

Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого
кафедра стоматологии детского возраста

**Методические указания для подготовки к практическим занятиям
модуля №2 "Заболевания пародонта и слизистой оболочки
полости рта у детей" (9 семестр)**

(для студентов и преподавателей)

Львов 2013

Методические указания составили:

доц.Стаднык У.О. (№ 1-8), доц.Солонько Г.М. (№ 1,2), доц.Прышко З.Р. (№ 2-4),
доц.Колесниченко А.В. (№ 5-8), ас.Боднарук Н.И. (№2, 7, 8), ас.Иванчишин В.В. (№ 3-5), ас.
Лещук С.Е. (№7), ас. Малко Н.В. (№6), ас. Семенцев Х.Г. (№1), ас. Сольна Н.М. (№5), ас.Солоп
Л.М. (№ 2, 4), ас.Шаран М.А. (№ 6).

Рецензенты:

доц. Сыныця В.В. – доцент кафедры терапевтической стоматологии Львовского национального
медицинского университета имени Данила Галицкого
доц. Кухта В.С. - доцент кафедры ортопедической стоматологии Львовского национального
медицинского университета имени Данила Галицкого

Методические указания обговорены и утверждены на методическом заседании кафедры
стоматологии детского возраста (протокол №5 от 26 ноября 2013 года) и заседании
методической комиссии стоматологического факультета (протокол № 6 от 12 декабря 2013 года)

№	Тема
1.	Клиника , диагностика, дифференциальная диагностика и лечение гингивитов у детей. Выбор лекарственных средств, методика их применения .
2.	Пародонтит у детей. Клиника, диагностика. Принципы лечения пародонтита у детей. Пародонтальный синдром у детей. Клиника, диагностика . Тактика врача -стоматолога .
3.	Морфофункциональные особенности строения слизистой оболочки полости рта (СОПР) у детей. Первичные и вторичные элементы поражения СОПР. Классификация заболеваний СОПР. Проявления в полости рта при инфекционных заболеваниях у детей. Тактика врача-стоматолога .
4.	Острый и рецидивирующий герпетический стоматит у детей. Этиология , патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика .
5.	Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Заболевания губ и языка у детей. Самостоятельные и симптоматические хейлиты. Причины, клиника, диагностика, лечение .
6.	Аллергические реакции немедленного (анафилактический шок, отек Квинке, крапивница) и замедленного (медикаментозная аллергия, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса - Джонсона) типа, их проявления в полости рта детей разного возраста. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
7.	Проявления в полости рта при заболеваниях желудочно - кишечного тракта и эндокринной системы у детей. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Клиника, диагностика, тактика детского стоматолога.
8.	Проявления в полости рта при заболеваниях системы крови у детей. Тактика детского стоматолога. Защита истории болезни.
9.	Итоговый модульный контроль .

**Тематический план самостоятельной работы модуля №2
"Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей"**

№	Тема
1.	Подготовка к практическим занятиям (теоретическая, отработка практических навыков, умений): номера тем 1 - 8
2.	Самостоятельное изучение тем, которые не входят в план практических занятий: 1. СПИД. Этиология, клиника, диагностика, профилактика. Особенности клинических проявлений у детей. Тактика врача-стоматолога. Профилактика. 2. Лабораторные методы исследования при заболеваниях тканей пародонта и СОПР у детей 3. Специфическая инфекция полости рта у детей (туберкулез, сифилис и др.). Особенности клинических проявлений на СОПР. Тактика детского стоматолога. 4. Травматические поражения СОПР у детей. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. 5. Неотложная помощь в клинике детской терапевтической стоматологии.
3.	Подготовка к итоговому модульному контролю.

**Тематический план лекций модуля №2
"Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей"**

№	Тема лекции
1	Заболевания пародонта у детей: этиология, патогенез. Гингивиты, пародонтит и пародонтальный синдром у детей: распространенность, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.
2	Особенности строения и функции слизистой оболочки полости рта (СОПР) у детей. Вирусные поражения СОПР: клиника, диагностика, лечение.
3	Грибковые поражения СОПР и заболевания языка и губ у детей разного возраста Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
4	Заболевания слизистой оболочки ротовой полости аллергического происхождения у детей. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
5	Проявления в полости рта при инфекционных заболеваниях у детей и заболеваниях системы крови. Клиника, диагностика, лечение.

Тема занятия: Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение гингивитов у детей. Выбор лекарственных средств, методика их применения.

Цель занятия: изучить со студентами причины возникновения гингивитов у детей и подростков, клинику различных форм, дифференциальную диагностику и выбор метода лечения.

Часть №1. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение катарального гингивита у детей. Выбор лекарственных средств, методика их применения.

Цель: изучить со студентами причины возникновения катарального гингивита у детей и подростков, его клинику, дифференциальную диагностику и выбор метода лечения.

Контроль начального уровня знаний:

1. Что такое пародонт?
2. Анатомо-физиологические особенности строения тканей пародонта у детей в разные возрастные периоды.
3. Распространенность заболеваний тканей пародонта.
4. Роль местных и общих факторов в развитии заболеваний пародонта у детей.
5. Методы диагностики заболеваний тканей пародонта у детей.
6. Индексная оценка состояния тканей пародонта у детей.
7. Выбор средств индивидуальной гигиены при заболеваниях тканей пародонта у детей.
8. Виды воспаления (альтернативное, экссудативное, пролиферативное).

Содержание.

Патология тканей пародонта у детей остается одной из наиболее важных и сложных проблем детской стоматологии. Распространенность этой патологии среди детского населения составляет 60-80 %, чаще всего встречается гингивит.

Гингивит - это воспаление десен, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, течение которого не сопровождается нарушением целостности зубодесневого соединения.

Хронический катаральный гингивит является наиболее распространенной формой гингивита среди детей. Острый катаральный гингивит возникает на фоне острых инфекционных болезней (кори, скарлатины, дифтерии, ОРВИ и др.).

По локализации гингивит делится на локализованный и генерализованный.

Для острого катарального гингивита характерны признаки экссудативного воспаления. Дети жалуются на боль, жжение, отечность и кровоточивость десен. При объективном обследовании выявляется отек и гиперемия десен. Вследствие отека сменяется рельеф десны - она приобретает куполообразную форму, при пальпации безболезненна, кровоточит.

При хроническом катаральном гингивите дети жалуются на незначительные болевые ощущения в деснах, их отек и напряженность, кровоточивость при употреблении твердой пищи и чистке зубов щеткой. Объективно у больных с хроническим катаральным гингивитом наблюдается отек, гиперемия десны с цианотичным оттенком. Наблюдается изменение рельефа десневого края в виде валикообразного утолщения.

