну будову тканин СОПР. Знати анатомічні та гістологічні особливості язика
Патфізіологія, патанатомія	Пояснити патофізіологічні процеси та морфологічні зміни при запаленні СОПР
Мікробіологія, інфекційні хвороби	Визначати мікрофлору ротової порожнини
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Зміни при патології ШКТ. Обстеження пацієнта
Пропедевтика терапевтичної	Провести клінічне обстеження

стоматології	пацієнта
Пропедевтика хірургічної стоматології	Знати види знеболення, іннервацію щелепно-лицьової ділянки
Фармакологія	Фармакодинаміка лікарських засобів, виписати рецепти, роз'яснити хворому необхідність призначеного лікування
Терапевтична стоматологія	Опанувати методи місцевого медикаментозного лікування СОПР

#### 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термінологія	Визначення
1 Гастрит 2 Десквамація 3 Гіперкератоз	Запальне захворювання слизової оболонки шлунку Злущування епітелію або атрофія ниткоподібних сосочків язика по причині нервово-трофічних порушень окремих його ділянок. Підвищене зроговіння епітеліального шару слизової оболонки порожнини рота

##### 4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Які захворювання ШКТ проявляються на СОПР?
  2. Який патогенез зв'язку захворювань ШКТ із змінами у порожнині рота?
  3. Особливості обстеження хворих із ураженнями СОПР, спричиненими хворобами травного каналу.
  4. Які ураження СОПР відмічаються при різних формах гастриту?
  5. Які зміни у порожнині рота при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки?
  6. Які ураження СОПР відмічаються при ентероколіті?
  7. Які ураження СОПР відмічаються при панкреатиті?
  8. Які ураження СОПР відмічаються при холециститі?
  9. Яке місце лікування змін СОПР при патології ШКТ?
  10. Тактика лікаря-стоматолога при ураженнях СОПР на фоні патології ШКТ.
- 5

##### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Оволодіти методикою суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворих з патологією СОПР.
2. Оволодіти методами додаткового обстеження хворих з патологією СОПР.
3. Оволодіти методами місцевого лікування СОПР.
4. Зібрати скарги, анамнез захворювання
5. Провести клінічне обстеження. Скласти план додаткових методів обстеження з урахуванням супутньої патології ШКТ.
6. Провести медикаментозне лікування уражень СОПР при патології ШКТ.

## 5. Зміст теми

Функціонування всіх відділів ШКТ віддзеркалюється на стані слизової оболонки порожнини рота. Це пояснюється її морфофункціональною єдністю з травною системою. Найчастіше спостерігаються такі зміни як порушення рельєфу, цілості слизової оболонки, зміна кольору та ін. Також відмічаються порушення саливації, смакові відчуття, парестезії і таке інше.

Проводячи клінічне обстеження необхідно ретельно зібрати скарги хворого, пов'язані з ураженнями в порожнині рота і можливим порушенням загального стану, насамперед травної системи. Отримані дані необхідно проаналізувати і систематизувати, виявивши взаємозв'язок між ними.

Дані анамнезу хвороби й життя дозволяють простежити взаємозв'язок тієї або іншої патології з перенесеними супутніми захворюваннями, умовами праці й побуту, особливостями вживання харчових продуктів і застосування лікарських препаратів. Аналіз і синтез отриманих даних дасть можливість обґрунтувати попередній діагноз.

При обстеженні хворого ураження органів порожнини рота тісно пов'язують з патологією ШКТ. Звертається особлива увага на наступні аспекти: розмір, рухливість язика, наявність на ньому нальоту, виразність і стан сосочків, якість смакової чутливості, стан слиновиділення, наявність одонтогенних і пародонтогенних вогнищ інфекції, колір слизової оболонки порожнини рота і таке інше.

Набряк язика і слизової оболонки порожнини рота при патології травного тракту підтверджується позитивною пробою Мак-Клюра-Олдрича (час розсмоктування пухиря зменшений при нормі 45-60 хвилин). Гастрити змінюють гідрофільність слизової оболонки: анацидний стан сповільнює пухирну пробу, гіперацидний її пришвидшує. Часто пухирна проба буває позитивною при хворобах травного каналу без явних порушень рельєфу слизової оболонки, що дозволяє робити висновки про приховані набряки і ранні ознаки та прогноз хвороби. Набряк слизової оболонки порожнини рота спостерігається у 80 % хворих на коліти з хронічним перебігом. Зміна розміру язика може бути як уродженого характеру (при аномалії розвитку), так і набутого (гіпо- та гіперпластичний язик).

Важливе значення має кількість і характер нальоту на язиці. Він може бути різного забарвлення: від білого або сірого до темнокоричневого. Це залежить від кількості та тривалості вживання пігментованих харчових



продуктів, пігменту крові (гемосидерину при хронічних і гострих кровотечах), а також при дисбактеріозі. Ступінь зв'язку нальоту з прилеглими тканинами також різна й залежить від характеру патологічного процесу. При слабкому зв'язку наліт легко знімається ватним валиком, при помірному – з певним зусиллям, якщо ж міцно з'єднаний з підлеглими тканинами – зняти його практично неможливо без нанесення ушкодження слизової оболонки.

Обкладений язик - найтипівіша ознака хвороб травного тракту. Наліт викликають гастрити, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, новоутвори шлунка та інші хвороби. В утворенні нальоту провідну роль відіграють порушення процесу зроговіння і відторгнення епітеліальних клітин на сосочках язика внаслідок нейротрофічних розладів. На характер нальоту впливають також характер їжі, склад мікробної флори, гігієна порожнини рота. Варто також пам'ятати, що обкладений язик спостерігається у хворих при багатьох інфекційних захворюваннях. Хвороби досить часто посилюють десквамацію епітелію язика. При цьому утворюються яскраві плями різних розмірів і форм на фоні обкладеного язика. Ділянки десквамації з'являються в період загострення хвороби, зникають у процесі лікування, відсутні під час ремісії хвороби та мають тенденцію до міграції. Гострий гастрит викликає обкладення язика товстим сірим нальотом, що покриває всю його поверхню, крім бокових поверхонь та кінчика. При хронічному гастриті з підвищеною секрецією наліт білувато-жовтого чи сірувато-жовтого кольору, розміщується щільно в середній та дистальній ділянках спинки язика. При анацидному і гіпоацидному гастритах наліт на спинці язика відсутній, його поверхня гладенька, блискуча, з яскраво-червоними плямами та смугами. Прояв виразкової хвороби шлунка - наліт сірувато-жовтого кольору, щільно прикріплений у ділянці кореня язика. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки часто викликає десквамацію епітелію язика. Ділянки десквамації не постійні, часто змінюють місце та форму локалізації, а іноді спонтанно зникають. При гострому ентероколіті дорсальна поверхня язика покрита щільним сірувато-жовтим нальотом, а за хронічного перебігу хвороби наліт має жовтуватий колір у дистальних відділах спинки язика і переважно в ранковий час. Найчастіша ознака хронічних колітів є проявом десквамації епітелію язика ( 33% ).

Важливим є стан сосочкового апарату язика. В даному випадку можна припустити різну патологію ШКТ, крові, гіповітамінози і таке інше. Збільшення розмірів язика, почервоніння грибоподібних сосочків на фоні гіперпластичного глоситу й осередкової атрофії ниткоподібних сосочків звичайно характерно для виразкової хвороби шлунку. Часткова атрофія ниткоподібних сосочків, що починається з кінчика язика й прогресує в напрямку до його кореня – властива для залізодефіцитної анемії, а поєднання цих проявів з частковою атрофією і яскраво-червоними поздовжніми смугами – для перніціозної анемії (язик Гунтера). Утворення мігруючих плям, частіше по краях язика, білого (сірого) та яскраво-червоного кольору характерно для десквамативного глоситу (географічний язик). Розростання ниткоподібних сосочків і їхня чорна пігментація в середніх ділянках спинки

властиві чорному волосатому язика. Найчастіше гіпертрофуються ниткоподібні сосочки у хворих на гастрит із підвищеною кислотністю. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки супроводжується гіпертрофією грибоподібних сосочків у вигляді яскраво-червоних точок, що підвищуються над поверхнею слизової оболонки.

Гіпопластичний глосит характеризується атрофією сосочків, інколи різко вираженою, внаслідок чого язик має вигляд «лакованого», з яскравими плямами і смугами. Атрофія сосочків язика супроводжується пекучістю, поколюванням, болем під час уживання їжі. Такі зміни сосочків язика викликаються гастритом зі зниженою секрецією, виразковою хворобою, гастроентеритом, хворобами жовчовивідних шляхів. Гладка й блискуча поверхня спинки язика, яка позбавлена ниткоподібних сосочків в поєднанні з його сухістю властива для пеніціозної анемії. Якщо язик повністю позбавлена ниткоподібних сосочків, набряклий, гіперемірований і на цьому фоні піднімаються яскраво-червоні грибоподібні сосочки, то це характерно для скарлатинового глоситу (малиновий язик).

Зміна кольору слизової оболонки та язика часто є важливою діагностичною ознакою патології шлунково-кишкового тракту. Катаральний глосит, стоматит у вигляді яскраво-червоних і ціанотичних ділянок викликаються гастритами, виразковою хворобою, колітом, ентероколітом. Слизова оболонка має анемічний блідий вигляд у хворих, що страждають на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею. Карцинома шлунка пігментує слизову оболонку твердого піднебіння плямами брунатного кольору. Характерну пігментацію слизової оболонки викликають хвороби печінки: вся вона стає блідо-рожевою, а м'яке піднебіння забарвлюється в жовтий колір.

Хвороби травного тракту викликають значні зміни смаку: гастрит - «металевий» присмак уранці; рак шлунка - зниження смаку до гіркокого та солодкого; хронічні ентероколіти – дисгевзію; хвороби печінки - кислий присмак тощо. Для визначення цих порушень використовують метод функціональної мобільності рецепторів язика. При захворюваннях ШКТ досить часто порушується смакова чутливість язика. Вона досліджується за допомогою методу функціональної мобільності рецепторів язика. Поряд із цими змінами в порожнині рота порушується слиновиділення: загострення виразкової хвороби, гіперацидний гастрит зумовлюють гіперсалівацію, але частіше - гіпосалівацію (виразкова хвороба, гастрити та ін.).

Хвороби шлунка і кишечника внаслідок появи трофічних розладів порушують цілість слизової оболонки порожнини рота. Мікротріщини, ерозії, афти, виразки на слизовій оболонці характерні для пізніх стадій і загострень виразкової хвороби шлунка, коліту та ентероколіту.

Парестезія слизової оболонки порожнини рота та язика, глосодинія часто супроводжують різні хвороби шлунково-кишкового тракту.

## 6. Матеріали для самоконтролю

### А. Тестові завдання.

1. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було виявлено гіпертрофію ниткоподібних сосочків язика та відбитки зубів на його боковій поверхні. Для якого захворювання ШКТ характерні такі клінічні прояви?

- A. Гіперацидний гастрит
- B. Гіпоацидний гастрит
- C. Виразкова хвороба шлунку
- D. Панкреатит
- E. Ентероколіт

2. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було виявлено атрофію ниткоподібних сосочків язика та відбитки зубів на його боковій поверхні. Для якого захворювання ШКТ характерні такі клінічні прояви?

- A. Панкреатит
- B. Гіпоацидний гастрит
- C. Гіперацидний гастрит
- D. Ентероколіт
- E. Виразкова хвороба шлунку

3. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз: географічний язик. До якого спеціаліста насамперед слід направити пацієнта з метою подальшого лікування?

- A. Дерматолог
- B. Гематолог
- C. Гастроентеролог
- D. Кардіолог
- E. Терапевт

4. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз: географічний язик. Які додаткові методи обстеження слід провести, насамперед, для встановлення заключного діагнозу?

- A. Гістологія ділянки ураження
- B. Клінічний аналіз крові
- C. Біохімічний аналіз крові
- D. Мікроскопія зішкрябу з поверхні язика
- E. Серологічні дослідження

5. При клінічному обстеженні хворих з патологією ШКТ досить часто відмічається набряк язика, відбитки зубів на його боковій поверхні. Яку пробу слід провести для підтвердження даного симптома?

- A. Проба Мак-Клюра-Олдріча
- B. Проба Кулаженко
- C. Проба Кечке
- D. Проба Шиллера-Писарева
- E. Проба Кавецького

6. При стоматологічному огляді пацієнта К. визначено наявність нашарувань сірувато-жовтого кольору на дорсальній поверхні язика, щільно спаяних з підлеглими тканинами. Вкажіть, проявом якої патології є дана симптоматика?

- A. Гіпоацидний гастрит
- B. Виразкова хвороба шлунку
- C. Хронічний холецистит
- D. Гострий панкреатит
- E. Гострий ентероколіт

7. При стоматологічному огляді пацієнта, визначено наявність нашарувань жовтуватого кольору, локалізованих переважно в дистальних відділах спинки язика, переважно в ранковий час. Вкажіть, проявом якої патології є дана симптоматика?

- A. Виразкова хвороба 12-палої кишки
- B. Гіперацидний гастрит
- C. Хронічний ентероколіт
- D. Калькульозний холецистит
- E. Анацидний гастрит

8. Гіпертрофія яких сосочків язика є найбільш частим симптомом гіперацидного гастриту?

- A. Грибоподібних
- B. Листоподібних
- C. Жолобкуватих
- D. Ниткоподібних
- E. Веретеноподібних

9. Гіпертрофія яких сосочків язика є найбільш частим симптомом виразкової хвороби 12-палої кишки та шлунка?

- A. Грибоподібних
- B. Листоподібних
- C. Жолобкуватих
- D. Ниткоподібних
- E. Веретеноподібних

10. Який процес в епітелії сприяє утворенню нашарувань на спинці язика за умов патології травного каналу?

- A. Гіперкератоз

- В. Дискератоз
- С. Паракератоз
- Д. Ортокератоз
- Е. Прекератоз

## **Б.Ситуаційні задачі**

1. Хворий В., 32 років, скаржиться на незвичайний вигляд язика, що періодично змінюється, незначне відчуття печії під час вживання їжі. Страждає на хронічний гастрит. Об'єктивно: на спинці та бокових поверхнях язика кілька десквамативних ділянок овальної форми, які облямовані білястими смужками. Назвіть найбільш імовірний попередній діагноз.

- А. Кандидозний глосит
- В. Десквамативний глосит
- С. Вторинний сифіліс
- Д. Катаральний глосит
- Е. Глосит Гунтера-Міллера

2. Пацієнка О., 53 років, скаржиться на постійне відчуття печії на кінчику язика та бічних поверхнях. Печія виникає зранку і підсилюється до вечора, а зникає при вживанні їжі. Вважає себе хворим близько року. Анамнез життя: анацидний гастрит, операція з приводу фіброміоми матки, гіпертонічна хвороба, поганий сон, почуття тривоги. Об'єктивно: при огляді язик набряклий, на його спинці незначний білий наліт, атрофія ниткоподібних сосочків. Інші ділянки слизової оболонки без видимих патологічних змін. До якого спеціаліста лікарю-стоматологу насамперед потрібно направили на консультацію даного пацієнта?

- А. Невропатолог
- В. Алерголог
- С. Дерматолог
- Д. Гематолог
- Е. Гастроентеролог

3. Пацієнтка С., 42 років, скаржиться на печію та болючість кінчика язика, порушення смакової чутливості, сухість в роті. В анамнезі життя - анацидний гастрит. Об'єктивно: відмічаються численні тріщини губ по середній лінії та в кутах рота. На бічних поверхнях язика відбитки зубів, спинка язика яскраво-червоного кольору на тлі блідої СОПР. Атрофія сосочків на кінчику язика. Аналіз крові: Нв 80 г/л, Ер.  $3,5 \times 10^{12}$  /л, К.П. 0,7. Яке місцеве лікування слід призначити пацієнту?

- А. Аплікації антибіотиками
- В. Аплікації кератопластиками
- С. Аплікації протизапальними засобами
- Д. Аплікації антибіотиками та протизапальними засобами
- Е. Аплікації гіпосенсибілізуючими засобами

4. Пацієнтка В., 57 років, скаржиться на незвичайний вигляд язика, відчуття печії, періодичні болі в животі, загальне нездужання. З анамнезу життя: впродовж 7 років хворіє виразкою шлунку, яка періодично загострюється. Об'єктивно: слизова спинки язика покрита сірим нальотом в окремих ділянках, які чергуються ділянками десквамації різної форми. На боковій поверхні язика відмічаються відбитки зубів та періодична зміна рельєфу язика впродовж декількох тижнів. При пальпації регіонарні лімфовузли не визначаються. Поставте попередній діагноз.

- A. Кандидозний глосит
- B. Атрофічний кандидозний глосит
- C. Географічний язик
- D. Десквамативний глосит
- E. Глосит Гунтера-Міллера

5. Хворий Т., 43 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен, почуття гіркоти в роті, підвищену чутливість зубів до термічних подразників. При огляді на тлі незначної набрякlosti слизової оболонки щік, ясен, твердого піднебіння визначаються поодинокі геморагії й телеангіоектазії. М'яке піднебіння і дно порожнини рота мають жовтяничний відтінок, відмічається гіпосалівація. Для якої загальної патології характерні такі зміни?

- A. Аддісонова хвороба
- B. Хронічний гіперацидний гастрит
- C. Хронічний анацидний гастрит
- D. Хронічний гепатит
- E. Гіпертонічна хвороба

6. Пацієнт М., 38 років, скаржиться на сухість в порожнині рота, неприємні відчуття на губах та кутиках рота. Більше 10 років страждає хронічним гастритом, але лікування не проводилось. При обстеженні встановлено наступні зміни: глосит Гунтер-Міллера, ангулярний хейліт, виразковий стоматит. Вказати найбільш ймовірну патологію ШКТ.

- A. Гіперацидний гастрит
- B. Анацидний гастрит
- C. Виразкова хвороба шлунку
- D. Гепатохолецистит
- E. Ентероколіт

7. Пацієнт О., 30 років, скаржиться на погіршення загального стану, підвищення температури тіла, яке зв'язує з появою в порожнині рота численних виразок в порожнині рота. Анамнез захворювання: протягом 10 років проявляються невеликі болючі ущільнення, які через кілька днів збільшуються й перетворюються у виразки. Об'єктивно: на слизовій оболонці щік, перехідної складки, язика численні глибокі різкоболісні виразки з припіднятими ущільненими краями; навколо виразки підлеглі ділянки

слизової некротизовані, набряклі, гіперемійовані. На слизуватій оболонці порожнини рота відмічаються численні рубці округлої форми. Який найбільш імовірний діагноз.

- A. Синдром Бехчета
- B. Травматична виразка
- C. Вторинний сифіліс
- D. Туберкульозна виразка
- E. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

8. Пацієнт А., 30 років, скаржиться на відчуття печії в язиці під час вживання їжі, незвичайний яскраво-червоний колір язика. Об'єктивно: на слизовій оболонці язика відмічаються ділянки десквамації, ниткоподібні сосочки атрофовані, поверхня гладка, блискуча, яскраво-червоного кольору. В анамнезі життя відмічається хронічний гастрит. Які лабораторні обстеження слід провести в першу чергу?

- A. Мікробіологічне дослідження
- B. Біохімічний аналіз крові
- C. Цитологічне дослідження
- D. Гістологічне дослідження
- E. Клінічний аналіз крові

9. Пацієнтка О., 57 років, скаржиться на незвичайний вигляд язика, порушення його чутливості при вживанні їжі. Вважає себе хворою на гастрит близько 10 років. Об'єктивно: при огляді язик набряклий, на його спинці незначний білий наліт, атрофія ниткоподібних сосочків. Інші ділянки слизової оболонки без видимих патологічних змін. На фоні якого захворювання можуть виникати такі зміни СОПР?

- A. Гепатохолецистит
- B. Виразкова хвороба шлунку
- C. Гіперацидний гастрит
- D. Анацидний гастрит
- E. Ентероколіт

10. Пацієнтка Г., 56 років, скаржиться на незвичайний вигляд язика, порушення його чутливості при вживанні їжі. Вважає себе хворою на гастрит близько 7 років. Об'єктивно: язик набряклий, на його спинці незначний білий наліт, гіпертрофія ниткоподібних сосочків. Інші ділянки слизової оболонки без видимих патологічних змін. Яким загальним захворюванням страждає пацієнт?

- A. Виразкова хвороба шлунку
- B. Гіперацидний гастрит
- C. Анацидний гастрит
- D. Гепатохолецистит
- E. Ентероколіт

## 7.Рекомендована література

### Основна.

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації /За ред. А.К. Ніколішина – Вид.2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. с. –506-512.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. /[А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] /За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007.с. – 135-141.
3. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т.- Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.. – К.: Медицина, 2010. с.–387-391.

14

### Додаткова.

1. Авдєєв І.П. Актуальне законодавство в стоматології /І.П. Авдєєв, Т.В. Бяглик, Т.В. Накрєха. – Харків: Авєста, 2009.– 544 с.
2. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – 408 с.
3. Дерматостоматити /Г.С. Чучмай, Л.О. Цвєх, С.С. Рїзник, Б.С. Гриник. – Львів, 1998. – 136 с.
4. Калюжна Л.Д., Білоклицька Г.Ф. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ. Навчальний посїбник. – К.: Грамота, 2007. – 280 с.
5. Крок -2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. Тести по терапевтической стоматологии. Сборник заданий для подготовки к тестовому экзамену по терапевтической стоматологии. /За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Куроедова В.Д., Коршенко В.О., Денисенко В.В. Проблеми ВІЛ/СНІДу в стоматології. – Полтава, 2010. – 96 с.



**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО**  
**ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 15</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при хворобах серцево-судинної системи (недостатність кровообігу, артеріальна гіпертензія). Трофічна виразка. Пухирно-судинний синдром. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

## 1. Актуальність теми.

Численні дослідження клініцистів і власні спостереження показують, що при порушенні серцево-судинної системи (недостатність кровообігу, артеріальна гіпертензія) одночасно спостерігаються різноманітні ураження слизової оболонки порожнини рота. Такі ураження мають певну специфіку та особливості, залежно від виду й ступеня тяжкості захворювання серцево-судинної системи.

Тому лікар-стоматолог повинен чітко визначати таку специфіку уражень слизової оболонки порожнини рота, уміти їх вчасно виявити, призначити раціональне та ефективне лікування і провести профілактичну співбесіду.

## 2. Конкретні цілі.

1. Аналізувати вплив патології серцево-судинної системи на стан слизової оболонки порожнини рота.
2. Пояснити механізм впливу патології серцево-судинної системи на стан слизової оболонки порожнини рота.
3. Пояснити основні прояви уражень СОПР у відповідності з патологією серцево-судинної системи.
4. Скласти план обстеження хворого.
5. Трактувати специфіку етапів місцевого медикаментозного лікування уражень СОПР при тих чи інших проявах патології серцево-судинної системи.
6. Запропонувати диференційований підхід до місцевого медикаментозного лікування в окремо взятому випадку.
7. Проаналізувати ефективність місцевого медикаментозного та загального лікування в поєднанні з кардіологом.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія, гістологія	Знати анатомічну, гістологічну будову тканин СОПР.
2. Патфізіологія, патанатомія	Знати патофізіологічні процеси. Морфологічні зміни СОПР.
3. Мікробіологія, інфекційні хвороби	Визначати мікрофлору ротової порожнини
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Зміни при патології ССС. Обстеження пацієнта.
5. Пропедевтика терапевтичної стоматології	Провести клінічне обстеження пацієнта
6. Пропедевтика хірургічної стоматології	Знати види знеболення, іннервацію щелепно-лицьової ділянки
7. Фармакологія	Фармакодинаміка лікарських засобів, виписати рецепти, роз'яснити хворому

	необхідність призначеного лікування
8. Терапевтична стоматологія	Опанувати методи місцевого медикаментозного лікування СОПР.

#### **4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.**

##### **4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття**

Термінологія	Визначення
1 Пухирно-судинний синдром 2 Ціаноз 3 Атеросклероз 4 Трофічна виразка	Виникнення пухиря з геморагічним умістом на слизовій оболонці порожнині рота. Хронічний венозний застій ділянки порожнини рота при серцево-судинній недостатності Звуження просвіту артерії при порушенні обміну холестерину Некроз ділянки тканини порожнини рота при порушенні артеріального кровотоку.

1. Які захворювання ССС впливають на стан СОПР?
2. Назвіть механізм впливу захворювань ССС на стан СОПР.
3. Особливості обстеження хворих із ураженнями СОПР, спричиненими патологією СОПР.
4. Які ураження СОПР відмічаються при різних ступенях гіпертонічної хвороби?
5. Які ураження СОПР відмічаються при атеросклерозі?
6. Які ураження СОПР відмічаються при серцевій недостатності?
7. Які ураження СОПР відмічаються при інфаркті міокарда?
8. Яке місцеве лікування змін СОПР проводиться при патології ССС?
9. Тактика лікаря-стоматолога при ураженнях СОПР на фоні патології ССС.

##### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.**

1. Оволодіти методикою суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворих з патологією СОПР.
2. Оволодіти методами додаткового обстеження хворих з патологією СОПР.
3. Оволодіти методами місцевого лікування СОПР.
4. Зібрати скарги, анамнез захворювання
5. Провести клінічне обстеження.
6. Скласти план додаткових методів обстеження з урахуванням супутньої патології ССС.
7. Провести медикаментозне лікування уражень СОПР при патології ССС.

#### **5. Зміст теми.**

Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота, викликані серцево-судинними хворобами на стадії декомпенсації, виявляють у 40-80 % хворих. Це зміни, пов'язані з мікроциркуляторними порушеннями, а також із явищами гіпоксії.

Серцево - судинна недостатність, яка супроводжується порушенням кровообігу, спричиняє загальну одутлість, ціаноз слизової оболонки та червоної кайми губ. Такий стан поєднується з набряком та сухістю слизової оболонки і язика, що призводить до появи відбитків зубів на їх поверхні.

Трофічні порушення слизової оболонки сприяють розвитку виразкових процесів, які локалізуються в порожнині рота в місцях підвищеної травматизації. На місці навіть незначної травми слизової оболонки (бокова поверхня язика, слизова щік та піднебіння) утворюється болюча ерозія, яка швидко перетворюється в трофічну виразку.

Трофічна виразка – дефект слизової оболонки порожнини рота з нерівними краями, сірим некротичним нальотом. Виразка може утворюватися при користуванні зубних протезів. При цьому на слизовій травмованій ділянці утворюються ерозії, виразки (пролежні). Особливостями таких уражень є те, що навколо виразки запальна реакція майже відсутня, не спостерігається і реакція лімфатичних вузлів. Перебіг виразки тривалий, без ознак загоювання. Виразки мають стійкі ознаки прогресування: ширшають і глибшають, навіть викликаючи деструктивні процеси альвеолярної кістки.

Діагностика трофічних виразок нерідко значно ускладнена. Диференціювати їх необхідно від банальних декубітальних, ракової та туберкульозної виразок, виразки при променевої хворобі.

Лікування трофічних виразок потребує активної загальної терапії, спрямованої на ліквідацію недостатності кровообігу. Лікування комплексне, в тісному контакті з терапевтом або ж у стаціонарі. Місцево лікування полягає у використанні знеболювальних засобів (аплікації розчинів 2% тримекаїну, 2 % лідокаїну, аерозоль «Лідестин», 5 % піромекаїнова мазь ), антисептичних розчинів, кератопластичних засобів ( лінімент або сок алое, хонсурид, препарати прополісу, 5 % дибунолова мазь).

Для покращення мікроциркуляції в зоні трофічних розладів призначають усередину кофермент вітаміну В4 – фосфаден по 0,05 г 2 рази за день протягом 1-2 місяців або теонікол (компламін) по 0,15 г 3 рази за день, курс - до 2 місяців.

Гіпертонічна хвороба може викликати на слизовій оболонці порожнини рота розвиток геморагічних пухирів, що відображають стан кровоносних судин.

Пухирно-судинний синдром проявляється на слизовій оболонці порожнини рота виникненням пухиря з геморагічним умістом. Типова локалізація пухиря - слизова оболонка м'якого піднебіння та щоки.

Хворі (частіше жінки) страждають на гіпертонічну хворобу I-II стадії. У момент появи пухиря на слизовій оболонці порожнини рота артеріальний тиск складає зазвичай 250/120, 220/100 мм.рт.ст., що розцінюється як

гіпертонічний криз. Провокуючими моментами можуть бути вживання твердої їжі, кашель. Больові відчуття мінімальні: незначний колочий біль у момент появи пухиря та слабоболюча ерозія . На слизовій оболонці утворюється пухир розміром від 1,0 до 3 см , виповнений геморагічною рідиною, зі щільною покривкою. Пухир зберігається 2-3 дні, потім лопається, й на його місці утворюється ерозія з обривками покривки по краях та білувато-сірим фібринозним нальотом. Ерозія швидко загоюється.

Геморагічний пухир необхідно диференціювати з гемангіомою, піогенною гранульою, акантолітичною пухирчаткою, бульозним пемфігоїдом.

Лікування пухирно-судинного синдрому передбачає лікування основної хвороби. Всі хворі повинні перебувати на лікуванні та нагляді з приводу гіпертонічної хвороби. Для зменшення судинно-тканинної проникності хворим призначають аскорбінову кислоту з рутином по 0,05 (1 таб.) 2-3 рази за день протягом місяця. Необхідно усунути в порожнині рота всі травмувальні агенти. Для профілактики вторинної інфекції застосовують антисептичні розчини, для пришвидшення епітелізації - кератопластичні засоби (розчин ретинолу ацетату, олію шипшини тощо).

## **6. Матеріали для самоконтролю**

### **А. Тестові завдання**

1. Лікар-стоматолог проводить лікування хворого трофічними виразками в порожнині рота у сумісництві з яким спеціалістом?

- A. Кардіологом
- B. Невропатологом
- C. Гастроентерологом
- D. Дерматологом
- E. Гематологом

2. При пухирно-судинному синдромі елемент ураження знаходиться:

- A. В товщі слинних залоз
- B. Між шарами епітелію
- C. В товщі слизової оболонки
- D. В товщі клітчатки
- E. Підепітеліально

3. Геморагічні пухирі утворюються при:

- A. Гіпертонічній хворобі
- B. Серцево-судинній недостатності
- C. Атеросклерозі
- D. Ревматоїдному пороковій серця
- E. Інфарктові міокарда

4. Трофічна виразка в порожнині рота утворюється при:

- A. Ревматоїдному пороковій серця

- В. Атеросклерозі
- С. Серцево-судинній недостатності
- Д. Інфарктові міокарда
- Е. Гіпертонічній хворобі

5. Під час огляду пацієнта лікарем-стоматологом в порожнині рота була виявлена трофічна виразка. Яке лабораторне дослідження слід насамперед провести для встановлення заключного діагнозу?

- А. Клінічний аналіз крові
- В. Мікробіологічне
- С. Гістологічне
- Д. Цитологічне
- Е. Біохімічний аналіз крові

6. При профілактичному огляді пацієнта лікарем-стоматологом було виявлено трофічну виразку. Які результати лабораторного дослідження будуть отримані при зішкрябі з поверхні виразки?

- А. Клітини Тцанка
- В. Фузобактерії, спірохети
- С. Поодинокі гістіоцити, дегенеративні епітеліоцити
- Д. Зерна Треля
- Е. Кокова мікрофлора

7. При якій патології серцево-судинної системи відмічається синюшність губ та СОПР?

- А. Атеросклерозі
- В. Серцево-судинній недостатності
- С. Ревматоїдному порокові серця
- Д. Інфарктові міокарда
- Е. Гіпертонічній хворобі

8. Яку групу лікарських засобів слід використовувати для хімічного очищення поверхні трофічної виразки від некротичних мас?

- А. Ферменти
- В. Антисептики
- С. Антибіотики
- Д. Вітаміни
- Е. Кератопластики

9. Для прискорення процесу епітелізації на етапі лікування трофічної виразки слід використовувати:

- А. Ферменти
- В. Антисептики
- С. Антибіотики
- Д. Вітаміни

## Е. Кератопластики

10. Під час профогляду пацієнта лікарем-стоматологом було встановлено наявність в порожнині рота трофічної виразки. На заключному етапі лікування пацієнту було рекомендовано фізіотерапію. Яка процедура сприяє регенерації слизової оболонки?

- А. УФО
- В. УВЧ терапія
- С. Токи Дарсонваля
- Д. Діадинамотерапія
- Е. Гальванізація

## Б. Ситуаційні задачі.

1. Хвора С., 58 років, скаржиться на появу пухиря в порожнині рота. Пухир з'явився на боковій поверхні язика після перенесеного напередодні гіпертонічного кризу. При огляді на бічній поверхні язика праворуч геморагічний пухир розміром 10x15 мм. Пальпація безболісна. Симптом Нікольського негативний. Артеріальний тиск 180/130 мм рт ст. Який найбільш вірогідний діагноз?

2. Пацієнт Н., 66 років, скаржиться на появу виразки в ділянці правої нижньої щелепи. Виразка з'явилася два тижні тому після перенесеної травми під час вживання твердої їжі. Проведене самолікування результату не дало, тому він звернувся до лікаря-стоматолога. Хворий відмічає серцево-судинну недостатність. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі, болісні при пальпації, ціанотичного відтінку. Інші ділянки СОПР без змін. Встановіть попередній діагноз.

3. Пацієнт Н., 66 років, скаржиться на появу виразки в ділянці правої нижньої щелепи. Виразка з'явилася два тижні тому після перенесеної травми під час вживання твердої їжі. Проведене самолікування результату не дало, тому він звернувся до лікаря-стоматолога. Хворий відмічає серцево-судинну недостатність. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі ціанотичного відтінку при пальпації болісні, м'якої консистенції. Інші ділянки СОПР без змін. Яке лабораторне дослідження слід, насамперед, провести для встановлення заключного діагнозу?

4. Пацієнт Г., 62 років, звернувся до лікаря-стоматолога з метою професійного огляду. Об'єктивно: лице симетричне, шкірний покрив блілого відтінку, регіональні лімфовузли не пальпуються. Вся поверхня СОПР блідо-рожевого кольору, анемічна без видимих елементів ураження. Язик має звичайний колір та розмір, покритий білуватим нальотом. Сосочки язика без

змін. Відмічається атрофія тканин пародонту (по горизонтальному типу). Пародонтальні кишені відсутні. На фронтальних зубах нижньої щелепи відмічаються клиноподібні дефекти. Яке загальне захворювання ССС слід відмітити у даного пацієнта?

5. Хвора П., 57 років, скаржиться на наявність численних плям на слизовій оболонці губ, щік, язика, періодичних кровотеч із носа. Об'єктивно: телеангіектазії на шкірі обличчя в ділянці лівого крила носа. На СО губ, щік, язика такі елементи ураження в кількості 12-14. Клінічний аналіз крові: тромбоцитів в периферичній крові – 280,0x10<sup>9</sup>/л., час кровотечі до 3-х хвилин. Назвіть найбільш ймовірний діагноз.

6. Пацієнт С., 56 років, скаржиться на загальну слабкість та втомлюваність при незначних фізичних навантаженнях. Об'єктивно: шкірний покрив обличчя блідий, анемічний. Відмічається ціаноз губ. СОПР блідо-рожевого кольору без видимих елементів ураження. В ділянці кореня язика відмічається варікоз вен язика. Яким загальним захворюванням страждає пацієнт?

7. Пацієнт Н., 66 років, скаржиться на появу виразки в ділянці правої нижньої щелепи. Виразка з'явилася два тижні тому після перенесеної травми під час вживання твердої їжі. Проведене самолікування результату не дало, тому він звернувся до лікаря-стоматолога. Хворий відмічає серцево-судинну недостатність. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі ціанотичного відтінку при пальпації болісні, м'якої консистенції. Інші ділянки СОПР без змін. Які результати мікроскопії матеріалу з дна виразки будуть виявлені у даного пацієнта?

8. Пацієнт Ф., 64 років, скаржиться на загальну слабкість та втомлюваність при незначних фізичних навантаженнях. Об'єктивно: шкірний покрив обличчя блідий, анемічний. Відмічається ціаноз губ. СОПР блідо-рожевого кольору без видимих елементів ураження. В ділянці кореня язика відмічається варікоз вен. У якого спеціаліста слід проконсультувати пацієнта?

9. Пацієнт Н., 66 років, скаржиться на появу виразки в ділянці правої нижньої щелепи. Виразка з'явилася два тижні тому після перенесеної травми під час вживання твердої їжі. Проведене самолікування результату не дало, тому він звернувся до лікаря-стоматолога. Хворий відмічає серцево-судинну недостатність. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі, болісні при пальпації, ціанотичного відтінку. Інші ділянки СОПР без змін.



Який засіб для ускорення епітелізації використати при місцевому лікуванні виразки?

10. Пацієнт П., 59 років, скаржиться на біль в порожнині рота під час вживання їжі. Вважає себе хворим протягом місяця. Займався самолікуванням. В анамнезі захворювання відмічає порушення кровообігу II ступеня. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі ціанотичного відтінку при пальпації болісні, м'якої консистенції. Інші ділянки СОПР без змін. Встановіть діагноз.

### **7.Рекомендована література**

#### **Основна:**

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації /За ред. А.К. Ніколішина – Вид.2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. с. –506-512.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. /[А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] /За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007.с. – 135-141.
3. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т.- Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.. – К.: Медицина, 2010. с.–387-391.

#### **Додаткова:**

1. Авдєєв І.П. Актуальне законодавство в стоматології /І.П. Авдєєв, Т.В. Бяглик, Т.В. Накряха. – Харків: Авеста, 2009.– 544 с.
2. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – 408 с.
3. Дерматостоматити /Г.С. Чучмай, Л.О. Цвих, С.С. Різник, Б.С. Гриник. – Львів, 1998. – 136 с.
4. Калюжна Л.Д., Білоклицька Г.Ф. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ. Навчальний посібник. – К.: Грамота, 2007. – 280 с.
5. Крок -2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. Тести по терапевтической стоматологии. Сборник заданий для подготовки к тестовому экзамену по терапевтической стоматологии. /За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Куроєдова В.Д., Коршенко В.О., Денисенко В.В. Проблеми ВІЛ/СНІДу в стоматології. – Полтава, 2010. – 96 с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО  
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 16</i>	Зміни СОПР при захворюваннях ендокринної системи (акромегалія, хвороба Іценко-Кушинга, цукровий діабет). Ксеростомія. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

### 1. Актуальність теми.

Органи і тканини ротової порожнини перебувають у тісному зв'язку з різними внутрішніми органами і системами людини, тому велика група уражень слизової оболонки є наслідком захворювання тих чи інших внутрішніх органів.

Стоматологічні прояви деяких ендокринних розладів мають важливе діагностичне значення, так як вони випереджають прояви загальних клінічних симптомів основного захворювання. Тому, знання особливостей змін СОПР при ендокринних розладах сприяють виявленню ранніх стадій захворювання, а також правильній оцінці місцевих проявів загальної патології і вибору методів лікування.

### 2. Конкретні цілі.

Знати: методи обстеження хворих із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота,

— мати уявлення про розповсюдженість захворювання,

— класифікацію, етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування змін слизової оболонки порожнини рота при захворюваннях ендокринної системи,

— взаємозв'язок між етіопатогенетичними чинниками виникнення захворювань ендокринної системи і розвитком змін слизової оболонки порожнини рота та механізми їх профілактики.

Вміти: провести клінічні та спеціальні методи обстеження хворих з данною патологією,

— визначити комплекс клініко-лабораторних досліджень і провести їх для діагностики захворювання ендокринної системи,

— обґрунтувати сучасні підходи до лікування в залежності від клініко-морфологічних особливостей перебігу процесу,

— вказати перспективи розвитку програм профілактики.