Течение хронического катарального гингивита может быть также бессимптомным или характеризуется симптомами, которые мало беспокоят ребенка, например, кровоточивостью десен во время чистки зубов. Поэтому заболевание чаще выявляется при лечении кариеса и его осложнений или при плановых осмотрах детей и подростков в организованных коллективах.

При дифференциальной диагностике хронического катарального гингивита следует учитывать значительное сходство его клинических проявлений с ранними симптомами хронического гипертрофического гингивита и генерализованного пародонтита. Однако, в

основе гипертрофического гингивита лежит гиперплазия слизистой оболочки десен, которая приводит к ее увеличению. Ведущими дифференциально-диагностическими признаками генерализованного пародонтита являются рентгенологические изменения: начальная резорбция и остеопороз верхушек межзубных перегородок, а также расширение периодонтальной щели в пришеечной области.

Лечение катарального гингивита заключается, прежде всего, в выявлении и устранении этиологического фактора.

Схема лечения катарального гингивита у детей:

1. Профессиональная гигиена полости рта и обучение методам индивидуального ухода за полостью рта, гигиенический контроль за их выполнением и рекомендации относительно выбора гигиенических средств.
2. Устранение местных благоприятных факторов (лечение кариеса, коррекция аномалий прикрепления мягких тканей преддверия полости рта и нарушений прикуса).
3. Антибактериальная терапия (антисептики, препараты группы нитроимидазола).
4. Противовоспалительная терапия (средства растительного происхождения, нестероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы протеолитических ферментов).
5. Физиотерапия.
6. Поддерживающая терапия каждые 3-6 мес.
7. Консультация и лечение у педиатра или других специалистов.

Одним из первых этапов лечения является проведение профессиональной гигиены полости рта. Сначала удаляют неминерализованный зубной налет, который преобладает у детей в период временного и сменного прикуса. Чистку вестибулярных и оральных поверхностей проводят с помощью торцевых щеток и абразивных паст (у детей используют пасты средней степени зернистости, с размером частиц наполнителя 40-70 мкм). Удаление мягкого налета с контактных поверхностей проводят флоссами.

Для снятия твердых зубных отложений в сменном прикусе используют ручные скейлеры. С этой целью при гингивите применяют различные модификации серповидных скейлеров (крючков).

В постоянном прикусе удаления массивных твердых зубных отложений можно начинать с использования механических скейлеров: звуковых, ультразвуковых. *Необходимо помнить, что в подростковом возрасте механические скейлеры не рекомендуют применять до завершения минерализации коронковой части и формирования корней постоянных зубов.*

На заключительном этапе профессиональной гигиены полости рта необходимо провести полировку зубов. С этой целью используют полировальные резиновые колпачки и мелкодисперсные пасты (с размером частиц 1-2 мкм).

Профессиональную гигиену полости рта следует сочетать с антисептической обработкой. Наиболее эффективное антибактериальное действие имеют хлорсодержащие антисептики: хлоргексидин, триклозан, мирамистин и др. Их применяют в виде полосканий, ирригаций десневых карманов и полости рта.

Хлоргексидин обладает бактерицидным действием на многочисленные вегетативные формы грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, факультативные анаэробы, а также дрожжеподобные грибы. В низких концентрациях (0,02-0,05%) хлоргексидин вызывает бактериостатический эффект, а в высоких (0,12-0,2%) - коагуляцию протоплазмы и гибель бактериальных клеток.

Препараты "Стоматидин" и "Гивалекс", составленным которых является гекситидин, также характеризуются широким спектром антимикробного и противогрибкового действия. Кроме того, "Стоматидин" имеет вяжущее и противовоспалительное действие.

Другой хлорсодержащий антисептик - мирамистин влияет на различные виды аэробных и анаэробных микроорганизмов, спирохеты, грибы и др. Препарат также стимулирует активность иммунокомпетентных клеток, приводит к репарации и регенерации тканей.

Наряду с хлорсодержащими средствами применяются также другие группы антисептиков: производные нитрофурана (0,02 % раствор фурацилина, 0,1 % раствор фурангина), окислители (3% раствор перекиси водорода), а также препараты растительного происхождения (настойка календулы, эвкалипта, ромазулана и др.).

При остром течении воспалительного процесса местное лечение направлено на уменьшение отека, гиперемии, кровоточивости десен. С этой целью применяются средства растительного происхождения, обладающие противовоспалительным и антисептическим действием. К ним относятся: листья шалфея, цветки ромашки или ромазулан, траву зверобоя, корневище змеевика и другие травы. Их используют в виде полосканий, орошений и ротовых ванночек .

Если воспаление не блокируется, необходимо дополнительно использовать НПВП - мефенамина натриевую соль (1% паста, 0,1-0,2 % водный раствор), диклофенак-натрий (1% желе "Диклоран", 1% эмульгель "Вольтарен"), пироксикам (1% крем) и др.

При лечении детей с хроническим катаральным гингивитом, особенно при генерализованном поражении, в комплексе с антисептиками желателно назначать производные нитроимидазола - метронидазол. Препарат обладает антибактеральными свойствами по отношению к анаэробным пародонтопатогенным микроорганизмам. Антимикробное дозированное действие метронидазола непосредственно в очаге поражения достигается путем его иммобилизации на биополимерной матрице. Такое действие имеет 25% липидный гель "Елизол" и пленка "Диплен-дента М".

Наиболее эффективным на сегодняшний день считается сочетание производных нитроимидазола с хлорсодержащими антисептиками. Одним из таких комплексных препаратов является гель "Метрогил-дента", который содержит два активных компонента: метронидазола бензоат и хлоргексидин. Его применяют в виде аппликаций на слизистую оболочку десны или инстилляций в зубодесневую борозду не менее, чем 2 раза в сутки в течение 20-30 мин.

При лечении хронического и обострения хронического катарального гингивита средней и тяжелой степени наряду с НПВП применяются ингибиторы протеолитических ферментов. К ним относят: апрокал, контрикал, трасилол, парааминометилбензойна кислота (ПАМБА) и др.

Для улучшения репаративных процессов назначают кератопластики: масляные растворы витаминов А и Е, масло шиповника, облепихи, каратолин в виде аппликаций или ультрафонофореза.

Из физиотерапевтических методов для лечения хронического катарального гингивита применяют гидротерапию с углекислым газом в течение 10 мин. ежедневно или через день, всего 10-15 сеансов. Применяют также электрофорез 1% раствора галаскорбина или 5% раствор аскорбиновой кислоты в сочетании с 1% раствором никотиновой кислоты. Курс лечения составляет 10 сеансов.