### 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія	Анатомічні особливості ендокринної системи Орієнтуватися в патоморфологічних змінах при запаленні та дистрофії Методи обстеження стоматологічного хворого Основні клінічні прояви захворювань внутрішніх органів та систем. Розпізнати симптоми. Фармакодинаміка лікарських засобів, виписати рецепти, роз'яснити хворому цінність застосування назначеного лікування
2. Патологічна анатомія	
3. Пропедевтика терапевтичної стоматології	
4. Внутрішні хвороби	
5. Фармакологія	
5. Внутрішньоопредметна інтеграція	

	Елементи ураження СОПР, особливості діагностики уражень слизової оболонки.
--	--

**4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття**  
**4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:**

Термін	Визначення
1. Цукровий діабет	в основі виникнення захворювання є порушення вуглеводного обміну. Найбільш характерними змінами в порожнині рота є ксеростомія, катаральний стоматит і глосит, грибковий стоматит, мікотична заїда, парестезії СОПР, трофічні розлади, червоний плескатий лишай.
2. Акромегалія	хвороба, викликана гіперфункцією передньої частки гіпофіза, розвивається внаслідок надлишкового надходження в організм соматотропного гормону. Відбувається збільшення щелеп, особливо нижньої, виникає прогнатія, розширюються міжзубні проміжки. З часом розростаються і м'які тканини: розвиваються макрохейліт, макроглосит.
3. Хвороба Іценка — Кушинга	розвивається внаслідок гіперфункції кори надниркових залоз та ураження гіпоталамогіпофізарної системи.
4. Синдром Гришпана	поєднання цукрового діабету и гіпертонічною хворобою часто проявляється в роті червоним плескатим лишаєм.
5. Аддісонова хвороба	зумовлена припиненням або зменшенням продукування гормонів кіркової речовини надниркових залоз. Найхарактерніша ознака хвороби — специфічна пігментація шкіри та слизової оболонки.
6. Ксеростомія	сухість порожнини рота, що зумовлена зменшенням слиновиділення, ступінь тяжкості якого варіює у різних хворих.

1. Назвіть етіологічні фактори розвитку ксеростомії.
2. Охарактеризуйте клінічні прояви ксеростомії.
3. Вкажіть етіологію та патогенез акромегалії та хвороби Іщенко-Кушинга.
4. Висвітліть клінічні прояви акромегалії у щелепно-лицевій ділянці.
5. Висвітліть клінічні прояви хвороби Іщенко-Кушинга у щелепно-лицевій ділянці.
6. Охарактеризуйте етіологічні фактори та патогенез цукрового діабету.
7. Висвітліть клінічні ознаки цукрового діабету у порожнині рота.
8. Охарактеризуйте особливості додаткових методів обстеження стоматологічних пацієнтів із ендокринним захворюванням.
9. Висвітліть особливості загального лікування стоматологічних пацієнтів із ендокринним захворюванням.
10. Висвітліть особливості місцевих втручань при лікуванні стоматологічних пацієнтів із ендокринним захворюванням.
11. Вкажіть заходи профілактики змін у порожнині рота при ендокринних порушеннях.

#### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.**

1. Провести клінічне обстеження хворого з патологією ендокринної системи.
2. Перелічити усі симптоми характерні для проявів на слизовій оболонці порожнини рота патології ендокринної системи.
3. Провести комплекс клініко-лабораторних досліджень, в залежності від ендокринного захворювання.
4. Скласти план лікування хворого з патологією ендокринної системи.
5. Провести місцеве лікування хворого з патологією ендокринної системи.
6. Обґрунтувати та призначити профілактичні заходи пацієнтам.
7. Виписати рецепти для загального та місцевого лікування цих захворювань.
8. Оформити медичну документацію пацієнтів, взятих на диспансеризацію.

#### **5. Зміст теми.**

Стоматологічні прояви деяких ендокринних порушень мають велике діагностичне значення, оскільки вони часто передують появі клінічних симптомів основної хвороби.

Порушення вуглеводного обміну викликають на СОПР зміни, вираженість яких залежить від ступеня і тривалості цукрового діабету. Ці зміни іноді стають його першими ознаками.

Найбільш ранній симптом – сухість у порожнині рота (ксеростомія) як наслідок дегідратації організму. Нерідко при цьому виникає спрага, підвищується апетит. Слизова оболонка стає слабо зволоженою чи сухою, мутною, зі значним скупченням нальоту, часто гіперемійованою. Зменшення слиновиділення призводить до розвитку катарального запалення слизової оболонки, вона стає легко ранимою, в місцях незначної механічної травми спостерігаються ушкодження у вигляді крововиливів, інколи ерозій.

За високого вмісту цукру в крові часто виникають зміни язика: вона покривається білим нальотом, висихає, на ній з'являються дрібні болючі тріщинки, Поряд із цим цукровий діабет може викликати парестезії. Пекучість слизової оболонки відчувається разом зі свербіжем шкіри в зоні геніталій та в інших ділянках. У хворих на декомпенсований цукровий діабет можливе зниження смакового відчуття до солодкого, солоного, кислого, а в деяких, які перебувають у протилежній залежності від, тяжкості хвороби — і до гіркого.

Трофічні розлади слизової оболонки порожнини рота характеризуються виникненням трофічних виразок, яким притаманний тривалий перебіг зі сповільненою регенерацією.

Дуже часто запалюється крайовий пародонтит. Спочатку розвивається катаральне запалення ясенних сосочків, потім утворюються пародонтальні кишень, розростається грануляційна тканина та розсмоктується альвеолярна кістка, часто виникають абсцеси.

У порожнині рота розвиваються грибковий стоматит і мікотичні заїди внаслідок дисбактеріозу на тлі різкого зниження опірності організму, зменшення ферментативної активності слини та лізоциму. Грибкові ураження мають сталий характер у різних відділах порожнини рота.

Особливо часто виникають мікотичні заїди, при цьому в кутах рота з'являються тріщинки, покриті білясто-сірими кірочками.

В окремих випадках на слизовій оболонці порожнини рота з'являються папульозні елементи ураження, що може стати ознакою прихованої форми цукрового діабету. Поєднання цукрового діабету и гіпертонічною хворобою часто проявляється в роті червоним плескатим лишаем (синдром Гріншпана). Описані зміни не мають специфічних рис, властивих тільки цукровому діабету. Тому в діагностиці посилену увагу приділяють анамнезу, загальному обстеженню хворого, лабораторним дослідженням.

*Лікування* проводять спільно з ендокринологом. За наявності виражених змін у порожнині рота, зважаючи на їхні прояви, призначають симптоматичне лікування: фунгістатичні препарати — при грибкових ускладненнях, кератопластичні — при трофічних ураженнях, а також засоби, що поліпшують вуглеводний обмін. У хворих на цукровий діабет регулярно проводять санацію порожнини рота.

*Акромегалія* — хвороба, викликана гіперфункцією передньої частки гіпофіза, розвивається внаслідок надлишкового надходження в організм соматотропного гормону. Відбувається збільшення щелеп, особливо нижньої, виникає прогнатія, розширюються міжзубні проміжки. З часом розростаються і м'які тканини: розвиваються макрохейліт, макроглосит. Сосочки язика гіпертрофуються, він ледве поміщається в роті, на язиці з'являються складки та борозни. Слизова оболонка щільна, блідо-рожевого кольору, не береться в складку. Також з'являється гіперплазія ясен. Розростання язичка і голосових зв'язок супроводжується зниженням тембру голосу. Хвороба розвивається повільно, непомітно для хворого.

*Хвороба Іценка — Кушинга* розвивається внаслідок гіперфункції кори надниркових залоз та ураження гіпоталамогіпофізарної системи. Виникає ожиріння обличчя, шиї, грудей, живота. Обличчя округле, щоки надуті, вишнево-червоного кольору. Шкіра суха, утворюються фурункули, вугри, імпетиго. У порожнині рота слизова оболонка набрякла, спостерігаються відбитки зубів на щоках та язиці. Часто виникають трофічні розлади, що призводить до появи ерозій, виразок, які характеризуються тривалим перебігом. Часте ускладнення — кандидозні ураження.

*Лікування* проводиться спільно з ендокринологом. Показані санація порожнини рота і симптоматична терапія залежно від клінічних проявів хвороби.

*Аддісонова хвороба.* Зумовлена припиненням або зменшенням продукування гормонів кіркової речовини надниркових залоз. Найхарактерніша ознака хвороби — специфічна пігментація шкіри та слизової оболонки. У порожнині рота, на губах, по краю язика, ясен, слизової оболонки щік з'являються невеликі плями або смуги синюватого, сірувато-чорного кольору. Ці зміни в порожнині рота і на шкірі виникають унаслідок відкладення великої кількості меланіну.

*Діагноз* хвороби підтверджують такі загальні симптоми: артеріальна гіпертензія, порушення функції травного тракту (нудота, блювання, пронос), виснаження.

Для *лікування* використовують кортикостероїди. Призначають кортикостероїди з урахуванням тяжкості стану хворого по 30—80 мг на добу всередину, причому 1/3—1/2 добової дози — в ранковий час (одноразова доза 15—30 мг). Зниження дози спочатку можливе на 1/3 кожні 3 доби до підтримуючої дози — 5—10 мг — або відміна препарату. Останнім часом застосовують кортикостероїди в надзвичайно високих дозах короткими курсами (1—2 доби). У першу добу вводять 120—150 мг, у наступну — половинну дозу. Лікування кортикостероїдами слід проводити під контролем артеріального тиску, ЕКГ, клінічного та біологічного аналізу крові, діурезу та маси тіла. Преднізолон — табл. по 0,005 г, ампули 3% розчину по 1 мл (0,03 г); тріамцінолон (кенакорт) — табл. по 0,004 г; дезоксикортикостерону ацетат — табл. по 0,005 г та 1 мл 0,5% олійного розчину; метипред — табл. по 4 мг, ампули по 0,025 г.

## 6. Матеріали для самоконтролю.

### А. Завдання для самоконтролю (таблиці, схеми, малюнки, графіки):

Завдання		Відповідь
а) Які клінічні симптоми в порожнині рота виникають при захворюваннях ендокринної системи	...	-сухість СОПР; -парестезії; -пігментація СОПР; -гіперпластичні процеси; -трофічні розлади.
б) Які прояви ксеростомії при	...	-відмічається постійна спрага, апетит. СОПР

цукровому діабеті?		помірнозволожена або суха, мутна, часто гіперемована із скупченням нальоту.
в) Які лабораторні методи дослідження проводять в першу чергу при цукровому діабеті?	...	-загальний аналіз крові; -аналіз крові та сечі на цукор.
г) Визначте основні лабораторні дослідження при хворобі Іценко-Кушинга?	...	-визначення вмісту кортизолу та кортикотропіну (АКТГ) в крові.
д) До яких елементів ураження відносяться ерозія та язва?	...	до вторинних елементів ураження.
е) Які основні принципи лікування захворювань ендокринної системи?		Загальне лікування проводиться ендокринологом. Місцеве:- санація порожнини рота; - симптоматичне лікування.

### **Б. Тестові завдання для самоконтролю.**

1. В основі якого захворювання є порушення вуглеводного обміну?

- A.** Цукровий діабет
- B.** Синдром Стівенса – Джонсона
- C.** Синдром Шегрена
- D.** Хвороба Іценко-Кушинга
- E.** Синдром Костена

2. Яка хвороба, викликана гіперфункцією передньої частки гіпофіза, розвивається внаслідок надлишкового надходження в організм соматотропного гормону?

- A.** Цукровий діабет
- B.** Синдром Шегрена
- C.** Акромегалія
- D.** Хвороба Іценко-Кушинга
- E.** Мікседема

3. Яка хвороба розвивається внаслідок гіперфункції кори надниркових залоз та ураження гіпоталамогіпофізарної системи?

- A.** Аддісонова хвороба



- V.***Цукровий діабет
- C.***Акромегалія
- D.***Хвороба Іценко-Кушинга
- E.***Мікседема

4. Яким синдромом проявляється поєднання у хворого цукрового діабету, гіпертонічної хвороби та червоного плескатої лишаю?

- A.***Синдром Костена
- V.***Синдром Стівенса – Джонсона
- C.***Синдром Шегрена
- D.***Синдром Бехчета
- E.***Синдром Гриншпана

продукування гормонів кіркової речовини надниркових залоз?

- A.***Мікседема
- V.***Цукровий діабет
- C.***Акромегалія
- D.***Хвороба Іценко-Кушинга
- E.***Аддісонова хвороба

6. Яким симптомом проявляється сухість порожнини рота, що зумовлена зменшенням слиновиділення?

- A.***Ксеростомія
- V.***Симптом Гриншпана
- C.***Симптом Никольського
- D.***Синдром Бехчета
- E.***Синдром Шегрена

7. Які лабораторні методи дослідження проводять в першу чергу при цукровому діабеті?

- A.***Загальний аналіз крові та сечі
- V.***Загальний аналіз крові, аналіз крові та сечі на глюкозу
- C.***Біохімічний аналіз крові
- D.***Імунологічні методи
- E.***Алергологічні методи

8. Визначте основні лабораторні дослідження при хворобі Іценко-Кушинга?

- A.***Біохімічний аналіз крові
- V.***Загальний аналіз крові та сечі
- C.***Визначення вмісту кортизолу та кортикотропіну (АКТГ) в крові
- D.***Визначення віт.С
- E.***Визначення цукру в крові та сечі

9. Які основні принципи лікування захворювань ендокринної системи?

**A.** Загальне лікування проводиться гематологом. Місцеве: етіотропне та симптоматичне лікування.

**B.** Загальне та місцеве лікування проводиться стоматологом

**C.** Загальне лікування проводиться терапевтом. Місцеве: симптоматичне лікування.

**D.** Загальне лікування проводиться ендокринологом. Місцеве: санація порожнини рота та симптоматичне лікування.

**E.** Загальне лікування проводиться кардіологом. Місцеве: патогенетичне та симптоматичне лікування.

**10.** До яких елементів ураження відносяться ерозія та виразка?

**A.** До вторинних елементів ураження

**B.** До первинних елементів ураження

**C.** До третинних елементів ураження

**D.** До первинних та вторинних елементів ураження

**E.** Усі перелічені вірні

**В. Задачі для самоконтролю.**

**Задача № 1.** Хвора С., 40 років, скаржиться на кровоточивість ясен, рухомість зубів, сухість в порожнині рота, спрагу, які з'явилися рік тому. Об'єктивно: ясна обох щелеп набряклі, гіперемовані з ціанотичним відтінком. Корені зубів нерівномірно оголені. Пародонтальні кишені 3-5 мм. Рухомість зубів I-II ступеня. Які обстеження необхідно провести для встановлення фонові патології?

**Задача № 2.** Хвора М., 38 лет, скаржиться на печію губ і кутів рота, їх сухість. В анамнезі цукровий діабет протягом 8 років. Об'єктивно: червона облямівка губ суха, застійно гіперемована, вкрита різного розміру лусочками. В кутах рота – тріщини, вкриті білим нальотом, мацерація шкіри навколо кутів рота. Яку групу мазей слід призначити цій хворій для місцевого лікування? Назвіть представників.

**Задача № 3.** Хвора К., 55 років, звернулася до стоматолога в зв'язку з профоглядом. В анамнезі – 10 років хворіє виразковою хворобою шлунку. Об'єктивно: слизова порожнини рота блідого кольору з жовтуватим відтінком, є крапчасті крововиливи. Спинка язика гладенька, блискуча, на кінчику язика болючі ділянки десквамації яскраво-червоного кольору, запального характеру. Аналіз крові: еритроцити –  $2,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін – 90 г/л, КП – 1,5, тромбоцити –  $200 \times 10^9/л$ , лейкоцити –  $7,0 \times 10^9/л$ . Ваш попередній діагноз?

**Задача № 4.** Жінка А., 62 років, при зверненні в клініку пред'являє скарги на неможливість прийому їжі через різку хворобливість в порожнині рота, яка з'явилася тиждень тому. В анамнезі гіпертонічна хвороба. Після об'єктивного обстеження встановлений діагноз: ерозивно-виразкова форма червоного

плескатою лишаю. З приводу якого загального захворювання необхідно обстежити цю хвору?

**Задача № 5.** При профілактичному огляді чоловіка К., 38 років, виявлено наступне: обличчя злегка одутловате, губи товсті, ніс і вушні раковини великі, нижня щелепа масивна і виступає вперед, прикус прогенічний, язик збільшений в розмірі, на бічних поверхнях визначаються відбитки зубів, а на спинці - глибокі складки, між зубами - діастеми і тріми. Є пародонтальні кишень глибиною 3-4 мм, запальні явища ясен при цьому виражені незначно. Функцію яких з ендокринних залоз необхідно обстежити у цього хворого?

**Задача № 6.** Жінка С., 52 років, звернулася до стоматолога зі скаргами на біль при прийомі їжі. При об'єктивному дослідженні на слизовій оболонці обох щік в ретромоларній області на тлі гіперемії виявлені великі виразкові поверхні, оточені дрібними білими папулами, що зливаються в ажурний малюнок. У яких фахівців необхідно обстежити цю хвору в першу чергу з метою з'ясування механізмів розвитку даної патології?

**Задача № 7.** У жінки В., 45 років, діагностовано генералізований пародонтит II ступеня, загострений перебіг з частим абсцедуванням. Останнім часом хвора відзначає погіршення загального стану, свербіж шкіри, сухість в порожнині рота. Який з перерахованих методів дослідження крові необхідно провести цій хворій у першу чергу для з'ясування причини погіршення стану?

**Задача № 8.** Хвора Н., 49 років, скаржиться на відчуття печіння в роті, сухість. Печіння посилюється під час прийому гострої їжі. Об'єктивно: язик набряклий з відбитками зубів. Спинка язика вкрита біло-сірим нальотом, який знімається при поскаблюванні шпателем, ниткоподібні сосочки гіпертрофовані. На бічних поверхнях і кінчику язика визначаються ділянки десквамації круглої форми. Слина в'язка, тягнеться тонкими нитками. Хворіє на цукровий діабет. Які медикаментозні препарати потрібно призначити хворій в комплексному лікуванні?

**Задача № 9.** Хвора М., 56 років, скаржиться на виразки у порожнині рота та біль під час прийому гострої їжі. Хвора страждає на сахарний діабет і гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: на слизовій оболонці щік ділянки гіперемії, в яких виявляються ерозії неправильної форми до 5 мм і сріблясто-білі папули у вигляді мережива. Який із синдромів найбільш ймовірний при даному захворюванні?

**Задача № 10.** Молодий чоловік 16 років звернувся до стоматолога зі скаргами на кровоточивість, болючість ясен під час їжі і при чищенні зубів. При об'єктивному дослідженні у фронтальній ділянці верхньої та нижньої щелепи визначається скупченість зубів, гіперемія, ціаноз і розростання

ясенних сосочків до 1/3 довжини коронок. Відкладення м'якого зубного нальоту. Ясна кровоточать при дотику інструментом. Який найбільш ймовірний діагноз?

## 7. Рекомендована література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівнів акредитації у 2-х томах./ За редакцією проф. А.К.Ніколішина.- Полтава: «Дивосвіт», 2007 - С.135-141.
2. Терапевтична стоматологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих навчальних закладів III –IV рівнів акредитації у 4-х томах./ За редакцією проф. Данилевського М.Ф. – К.: «Здоров'я», 2006 - С.412-417.
3. Лекційний матеріал кафедри.

### Додаткова:

1. Банченко Г.В.Сочетанные поражения слизистой оболочки полости рта и внутренних органов/ Г.В.Банченко.–М.:Медицина,1979.–189 с.
2. Боровский Е. В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский. – М., 1991. – 287 с.
3. Боровский Е. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е. В. Боровский, А. Л. Машкиллейсон.– М.:Медицина, 2001.–С.129-145.
4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М. Ф. Данилевський, О. Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – С. 285 – 297.
5. Клиника терапевтической стоматологии / Г. Д. Овруцкий, Н. А. Горячев, Ю. Ф. Майоров. – Казань, 1991. – 242 с.
6. Терапевтическая стоматология / [Е. В. Боровский, В. С. Иванов, Ю. М. Максимовский, и др.]. – М.,1998. – С. 617-646.
7. Терапевтическая стоматология / Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова. – М. : Медицина, 2002. – 638 с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО**  
**ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 17</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при захворюваннях крові і кровотворних органів. Лейкемія. Агранулоцитоз. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

### 1. Актуальність теми.

Проблема захворювань системи крові є однією з актуальних проблем в медицині, особливо в наш час – в період екологічних негараздів.

Необхідність вивчення патології крові стоматологами впливає із наступних міркувань:

1. Патологічні зміни в порожнині рота часто бувають першими клінічними ознаками названої патології, а звідси роль стоматологів у ранній діагностиці є суттєвою.
2. Питання ранньої діагностики набуло особливо важливого значення з тих пір, як сучасні методи лікування дають можливість отримати довгі клінічні та гематологічні ремісії при лейкеміях, агранулоцитозі; з'явилась можливість продовжити життя хворим на лейкемії, або, навіть, зберегти життя.
3. Нерідко ураження порожнини рота ускладнюють перебіг захворювань кровотворних органів, а тому стоматолог повинен проводити активну стоматологічну терапію в процесі загального лікування хворих.
4. Суттєве значення має своєчасна санація порожнини рота як метод профілактики ускладнень.

### 2. Конкретні цілі.

- Навчити студентів за ранніми ознаками проявів захворювань крові в порожнині рота запідозрювати ту чи іншу патологію крові;
- Мати загальне уявлення про причини та механізм розвитку лейкемій;
- Знати зміни СОПР при лейкеміях;
- Складати план обстеження хворого з патологією крові та кровотворних органів та інтерпретувати дані лабораторного дослідження крові;
- Провести терапевтичні стоматологічні маніпуляції в порожнині рота при патології крові;
- Обґрунтовувати вибір лікарських препаратів для лікування даної патології.

### 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Гістологія	Знати теорію розвитку окремих елементів клітин периферійної крові (гемопоез)
Патфізіологія	Знати механізм розвитку окремих захворювань крові та кровотворних органів
Внутрішні хвороби (гематологія)	Знати клініку лейкемій, агранулоцитозу, анемій, хвороби Вергольфа Вміти виявити загальні симптоми захворювань крові та кровотворних органів
Пропедевтика терапевтичної	Знати методи обстеження

	стоматологічного хворого.
стоматології	Вміти провести стоматологічне обстеження хворого
Внутрішньопредметна інтеграція	Знати клініку ураження пародонту СОПР при різних первинних та вторинних (симптоматичних) захворюваннях. Вміти провести диференційну діагностику різних уражень пародонта та СОПР

**4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття**

Термін	Визначення
1. Анемія	Зменшення кількості еритроцитів
2. Тромбоцитопенія	Порушення дозрівання мегакаріоцитів зі зниженням спроможності продукувати тромбоцити
3. Поліцитемія	Збільшення кількості еритроцитів, гемоглобіну та об'єму циркулюючої крові
4. Тактика	Необхідно бути обережним при стоматологічних втручаннях (видалення зубного каменю, зубів)
5. Лікування	В спеціалізованому стаціонарі

**4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.**

1. Оволодіти технікою забору матеріалу для лабораторного обстеження.
2. Провести курацію хворого з проявами захворювань крові і кровотворних органів.
3. При опитуванні тематичного пацієнта звернути увагу на шкідливі звички, наявність стоматологічних втручань, соматичної патології та алергологічного анамнезу.
4. Визначити план та провести лікування хворого захворюваннями крові і кровотворних органів.
5. Провести аналіз отриманих результатів лабораторного обстеження
6. Призначити профілактичні заходи.
7. Заповнити медичну картку амбулаторного хворого Ф- 43/О

**5. Зміст теми заняття.**

**Лейкемія** – системне злоякісне захворювання білої крові, при якому спостерігається прогресуюча клінічна гіперплазія в органах кровотворення. Разом з тим порушуються процеси дозрівання лейкоцитів, а також

спостерігається метаплазія ретикулярних клітин органів, які не пов'язані з кровотворенням в нормальних умовах (печінка, сполучна тканина різних органів, в тому числі і слизової оболонки, пульпи, періодонта). Лейкоцитопоез зупиняється на рівні бластних клітин.

Розрізняють лейкемії гострі та хронічні, хоча “гостра” та хронічна” лейкемія скоріше характеризують не часові, а цитологічні відмінності.

Згідно сучасних уявлень про розподіл кровотворення на міелоїдне та лімфоїдне, за клітинним складом лейкемії розподіляють на гранулоцитарні, серед яких частіше буває міелоїдний та лімфоїдні (лімфобласні).

**Гостра лейкемія** частіше зустрічається в молодому віці. Хворіють в основному чоловіки.

У перебігу гострої лейкемії здебільшого виявляють початкову, розвинуту та термінальну фазу.

Ураження слизової оболонки порожнини рота зустрічаються у 90,9%, а у 19% її ураження бувають першими симптомами захворювання. Вони проявляються в основному наступними синдромами: геморагічним, анемічним, гіперпластичним та виразково-некротичним, а інколи – і одонтологічним (біль в інтактних зубах, щелепах) поряд з болем в інших кістках.

Названі синдроми розвиваються на тлі інтоксикації організму (інтоксикаційний синдром), який спочатку мало помітний: загальне нездужання, легка стомлюваність, субфебрильна температура та ін.

У період розвинутої фази гострої лейкемії інтоксикаційний період характеризується високою температурою, значною блідністю, адинамією, тахікардією тощо.

Геморагічний синдром проявляється у вигляді петехій, екхімозів, гематом, спонтанних кровотеч.

Гіперпластичний синдром проявляється збільшенням лімфатичних вузлів, особливо при лімфобластній лейкемії, мигдаликів, печінки, селезінки, а в порожнині рота – інфільтрацією ясен (лейкеміди), періодонта (симптом Касірського). Локалізація лейкемідів в пульпі інтактних зубів дає постійний біль пульпітного характеру (одонтологічний синдром). При локалізації по ходу гілок трійчатого нерву – біль по типу невралгії або невриту, які нерідко супроводжуються парестезією слизової оболонки.

Поява лейкоцитів в слинних залозах нерідко супроводжується сухістю в порожнині рота (ксеростомічний синдром).

Гіперплазія часто поєднується з виразково-некротичними змінами (у 55% хворих).

Картина крові при гострих лейкеміях характеризується анемією, тромбоцитопенією, лейкемічним провалом.

Прояви гострої лейкемії необхідно диференціювати від гіпертрофічного гінгівіту, виразково-некротичного стоматиту, гіповітамінозу С, інтоксикації солями важких металів, з іншими захворюваннями крові.

**Хронічні лейкемії** виникають рідше. Зміни СОПР за даними А.Л. Постникової при хронічних міелоїдних лейкеміях зустрічаються у 71%



хворих, при лімфоїдних лейкеміях – у 63%. Синдроми при хронічних лейкеміях однакові, але інтенсивність їх менш виражена. У термінальній стадії вони найбільш виражені.

У периферичній крові виявляють бластні клітини (мієлобласти, лімфобласти), тромбоцитопенія, анемія, а при лімфоїдних лейкеміях – клітини Боткіна-Гумпрехта.

Стоматолог проводить симптоматичне лікування. При гострій лейкемії не рекомендується проводити видалення зубів. Санація порожнини рота проводиться в період ремісії.

**Агранулоцитоз** – синдром, який характеризується зменшенням кількості, чи, навіть, відсутністю гранулоцитів в периферичній крові. Перебіг агранулоцитозу буває гострий і хронічний.

Клінічна картина гострого агранулоцитоза – це гострий сепсис з некротичними ускладненнями, розвивається майже раптово, хоча описують і наявність продромального періоду. Хвороба починається, як правило, з підвищення температури, болі під час ковтання їжі, утворення геморагій, виразок на мигдаликах. У порожнині рота: значна салівація, брудно-сірий наліт на язиці. На слизовій оболонці губ, щік, язика, на яснах – виразково-некротичний процес, особливістю якого є відсутність запальної реакції навколо осередку некрозу. На 6-7 день некротична тканина відокремлюється і через 2-3 дні виразки рубцюються. Лімфатичні вузли дещо збільшені, болючі, хоча й менше, ніж при лейкеміях.

При хронічному агранулоцитозі стійкий набряк ясен без некрозу. Але інколи можливий гангренозний розпад верхньої губи, утворення болючих інфільтратів та наявність некротичної ангіни.

У крові: кількість лейкоцитів зменшується до  $0,5-1,0 \times 10^9/\text{л}$  число нейтрофільних лейкоцитів – до 2%.

Діагноз ставиться на підставі анамнезу, клінічної картини, клінічного аналізу крові і пунктату мозку. Стоматолог проводить симптоматичне лікування.

## **6. Додатки.**

### **А. Тести для самоконтролю.**

1. Оберіть найбільш характерні для гострої лейкемії показники крові:

- A. Еритропенія
- B. Лейкоцитоз
- C. Лейкопенія
- D. Анізоцитоз
- E. Тромбоцитопенія

2. Оберіть найбільш характерні для хронічної лімфолейкемії показники крові:

- A. Еритропенія
- B. Лейкоцитоз
- C. Лейкопенія
- D. Анізоцитоз

Е. Тромбоцитопенія

3. Оберіть найбільш характерні для агранулоцитоза показники крові:

А. Еритропенія

В. Лейкоцитоз

С. Лейкопенія

Д. Моноцитопенія

Е. Тромбоцитопенія

4. Наявність клітин Боткіна-Гумпрехта в аналізі крові є характерною ознакою:

А. Агранулоцитоза

В. Гострої лейкемії

С. Хронічної лімфолейкемії

Д. Поліцитемії

Е. Хронічної мієлолейкемії

5. Оберіть синдроми лейкемії:

А. Анемічний

В. Геморагічний

С. Гіперпластичний

Д. Інтоксикаційний

Е. Всі перераховані

6. Які зміни загального стану організму характерні для гострої лейкемії:

А. Різко виражена блідість

В. Адинамія

С. Тахікардія

Д. Висока, неправильного типу температура

Е. Всі перераховані

7. Які зміни загального стану організму характерні для хронічної мієлолейкемії:

А. Різко виражена блідість

В. Втрата ваги

С. Стомлюваність

Д. Підвищена температура

Е. Всі перераховані

8. Які ранні місцеві ознаки агранулоцитозу:

А. Катаральний гінгівіт

В. Гіпертрофічний гінгівіт

С. Виразково-некротичний гінгівіт

Д. Атрофічний гінгівіт

Е. Кандидозний стоматит

9. Яка найбільш характерна рання місцева ознака хронічної мієлолейкемії:

- A. Підвищена кровоточивість ясен
- B. Неприємний запах з рота
- C. Рухомість зубів
- D. Поява лейкоїдів
- E. Збільшення лімфатичних вузлів

10. Яка найбільш характерна рання місцева ознака хронічної лімфолейкемії:

- A. Підвищена кровоточивість ясен
- B. Неприємний запах з рота
- C. Рухомість зубів
- D. Поява лейкоїдів
- E. Збільшення лімфатичних вузлів

### **Б. Задачі для самоконтролю.**

1. В клініку терапевтичної стоматології звернувся хворий зі скаргами на загальне нездужання, високу температуру, кровоточивість ясен, неприємний запах з порожнини рота.

Об'єктивно: шкіра обличчя бліда. Червона кайма і слизова оболонка анемічна. Місцями в слизовій оболонці щік крововиливи. Ясеневі сосочки в ділянці нижніх фронтальних зубів некротизовані. Навколо зони некротизованих сосочків ясна знекровлені. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації. Температура тіла 37,8<sup>о</sup>. Визначте попередній діагноз.

2. Хворий, 23 років, скаржиться на кровоточивість ясен, швидку стомлюваність, нездужання. Симптоми з'явилися нещодавно. Об'єктивно: шкіра та СОПР бліді. На СО щік, губ та піднебінні петехії. Ясна при доторкуванні кровоточать. Які лабораторні дослідження необхідно провести для постановки діагнозу?

3. Хворий. 20 років, скаржиться на кровотечу ясен, косметичний дефект, загальну слабкість, в'ялість.

Об'єктивно: шкіра бліда, піднебінні лімфатичні вузли збільшені, м'які, безболісні, СОПР анемічна, ясеневі сосочки збільшені, рихлі, кровоточать. У фронтальній ділянці верхньої щелепи зі сторони твердого піднебіння міжзубні сосочки цілком покривають коронки зубів. Яка першочергова тактика лікаря-стоматолога?

4. Хворий Ч. скаржиться на постійний ниючий біль в зубі на в/щ справа, загострення виникає втретє. Коронка зуба 15 зруйнована повністю. Перкусія та пальпація верхівки кореня різко болісна. Оберіть найбільш правильну тактику при лікуванні загострення періодонтиту у пацієнта хворого на агранулоцитоз.

5. При лікуванні хворого Н.33 років на гострий виразковий гінгівіт після призначення етіотропної терапії не відмічається позитивної динаміки. Яка тактика лікаря?

6. Хворий Ч. звернувся до стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен, неприємний запах з порожнини рота. Хворий перебуває на диспансерному обліку у лікаря - гематолога з приводу хронічної лімфолейкемії. Після обстеження був поставлений діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня. Які особливості проведення професіональної гігієни у даного хворого?

7. Хвора Ц. 54 років скаржиться на сильну кровоточивість ясен, слабкість, стомлюваність, пітливість, зниження апетиту, втрату ваги, підвищення температури протягом декількох місяців або 1-2 років. Об'єктивно: СО бліда. Ясна припухлі, синюваті, кровоточать від незначного дотику, але не запалені. В аналізі крові лейкоцитоз, тромбоцитопенія, мієлобласти, гемоцитобласти. Визначте попередній діагноз. Яка тактика лікаря-стоматолога?

8. Хворий Ф. 67 років скаржиться на кровоточивість та незвичний вигляд ясен. Об'єктивно: Підщелепні лімфовузли еластичні, рухомі, не болючі. Ясеневі сосочки набряклі, синюватого кольору, перекривають коронки зубів на 2/3. В аналізі крові лейкоцитоз, наявність клітин Боткіна-Гумпрехта. Визначте попередній діагноз.

9. Хвора Ц. 54 років скаржиться на сильну кровоточивість ясен, біль у горлі, слабкість, стомлюваність. Об'єктивно: СО бліда. Ясна припухлі, синюваті, кровоточать від незначного дотику. На мигдаликах, великі виразки полігональної форми, вкриті некротичним нальотом. В аналізі крові лейкоцитоз, тромбоцитопенія, мієлобласти. Визначте попередній діагноз.

10. Хвора В 35 років скаржаться на біль у горлі, особливо під час ковтання, неприємний запах із порожнини рота, високу температуру. Об'єктивно: Шкіра обличчя і слизова оболонка з жовтуватим відтінком. Ясна, піднебінні дужки, задня стінка горла та на мигдалики вкриті брудно-сірим нальотом. Місцева запальна реакція навколо ураження відсутня. В аналізі крові лейкопенія, зменшення кількості гранулоцитів. Визначте попередній діагноз.

## 7. Література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник: у 2 т. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007.-С. 149–152.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. / За ред. А.В. Борисенко. – Т. 4. – К.: Медицина, 2010. 400-412.

**Додаткова:**

1. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов / Г.В. Банченко. – М., 1979. – 189 с.
2. Боровский Е.В. Атлас слизистой оболочки полости рта / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. – М.: Медицина, 1981. – С.207-217.
3. Рыбаков А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта / А.И. Рыбаков, Г.В. Банченко. – М.: Медицина, 1978. – С.119-129.
4. Уваров В.М. Органы полости рта при болезнях крови. – М.: Медицина, 1975. – 173 с.
5. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Максимовский Ю.М. [и др.] / Под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. М.: Медицина. 1998. – С.635-645.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО**  
**ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 18</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при захворюваннях крові і кровотворних органів. Анемії. Хвороба Вакеза. Хвороба Верльгофа. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

## 1. Актуальність теми

Проблема захворювань системи крові є однією з актуальних проблем в медицині, особливо в наш час – в період екологічних негараздів.

Необхідність вивчення патології крові стоматологами впливає із наступних міркувань:

1. Патологічні зміни в порожнині рота часто бувають першими клінічними ознаками названої патології, а звідси роль стоматологів у ранній діагностиці є суттєвою.
2. Питання ранньої діагностики набуло особливо важливого значення з тих пір, як сучасні методи лікування дають можливість отримати довгі клінічні та гематологічні ремісії при лейкеміях, агранулоцитозі; з'явилась можливість продовжити життя хворим на лейкемії, або, навіть, зберегти життя хворим на перніціозну анемію, агранулоцитоз.
3. Нерідко ураження порожнини рота ускладнюють перебіг захворювань кровотворних органів, а тому стоматолог повинен проводити активну стоматологічну терапію в процесі загального лікування хворих.
4. Суттєве значення має своєчасна санація порожнини рота як метод профілактики ускладнень.

## 2. Конкретні цілі

- Навчити студентів за ранніми ознаками проявів захворювань крові в порожнині рота запідозрювати ту чи іншу патологію крові;
- Мати загальне уявлення про причини та механізм розвитку анемії;
- Знати зміни СОПР при анемії;
- Складати план обстеження хворого з патологією крові та кровотворних органів та інтерпретувати дані лабораторного дослідження крові;
- Провести терапевтичні стоматологічні маніпуляції в порожнині рота при патології крові;
- Обґрунтувати вибір лікарських препаратів для лікування даної патології.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
<input type="checkbox"/> гістологія	Знати теорію розвитку окремих елементів клітин периферійної крові (гемопоез)
<input type="checkbox"/> патфізіологія	Знати механізм розвитку окремих захворювань крові та кровотворних органів
<input type="checkbox"/> внутрішні хвороби (гематологія)	Знати клініку анемії, хвороби Вергольфа, Вакеза Вміти виявити загальні симптоми захворювань крові та кровотворних органів

□ пропедевтика терапевтичної стоматології	Знати методи обстеження стоматологічного хворого Вміти провести стоматологічне обстеження
внутрішньопредметна інтеграція	Знати клініку ураження СОПР при різних первинних та вторинних (симптоматичних) захворюваннях Вміти провести діагностику різних уражень СОПР

#### 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
1. Анемія	Зменшення кількості еритроцитів
2. Тромбоцитопенія	Порушення дозрівання мегакаріоцитів зі зниженням спроможності продукувати тромбоцити
3. Полицитемія	Збільшення кількості еритроцитів, гемоглобіну та об'єму циркулюючої крові
4. Тактика	Необхідно бути обережним при стоматологічних втручаннях (видалення зубного каменю, зубів)
5. Лікування	В спеціалізованому стаціонарі

##### 4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Назвіть кровотворні органи здорової людини.
2. Назвіть схему гемопоеза в нормі.
3. Охарактеризуйте нормальну гемограму.

##### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Оволодіти технікою забору матеріалу для лабораторного обстеження.
2. Провести курацію хворого з проявами захворювань крові і кровотворних органів.
3. При опитуванні тематичного пацієнта звернути увагу на шкідливі звички, наявність стоматологічних втручань, соматичної патології та алергологічного анамнезу.
4. Визначити план та провести лікування хворого захворюваннями крові і кровотворних органів.
5. Провести аналіз отриманих результатів лабораторного обстеження
6. Призначити профілактичні заходи.
7. Заповнити медичну картку амбулаторного хворого Ф- 43/О.



## 5. Зміст теми заняття

**Перніціозна анемія (хвороба Аддісона-Бірмера)** – прогресуюча, злоякісна анемія. В етіології важливе значення, надається дефіциту вітаміну В12. Хворіють частіше жінки 50-60 років. Клінічна картина хвороби складається з тріади: порушення функції шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної і нервової систем.

В порожнині рота: біль, печія, інколи з порушенням смаку, або з утрудненнями з вживанням їжі, особливо солоної, кислої, інколи утруднення при розмові. У випадках тяжкого перебігу на слизовій оболонці і на шкірі виникають петехії, екхімози. Але найбільш характерним є Гунтер-Міллерівський глосит: спинка язика гладенька, лискуча, неначе полірована, внаслідок атрофії грибоподібних та ниткоподібних сосочків, стоншення епітелію і атрофії м'язів язика. На спинці і кінчику язика з'являються болючі, різко обмежені смуги і плями яскраво-червоного кольору.

Діагностика ґрунтується на змінах в периферичній крові: прогресуюче зменшення числа еритроцитів і помірне зниження гемоглобіну, високий кольоровий показник крові (більше 1,1), наявність мегалобластів, анізоцитоз і пойкилоцитоз, кількість тромбоцитів зменшена, зрушення лейкоцитарної формули вправо.