Наличие рентгенологической симптоматики при длительном течении хронического катарального гингивита является показанием к назначению электрофореза с препаратами кальция и фтора. Для ликвидации явлений остеопороза применяют 10% раствор кальция глюконата или 2,5% раствор кальция глицерофосфата, всего 5-6 сеансов. В качестве катализатора процессов реминерализации костной ткани применяют 1% раствор натрия фторида в течение 4-5 дней .

Профилактика гингивита заключается в своевременной санации полости рта, рациональному гигиеническому уходу за ней, ликвидацией аномалий прикуса, а также лечении хронических общесоматических заболеваний.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Классификация заболеваний тканей пародонта.
2. Причины возникновения гингивита у детей.
3. Острый катаральный гингивит. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Хронический катаральный гингивит. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Физиотерапевтические методы лечения различных форм гингивита.
6. Профилактика заболеваний тканей пародонта.

Ориентировочные тестовые задания:

1. Юноша 17 лет жалуется на кровоточивость и болезненность десен при чистке зубов. Объективно: поверхность большинства зубов обеих челюстей покрыта массивным мягким налетом. Маргинальный край десны ярко красный. При прикосновении возникает кровоточивость десен. Какая тактика врача целесообразна в первое посещение?

- A. Профессиональная гигиена полости рта, гигиеническое обучение
- B. Экзогенное применение фторсодержащих препаратов
- C. Назначение физиотерапевтических методов
- D. Назначение противовоспалительных средств
- E. Санация полости рта

2. Мальчик 14 лет. Жалобы на боль и кровоточивость десен во время чистки зубов. Объективно: десна в области всех зубов гиперемированы, отечны, индекс РМА = 67%, гигиенический индекс Грин-Вермильона - 2,5 балла. Предварительный диагноз: обострение хронического генерализованного катарального гингивита. С каким активным компонентом следует рекомендовать зубную пасту в данном случае?

- A. Хлоргексидин
- B. Глицерофосфат кальция
- C. Монофторфосфат
- D. Витамины А, Д, Е
- E. Комплекс микроэлементов

3. Ребенок 13 лет жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов в течение 4 месяцев. Объективно: десна гиперемированы, с цианотичным оттенком. Гигиенический индекс Федорова-Володкиной - 4,5 балла, проба Шиллера-Писарева положительная, индекс РМА - 25%. Рентгенологическая картина альвеолярного отростка без изменений. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Хронический катаральный гингивит
- B. Язвенный гингивит
- C. Гипертрофический гингивит
- D. Острый катаральный гингивит
- E. Локализованный пародонтит

4. Во время профилактического осмотра у девочки 11 лет выявлено незначительную гиперемию и цианоз десны. Гигиенический индекс Федорова-Володкиной - 4,0 балла, проба Шиллера-Писарева положительная. Определите предварительный диагноз.

- A. Хронический катаральный гингивит
- B. Гипертрофический гингивит
- C. Острый катаральный гингивит
- D. Язвенно-некротический гингивит
- E. Десквамативный гингивит

5. Парень 16 лет проходит курс лечения хронического катарального гингивита. Отмечается значительное количество мягких зубных отложений, высокая скорость их образования. Больной обучен методике чистки зубов. Какое средство для полоскания ротовой полости целесообразно рекомендовать в данном случае?

- А. Хлоргексидин
- В. Мефенамина натриевая соль
- С. Перекись водорода
- Д. Фурацилин
- Е. Диметилсульфоксид

6. У ребенка 12 лет во время профилактического осмотра в области фронтальных зубов нижней и верхней челюстей обнаружена застойная гиперемия и незначительный отек десневого края. Определяется периодическая кровоточивость десен во время чистки зубов. КПВ = 2. Какие пасты следует рекомендовать для индивидуальной гигиены полости рта в данном случае?

- А. Пасты с экстрактами трав
- В. Пасты с ферментами
- С. Пасты с аминофторидом
- Д. Пасты с фторидом натрия
- Е. Пасты с соединениями кальция

7. Ребенок 15 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десен, неприятный запах изо рта. Со слов пациента симптомы появились пол года назад. Объективно: слизистая оболочка десны гиперемирована, пастозная, отмечается кровоточивость при прикосновении. Проба Шиллера-Писарева положительная. Индекс РМА составляет 70%. Индекс Федорова-Володкиной равен 3 баллам. На рентгенограмме фронтального отдела челюсти кортикальная пластинка сохранена. Вероятный диагноз?

- А. Хронический генерализованный катаральный гингивит
- В. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит
- С. Острый генерализованный катаральный гингивит
- Д. Хронический генерализованный пародонтит
- Е. Обострение хронического генерализованного пародонтита

8. Ребенок 16 лет жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов. Объективно: гиперемия и отек десневого края во фронтальном участке верхней и нижней челюстей, десневые сосочки цианотичны, при прикосновении кровоточат. Пародонтальные карманы отсутствуют. Рентгенологических изменений не выявлено. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Хронический катаральный гингивит
- В. Гипертрофический гингивит
- С. Локализованный пародонтит
- Д. Острый катаральный гингивит
- Е. Генерализованный пародонтит

9. Ребенок 9 лет жалуется на жжение и болезненность десен во фронтальном участке верхней челюсти, кровоточивость их при чистке зубов и употреблении пищи. Объективно: в области верхних фронтальных зубов десна отечна, куполообразной формы, при пальпации болезненна. Отмечается незначительное количество мягкого зубного налета. Индекс РМА - 28,4%. На рентгенограмме изменений в костной ткани альвеолярного отростка не выявлено. Наиболее вероятный диагноз ?

- А. Острый катаральный гингивит

- В. Гипертрофический гингивит
- С. Хронический локализованный пародонтит
- Д. Хронический катаральный гингивит
- Е. Хронический генерализованный пародонтит

10. Девочка 17 лет жалуется на увеличение десневых сосочков, периодическую кровоточивость десен во время еды, чистки зубов, которая появилась 1,5 года назад. Объективно: подчелюстные лимфоузлы не увеличены, десневые сосочки и десневой край фронтального участка нижней челюсти гиперемированы, с цианотичным оттенком, отечны, с глянцевой поверхностью, покрывают коронки зубов на 1/3. На рентгенограмме альвеолярного отростка в области 42, 41, 31, 32 зубов изменений не выявлено. Какой метод лечения следует использовать?

- А. Консервативный
- В. Гингивотомия
- С. Диатермокоагуляция
- Д. Гингивоектомия
- Е. Криодеструкция

11. У ребенка 12 лет жалобы на неприятный запах изо рта, кровоточивость и болезненность десен при приеме пищи. Объективно: слизистая оболочка десны в области верхних и нижних фронтальных зубов отечна, гиперемирована, кровоточит, отмечаются значительные наслоения мягкого зубного налета, проба Шиллера-Писарева положительная. Какова тактика врача в первое посещение?