Диференційний діагноз необхідно проводити з глоситами іншої етіології, алергічними стоматитами, кандидозом СОПР, гіповітамінозами вітамінів А. групи В, РР.

Лікування симптоматичне. Санація порожнини рота.

**Залізодефіцитна анемія** (гіпохромна анемія, хлороз). В основі захворювання – недостатня кількість заліза в організмі (сидеропатія, гіпосидероз). При залізодефіцитній анемії своєрідна “алебастрова” блідість шкіри, нерідко з зеленуватим відтінком. На фоні змін загального стану: в'ялість, головокружіння, шум у вухах, сонливість, з'являються парестезії СОПР, порушення смаку, утруднення при вживанні їжі і ковтанні, змінюється колір СО. Можливі тріщини в кутках рота або на всій червоній каймі губ. Язик набрякає, збільшена чутливість до подразників. Зміна ясен незначна але можлива і кровоточивість ясен з явищами атрофії, особливо біля фронтальних зубів. Температура тіла стає нижчою, відмічається гіпотонія.

У крові: зменшення кількості гемоглобіну і кольорового показника до 0,4-0,6, анізоцитоз, пойкилоцитоз, зменшується кількість заліза і ферменту перетину в сироватці крові.

Лікування проводиться загальне (призначення препаратів заліза з вітамінами), а місцеве – симптоматичне: аплікації 1% анестезину, 0,2% дімедролу, вітаміну В12, лінімент алое, мазь календули, олія шипшини та ін. Велике значення надається харчуванню і курортному лікуванню.

**Хвороба Верльгофа** (тромбоцитопенічна пурпура) пов'язана з порушенням дозрівання мегакаріоцитів зі зниженням спроможності продукувати тромбоцити. Хворіють частіше жінки молодого і зрілого віку.

Характеризується циклічним перебігом. Рецидиви визивають інтоксикацію, авітамінози, алергійні стани.

Основними клінічними ознаками є крововиливи в шкірні покриви і СОПР, можливі кровотечі з носу і ясен, спонтанні, або від незначної травми. Так як крововиливи розвиваються не одночасно, то СОПР нагадує веселку. А в цілому, вона бліда, набрякла, атрофована. Можливе утворення ерозій і виразок.

Характерні послаблення чи відсутність ретракції кров'яного згортку позитивний синдром джгута, подовження часу кровотечі.

Лікування проводиться в гематологічному стаціонарі. Стоматолог при кровотечах в порожнині рота проводить аплікації 0,5% розчину адреналіну, гемостатичної губки, розчину тромбіну, підшкірно або внутрішньом'язово вводять серотонін (5-10 мг на 10 мл фізрозчину), призначають вітаміни, хлористий кальцій, вікасол.

Необхідно бути обережним при стоматологічних втручаннях (видалення зубного каменю, зубів).

**Поліцитемія** (син.: еритремія, хвороба Вакеза) – це хронічна хвороба кровотворної системи, для якої характерні стійке збільшення кількості еритроцитів, гемоглобіну та об'єму циркулюючої крові.

Причина виникнення повністю не вивчена. Хвороба пов'язана з гіперплазією всіх популяцій клітин кісткового мозку, але особливо – з інтенсивністю еритроїдного паростка.

Хворіють частіше чоловіки віком 40-60 років. Хворі звертаються до стоматолога в зв'язку з кровотечами із ясен та інших ділянок СОПР, які викликаються травмами (чищенням зубів, уживанням твердої їжі, гострими краями коронок, кламерами і т. ін.), можливі і спонтанні кровотечі, свербіж, парестезія СОПР.

В анамнезі можна виявити наявність іншої кровотечі (ШКТ, у жінок – маткової). Привертає увагу червоно-вишневий відтінок шкіри, особливо щік, кінчика носа, губ, долонь і кон'юнктиви (“очі кролика”).

На щоках і кінчику носа часто бувають телеангієктазії. Характерні зміни кольору СОПР, до речі, він може змінюватися раніше, ніж колір шкіри.

СО стає червоно-вишневою, особливо м'якого піднебіння, колір якого різко контрастує з різко блідим твердим піднебінням (позитивний симптом Купермана).

## **6. Додатки.**

### **А. Тести для самоконтролю.**

1. Оберіть найбільш характерні для перніціозної анемії показники крові:

- А. Еритропенія
- В. Лейкоцитоз
- С. Лейкопенія
- Д. Анізоцитоз
- Е. Пойкілоцитоз

2. Оберіть найбільш характерні для залізодефіцитної анемії показники крові:

- A. Еритропенія
- B. Лейкоцитоз
- C. Лейкопенія
- D. Анізоцитоз
- E. Тромбоцитопенія

3. Оберіть найбільш характерні для тромбоцитопенічної пурпури показники крові:

- A. Тромбоцитопенія
- B. Лейкоцитоз
- C. Лейкопенія
- D. Моноцитопенія
- E. Еозинофілія

4. Гунтер-Міллерівський глосит є характерною ознакою:

- A. Агранулоцитоза
- B. Хвороби Верльгофа
- C. Хвороби Вакеза
- D. Хвороби Аддісона-Бірмера
- E. Залізодефіцитної анемії

5. Симптом веселки є характерною ознакою:

- A. Агранулоцитоза
- B. Хвороби Верльгофа
- C. Хвороби Вакеза
- D. Хвороби Аддісона-Бірмера
- E. Залізодефіцитної анемії

6. Симптом Купермана є характерною ознакою:

- A. Агранулоцитоза
- B. Хвороби Верльгофа
- C. Хвороби Вакеза
- D. Хвороби Аддісона-Бірмера
- E. Залізодефіцитної анемії

7. Які зміни загального стану організму характерні для перніціозної анемії:

- A. Різко виражена блідість
- B. Фізична і психічна слабкість
- C. Стомлюваність
- D. Отерплість дистальних відділів кінцівок
- E. Всі перераховані

8. Які причини гіпосидерозу:

- A. Аліментарна недостатність заліза

- В. Хронічні кровотечі
- С. Розлад кишкової адсорбції заліза
- Д. Вагітність
- Е. Всі перераховані

9. Які скарги найбільш характерні для залізодефіцитної анемії:

- А. Підвищена кровоточивість ясен
- В. Неприємний запах з рота
- С. Рухомість зубів
- Д. Порухення смакових відчуттів
- Е. Біль при ковтанні

10. Гастроукопротеїн (внутрішній чинник Кастла) відповідає за:

- А. Всмоктування заліза
- В. Всмоктування вітаміну В 12
- С. Всмоктування вітаміну В 6
- Д. Всмоктування вітаміну В 2
- Е. Всмоктування вітаміну В 1

### **Б. Задачі для самоконтролю.**

1. В клініку терапевтичної стоматології звернувся хворий зі скаргами на загальне нездужання, біль, печію в язиці, порушення смаку. Страждає на часті носові кровотечі. Об'єктивно: шкіра обличчя бліда. Червона кайма і слизова оболонка білуватого кольору. Спинка язика гладенька, блискуча, неначе полірована, внаслідок атрофії грибоподібних та ниткоподібних сосочків. Визначте попередній діагноз.

2. Хвора, 53 років, скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота швидку стомлюваність, нездужання. Об'єктивно: шкіра та СОПР бліді. На СО щік, губ та піднебінні петехії. Ясна при доторкуванні кровоточать, визначається велика кількість зубного каменю. Пародонтальні кишені глибиною 5-6мм. Який об'єм стоматологічних втручань доцільно провести в перше відвідування?

3. Хворий. 20 років, скаржиться на кровотечу ясен, косметичний дефект, загальну слабкість, в'ялість. Об'єктивно: шкіра бліда, СОПР анемічна, ясеневі сосочки збільшені, рихлі, кровоточать. У фронтальній ділянці верхньої щелепи зі сторони твердого піднебіння міжзубні сосочки цілком покривають коронки зубів. Яка першочергова тактика лікаря-стоматолога?

4. Хвора К. скаржиться на постійний біль в зубі на в/щ справа, зуб раніше лікувався з приводу ускладненого карієсу резорцин-формаліновим методом, коронка зуба 24 зруйнована повністю. Перкусія та пальпація верхівки кореня різко болісна. Яка тактика лікаря в даній клінічній ситуації у пацієнтки, хворої на хворобу Верльгофа?

5. Хворий С, 54 років, скаржиться на печію в язиці, яка збільшується при вживанні їжі. Вважає себе хворим протягом 3-х тижнів. Хворий працює вантажником на залізниці, хворіє на геморой. Об'єктивно: шкіра обличчя і червона кайма сухуваті, сірувато-жовтуватого кольору, СОПР бліда. Язик звичайних розмірів. Ниткоподібні сосочки передньої третини язика десквамовані, внаслідок чого язик дещо гіперемійований. В периферичні крові відмічається зниження КП до 0,7, еритроцити –  $3 \times 10^{12}$  г/л, Нв – 100 г/л. Інші показники крові майже не відрізняються від нормальних. Визначте попередній діагноз?

6. Хвора К. 16 років звернулась до стоматолога зі скаргами на різні порушення смакової чутливості, біль під час вживання гострої та солоної їжі, сухість у роті. Об'єктивно: різка блідість шкіри, із зеленуватим відтінком. Слизова оболонка порожнини рота бліда, набрякла, суха, ясна не змінені. Язик набряклий, сосочки язика атрофовані. Які додаткові методи діагностики слід провести хворій?

7. При додатковому обстеженні хворої П. лікар отримав наступний аналіз крові: еритроцити –  $2,1 \times 10^{12}$  г/л, Нв – 60 г/л, КП до 0,5. Інші показники майже не відрізняються від норми. Який діагноз можна поставити на підставі аналізу крові?

8. При додатковому обстеженні хворого В. лікар отримав наступний аналіз крові: еритроцити –  $2 \times 10^{12}$  г/л, лейкоцити  $2,1 \times 10^9$  Нв – 100 г/л, КП - 1,3. Анізоцитоз, пойкилоцитоз мегалобласти, тільця Жолі, кільця Кебота. Який діагноз можна поставити на підставі аналізу крові?

9. Хвора Ц. 57 років скаржаться на спонтанну кровотечу з ясен. Об'єктивно: Шкіра бліда. Симптоми джгута і щипка різко позитивні. Ясна ціанотичні, спостерігаються крововиливи в СО м'якого піднебіння, язика, щік, губ, що нагадує колір веселки. Поставте попередній діагноз?

10. Хворий М 48 років звернувся до стоматолога зі скаргами на з кровоточивість ясен. Об'єктивно: шкіра обличчя червоно-вишневого відтінку. На щоках і кінчику носа телеангіектазії. СО м'якого піднебіння червоно-вишневого кольору, який різко контрастує з різко блідим твердим піднебінням. Для якого захворювання характерні дані зміни? 10

## 7. Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник: у 2 т. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007. –С. 148-159.

2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. / За ред. А.В. Борисенко. – Т. 4. – К.: Медицина, 2010. – С.391-400.

**Додаткова:**

1. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов / Г.В. Банченко. – М., 1979. – 189 с.
2. Боровский Е.В. Атлас слизистой оболочки полости рта / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. – М.: Медицина, 1981. – С.207-217.
3. Рыбаков А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта / А.И. Рыбаков, Г.В. Банченко. – М.: Медицина, 1978. – С.119-129.
4. Уваров В.М. Органы полости рта при болезнях крови. – М.: Медицина, 1975. – 173 с.
5. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Максимовский Ю.М. [и др.] / Под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. М.: Медицина. 1998. – С.635-645.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО  
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 19</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при гіпо- та авітамінозах А, С, В та РР. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

## I. Актуальність теми.

У практичній діяльності лікаря-стоматолога часто зустрічаються хворі з проявами гіповітамінозу в порожнині рота. Порушення вітамінного балансу в організмі може бути наслідком недостатнього надходження вітамінів з їжею, або з порушенням всмоктування їх у шлунково-кишковому тракті, значному руйнуванні їх у кишківнику, збільшеній потребі організму в вітамінах, при захворюванні інших органів і систем, при тривалому вживанні антибактеріальних препаратів.

Більшість гіповітамінозів на ранніх стадіях з'являється на слизовій оболонці порожнини рота. Ось чому вивчення клініки гіповітамінозів має велике значення у підготовці лікаря-стоматолога.

## 2. Конкретні цілі.

- Мати загальне уявлення про роль вітамінів в обміні речовин в організмі людини;
- Навчити студентів основам діагностики і лікування проявів гіповітамінозів та авітамінозів А, С, В та РР ;
- Знати принципи лікування та профілактики гіповітамінозів та авітамінозів А, С, В та РР.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
біохімія	Знати роль вітамінів в обміні речовин
анатомія	Знати будову СОПР
пропедевтика терапевтичної стоматології	Знати методи обстеження стоматологічного хворого Вміти обстежити стоматологічного хворого
внутрішньопредметна інтеграція	Знати клініку уражень СОПР при різних патологіях Вміти проводити диференційну діагностику гіповітамінозів з проявами інших захворювань СОПР

## 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Термін	Визначення
<i>Вітамін С</i> (аскорбінова кислота, антискорбутний)	Бере участь в окислювально-відновних реакціях, регулює вуглеводний обмін, підсилює фагоцитарну активність лейкоцитів,



	має протизапальну дію, сприяє підвищенню згортання крові та регенерації тканин.
Аскорбінова кислота	Активує процес фібриногенезу, бере участь в утворенні кісткової та хрящової тканин, зменшує судинну проникність, підвищує опірність організму.
Три стадії перебігу цинготного стоматиту (за І.О. Новік)	І – цинготна стоматопатія (початкова); II – цинготний репаративний стоматит (розгорнута); III – цинготний виразковий стоматит (ускладнена).
<i>Вітамін А</i> (ретинол, антиксерофтальмічний)	Бере участь у регуляції трофіки і підвищенні опору організму інфекціям за рахунок підтримання поділу імунокомпетентних клітин, нормального синтезу імуноглобулінів та інших факторів специфічного і неспецифічного захисту.
<i>Вітамін В1</i> (тіамін, антиневритний)	Здійснює коферментну функцію, трансформуючись у кокарбоксілазу, яка відіграє важливу роль у перетворенні пірвіноградної кислоти в ацетил-ко А.
<i>Вітамін В2</i> (рибофлавін)	Бере участь у вуглеводному та азотистому обміні. Входить до складу ферментів, що регулюють окисно-відновні процеси в тканинах, стимулює регенерацію та продукування антитіл, нормалізує проникність мікросудин, забезпечує трофіку слизової оболонки порожнини рота
<i>Вітамін В6</i> (піридоксин, адермін)	В організмі перетворюється в піридоксаль-5-фосфат та входить до складу ферментів, які відіграють важливу роль в обміні багатьох незамінних амінокислот. Регулює фосфорно-кальцієвий обмін, покращує трофіку, регенерацію тканин.

<p><i>Вітамін РР</i> (нікотинова кислота, ніацин)</p>	<p>Бере участь у реакціях клітинного дихання, сприяє засвоєнню вуглеводів тканинами, має судинорозширювальну дію, посилює імунологічну реактивність організму за рахунок стимулювання фагоцитозу, зменшує проникність капілярів, гальмує ексудацію. Важлива властивість нікотинової кислоти - покращення порушеного кровообігу в тканинах пародонта.</p>
<p><i>Вітамін В12</i> (ціанокобаламін, антианемічний )</p>	<p>Бере участь у біосинтезі білка, нуклеїнових кислот, що впливають на склад протоплазми і ядра клітини, активує систему згортання крові, збільшує кількість ретикулоцитів, підвищує вміст гемоглобіну в еритроцитах.</p>

#### **4.2. Теоретичні питання до заняття.**

1. Значення вітамінів у життєдіяльності організму.
2. Добові потреби у вітамінах.
3. Зміни в організмі при недостатчі тих чи інших вітамінів.

#### **4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.**

1. Оволодіти технікою забору матеріалу для лабораторного обстеження.
2. Провести курацію хворого з проявами гіповітамінозів уражень.
3. При опитуванні тематичного пацієнта звернути увагу на шкідливі звички, наявність стоматологічних втручань, соматичної патології та алергологічного анамнезу.
4. Визначити план та провести лікування хворого з гіповітамінозами.
5. Провести аналіз отриманих результатів лабораторного обстеження.
6. Призначити профілактичні заходи.
7. Заповнити медичну картку амбулаторного хворого Ф- 43/О.

#### **5. Зміст теми заняття**

**Вітамін С** (аскорбінова кислота, аскорбутин) бере участь в окислювально-відновних реакціях, регулює вуглеводний обмін, підсилює фагоцитарну активність лейкоцитів, має протизапальну дію, сприяє підвищенню згортання крові та регенерації тканин. Аскорбінова кислота активує процес фібриногенезу, бере участь в утворенні кісткової та хрящової тканин, зменшує судинну проникність, підвищує опірність організму.

Аскорбінова кислота належить до антиоксидантів прямої дії і здатна створювати антиоксидантний захист та антиатерогенну дію за рахунок гіполіпідемічного ефекту та інгібування окислювальної деструкції ліпідів стінки артерій.

Добова доза – 60 – 100 мг. Природні джерела: шипшина, перець, чорна смородина, ягоди обліпихи, горох, цитрусові, цвітна та качанна капуста, яблука.

Недостатність вітаміну С викликає загальні симптоми – депресію, підвищену втому, слабкість, мерзлякуватість, роздратованість. Також характерні ураження шкіри: вона суха, шершава, блідо-сірого кольору, з точковими крововиливами біля волосяних мішечків. Найбільш ранній прояв С-вітамінної недостатності - кровоточивість ясен та рухомість зубів. Гіповітаміноз С викликає носові кровотечі, крововиливи в склери, м'язи, окістя. Дефіцит вітаміну С знижує імунний захист та стійкість організму до впливу несприятливих факторів.

Унаслідок авітамінозу С розвивається цинга, або скорбут. Перебіг цинготного стоматиту І.О. Новік поділяє на три стадії : І – цинготна стоматопатія ( початкова ), ІІ – цинготний репаративний стоматит (розгорнута) та ІІІ – цинготний виразковий стоматит ( ускладнена ).

Початкова стадія характеризується вираженим гінгівітом. На фоні блідої, анемічної слизової оболонки порожнини рота ясна інфільтровані, ясенний край стає темно-червоним, легко кровоточить. Іноді виникають поодинокі петехії на слизовій оболонці порожнини рота.

Розвинута стадія цинготного стоматиту характеризується значним запаленням ясен. Вони різко набрякають, розростаються, стають пухкими, покривають більшу частину коронок зубів. Ясенний край набуває ціанотичного відтінку, кровоточить від дотику. По краю ясенних сосочків часто скупчуються згустки крові. На слизовій оболонці порожнини рота - численні петехії, екхімози.

Третя стадія характеризується розвитком виразкового стоматиту. Грануляції по ясенному краю, що розрослися, досягають різального краю або жувальної поверхні, на яснах з'являються виразки. Ясна інтенсивно кровоточать, покриваються некротичним нальотом. В умовах недостатньої кількості вітаміну С остеобласти трансформуються в остеокласти, що призводить до розсмоктування альвеолярної кістки, зуби розхитуються і випадають. Виразковий процес поширюється на язик, щоки, піднебіння. Загальний стан дуже тяжкий.

Застосовують аскорбінову кислоту всередину по 0,2 г 2-4 рази за день після їди або внутрішньом'язово по 1-2мл 5% розчину. У стоматології вітамін С застосовується в лікуванні гінгівітів, пародонтиту, інфекційних уражень слизової оболонки порожнини рота. 5

**Вітамін А** (ретинол, антиксерофтальмічний) бере участь у регуляції трофіки і підвищенні опору організму інфекціям за рахунок підтримання поділу імунокомпетентних клітин, нормального синтезу імуноглобулінів та інших факторів специфічного і неспецифічного захисту. Вітамін А посилює бар'єрну функцію слизової оболонки порожнини рота, сприяє синтезу мієліну, що забезпечує нормальне проведення нервового імпульсу. Ретинол

забезпечує нормальну функцію органа зору, сприяє функції слинних і потових залоз.

Добова доза – 1-2 мг. Природні джерела : риб'ячий жир, вершкове масло, сметана, сир, печінка тріски. Рослинні продукти містять провітамін А - каротин. Особливо багато його в моркві, буряках, помідорах, зеленому горошку, бобових, петрушці, цитрусових.

Недостатність вітаміну А викликає очні ( зниження сутінкового зору, ксерофтальмія ), шкірні ( блідість, сухість, лущення) симптоми, ламкість нігтів, волосся, знижує опір організму інфекційним хворобам.

У порожнині рота розвивається ксеростомія. Червона кайма губ суха, покрита тоненькими прозорими лусочками, в кутах рота виникають тріщинки, слизова оболонка втрачає характерний блиск, стає мутною, блідою, сухою. Можуть спостерігатися ділянки гіперкератозу на слизовій оболонці. Відбувається зроговіння епітелію вивідних проток слинних залоз. Це призводить до зменшення секреції слини – гіпосалівації. Зуби стають крейдоподібними, емаль втрачає блиск, відбувається атрофія одонтобластів пульпи.

Застосовують вітамін А всередину по 10 000 - 100 000 МО за день, а також у вигляді розчину для змазування уражених ділянок слизової оболонки. Синергіст вітаміну А - вітамін Є, який сприяє зберіганню ретинолу в активному стані та всмоктуванню його із кишечника. Не рекомендується разом із вітаміном А призначати нітрати, холестирамін.

У стоматологічній практиці застосовується в лікуванні гіповітамінозів А, дискератозів слизової оболонки порожнини рота, ерозивно- виразкових уражень на стадії епітелізації, пародонтиту, червоного плескатоного лишая, лейкоплакії тощо.

**Вітамін В1** (тіамін, антиневритний) здійснює коферментну функцію, трансформуючись у кокарбоксілазу, яка відіграє важливу роль у перетворенні піровиноградної кислоти в ацетил-ко А.

Тіамін бере участь у вуглеводному обміні, регулюванні функціонального стану центральної нервової системи. Він нормалізує тонус симпатичної нервової системи, впливає на рівновагу в системі ацетилхолін – холінестераза, забезпечує проведення нервового імпульсу, а також відіграє важливу роль у ліквідації тканинної гіпоксії.

Добова потреба – 1-2 мг. Природні джерела вітаміну В1 : дріжджі, грецькі горіхи, арахіс, ячні жовтки, хліб грубого помолу, виноград, квасоля, горох, шпинат, паростки пшениці, овес.

За недостатньої кількості вітаміну В1 розвиваються підвищена розумова та фізична втомлюваність, зниження апетиту, м'язова слабкість, судоми, болі в ногах, парестезії, тахікардія. Первинними ознаками можуть бути депресія, безсоння, зниження пам'яті.

У порожнині рота послаблюються смакові відчуття, гіпертрофуються грибоподібні сосочки язика, підвищується чутливість слизової оболонки, розвиваються парестезія, глосалгія.

Унаслідок авітамінозу В1 виникає хвороба бері-бері, яка є тяжкою формою аліментарного поліневриту. Ознаки хвороби - міалгія, атрофія м'язів, міастенія, втрата ваги, арефлексія, порушення чутливості, послаблення діяльності серцево-судинної системи, секреторної функції шлунково-кишкового тракту, підвищення в крові та сечі вмісту піривиноградної кислоти.

Вітамін В1 застосовується всередину по 0,002 – 0,01 г 3 рази за день через 15 хвилин після їди. Внутрішньом'язово по 1 мл 6 % розчину, курс лікування - 10 ін'єкцій. Вітамін В1 уводиться за допомогою електрофорезу з анода.

Вітамін В1 не рекомендується застосовувати з вітаміном В6, оскільки останній порушує його перетворення в дифосфат, а також із вітаміном В12, який посилює алергічні властивості вітаміну В1.

**Вітамін В2** (рибофлавін) бере участь у вуглеводному та азотистому обміні. Входить до складу ферментів, що регулюють окисно-відновні процеси в тканинах, стимулює регенерацію та продукування антитіл, нормалізує проникність мікросудин, забезпечує трофіку слизової оболонки порожнини рота.

Добова доза – 2,5 мг. Природні джерела : дріжджі, листкові зелені овочі, крупи (гречана та вівсяна), горох, молочні продукти, сир, лісовий горіх, хліб, печінка, риба.

Недостатність вітаміну В2 проявляється слабкістю, зниженням апетиту, порушеннями нервової системи (парестезіями, головними болями, апатією), розладами травлення, розвитком себорейного дерматиту, гіпохромної анемії. Ранні симптоми арибофлавінозу - хейлоз (дрібні тріщинки і сухість губ), ангулярний хейліт (ураження кутиків рота) та глосит. Язик спочатку пурпурно-червоний, сухий, шершавий (апельсинова кірка), потім стає гладенький, лискучий, різко болючий під час їди та мовлення. Пізніше розвиваються себорейний дерматит носогубного трикутника, вух та шиї, а також інтерстиціальний кератит, блефарит і кон'юнктивіт.

Вітамін В2 застосовують усередину по 0,01 г 3 рази за день після їди. Курс лікування - 10-45 днів. Рибофлавін добре поєднується з антимікробними засобами та стимуляторами фагоцитозу. Лужнореагуючі речовини послаблюють його дію.

**Вітамін В6** (піридоксин, адермін) в організмі перетворюється в піридоксаль-5-фосфат та входить до складу ферментів, які відіграють важливу роль в обміні багатьох незамінних амінокислот. Регулює фосфорно-кальцієвий обмін, покращує трофіку, регенерацію тканин.

Добова доза – 2-3 мг. Природні джерела : зелені листкові овочі, дріжджі, гречана та пшенична крупи, бобові, морква, грецькі горіхи, картопля, соя, печінка, м'ясо, риба.

Недостатня кількість піридоксину призводить до розвитку гіпохромної анемії та порушення обміну заліза. Страждають нервова система (підвищена

дратівливість або загальмованість, судоми, периферичні неврити), шлунково-кишковий тракт ( втрата апетиту, нудота ), шкіра (себореїчний дерматит). У порожнині рота - ангулярний хейліт, десквамативний глосит, парестезії.

Вітамін В6 застосовується всередину по 0,05 г 2 рази за день. Курс лікування - 1-2 місяці. Підшкірно по 1-2 мл 5% розчину. Вітаміни В6 та В12 ефективні в разі їх спільного застосування в лікуванні хвороб пародонта.

**Вітамін РР** (нікотинова кислота, ніацин) бере участь у реакціях клітинного дихання, сприяє засвоєнню вуглеводів тканинами, має судинорозширювальну дію, посилює імунологічну реактивність організму за рахунок стимулювання фагоцитозу, зменшує проникність капілярів, гальмує ексудацію. Важлива властивість нікотинової кислоти - покращення порушеного кровообігу в тканинах пародонта.

Добова потреба – 15-25 мг. Природні джерела: яловича печінка, м'ясні продукти, риба, дріжджі, морква, сир, фініки, яйця, молоко, помідори, горіхи, петрушка.

Недостатність вітаміну РР проявляється нервово-психічними порушеннями, головним болем, швидкою втомлюваністю, дерматитом.

Зміни в порожнині рота характеризуються порушенням смаку, підвищенням саливації, пекучістю, гіперемією слизової оболонки. Характерний симптомом - глосит. Спинка язика спочатку покрита темнимнальотом, краї та кінчик – яскраво-червоного кольору («кардинальський язик»). Поступово гіперемія переходить на весь язик, поверхневі шари епітелію злущуються і дорсальна поверхня стає гладенькою та лискучою ( « дзеркальною » ). Іноді на ньому з'являються тріщини – «шаховий язик».

Унаслідок авітамінозу вітаміну РР розвивається симптомокомплекс, який називається пелагрою і характеризується тріадою (три Д) : дерматит специфічний пігментований – уражуються симетричні ділянки шкіри, які зазнають впливу прямих сонячних променів ; діарея (понос) – запалення слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, що супроводжується утворенням виразок і геморагіями; деменція: через зниження швидкості окислювально-відновних реакцій виникає дефіцит енергії, внаслідок чого і порушуються функції ЦНС.

Застосовується вітамін РР усередину по 0,05 г 3 рази за день після їди, курс лікування - 15-30 днів.

Від застосування всередину вітаміну РР можливий «феномен загорання» - почервоніння обличчя та верхньої половини тулуба з відчуттям пекучості. Тривале вживання високих доз вітаміну порушує функцію печінки. Необхідно одночасно призначати ліпотропні засоби – метіонін, фолієву кислоту, ліпоєву кислоту або ціанкобаламін.

**Вітамін В12** ( ціанкобаламін, антианемічний ) бере участь у біосинтезі білка, нуклеїнових кислот, що впливають на склад протоплазми і ядра клітини, активує систему згортання крові, збільшує кількість ретикулоцитів, підвищує вміст гемоглобіну в еритроцитах.

Вітамін В12 посилює окислювальний розпад глюкози в тканинах, підвищує фагоцитарну активність лейкоцитів, покращує трофіку, створює знеболювальний ефект, зменшує гіперестезію твердих тканин зуба.

Синтезується в достатній кількості мікрофлорою кишечника, але тільки в разі надходження з продуктами харчування мікроелементу кобальту, що входить у структуру цього вітаміну. Обов'язковою умовою засвоєння (всмоктування) вітаміну В12 в кишечнику є синтез слизовою оболонкою шлунка складного білка глікопротеїну, який отримав назву «внутрішнього фактора Касла» .

Добова доза – 2-5 мкг. Природні джерела : дріжджі, морські водорослі, субпродукти, яловичина, риба, молоко, яйця , соя.

Недостатність вітаміну В12 проявляється тріадою симптомів : анемією (порушення кровотворної функції ), ахілією (зниження кислотності шлункового соку), атаксією( порушення координації рухів). Крім того спостерігаються парестезія верхніх та нижніх кінцівок, блідість шкіри, слабкість, втомлюваність, шум у вухах, сонливість удень та безсоння вночі, депресія, розлади зору.

Рання ознака дефіциту ціанокобаламіну - ушкодження язика : гіперемія його бокових поверхонь і кінчика та атрофія сосочків («лаковий язик»). Спостерігається також порушення функції слинних залоз – гіпосалівація. Часта ознака - парестезії.

Ціанокобаламін застосовується внутрішньом'язово або підшкірно по 1 мл 0,02 % розчину 2-3 рази за тиждень. За одночасного введення ціанокобаламіну та тіаміну зростає ризик алергічних реакцій.

**Фолієва кислота** ( вітамін В<sup>9</sup>) стимулює поділ клітин, синтез ДНК і РНК, лейко- та тромбоцитопоез, регенеративні процеси в усіх органах і тканинах, підвищує клітинний імунітет.

Добова доза – 0,2 мг. Природні джерела : листя шпинату, салат, боби, петрушка, капуста, цибуля, морква, м'ясо, нирки .

Недостатність фолієвої кислоти викликає мегалобластну анемію, поноси та запори стеарейного типу, підвищення температури тіла.

У порожнині рота виявляються блідість слизової оболонки, сухий, яскраво-червоний язик, часто атрофічні процеси.

Застосовується всередину по 0,001 – 0,002 г 1-3 рази за добу після їди. Курс лікування - 20-30 днів

## **6. Додатки.**

### **А. Тести для самоконтролю.**

1. В яких біологічних процесах вітамін С бере безпосередню участь:

- А. Регулює окислювально-відновні реакції
- В. Регулює вуглеводний обмін
- С. Регулює білковий обмін
- Д. Регулює ліпідний обмін
- Е. Сприяє утворенню колагену

2. В яких біологічних процесах вітамін А бере безпосередню участь:
- A. Підсилює бар'єрну функцію СО
  - B. Підсилює захисну функцію
  - C. Знижує бар'єрну функцію СО
  - D. Знижує захисну функцію
  - E. Сприяє синтезу меланіну
3. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу С:
- A. Слабкість
  - B. Мерзлякуватість
  - C. Геморагічний синдром
  - D. Анемічний синдром
  - E. Інтотоксикаційний синдром
4. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу А:
- A. Слабкість
  - B. Ксерофтальмія
  - C. Ксеростомія
  - D. Анемія
  - E. Геморагія
5. Виберіть природні джерела вітаміну А:
- A. Вершкове масло
  - B. Риб'ячий жир
  - C. Буряк
  - D. Томат
  - E. Все перелічене
6. Виберіть природні джерела вітаміну С:
- A. Шипшина
  - B. Риб'ячий жир
  - C. Перець
  - D. Немає жодної вірної відповіді
  - E. Все перелічене
7. Пробу Ротера використовують для визначення наявності дефіциту:
- A. Вітаміну С
  - B. Вітаміну А
  - C. Вітаміну В
  - D. Вітаміну РР
  - E. Вітаміну Е
8. Визначте стадії цинготного стоматиту:
- A. Стоматопатія



- В. Репаративний гінгівіт
- С. Гіпертрофічний гінгівіт
- Д. Виразковий гінгівіт
- Е. Атрофічний гінгівіт

9.  $\beta$ -каротин є прототипом :

- А. Вітаміну С
- В. Вітаміну А
- С. Вітаміну В
- Д. Вітаміну РР
- Е. Вітаміну Е

10. До жиророзчинних вітамінів відносять:

- А. Вітамін С
- В. Вітамін А
- С. Вітамін В
- Д. Вітамін D
- Е. Вітамін Е

11. В яких біологічних процесах вітамін РР бере безпосередню участь:

- А. Регулює окислювально-відновні реакції
- В. Регулює реакції клітинного дихання
- С. Збільшує проникність капілярів
- Д. Зменшує проникність капілярів
- Е. Сприяє засвоєнню вуглеводів тканинами

12. В яких біологічних процесах вітамін В2 бере безпосередню участь:

- А. Підсилює трофічну функцію СО
- В. Підсилює захисну функцію
- С. Стимулює окисно-відновні процеси
- Д. Стимулює вуглеводний обмін
- Е. Сприяє синтезу меланіну

13. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу РР:

- А. Діарея
- В. Дистрофія
- С. Деменція
- Д. Дерматит
- Е. Демінералізація

14. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу В2:

- А. Ангулярний хейліт
- В. Гіперсалівація
- С. Ксеростомія
- Д. Десквамативний глосит

Е. Гіперплазія грибовидних сосочків язика

15. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу В1:

- А. Геморагічний синдром
- В. Парастезії
- С. Ангулярний хейліт
- Д. Гіперплазія грибовидних сосочків язика
- Е. Гіперсалівація

16. Міллер-Гунтеровський глосит є характерною ознакою:

- А. Гіповітамінозу В1
- В. Гіповітамінозу В6
- С. Гіповітамінозу В12
- Д. Гіповітамінозу В2
- Е. Гіповітамінозу РР

17. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу В6:

- А. Десквамативний глосит
- В. Парастезії
- С. Ангулярний хейліт
- Д. Гіперплазія грибовидних сосочків язика
- Е. Гіперсалівація

18. Виберіть природні джерела вітаміну В1:

- А. Вершкове масло
- В. Дріжжі
- С. Буряк
- Д. Хліб грубого помолу
- Е. Все перелічене

19. Виберіть природні джерела вітаміну В12:

- А. Субпродукти
- В. Риба
- С. Молоко
- Д. Соя
- Е. Все перелічене

20. Виберіть природні джерела вітаміну РР:

- А. Яйця
- В. Риба
- С. Молоко
- Д. Горіхи
- Е. Все перелічене

## **Б. Задачі для самоконтролю.**

1. Хворий Д. звернувся до стоматолога зі скаргами на сухість слизової оболонки порожнини рота. Два місяці тому хворів вірусним гепатитом. Зараз відчуває загальну слабкість, відсутність апетиту. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіряні покриви бліді, відмічається підвищена епідермізація червоної кайми губ. Слизова оболонка щік, піднебіння суха, мутна. Відзначаються ділянки підвищеної кератинізації. Встановіть попередній діагноз.

2. Хворому К. на хронічний генералізований пародонтит з метою підвищення опорної функції тканин пародонта призначений вітамін А. Випишіть рецепт, позначте кратність прийому та курс лікування.

3. Хвора Ц. скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах із порожнини рота, підвищену втому, слабкість, мерзлякуватість. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіра суха, шершава, слизова оболонка анемічна, ясна інфільтровані, ясенний край темно-червоний, легко кровоточить. Спостерігаються поодинокі петехії на слизовій оболонці порожнини рота. Встановіть попередній діагноз. 8

4. Хворому К. на підставі проведеного попереднього обстеження встановлений діагноз: цинготна стоматопатія. Який препарат доцільно використовувати в комплексному лікуванні? Випишіть рецепт.

5. Хвора М. звернулася до стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіра суха, шершава, слизова оболонка анемічна, ясна набряклі, пухкі, покривають більшу частину коронок зубів. Ясенний край ціанотичного відтінку, кровоточить при дотику. Спостерігаються численні петехії, екхімози. Встановіть попередній діагноз та стадію захворювання.

6. Проводячи комплексне обстеження хворого К. на гострий виразковий гінгівіт, стоматолог припустив наявність гіповітамінозу С. Яким додатковим методом дослідження можна це підтвердити?

7. Хвора К. скаржиться на сухість в порожнині рота, погіршення сутінкового зору. Об'єктивно: червона кайма губ суха, покрита тоненькими прозорими лусочками, в кутах рота - тріщинки, слизова оболонка мутна, бліда, суха. Встановіть попередній діагноз.

8. Хворому К. на хронічний генералізований пародонтит з метою підтримуючої терапії був призначений вітамін С в профілактичній дозі. Випишіть рецепт.

9. При огляді хворого на гіповітаміноз С стоматолог відмітив блідість, анемічність слизової оболонки порожнини рота. Ясна інфільтровані, кровоточать при доторкуванні, відмічаються поодинокі петехії. Для якої стадії скорбуту характерні дані зміни?

10. Хворому на хронічний генералізований пародонтит призначений вітамін С в лікувальній дозі. Пацієнт довгий час приймає саліцилати. Про які наслідки комбінованої терапії слід пам'ятати стоматологу?

11. Хворому Д. встановлений діагноз: гіповітаміноз вітаміну В1. В якій дозирівці та яким курсом йому слід призначити даний препарат?

12. Хворий Д. звернувся до стоматолога зі скаргами на біль в язиці, підвищену втомлюваність, зниження апетиту, м'язову слабкість, судоми. Об'єктивно: язик звичайного розміру, грибоподібні сосочки язика, гіпертрофовані. При додатковому обстеженні відмічається підвищення в крові та сечі вмісту пірвіноградної кислоти. Встановіть попередній діагноз.

13. Вагітна хвора К. 23 років скаржиться на болі в кутах рота та язиці. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіра в межах носо-губного трикутника червоного кольору, лущиться. В кутах рота - тріщини. Язик гладенький, блискучий, різко болючий під час їди та мовлення. Встановіть попередній діагноз.

14. Хворий Ц. скаржиться на порушенням смаку, пекучість СО, розлади ШКТ (діарею), свербіж шкіри. Об'єктивно: обличчя симетричне, на шкірі – симетричні пігментовані плями. Спинка язика покрита темним нальотом, краї та кінчик – яскраво-червоного кольору. Встановіть попередній діагноз.

15. Хворому К. на підставі проведеного попереднього обстеження встановлений діагноз: хвороба бері-бері. Який препарат доцільно використовувати в комплексному лікуванні? Випишіть рецепт.

16. Хворому А. на підставі проведеного попереднього обстеження встановлений діагноз: пелагра. Який препарат доцільно використовувати в комплексному лікуванні? Випишіть рецепт.

17. Хворий В. на підставі проведеного попереднього обстеження встановлений діагноз: хвороба Аддисона-Бірмера. Який препарат доцільно використовувати в комплексному лікуванні? Випишіть рецепт.

18. Хворий З. скаржиться на порушенням смаку, пекучість СО, розлади ШКТ (втрата апетиту, нудота), свербіж шкіри, дратівливість. Об'єктивно: обличчя симетричне, слизова оболонка анемічна, в кутах рота – тріщини, язик гладенький, блискучий, болючий. Встановіть попередній діагноз.

19. При лікуванні хворого Г. з приводу гіповітамінозу з'явився «феномен загорання» - почервоніння обличчя та верхньої половини тулуба з відчуттям пекучості. При тривалому вживанні якого вітаміну можливий зазначений феномен? Які препарати доцільно призначити хворому для запобігання подібних ускладнень?