- А. Профессиональная гигиена полости рта
- В. Противовоспалительная терапия
- С. Склерозирующая терапия
- Д. Электрофорез с йодистым калием
- Е. Фитотерапия

12. Ребенок 15 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен. Боль в деснах появилась через 3 дня после перенесенного острого респираторного заболевания. На протяжении последних двух лет отмечается незначительная кровоточивость десен во время чистки зубов. Объективно: слизистая оболочка десен отечна, ярко-красного цвета, кровоточит при прикосновении, болезненна при пальпации, верхушки десневых сосочков куполообразно заокруглены. Массивный зубной налет определяется в большом количестве. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Обострение хронического катарального гингивита
- В. Язвенно-некротический гингивит
- С. Генерализованный пародонтит
- Д. Гипертрофический гингивит
- Е. Хронический катаральный гингивит

13. Ребенку 14 лет, жалуется на кровоточивость десен при чистке зубов в течение года. Объективно: десневые сосочки отечны, цианотичны, несколько увеличены в размерах. Какое дополнительное исследование целесообразно провести для уточнения диагноза?

- А. Рентгенография
- В. Проба Ясиновского
- С. Проба Шиллера-Писарева
- Д. Анализ крови
- Е. Реопародонтография

14. Ребенок жалуется на периодическую кровоточивость десен во время чистки зубов. При объективном обследовании во фронтальном участке нижней челюсти наблюдается скученность зубов, наличие мягких зубных отложений, контуры зубных сосочков сглажены. Десна пастозные, синюшные, при зондировании кровоточат. Гигиенический индекс Федорова-Володкиной - 2,6 балла. Проба Шиллера-Писарева положительная. Определите предварительный диагноз.

- A. Хронический катаральный гингивит
- B. Острый катаральный гингивит
- C. Гипертрофический гингивит
- D. Пародонтит
- E. Язвенно-некротический гингивит

15. Мальчик 8 лет жалуется на боль, отек и кровоточивость десен. На протяжении последней недели ребенок болеет гриппом. Объективно: слизистая оболочка десны в области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отечная, ярко гиперемирована, болезненна при пальпации. Десневые сосочки и десневой край отечны, легко кровоточат при прикосновении. Наблюдается незначительный регионарный лимфаденит. Определите предварительный диагноз.

- A. Острый катаральный гингивит
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Гипертрофический гингивит
- D. Язвенно-некротический гингивит
- E. Генерализованный пародонтит

16. Ребенок 13 лет жалуется на кровоточивость десен во время приема твердой пищи. При осмотре выявлен отек, незначительная гиперемия и цианотичность слизистой оболочки десны верхней и нижней челюстей, зубы покрыты толстым слоем мягкого зубного налета, который легко удаляется экскаватором. Поставьте предварительный диагноз .

- A. Хронический катаральный гингивит
- B. Острый катаральный гингивит
- C. Гипертрофический гингивит
- D. Генерализованный пародонтит
- E. Локализованный пародонтит

17. Ребенок 11 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен, возникшие после перенесенного простудного заболевания. Объективно: десна отечны, гиперемированы, легко кровоточат, болезненны при пальпации. Вершины десневых сосочков куполообразной формы. Наиболее вероятный диагноз ?

- A. Острый катаральный гингивит
- B. Гипертрофический гингивит
- C. Хронический катаральный гингивит
- D. Язвенно-некротический гингивит
- E. Генерализованный пародонтит

18. Девочка 12 лет жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов и употребления пищи, которая беспокоит периодически в течение двух лет. Десна на верхней и нижней челюстях отечны и гиперемированы, цианотичного оттенка. На панорамном рентгенологическом снимке патологические изменения отсутствуют. Ваш предварительный диагноз?

- A. Хронический катаральный гингивит

- В. Гипертрофический гингивит
- С. Острый катаральный гингивит
- Д. Язвенный гингивит
- Е. Генерализованный пародонтит

19. Ребенок жалуется на периодическую кровоточивость десен во время чистки зубов. Объективно: во фронтальном участке верхней челюсти наблюдается скученность зубов, мягкие зубные отложения. Контуры десневых сосочков сглажены, пастозны, при зондировании кровоточат. Гигиенический индекс Грин-Вермильона – 3 балла. Проба Шиллера-Писарева положительная. Определите предварительный диагноз.

- А. Хронический катаральный гингивит
- В. Острый катаральный гингивит
- С. Гипертрофический гингивит
- Д. Пародонтит
- Е. Язвенно-некротический гингивит

20. Девочка 10 лет жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов в течение двух лет. Объективно: слизистая оболочка десны нижней челюсти слабо гиперемирована, отечная, с синюшным оттенком. Прикус глубокий. На рентгенограмме в области 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов на верхушках межзубных перегородок наблюдается незначительный остеопороз. Определите предварительный диагноз.

- А. Хронический катаральный гингивит
- В. Пародонтит
- С. Гипертрофический гингивит
- Д. Острый катаральный гингивит
- Е. Язвенно-некротический гингивит

21. Ребенок 13 лет жалуется на кровоточивость десен при чистке зубов и употреблении твердой пищи, которая отмечается в течение нескольких месяцев. Объективно: слизистая оболочка десны во фронтальном участке нижней и верхней челюстей отечна, застойно-гиперемирована. Значения индекса РМА составляет 38,1%. Определите степень тяжести гингивита в данном случае.

- А. Средняя степень
- В. Легкая степень
- С. Очень легкая степень
- Д. Тяжелая степень
- Е. Очень тяжелая степень

22. Девушка 15 лет обратилась к стоматологу с жалобами на незначительный отек и изменение цвета десны в области нижних фронтальных зубов, где при обследовании было выявлено незначительное количество наддесневого зубного камня. Какие зубные пасты предупреждают образование зубного камня?

- А. Пасты, содержащие пирофосфаты
- В. Пасты, содержащие растительные добавки
- С. Пасты, содержащие солевые добавки
- Д. Пасты, содержащие соединения кальция
- Е. Пасты, содержащие калия нитрат

23. В клинику обратились родители ребенка 16 лет с жалобами на неприятные ощущения и кровоточивость десен, возникающие во время чистки зубов и употреблении твердой пищи. Какой индекс при обследовании нужно применить для определения степени тяжести воспаления десен?

- A. РМА
- B. CRITN
- C. КПВ
- D. Индекс Грин-Вермильюна
- E. Индекс Силнес-Лоу

24. Парень 12 лет на приеме у стоматолога пожаловался на незначительную кровоточивость десен во время чистки зубов. В результате проведенного индексного исследования (CRITN) был определен код 1. Какие меры предусматривает этот код?