20. Хворий Ч. скаржиться на порушення смакових відчуттів, слабкість, втомлюваність, сонливість. Півроку назад переніс резекцію шлунку. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіра бліда, слизова оболонка анемічна, язик гладенький, гіперемійований з бокових поверхонь і кінчика. Який додатковий метод діагностики слід призначити хворому для постановки остаточного діагнозу?

## 7. Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівнів акредитації у 2-х томах./ За редакцією проф.. А.К.Ніколішина .Т.П.- Полтава: «Дивосвіт», 2007, С. 141-148.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. / За ред. А.В. Борисенко. – Т. 4. – К.: Медицина, 2010.-С. 418-422.

### Додаткова:

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф. Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота.-К., 1998.-С.307-314.
2. Терапевтическая стоматология: Учебник /Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. / Под ред. Боровского Е.В., Максимовского Ю.М.,1998.-С.609-617.
3. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта.-М.,1991.
4. Банченко Г.В. Сочетание заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов.-М.,1970.-190с.
5. Максименко П.Т., Костелли О.Ю., Скрипникова Т.П. Болезни слизистой оболочки полости рта.-К.,1998.-С.66-79.
6. Заболевание слизистой оболочки полости рта: Учебное / Под ред. Лукиных Л.М.-Н.Новгород,1993.
7. Хвороби слизової оболонки порожнини рота: Навч. посібник для самостійної роботи студентів та субординаторів /За заг.ред.Ніколішина А.К.- Полтава,1994.-С.50-57.
8. Подорожный П.Г., Томашевский Я.И. Клиническая витаминология.- К.,1977.-135с.
9. Березов Т.Т., Коровкин Б.Ф. Биологическая химия.-М.,1973.-С.169-210.

10. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. / Под ред. Боровского Е.В., Машкиллейсона А.А.-М., 1984.

11. Ефремов В.В. Витамины в питании и профилактике витаминной недостаточности.-М., 1969.-142с.

12. Рощина П.И., Максимовская Л.Н. Лекарственные средства. Стоматология.-М., 1989.-207с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО  
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 20</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при дерматозах з аутоімунним компонентом. Пухирчатка. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

## 1. Актуальність теми

У клінічній практиці досить часто спостерігаються випадки уражень СОПР в поєднанні з патологією окремих органів і систем. Слід відмітити, що це далеко не повний перелік численних клінічних проявів на СОПР. Важливим доповненням до цього списку є захворювання, які мають одночасно з цим ураження шкіри. Цей окремий розділ дерматостоматитів в своєму патогенезі нерозривно пов'язаний з аутоімунними реакціями організму. В даному випадку діагностика, диференційна діагностика значно розширюється, а тому лікар-стоматолог повинен досить чітко знати специфіку таких уражень слизової оболонки порожнини рота, вміти їх вчасно виявити, призначити раціональне та ефективне лікування.

## 2. Конкретні цілі.

Аналізувати вплив аутоімунних реакцій організму на стан слизової оболонки порожнини рота.

Пояснити механізм впливу аутоімунних реакцій організму на стан слизової оболонки порожнини рота.

Пояснити основні ураження СОПР у відповідності з проявами дерматостоматитів.

Скласти план обстеження хворого.

Тракувати специфіку етапів місцевого медикаментозного лікування уражень СОПР при тих чи інших дерматостоматитах.

Запропонувати диференційований підхід до місцевого медикаментозного лікування в окремо взятому випадку.

Проаналізувати ефективність місцевого медикаментозного та загального лікування в поєднанні з дерматологом.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія, гістологія	Знати анатомічну, гістологічну будову тканин СОПР.
Патофізіологія	Пояснити патофізіологічні процеси при дистрофії СОПР. Знати патологічні процеси та морфологічні зміни при них
Патологічна анатомія	Дистрофія. Елементи ураження на СОПР
Мікробіологія, інфекційні хвороби	Знати та вміти охарактеризувати мікрофлору ротової порожнини
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Провести клінічне обстеження пацієнта
Пропедевтика хірургічної стоматології	Види знеболання, іннервація щелепно-лицьової ділянки

Фармакологія	Фармакодинаміка лікарських засобів, виписати рецепти, роз'яснити хворому необхідність призначеного лікування
Терапевтична стоматологія	Методи місцевого медикаментозного лікування СОПР

#### 4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термінологія	Визначення
1 Дерматози	Хронічні дистрофічні хвороби шкіри
2 Пухирчатка	Хронічна дистрофічна хвороба шкіри та слизових оболонок (переважно порожнини рота), для якої характерний акантоліз клітин мальпігієвого шару епідермісу і слизових, що призводять до утворення пухирів незапального характеру.
3 Акантоліз	Внутріепітеліальне утворення пухиря внаслідок розплавлення міжклітинних місточків нижніх відділів остистого шару епітелію

##### 4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Дайте визначення пухирчатці та вкажіть її клінічні форми.
2. Яка етіологія і патогенез пухирчатки?
3. Які суб'єктивні прояви пухирчатки при клінічному обстеженні хворих?
4. Які об'єктивні прояви пухирчатки при клінічному обстеженні хворих?
5. Які додаткові методи обстеження хворих пухирчаткою?
6. Вкажіть особливості клінічних та лабораторних досліджень при доброякісній пухирчатці.
7. Тактика лікаря-стоматолога при лікуванні хворих пухирчаткою.
8. Особливості місцевого лікування хворих пухирчаткою.
9. Особливості загального лікування хворих пухирчаткою.

##### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Оволодіти методикою суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворих з патологією СОПР.
2. Оволодіти методами додаткового обстеження хворих з патологією СОПР.
3. Оволодіти методами місцевого лікування СОПР.
4. Зібрати скарги, анамнез захворювання
5. Провести клінічне обстеження.
6. Скласти план додаткових методів обстеження хворих при ураженнях СОПР на фоні дерматостматиту.
7. Провести медикаментозне лікування уражень СОПР при дерматостматитах.



## 5. Зміст теми

**Пухирчатка** – тяжка хронічна дистрофічна хвороба шкіри та слизових оболонок переважно порожнини рота, для якої характерний акантоліз клітин мальпігієвого шару епідермісу і слизових, що призводить до утворення пухирів незапального характеру.

Хворіють на пухирчатку люди чоловічої та жіночої статі, як правило, після 50-60 років. Етіологія хвороби повністю не з'ясована. Відомі кілька основних теорій: вірусна, бактеріальна, теорія ендокринних змін, обмінна, неврогенна, спадкова, теорія автоімунного походження.

Нині найпоширеніша теорія автоімунного генезу пухирчатки. На її користь свідчить наявність циркулюючих антитіл типу IgQ в організмі хворих людей. За даними Н.А.Машкилейсона (1980-1981), провідна роль у патогенезі пухирчатки належить змінам Т і В лімфоцитів.

Розрізняють 4 клінічні форми істинної пухирчатки: вульгарну, вегетуючу, листовидну і себорейну. Вульгарна і вегетуюча пухирчатки зустрічаються частіше в жінок, а листовидна і себорейна – однаково часто в жінок і чоловіків.

Слизова оболонка порожнини рота зазнає уражень у всіх формах, крім листовидної.

Вульгарна пухирчатка виникає раптово і супроводжується утворенням на слизовій оболонці порожнини рота і губ пухирів із тонкою покриткою, утвореною верхньою частиною остистого шару епітелію.

В умовах постійної мацерації і від травмування їжею пухирі миттєво розкриваються і на їхньому місці утворюються круглі або овальні ерозії яскраво- червоного кольору, які розташовуються на фоні незміненої слизової оболонки. Ерозії дуже болючі, з нерівними краями, інколи покриті залишками пухиря, що лопнув. При цьому складається враження, що ерозії покриті сірувато-білим нальотом. По периферії видно обривки покритки пухиря. Коли потягнути за неї, легко відшаровується здорова ділянка слизової рота – це позитивний синдром Нікольського.

Локалізуються ерозії частіше в місцях найбільшої травматизації, в ділянках зіву, піднебіння, на яснах, язиці, губах, на дні порожнини рота. У разі розташування ерозії в кутках рота, в ретромоллярному просторі у хворих розвивається захисний „оманливий” тризм. На губах ерозії покриті товстими геморагічними кірками. Нові ерозії, які зливаються між собою, утворюють широкі ерозивні поверхні без схильності до загоювання. При цьому вживання їжі і мовлення стають дуже болючими, відчувається специфічний запах із рота. У хворих посилюється саливація, що ще більше погіршує їхній стан. У разі появи ерозій на гортані у хворих розвивається охриплість голосу. Н.А.Шеклаков виділяє три фази клінічного перебігу вульгарної пухирчатки: початкова; загострення, або генералізація; епітелізація.

На початковій стадії загальний стан хворих не страждає. На шкірі та слизовій рота виявляються поодинокі пухирі, здатні швидко епітелізуватися.

Симптом Нікольського не завжди позитивний, акантолітичні клітини Тцанка виявляються в 30 % випадків.

У фазі виражених клінічних проявів виникає багато пухирів і пухирців, які швидко лопаються й оголюється ерозивна поверхня. Ступінь тяжкості залежить від площі ураженої поверхні, тому виділяють легкий, середній і тяжкий ступені.

За тяжкого ступеня страждає загальний стан хворих, з'являються нездужання, швидка втомлюваність, біль у роті під час їди і мовлення. У мазках-відбитках з'являються клітини Тцанка; у 100 % випадків - позитивний симптом Нікольського.

У фазі епітелізації, після лікування покращується загальний стан хворих, ерозії епітелізуються, акантолітичні клітини визначаються рідко, симптом Нікольського позитивний у 30 % випадків.

Діагностика пухирчатки за відсутності проявів на шкірі утруднена. Діагноз встановлюється на підставі анамнезу, огляду слизової порожнини рота, а також даних морфологічного та імунофлюоресцентного досліджень.

Певне значення в діагностиці вульгарної пухирчатки мають такі симптоми:

- симптом Нікольського – при потягуванні за обривок покришки пухиря відшаровуються видимо здорові ділянки слизової, які розташовуються поблизу ерозій або пухирів;
- симптом „виникаючого пухиря” – після потирання пальцем або інструментом пухир виникає на видимо здоровій шкірі або слизовій оболонці як поміж пухирями, так і на відстані від них;
- симптом Асбо-Хансена – тиск на покришку нерозкритого пухиря збільшує його площу внаслідок розшарування епітелію або епідермісу через стиснення рідиною пухиря.

Іноді симптом Нікольського може бути позитивним при медикаментозних стоматитах. У зв'язку з цим діагноз пухирчатки необхідно обов'язково підтверджувати результатами цитологічного дослідження (наявність клітин Тцанка).

Використовують також імунофлюоресцентний метод, який дозволяє виявити в сироватці крові хворих на пухирчатку антитіла типу IgG до міжклітинної речовини й оболонок клітин остистого шару епідермісу.

У гістологічному дослідженні морфологічними змінами при пухирчатці є внутрішньоепітеліальне утворення пухиря внаслідок акантолізу, через розплавлення міжклітинних місточків нижніх відділів остистого шару епітелію. Клітини цього шару роз'єднуються, між ними утворюються щілини, а потім пухирі. Дно таких пухирів, як і поверхня ерозій, які утворюються після їх розриву, вистелені акантолітичними клітинами (клітини Тцанка).

Для вивчення акантолізу при пухирчатці використовують також електронний сканувальний мікроскоп, який дозволяє побачити на поверхні 7

пемфігоїдні ерозії, покриті округлими клітинами остистого шару, які не мають зв'язку одна з одною. Місцями на цих клітинах і між ними видно Т- і В-лімфоцити, що вказує на їхню участь у патологічному процесі.

### **Лікування вульгарної пухирчатки.**

Основні засоби лікування пухирчатки - кортикостероїдні препарати: преднізолон, тріамцинолон, дексаметазон. Їх використання повністю усуває клінічні прояви хвороби. Однак лікування має бути безперервним, незважаючи на досягнену ремісію.

Розпочинають лікування з ударних доз кортикостероїдів (50-80 мг преднізолону або 8-10 мг дексаметазону за добу протягом 10-15 діб) і продовжують доти, доки не припиниться поява нових висипів. Після цього добову дозу поступово зменшують і доводять до індивідуальної підтримувальної: 10-15 мг преднізолону або 1-0,5 мг дексаметазону. Таку підтримувальну дозу хворий уживає протягом невизначено тривалого часу.

Призначають також великі дози аскорбінової кислоти (1-3 г за добу; кальцію пантотенат – 50 мг за добу; кальцію хлорид – до 2-3 г за добу; кальцію ацетат, калію оротат звичайними дозами, аспаркам по 1 таб. 3 рази за день; ністатин по 500000 ОД 4-5 разів за добу протягом 2 тижнів, декамевіт по 1 драже 3 рази за день після їди).

Показані ретаболіл в/м – 1 мл 5% олійного розчину 1 раз за 3-4 тижні (курс - 8-10 ін'єкцій) або неробол усередину – по 5 мг 2 рази за добу протягом 10 діб кожного місяця.

Для пригнічення автоімунних механізмів разом із кортикостероїдами призначають метотрексат по 30-35 мг 1 раз за тиждень; декаріс по 150 мг протягом 3-х днів із чотириденним інтервалом, від 1 до 3-х циклів.

Місцеве лікування спрямоване на запобігання вторинній інфекції, послаблення болю та стимуляцію епітелізації. Для цього призначають антисептичні, протимікробні, протикандидозні, знеболювальні засоби у вигляді полоскань, зрошень, аплікацій (цитраль, етоній, штучний лізоцим, ектерицид, клотримазол, натрію гідрокарбонату, препарати рослинного походження).

Для очищення ерозій від нальоту використовують ферменти, вінілін, олійний розчин уснінату натрію, кортикостероїдні мазі.

У період ремісії обов'язково проводять санацію порожнини рота.

## **6. Матеріали для самоконтролю.**

### **А. Тестові завдання.**

1. Клінічне обстеження хворого на пухирчатку дає можливість визначити характерний симптом. Назвіть позитивний симптом для даного захворювання:

- А. Симптом Нікольського
- В. Симптом Кебнера
- С. Симптом роси
- Д. Симптом Купермана
- Е. Симптом Дюпюїтрена

2. Який патоморфологічний процес первинних елементів ураження на поверхні СОПР та шкірі лежить в основі утворення при злоякісній формі пухирчатки?

- A. Акантолізис
- B. Акантоліз
- C. Акантоз
- D. Діскератоз
- E. Паракератоз

3. Для діагностики пухирчатки використовують лабораторний метод обстеження:

- A. Гістологічний
- B. Мікробіологічний
- C. Цитологічний
- D. Біохімічний аналіз крові
- E. Клінічний аналіз крові

4. Позитивний симптом Нікольського визначається при:

- A. Вульгарній пухирчатці
- B. Пемфігоїді
- C. Червоному плескату лишаї
- D. Алергічному стоматиті
- E. Червоному вовчаку

5. Первинним морфологічним елементом ураження при пухирчатці є:

- A. Папула
- B. Ерозія
- C. Пузир
- D. Виразка
- E. Бляшка

6. При вульгарній пухирчатці уражається:

- A. СОПР та шкіра
- B. Тільки СОПР
- C. Тільки шкіра
- D. Епітелій СОПР
- E. Епідерміс шкіри

7. В зішкрябі з ерозії при злоякісній пухирчатці визначаються:

- A. Гістіоцити
- B. Атипові клітини
- C. Гігантські багатоядерні клітини епітелію
- D. Акантолітичні клітини
- E. Епітеліоцити

8. При вульгарній пухирчатці в цитологічному препараті визначаються:

- A. Клітини балонуючої дистрофії
- B. Гігантські багатоядерні клітини
- C. Клітини Тцанка
- D. Атипові клітини
- E. Клітини Пирогова-Лангханса

9. Для загального лікування вульгарної пухирчатки призначають:

- A. Антибіотики
- B. Глюкокортикоїди
- C. Вітаміни
- D. Гіпосенсибілізуючі засоби
- E. Седативні засоби

10. Для місцевого лікування вульгарної пухирчатки призначають:

- A. Кортикостероїдні мазі
- B. Антибіотики
- C. Антисептики
- D. Гіпосенсибілізуючі засоби
- E. Протигрибкові мазі

### **Б. Ситуаційні задачі.**

1. Пацієнтка О., 66 років, скаржиться на печіння і болючість в порожнині рота особливо при вживанні їжі. Скарги з'явилися місяць тому. Користується знімними протезами. Об'єктивно: на м'якому піднебінні неправильної форми ерозія розміром 2х3 см, яскраво-червоного кольору. Підлеглі до ерозії ділянки слизової оболонки звичайного кольору. При потиранні поверхні ватним шариком відмічається відшарування епітелію. Який найбільш імовірний попередній діагноз?

2. Пацієнтка С., 60 років, протягом місяця скаржиться на постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Об'єктивно: на слизовій щік та м'якому піднебінні численні ерозії яскраво-червоного кольору. Підлеглі до ерозій ділянки слизової оболонки рожевого кольору. Обривки епітелію пінцетом відшарування від поверхні СО. Який лабораторний метод дослідження необхідно провести для встановлення заключного діагнозу?

3. Пацієнтка А., 63 років, протягом місяця скаржиться на постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після застосування керотопластических засобів поліпшення не наступило. Об'єктивно: на слизовій щік та м'якому піднебінні численні ерозії яскраво-червоного кольору. Підлеглі до ерозій ділянки слизової оболонки рожевого кольору. Обривки епітелію пінцетом відшарування від поверхні слизової оболонки. Які результати цитологічного

дослідження прогнозовано мають бути отримані при взятті матеріалу з поверхні ерозії?

4. Пацієнтка В., 57 років, скаржиться на постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після застосування кертопластических засобів поліпшення не наступило. Об'єктивно: на слизовій щік та м'якому піднебінні численні ерозії яскраво-червоного кольору. Підлеглі до ерозій ділянки слизової оболонки рожевого кольору. Обривки епітелію пінцетом відшарування від поверхні слизової оболонки. Який позитивний симптом характерний для такої клінічної ситуації?

5. Хворий Т., 43 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність численних висипань та постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після проведеного клінічного та лабораторного обстеження пацієнту було встановлено діагноз – вульгарна пухирчатка. Яку групу лікарських препаратів слід призначати пацієнту для загального лікування?

6. Пацієнт М., 58 років, скаржиться на наявність численних висипань та постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після проведеного клінічного та лабораторного обстеження пацієнту було встановлено діагноз – вульгарна пухирчатка. Які групи лікарських препаратів слід насамперед призначати пацієнту при місцевому лікуванні?

7. Хворий С., 63 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність численних висипань та постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після проведеного клінічного та лабораторного обстеження пацієнту було встановлено діагноз – вульгарна пухирчатка. Які патоморфологічні процеси в епітеліальному шарі властиві для даного захворювання?

8. Хворий Т., 55 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність численних висипань та постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після проведеного клінічного та лабораторного обстеження пацієнту було встановлено діагноз – вульгарна пухирчатка. Який з препаратів слід призначати пацієнту для загального лікування?

9. Пацієнтка О., 57 років, скаржиться на наявність численних висипань та постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після проведеного клінічного та лабораторного обстеження пацієнту було встановлено діагноз – вульгарна пухирчатка. До якого спеціаліста потрібно направити стоматологу даного пацієнта для подальшого лікування? 11

10. Пацієнтка Г., 56 років, скаржиться на виразки в порожнині рота, біль при вживанні їжі й розмові. Захворювання почалося раптово більше 3 місяців

тому. При огляді на незміненої слизовій м'якого піднебіння великі ерозії яскраво-червоних кольорів з обривками епітелію по периферії. Неушкоджена слизова легко відшаровується при незначному терті з утворенням ерозій, кровоточить. Яка діагностична ознака є ведучою у диференціальній діагностиці захворювання?

## **7. Рекомендована література**

### **Основна.**

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації /За ред. А.К. Ніколішина – Вид.2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. с. –506-512.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. /[А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] /За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007.с. – 135-141.
3. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т.- Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.. – К.: Медицина, 2010. с.–387-391.