- A. Обучение правилам гигиены полости рта
- B. Противовоспалительная терапия
- C. Комплексные методы лечения
- D. Лечение не требуется
- E. Удаление над- и поддесневого зубного камня

25. Девушку 14 лет в течение нескольких лет беспокоит кровоточивость десен во время чистки зубов. Слизистая оболочка десен во фронтальном участке нижней челюсти слабо гиперемирована, цианотична, отечна. Прикус глубокий. Какие изменения могут быть обнаружены на рентгенограмме?

- A. Во фронтальном участке нижней челюсти остеопороз вершин межзубных перегородок без нарушения целостности кортикальной пластинки
- B. Деструкция кортикальной пластинки и начальная резорбция губчатого вещества межзубных перегородок до 1/3 длины корней в области центральных резцов нижней челюсти
- C. Во фронтальном участке нижней челюсти остеопороз вершин межзубных перегородок и деструкция кортикальной пластинки альвеолы
- D. Деструкция кортикальной пластинки и неравномерная резорбция губчатого вещества межзубных перегородок 1/2 длины корней в области резцов нижней челюсти
- E. Снижение высоты межальвеолярных перегородок более, чем на 1/2 длины корней в области всех зубов

26. Ребенок 12 лет жалуется на боль и кровоточивость десен. В течение нескольких дней болеет ангиной. Объективно: слизистая оболочка десны во фронтальном участке челюстей отечна, ярко-красного цвета, легко кровоточит при инструментальном исследовании. Рентгенологически в указанных участках наблюдается остеопороз на верхушках межзубных перегородок. Кортикальная пластинка альвеолы сохранена. Установите диагноз.

- A. Обострение катарального гингивита
- B. Гипертрофический гингивит
- C. Острый катаральный гингивит
- D. Хронический катаральный гингивит
- E. Обострение гипертрофического гингивита

27. По результатам эпидемиологического обследования, проведенного в соответствии с рекомендациями ВОЗ, распространение кровоточивости десен у 15-летних детей составляет 71%. Какому уровню распространения кровоточивости соответствуют полученные данные?

- A. Высокий

- В. Очень высокий
- С. Умеренный
- Д. Низкий
- Е. Очень низкий

28. Пациентка 15 лет обратилась по поводу болезненности, кровоточивости и покраснения десен. Объективно: десна в области нижних фронтальных зубов гиперемирована, отечна с цианотичным оттенком. В 11 и 21 зубах пломбы с нависшими краями, есть незначительные отложения мягкого зубного налета. Какое из перечисленных исследований подтвердит наличие активного воспалительного процесса десен?

- А. Проба Шиллера - Писарева
- В. Индекс СРІТN
- С. Панорамная рентгенография
- Д. Проба Кулаженко
- Е. Формалиновая проба

29. Пациенту в возрасте 17 лет установлен диагноз: хронический генерализованный катаральный гингивит. Во фронтальном участке наблюдается скученность зубов, гигиенический индекс - 2,8 балла. Какой медикаментозное средство целесообразно рекомендовать для предупреждения появления зубного налета на зубах?

- А. Хлоргексидин
- В. Натрия гидрокарбонат
- С. Мефенамина натриевая соль
- Д. Водорода пероксид
- Е. Отвар коры дуба

30. В результате эпидемиологического исследования в 15-летних подростков выявлен низкий уровень распространенности зубного камня. Какие показатели, согласно рекомендациям ВОЗ, соответствуют низкому распространению зубного камня?

- А. 0-50 %
- В. 21-50 %
- С. 0-20 %
- Д. 51-80 %
- Е. 81-100 %

31. Пациентка 15 лет обратилась к стоматологу с жалобами на кровоточивость десен во время чистки зубов в течение нескольких лет. Объективно: слизистая оболочка десны нижней и верхней челюстей слабо гиперемирована, цианотична, отечная. На рентгенограмме в области верхней и нижней челюстей определяется остеопороз вершин межзубных перегородок без нарушения целостности кортикальной пластинки. Установлен диагноз: хронический генерализованный катаральный гингивит. Для ликвидации явлений остеопороза электрофорез каких медикаментозных средств позволит достичь наибольшего терапевтического эффекта?

- А. Кальция глюконата
- В. Гепарина
- С. Трипсина
- Д. Алоэ
- Е. Витамина В1

32. Ребенок 8 лет жалуется на отек и болезненность десен во фронтальном участке верхней челюсти, кровоточивость при чистке зубов. Объективно: в области верхних фронтальных зубов десна отечны, куполообразной формы, при пальпации болезненные. Определяется незначительное количество мягкого зубного налета. Индекс РМА - 16,6 %. На рентгенограмме изменений в костной ткани альвеолярного отростка не выявлено. Какие из средств растительного происхождения назначают для полоскания?

- A. Все перечисленные
- B. Цветки ромашки
- C. Листья шалфея
- D. Трава зверобоя
- E. Настойка календулы

33. Родители ребенка 8 лет обратились к стоматологу с жалобами на кровоточивость десен у ребенка во время чистки зубов. Впервые кровоточивость появилась в 6-летнем возрасте. Ребенок практически здоров. Объективно: зубы интактные. В передней области нижней и верхней челюстей слизистая оболочка десен гиперемирована, отечна, незначительно кровоточит, гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Прикус временный. Выберите наиболее вероятную причину заболевания.

- A. Неудовлетворительная гигиена полости рта
- B. Заболевания внутренних органов
- C. Гормональная дисфункция
- D. Нерациональное питание
- E. Патология прикуса

Часть № 2. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение гипертрофического гингивита у детей. Выбор лекарственных средств, методика их применения.

Цель: Изучить со студентами причины возникновения гипертрофического гингивита у детей и подростков, клинику, дифференциальную диагностику, методы лечения.

Контроль начального уровня знаний:

1. Классификация гингивита.
2. Причины возникновения катарального гингивита.
3. Клиника острого катарального гингивита.
4. Клиника хронического катарального гингивита.
6. Схема лечения катарального гингивита.

Содержание:

Преподаватель подчеркивает, что гипертрофический гингивит - это хронический пролиферативный процесс, который сопровождается разрастанием волокнистых элементов соединительнотканной основы десны и пролиферацией базального слоя эпителия. Различают две клинические формы: фиброзную и гранулирующую. Последняя форма диагностируется чаще в подростковом возрасте. Важную роль в возникновении играет нарушение функции половых желез в препубертатном и пубертатном возрасте, особенно у девушек. Также причиной возникновения является прием противосудорожных препаратов при лечении эпилепсии, при заболеваниях крови.

Гипертрофический гингивит у детей имеет преимущественно хроническое течение. Диагностируется период обострения и ремиссии.