### **Додаткова.**

1. Авдєєв І.П. Актуальне законодавство в стоматології /І.П. Авдєєв, Т.В. Бяглик, Т.В. Накряха. – Харків: Авеста, 2009.– 544 с.
2. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – 408 с.
3. Дерматостоматити /Г.С. Чучмай, Л.О. Цвих, С.С. Різник, Б.С. Гриник. – Львів, 1998. – 136 с.
4. Калюжна Л.Д., Білоклицька Г.Ф. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ. Навчальний посібник. – К.: Грамота, 2007. – 280 с.
5. Крок -2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. Тести по терапевтической стоматологии. Сборник заданий для подготовки к тестовому экзамену по терапевтической стоматологии. /За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Куроєдова В.Д., Коршенко В.О., Денисенко В.В. Проблеми ВІЛ/СНІДу в стоматології. – Полтава, 2010. – 96 с.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО**  
**ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 21</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при дерматозах з аутоімунним компонентом. Червоний плесканий лишай. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017



## 1. Актуальність теми

Серед уражень слизової оболонки порожнини рота (СОПР) при дерматозах червоний плесканий лишай (ЧПЛ) зустрічається найчастіше і є актуальною проблемою сучасної стоматології. Захворюваність ЧПЛ у загальній популяції складає 0,5-2,2%. В останні роки відзначено зростання захворюваності ЧПЛ. Актуальність існуючої проблеми підтверджує висока тенденція трансформації ЧПЛ слизової оболонки порожнини рота в злоякісні новоутворення. За оцінками більшості дослідників, в останні роки збільшується кількість резистентних до лікування форм ЧПЛ, спостерігається скорочення тривалості ремісії та збільшення термінів лікування.

## 2. Конкретні цілі

Знати:

- схему клінічного обстеження хворого із захворюваннями СОПР;
- діагностичні заходи для визначення прояву дерматозів з аутоімунним компонентом в порожнині рота;
- тактику лікаря-стоматолога при веденні пацієнтів із захворюваннями СОПР.

Вміти:

- скласти план лікування хворого;
- виконувати діагностичні заходи для визначення прояву дерматозів з аутоімунним компонентом в порожнині рота;
- проводити терапевтичні маніпуляції;
- оцінювати ефективність терапії.

## 3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Пропедевтика терапевтичної стоматології	Володіти вмінням обстеження порожнини рота хворого, визначати етапи обстеження порожнини рота хворого, застосовувати вміння обстеження порожнини рота хворого на практиці.
2. Терапевтична стоматологія	Визначати діагноз (хвороба СОПР, її перебіг, ступінь тяжкості). Володіти знанням принципів терапії та ведення пацієнтів із захворюваннями СОПР, застосовувати це на практиці.

#### 4. Завдання для самостійної роботи при підготовці до заняття

##### 4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Аутоімунні захворювання.	1. Клас різнорідних по клінічних проявах захворювань, що розвиваються внаслідок патологічного вироблення аутоімунних антитіл або розмноження аутоагресивних клонів кілерних клітин проти здорових, нормальних тканин організму, що призводять до пошкодження і руйнування нормальних тканин і до розвитку аутоімунного запалення.
2. Дерматози.	2. Загальна назва шкірних хвороб різного генезу (придбаних, спадкових, вроджених), обумовлених як екзогенними, так і ендогенними причинами.
3. Сітка Уікхема.	3. Дрібні білуваті крапки, які переплітаються у вигляді павутини, мережива або листа папороті, просвічуючи крізь роговий шар.
4. Феномен Кебнера.	4. Типові елементи дерматозу розташовуються лінійно на місцях екскоріацій.
5. Синдром Гріншпана.	5. Зв'язок хвороби з судинною (гіпертонія) і ендокринною (цукровий діабет) патологією.

##### 4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Дайте визначення червоному плескату лишаю.
2. Назвіть етіологічні чинники червоного плескату лишаю.
3. Назвіть форми ЧПЛ.
4. Назвіть місця улюбленої локалізації ЧПЛ.
5. Назвіть первинні елементи ушкодження при ЧПЛ.
6. Назвіть вторинні елементи ушкодження при ЧПЛ.
7. Вкажіть хвороби СОПР, з якими проводиться міжсиндромна диференційна діагностика при ЧПЛ.
8. Вкажіть тактику лікаря-стоматолога при веденні хворого з ЧПЛ.
9. Вкажіть заходи профілактики ЧПЛ.

##### 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Провести обстеження пацієнта.

2. Поставити попередній діагноз.
3. Призначити додаткові методи обстеження для постановки остаточного діагнозу.
4. Скласти індивідуальний план лікування хворого, враховуючи етіологію, патогенез, ступінь тяжкості і загальний стан організму.
5. Провести курацію хворого.

## 5. Зміст теми

**Дерматози** – загальна назва шкірних хвороб різного генезу (придбаних, спадкових, вроджених), обумовлених як екзогенними, так і ендогенними причинами.

Аутоімунні дерматози виникають, коли організм починає синтезувати антитіла, спрямовані проти антигенів власних структур шкіри (аутоантитіла). Вони з'являються внаслідок порушення нормальних механізмів контролю імунної системи по відношенню до своїх власних антигенів.

Червоний плескатий лишай – поширене шкірне захворювання, яке супроводжується ураженням слизових оболонок. Хворіють в основному дорослі середнього віку. Більшість хворих – жінки старше 40 років. До захворювання особливо схильні особи з збудливою нервовою системою, а також інфіковані вірусом гепатиту С.

ЧПЛ – ідіопатичне захворювання. Розглядаються наступні гіпотези: вірусна інфекція, аутоімунна реакція, психогенна реакція. Етіологія і патогенез захворювання незрозумілі. Вважається, що в основі розвитку ЧПЛ лежать порушення регуляції імунно-метаболічних процесів, які викликають неадекватну тканинну реакцію під впливом провокуючих факторів ендо- і екзогенного характеру. Наявні дані свідчать про важливу роль імунологічних порушень, в результаті яких Т-лімфоцити руйнують базальний шар клітин епітелію. Серед популяції лімфоцитів підслизової основи виявляють лімфоцити CD4 і CD8. Прояви ЧПЛ на СОПР в певній мірі залежить від наявності у хворих захворювань шлунково-кишкового тракту (гастрити, коліти ін.), печінки, підшлункової залози. Тому при лікуванні ЧПЛ призначають дієту № 5. У ряду хворих відзначається зв'язок хвороби з судинною (гіпертонія) і ендокринною (цукровий діабет) патологією (синдром Гріншпана). Певне значення в розвитку захворювання на слизовій оболонці рота має травма останньої, в тому числі обумовлена дентальною патологією: гострі краї зубів, погано припасовані знімні пластинчасті протези з пластмаси, відсутність зубів та ін. Останнім часом все частіше з'являються повідомлення про розвиток ЧПЛ шкіри і СОПР у відповідь на дію на організм деяких хімічних речовин, включаючи лікарські засоби. Описано так звані ліхеноїдні реакції у осіб, які мають контакт з парафінілєндіаміном, осіб, приймаючих тетрациклін (тетрацикліновий ліхен), ПАСК, препарати золота та ін. Таким чином, захворювання в окремих випадках може являти собою алергічну реакцію на деякі лікарські і хімічні подразники. Червоний плескатий лишай має тривалий перебіг з періодами ремісій і загострень. Клініка характеризується утворенням мономорфного висипу, що складається

з плоских, полігональних, з блискучою поверхнею, і з центральним западінням папул рожево-фіолетового або малиново-червоного кольору, діаметром 2-3 мм. Папули можуть зливатися, утворюючи невеликі бляшки, на поверхні яких є дрібні лусочки. Дрібні білуваті крапки переплітаються у вигляді павутини, мережива або листа папороті, просвічуючи через роговий шар (сітка Уікхема), що обумовлено нерівномірним потовщенням зернистого шару епідермісу. ЧПЛ супроводжується свербінням, нерідко вельми інтенсивним, що позбавляє хворих спокою і сну. Улюблена локалізація червоного плескатої лишаю – згинальні поверхні передпліч, область променезап'ясткових суглобів, внутрішня поверхня стегон і разгинальні – гомілок, пахові і пахові ділянки СОПР. Шкіра обличчя, волосистої частини голови, долонь, підошов зазвичай в процес не залучаються. Іноді висип має лінійне, "зоніформне" розташування; частіше таке розташування зустрічається в області кінцівок. У деяких хворих відзначається зміна нігтів з вираженою поздовжньої смугастістю, іноді у вигляді гребінців, гіперемією нігтьового ложа з вогнищевим помутнінням нігтьових пластинок кистей і стоп. Для ЧПЛ характерна ізоморфна реакція на подразнення. Досить часто типові елементи дерматозу розташовуються лінійно на місцях екскоріацій (феномен Кебнера). У 25% хворих ураження СОПР не супроводжується проявами на шкірі.

Ураження при **типовій формі** локалізується симетрично на дистальних відділах щік, в ретромолярній області, на поверхні язика – плоскі ділянки, що нагадують вогнища лейкоплакії, білясті з чіткими зазубреними краями, на червоній облямівці губ (частіше нижній) – невеликі фіолетового кольору бляшки, злегка полущені, що мають на поверхні сірувато-білу сітку.

На СОПР розрізняють кілька форм ЧПЛ:

При **ексудативно-гіперемічній формі** папули розміщені на тлі набряку і гіперемії СОПР, у зв'язку з чим чіткість малюнка згладжується. У хворих скарги на біль при вживанні гарячої гострої і грубої їжі, можливі парестезії і печіння.

На слизовій оболонці проявляється також **ерозивно-виразкова форма**, яка важко піддається лікуванню. При цій формі на СОПР або губах є ерозії, рідше – виразки, навколо яких на тлі гіперемії і набряку розташовуються у вигляді певного малюнка типові для червоного плоского лишаю папули. Ерозії мають неправильні обриси, покриті фібринозним нальотом, після видалення якого легко виникає кровотеча. Вони можуть бути поодинокими, невеликими, малоболючими. Ерозії можуть триматися тривалий час, іноді роками. Під впливом проведеного лікування ерозії частково або повністю епітелізуються, але рецидивують на тому ж або іншому місці СОПР, іноді відразу ж після припинення лікування.

**Пемфігоїдна, бульозна або пухирчаста, форма** – рідкісна ексудативна форма, для якої характерне утворення поряд з типовими вузликами ще й пухирців з серозним або серозно-кров'янистим вмістом. Розмір пухирців з горошину або вишню, вони швидко лопаються. Виникаючі ерозії швидко

епітелізуються. Хворі скаржаться на виникнення сильного болю від вживання будь-якої їжі, відчуття печіння.

**Гіпертрофічна, бородавчаста форма** є наслідком бородавчастої гіперплазії. Проявляється у вигляді бляшок фіолетового або буро-червоного кольору, покритих бородавчастими гіперкератотическіми нашаруваннями. Навколо них можуть розташовуватися окремі типові папули.

При **атиповій формі** поразки розташовані на верхній губі і яснах. При розміщенні уражень на губі вони симетричні і утворюють обмежену застійну гіперемію з помутнінням епітелію у вигляді білуватого нальоту. Ясенні сосочки гіперемійовані, набряклі, на їх поверхні – ніжна білувата сіточка.

У типових випадках **діагностика** не представляє труднощів. При утрудненнях в постановці діагнозу використовують додаткові методи дослідження. Гістологічне обстеження допомагає диференціювати ЧПЛ від малігнізації. Люмінесцентна діагностика дозволяє вивчити різні прояви кератозу.

#### **Диференціальна діагностика:**

Міжсиндромна диференційна діагностика: пухирчатка, вторинний період сифілісу, лейкоплакія, червоний вовчак, багатоформна ексудативна еритема, афтозний стоматит, алергічний стоматит, травматичний стоматит, виразково-некротичний стоматит Венсана.

Внутрішньосиндромна диференційна діагностика: типова форма ЧПЛ, ексудативно-гіперемійна форма ЧПЛ, ерозивно-виразкова форма ЧПЛ, бульозна форма ЧПЛ, гіперкератотична форма ЧПЛ, атипова форма ЧПЛ, синдром Гріншпана.

**Лікування** аутоімунних дерматозів засноване на принципі імуномодуляції (на зміні або корекції імунної відповіді). Основний принцип полягає в тому, щоб не допустити утворення аутоантитіл. Терапія повинна бути адаптована до кожного конкретного випадку. Деякі види аутоімунних дерматозів не лікуються взагалі. Нарешті, слід застосовувати найменш токсичні ліки, віддаючи перевагу поєднанню лікарських препаратів, що дозволяють зменшити побічні ефекти протягом тривалого часу. Слід не тільки проводити лікування, але й піклуватися про виключення факторів, що безпосередньо погіршують стан хворого або сприяють погіршенню (зокрема, деякі аутоімунні дерматози світлочутливі або медикаментозного походження).

Тактика лікаря-стоматолога: усунення кератозу, нормалізація процесів зроговіння, усунення запалення, епітелізація дефектів.

## **6. Матеріали для самоконтролю**

### **А. Тести для самоконтролю.**

1. Що означає симптом Уікхема?

А. При потягуванні за обривок кришки міхура спостерігається відшарування верхніх шарів епідермісу в межах видимо здорової слизової.

В. Розташування елементів ураження лінійно на місцях екскоріацій.

- С. Дрібні білуваті крапки переплітаються у вигляді павутини, мережива або листа папороті, що просвічують через роговий шар.
- Д. При потискуванні на покритку нерозкритого пухиря збільшується його площа.
- Е. Різкий контраст між цианотичним м'яким піднебінням і блідим забарвленням твердого піднебіння.

2. Який дієтичний стіл призначають хворим на ЧПЛ?

- А. Дієта № 3
- В. Дієта № 5
- С. Дієта № 9
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна

3. Що означає феномен Кебнера?

- А. При потягуванні за обривок кришки міхура спостерігається відшарування верхніх шарів епідермісу в межах видимо здорової слизової.
- В. Розташування елементів ураження лінійно на місцях екскоріацій.
- С. Дрібні білуваті крапки переплітаються у вигляді павутини, мережива або листа папороті, що просвічують через роговий шар.
- Д. При потискуванні на покритку нерозкритого пухиря збільшується його площа.
- Е. Різкий контраст між цианотичним м'яким піднебінням і блідим забарвленням твердого піднебіння.

4. Яке з перерахованих визначень підходить для визначення ЧПЛ:

- А. Багатофакторний процес
- В. Системна аутоімунна хвороба
- С. Поліетіологічне захворювання
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна

5. Які первинні елементи ураження СОПР характерні при ЧПЛ:

- А. Вузлик, пухир
- В. Горбик, гноячок
- С. Пухир, кіста
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна

6. Про яку форму ЧПЛ йде мова, якщо папули розміщені на тлі набряку і гіперемії СОПР?

- А. Атипова форма
- В. Гіпертрофічна форма
- С. Пемфігоїдна форма
- Д. Ерозивно-виразкова форма

Е. Екссудативно-гіперемічна форма

7. Які вторинні елементи ураження СОПР характерні при ЧПЛ:

- А. Тріщини, вегетації
- В. Ерозії, виразки
- С. Лусочки, ліхенізації
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна

8. При якій формі ЧПЛ поруч з типовими вузликами утворюються пухирці з серозним або серозно-кров'янисті вмістом?

- А. Атипова форма
- В. Гіпертрофічна форма
- С. Пемфігоїдна форма
- Д. Ерозивно-виразкова форма
- Е. Екссудативно-гіперемічна форма

9. Які зміни епітелію виникають при ЧПЛ:

- А. Спонгіоз
- В. Гіперкератоз
- С. Папіломатоз
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна

10. Хвора 45 років скаржиться на відчуття стягнутості слизової оболонки щік, шершавість, неприємне відчуття. Об'єктивно: на слизовій щік білувато-сірі ділянки, що ледь підвищуються над її рівнем та схильні до злиття у вигляді мереживного малюнка, локалізуються у задніх відділах ротової порожнини. Поверхня ділянки не зішкрябається. Для якого захворювання характерна така клінічна картина?

- А. Вторинний сифіліс
- В. Червоний плесканий лишай
- С. Верукозна лейкоплакія
- Д. Хронічний гіперпластичний кандидоз
- Е. Червоний вовчак

### **Б. Задачі для самоконтролю**

1. Жінка 44 роки, звернулась зі скаргами на осиплість голосу, висипи на СОПР. При огляді на слизовій оболонці правої щоки та ретромоллярному просторі виявлені ерозії розміром 2x3 мм на незміненому тлі. В зоні ураження спостерігається гіперемія. Симптом Нікольського негативний. У цитограмі з осередка ураження – окремі епітеліальні клітини поверхневих шарів. Велика кількість молодих епітеліальних клітин. Зустрічаються клітини з явищами дискератозу. Велика кількість лейкоцитів. Був поставлений

діагноз: червоний плескатий лишай. Визначте форму захворювання. Складіть план лікування.

2. Жінці 44 років був поставлений діагноз: червоний плескатий лишай, ерозивно-виразкова форма. Після лікування над нею був встановлений диспансерний нагляд. Вкажіть терміни диспансерного нагляду, визначте контрольні огляди.

3. Жінка 44 років була лікована з приводу червоного плескатого лишая, ерозивно-виразкової форми. Вкажіть критерії ефективності лікування.

4. Жінка 44 років була лікована з приводу червоного плескатого лишая. Вкажіть додаткові рекомендації, які повинен дати лікар хворій для запобігання виникнення рецидивів та ускладнень.

5. Хвора 45 років, звернулась зі скаргами на висипи на СОПР, біль при розмові, печію від гострої їжі. При огляді на слизовій оболонці щок та в ретромоллярному просторі виявлені білувато-сірі ділянки із нечітким малюнком у вигляді павутиння, які ледь підвищуються над її рівнем, схильні до злиття. Поверхня ураженої ділянки не зішкрябається, гіперемійована, червоного кльору. Визначте форму захворювання. Складіть план лікування.

6. Хвора 45 років скаржиться на відчуття стягнутості слизової оболонки щік, шершавість, неприємне відчуття. Об'єктивно: на слизовій щік білувато-сірі ділянки, що ледь підвищуються над її рівнем та схильні до злиття у вигляді мереживного малюнка, локалізуються у задніх відділах ротової порожнини. Поверхня ділянки не зішкрябається. Визначте захворювання, з якими захворюваннями необхідно провести його міжсиндромну диференційну діагностику.

7. Хвора 45 років скаржиться на відчуття стягнутості слизової оболонки щік, шершавість, неприємне відчуття. Об'єктивно: на слизовій щік білувато-сірі ділянки, що ледь підвищуються над її рівнем та схильні до злиття у вигляді мереживного малюнка, локалізуються у задніх відділах ротової порожнини. Поверхня ділянки не зішкрябається. Визначте захворювання, з якими захворюваннями необхідно провести його внутрішньосиндромну диференційну діагностику.

8. Хвора 45 років була лікована з приводу червоного плескатого лишая. В подальшому направлена на санаторно-курортне лікування. Вкажіть, на що буде направлене санаторно-курортне лікування.

9. Жінка 42 років звернулася до лікаря-стоматолога. Скаржиться на симетричне ураження на губах у вигляді відокремленої застійної гіперемії з



помутнінням епітелію у вигляді білуватою нальоту. Ясенні сосочки гіперемійовані, набряклі, на їх поверхні – ніжна білувата сіточка.

Вкажіть нозологічну одиницю, його форму. До якої групи захворювань за класифікацією П.Т. Максименка вона належить?

10. Хворий 62 років скаржиться на наявність на слизовій оболонці рота і губах ерозій, навколо яких на гіперемійованій і набряклій основі розташовуються у вигляді певного малюнка папули. Ерозії мають неправильні обриси, покриті фібринозним нальотом, після видалення якого легко виникає кровотеча.

Вкажіть найбільш вірогідний діагноз? Яке місцеве лікування необхідно провести при наявності ерозій та виразок, що не заживають.

## 7. Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. проф. А.К. Ніколішина. – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с., С. 102-115, 542-549.

2. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.

### Додаткова:

1. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К.: Здоров'я, 1998. – 408 с.

2. Максименко П.Т. Болезни слизистой оболочки полости рта / П.Т. Максименко, О.Ю. Костелли, Т.П. Скрипникова. – К.: Хрещатик, 1998. – 188 с.

3. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.