Различают три степени гипертрофии слизистой оболочки десен. При I степени увеличение десневых сосочков достигает не более $\frac{1}{3}$ высоты коронок зубов. При II степени

отмечается их разрастание до $\frac{1}{2}$ высоты коронок. При III степени гипертрофия десневых сосочков превышает $\frac{2}{3}$ высоты коронковой части и может достигать режущего края или жевательной поверхности зубов.

Гиперплазия слизистой оболочки десны во фронтальном участке челюстей чаще возникает при наличии скученности зубов, аномалиях прикрепления мягких тканей преддверия полости рта.

Клиника: при *гранулирующей форме* гипертрофического гингивита дети жалуются на разрастание, болезненность и кровоточивость десен во время чистки зубов или во время приема твердой пищи.

Объективно: отек, гиперемия и цианоз вестибулярной поверхности слизистой оболочки десен. Десневые сосочки увеличены в размерах, разрыхленные, имеют округленную или неправильную форму, легко кровоточат при прикосновении. Отмечается также неравномерная фестончатость маргинального края, особенно при гипертрофии II-III степени.

В результате гипертрофии и отека слизистой оболочки десны формируются ложные карманы. Их глубина зависит от выраженности пролиферативных изменений. Целостность зубодесневого соединения не нарушена. Пришеечная часть зубов, особенно в области поражения, покрыта мягким налетом из-за затрудненного ухода за полостью рта. Наблюдаются отложения над- и поддесневого камня.

Самые тяжелые проявления гипертрофического гингивита встречаются у детей, страдающих эпилепсией и принимающих противосудорожные препараты. Пролиферация десен наблюдается как с вестибулярной, так и оральной стороны.

Обострение гранулирующей формы гипертрофического гингивита характеризуется усилением гиперемии, отека и кровоточивости слизистой оболочки.

При *фиброзной форме* гипертрофического гингивита дети не предъявляют жалоб (особенно при легкой степени), или жалуются на необычный вид десен за счет увеличения и изменения конфигурации. Цвет слизистой оболочки десен практически не изменен, сосочки бледно-розового цвета, увеличены, уплотнены, болезненны при пальпации, без признаков кровотечения.

При длительном течении гипертрофического гингивита, особенно при наличии местных факторов риска, рентгенологически определяются остеопороз верхушек межальвеолярных перегородок без деструкции кортикальной пластинки.

Для диагностики гипертрофического гингивита проводят рентгенологическое исследование.

Преподаватель акцентирует внимание студентов на вопросах диф.диагностики хронического гипертрофического гингивита. Дифференциальную диагностику проводят с хроническим катаральным гингивитом, фиброматозом десен и наличием лейкоемического инфильтрата в слизистой оболочке десен при заболеваниях крови.

Лечение хронического гипертрофического гингивита зависит от этиологических факторов, клинической формы и протекания, а также степени гиперплазии десен. Если гипертрофический гингивит развился в пубертатном периоде на фоне дисбаланса половых гормонов, то ребенка направляют к детскому гинекологу. Если же причиной является прием противосудорожных препаратов, план лечения пациента необходимо согласовать с врачом-психоневрологом.

Схема лечения гранулирующей формы гипертрофического гингивита:

1. Профессиональная гигиена полости рта (проводится ручными или ультразвуковыми скейлерами с предварительным обезболиванием слизистой оболочки десен - 10 % гель лидокаина, гель «Камистад»).
2. Антибактериальная терапия (используются преимущественно хлорсодержащие препараты - хлоргексидин, гекситидин, производные нитроимидазола - метронидазол, а также сопряженные

комплексные препараты - гель «Метрогил-Дента»; растительные препараты - ромазулан, хлорофиллипт, настойка календулы, эвкалипта).

3. Противовоспалительная терапия применяется для ликвидации воспалительного процесса (используют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) - мефенаминовая паста, желе «Диклоран», эмульгель «Вольгарен» и средства растительного происхождения - трава зверобоя, кора дуба, листья шалфея).

4. Склерозирующая терапия проводится после уменьшения признаков воспаления - отека, гиперемии и кровоточивости десен. При гипертрофии I-II степени используют средства растительного происхождения - чистотел, мараславин и биогенные препараты (бефунгин), также эффективно использование 10 % раствора кальция хлорида в виде электрофореза, 8-10 сеансов). При II - III степени гипертрофии десен целесообразно использовать электрофорез с ферментными препаратами, в частности, с липазой в буферном растворе pH -5,2, курс лечения 15-20 сеансов. Для регуляции метаболизма тканей пародонта и улучшения микроциркуляции назначают гепарин в виде аппликаций на слизистую оболочку или электрофореза; вакуум-массаж, 6-10 процедур через день гидротерапию с углекислым газом, 10 сеансов. При гипертрофическом гингивите III степени необходимо использовать деструктивные методы: криодеструкцию, диатермокоагуляцию.

5. Физиотерапия.

6. Обучение методам индивидуального ухода за полостью рта, гигиенический контроль за их выполнением и рекомендации по выбору средств гигиены полости рта.

7. Устранение местных факторов, которые могут способствовать развитию гипертрофического гингивита.

8. Поддерживающая терапия проводится каждые 3-6 месяцев (обязательный контроль качества гигиенического ухода за полостью рта и профессиональная гигиена, использование антибактериальной, противовоспалительной, склерозирующей терапии). Физиотерапевтические и хирургические методы лечения зависят от стадии развития заболевания, степени гипертрофии и характера протекания.

9. Консультация и лечение у детского гинеколога, психоневролога, эндокринолога и других специалистов.

Схема лечения фиброзной формы гипертрофического гингивита:

1. Профессиональная гигиена полости рта.
2. Антисептическая обработка полости рта.
3. Склерозирующая терапия.
4. Физиотерапия.
5. Обучение правилам ухода за полостью рта.
6. Санация полости рта.
7. Ортодонтическое лечение (по показаниям).

При отсутствии признаков воспаления при фиброзной форме гипертрофического гингивита противовоспалительную терапию не проводят. При гипертрофии I степени используют средства склерозирующего действия, при гипертрофии II-III степени рекомендуется хирургическое лечение.

Контроль усвоения уровня знаний:

1. Причины возникновения гипертрофического гингивита.
2. Клиника гранулирующей формы гипертрофического гингивита.
3. Клиника фиброзной формы гипертрофического гингивита.
4. Диагностика различных форм гипертрофического гингивита.
5. Дифференциальная диагностика гипертрофического гингивита.
6. Схема лечения фиброзной формы гипертрофического гингивита.

7. Схема лечения гранулирующей формы гипертрофического гингивита.

Ориентировочные тестовые задания:

1. У девочки 14 лет жалобы на эстетический дефект из-за расрастания десны на зубы. Беспокоят около двух лет. При осмотре: коронки зубов верхней и нижней челюсти на 1/3 высоты покрыты десной, кровоточат при прикосновении. Определяются десневые карманы до 4 мм. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное, прикус ортогнатический, на рентгенограмме патологических изменений в альвеолярной кости не выявлено. Ваш предварительный диагноз ?

- A. Хронический гипертрофический гингивит
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Хронический генерализованный пародонтит
- D. Хронический локализованный пародонтит
- E. Фиброматоз десен

2. Девочка 12 лет обратилась к врачу-стоматологу с целью профилактического осмотра. Объективно: зубы интактны, прикус открытый, слизистая оболочка в области папиллярно-маргинального края десны гиперемирована с цианотичным оттенком, отмечается увеличение десневых сосочков, которые закрывают 1/3 высоты коронки фронтальных зубов верхней челюсти, форма десневых сосочков круглая. Определите предварительный диагноз.

- A. Гипертрофический гингивит
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Острый катаральный гингивит
- D. Фиброматоз десен
- E. Хронический локализованный пародонтит

3. Ребенок 14 лет жалуется на кровоточивость десен при чистке зубов в течение года. Объективно: десневые сосочки отечны, цианотичны, несколько увеличены в размерах. Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

- A. Рентгенография
- B. Реопарадонттография
- C. Проба Шиллера-Писарева
- D. Общий анализ крови
- E. Проба Ясиновского

4. Девочка 15 лет жалуется на разрастание десны в области фронтальных зубов. Наблюдаются ложные карманы, рыхлые, кровоточат. Установлено предварительный диагноз - гипертрофический гингивит. С чем чаще всего связаны пролиферативные процессы в десне девочки?

- A. Горманальной дисфункцией
- B. Эндокринными нарушениями
- C. Гиповитаминозом
- D. Нервно - трофическими изменениями
- E. Заболеваниями органов пищеварения

5. Ребенку 14 лет установлен диагноз - гипертрофический гингивит, гранулирующая форма, средней степени. Как часто должен осматривать врач - стоматолог ребенка с таким диагнозом?

- A. 2 раза в год
- B. 1 раз в год

- C. 3 раза в год
- D. 4 раза в год
- E. 6 раз в год

6. После проведения объективного обследования в стоматологической клинике ребенку 13 лет поставлен диагноз: гипертрофический гингивит, отечная форма. С чего необходимо начинать лечение?

- A. Снятие зубных отложений
- B. Склерозирующая терапия
- C. Применение стероидных гормонов
- D. Электрофорез с гепарином
- E. Полоскание щелочными растворами

7. Больной 15 лет обратился с жалобами на разрастание десен, их кровоточивость и боль при приеме пищи. Объективно: в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти десневые сосочки гипертрофированы, перекрывают коронки зубов на $\frac{1}{3}$, кровоточат при прикосновении, болезненны при пальпации. Был установлен диагноз: хронический гипертрофический гингивит. Какой препарат для местного применения склерозирующего действия следует назначить в комплексе лечебных мероприятий?

- A. Ваготил
- B. Бефунгин
- C. Бисептол
- D. Ромазулан
- E. Гепарин

8. У мальчика 14 лет диагностирован локализованный гипертрофический гингивит в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти, гранулирующая форма. Прикус ортогнатический. Глубина преддверия полости рта - 9 мм. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной - 3. Дыхание носовое, вредных привычек не обнаружено. Врач-стоматолог провел профессиональную гигиену полости рта, местную антимикробную и противовоспалительную терапию. Какое местное лечение Вы проведете в дальнейшем?

- A. Склерозирующая терапия
- B. Кюретаж карманов
- C. Гингивотомия
- D. Физиотерапия
- E. Вестибулопластика

9. Девочке 10 лет был поставлен диагноз гипертрофический гингивит средней тяжести (отечная форма). Прием каких лекарственных препаратов может вызвать гиперплазию десен?

- A. Противосудорожных (дифенил)
- B. Обезболивающих (анальгин)
- C. Витаминов (аскорбиновая кислота)
- D. Дисенсибилизирующих (димедрол)
- E. Антибактериальных (пенициллин)

10. Девочка 8 лет жалуется на кровоточивость десен. Ребенок болеет сахарным диабетом. При объективном обследовании: десневые сосочки в области зубов верхней и нижней челюстей гиперемированы, отечны, покрывают коронку зуба на $\frac{1}{3}$. Какие методы исследования необходимо провести для определения степени тяжести заболевания?

- A. Рентгенография
- B. Реопародонтография
- C. Вакуумная проба
- D. Индекс РМА
- E. Стоматоскопия

11. Ребенок 13 лет жалуется на кровоточивость десен при чистке зубов и употреблении твердой пищи в течение последних двух лет. Объективно: слизистая оболочка десны в области зубов 11,12,13,21,22 и 23 отечна, несколько гиперемирована, с цианотичным оттенком. Десневой край валикообразно утолщенный. Определяется скученность передних зубов верхней челюсти. Какое дополнительное исследование необходимо для определения окончательного диагноза?

- A. Рентгенография
- B. Реопародонтография
- C. Проба Шиллера - Писарева
- D. Проба Кулаженко
- E. Полярография

12. Девочка 12 лет, болеет эпилепсией в течение 3 лет, все это время принимает противосудорожные препараты. Жалуется на разрастание десен в области фронтальных зубов. Наблюдаются ложные карманы, десна рыхлые, кровоточат. Установлен диагноз - гипертрофический гингивит. С чем могут быть связаны пролиферативные процессы в деснах девочки?

- A. Приемом противосудорожных препаратов
- B. Эндокринными нарушениями
- C. Гиповитаминозом
- D. Нервно-трофическими изменениями
- E. Гормональными изменениями

13. Мальчик 14 лет обратился на прием к врачу-стоматологу с жалобами на кровоточивость и необычный вид десен. Беспокоит в течении года. При осмотре: коронки верхней и нижней челюстей на 1/3 покрыты десной. Десневые сосочки цианотичны, рыхлые, при прикосновении кровоточат. Состояние гигиены полости рта неудовлетворительное. Прикус ортогнатический. Дыхание ротовое. На рентгенограмме патологических изменений в альвеолярной кости не выявлено. Ваш предварительный диагноз:

- A. Хронический гипертрофический гингивит
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Острый катаральный гингивит
- D. Хронический локализованный пародонтит
- E. Фиброматоз десен

14. Ребенок 13 лет, жалуется на разрастание десен. Объективно: десневые сосочки в области нижних и верхних фронтальных зубов гиперемированы, отечны, покрывают 1/3 высоты коронок зубов. На рентгенограмме изменения кости альвеолярного отростка не выявлено. Анализ крови в норме. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Гипертрофический гингивит, гранулирующая форма
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Генерализованный пародонтит, начальная степень
- D. Гипертрофический гингивит, гранулирующая форма III степень
- E. Локализованный пародонтит

15. Мальчик 12 лет, жалуется на разрастание десен, зуд и кровоточивость, которые усиливающаяся во время еды. Объективно: десневые сосочки в области нижних и верхних фронтальных зубов гиперемированы, отечны, покрывают 1/2 высоты коронок зубов. На рентгенограмме изменения кости альвеолярного отростка не выявлено. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Гипертрофический гингивит, гранулирующая форма, III степень
- B. Гипертрофический гингивит, гранулирующая форма, III степень
- C. Генерализованный пародонтит, начальная степень
- D. Острый язвенный гингивит
- E. Локализованный пародонтит

16. Девочка 13 лет жалуется на разрастание десен, зуд, кровоточивость и боль, усиливающуюся во время еды. Объективно: десневые сосочки в области нижних и верхних фронтальных зубов гиперемированы, отечны, покрывают зубы на 2/3 высоты коронок, десневые карманы, из которых выделяется экссудат, зубодесневое соединение не нарушено. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Гипертрофический гингивит, гранулирующая форма, III степень
- B. Гипертрофический гингивит, гранулирующая форма, III степень
- C. Генерализованный пародонтит, III степень
- D. Хронический генерализованный пародонтит, III степень
- E. Локализованный пародонтит, III степень

17. Девочка 15 лет, жалуется на кровоточивость десен при чистке зубов, приеме твердой пищи. При осмотре: слизистая десны с вестибулярной стороны на верхней и нижней челюстях отечна, гиперемирована с синюшным оттенком, отложения наддесневого зубного камня, индекс гигиены по Федорову-Володкиной - 2,0 балла. Пародонтальные карманы отсутствуют. Какой из методов исследования будет основным в дифференциальной диагностике этого заболевания?

- A. Развернутый анализ крови
- B. Рентгенологическое исследование
- C. Проба Шиллера-Писарева
- D. Определение стойкости капилляров
- E. Реопарадонтोगрафия

18. Ребенок 14 лет в течение полугода жалуется на боль и кровоточивость десен во время чистки зубов и приема пищи. Объективно: скученность зубов во фронтальном участке нижней челюсти, слизистая оболочка десен отечна, интенсивно гиперемирована, легко кровоточит при инструментальном обследовании. Состояние гигиены полости рта - плохое. Зубную щетку какой жесткости следует рекомендовать для индивидуальной гигиены полости рта данному пациенту?

- A. Мягкую
- B. Средней жесткости
- C. Жесткую
- D. Очень мягкую
- E. Очень жесткую

19. Девочка 13,5 лет жалуется на отечность и кровоточивость десен во время чистки зубов в течение полугода. Объективно: слизистая оболочка десны в области фронтальных зубов верхней челюсти отечна, имеет цианотичную окраску. Десневые сосочки круглой формы,

уплотнены, увеличены в размерах и перекрывают коронковые части зубов на 1/3 высоты. Отмечается вестибулярное положение зубов 13 и 23. Определите предварительный диагноз.

- A. Хронический гипертрофический гингивит, I степень
- B. Хронический гипертрофический гингивит, II степень
- C. Острый катаральный гингивит
- D. Генерализованный пародонтит, начальная степень
- E. Локализованный пародонтит, начальная степень

20. При осмотре у 11-летнего мальчика обнаружено утолщенный, несколько цианотичный, уплотненный десневой край, который перекрывает коронки всех зубов на половину их высоты. ГИ Федорова-Володкиной - 2,6 балла; РМА=20 %. На рентгенограмме патологических изменений в тканях пародонта не обнаружено. Из анамнеза: в течение двух лет ребенок лечится у психоневролога по поводу эпилепсии. Определите предварительный диагноз.

- A. Хронический гипертрофический гингивит
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Локализованный пародонтит
- D. Острый катаральный гингивит
- E. Генерализованный пародонтит

21. Ребенок 8 лет жалуется на кровоточивость десен. Объективно: межзубные сосочки отечны, красного цвета, с цианотичным оттенком. Наблюдается скученность зубов во фронтальном участке на нижней челюсти. Какой метод исследования необходим для определения диагноза?

- A. Рентгенологический
- B. Общий анализ крови
- C. Определение гигиенических индексов
- D. Определение пародонтальных индексов
- E. Определение индексов кариеса

22. Больная 16 лет, жалуется на увеличение десневых сосочков, периодическую кровоточивость десен при употреблении твердой пищи, чистке зубов, которые появились 1,5 года назад. Объективно: десневые сосочки и маргинальная часть десны фронтального участка нижней челюсти гиперемированы с цианотичным оттенком, отекшие, с глянцевой поверхностью, покрывают коронки зубов на 1/3 их высоты. Подчелюстные лимфоузлы не увеличены. На рентгенограмме альвеолярного отростка в области 42, 41, 31, 32 изменений не выявлено. Поставлен диагноз: гипертрофический гингивит, гранулирующая форма, I степень. Какой метод лечения в данном случае Вы предпочтете в первую очередь?

- A. Консервативный, медикаментозный
- B. Гингивозектомия
- C. Гингивотомия
- D. Криодеструкция
- E. Диатермокоагуляция

23. В стоматологической клинике ребенку 15 лет поставлен диагноз: хронический гипертрофический гингивит, отечная форма, I степень тяжести. Рекомендованное лечение положительного результата не дало. Препараты с каким действием необходимо назначить для эффективного лечения:

- A. Цитостатическим
- B. Противоотечным
- C. Противовоспалительным

- D. Иммунокорегулирующим
- E. Противоаллергическим

24. Больной 12 лет, жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов. Объективно: гиперемия и отек маргинальной части десны фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей, пародонтальные карманы отсутствуют. На рентгенограмме патологических изменений в костной ткани альвеолярного отростка челюстей не обнаружено. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Гипертрофический гингивит
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Генерализованный пародонтит, начальная степень
- D. Острый катаральный гингивит
- E. Локализованный пародонтит

25. Пациент 16 лет, жалуется на кровоточивость, болезненность десен во время еды и чистки зубов. Объективно: скопление нижних зубов во фронтальном участке, гиперемия, цианоз десны, разрастания десневых сосочков в пределах 1/3 высоты коронок зубов, значительные отложения зубного налета. Формалиновая проба отрицательная. Какое исследование необходимо провести для установления диагноза?

- A. Рентгенологическое исследование
- B. Определение стойкости капилляров
- C. Цитологическое исследование
- D. Бактериологическое исследование
- E. Реопародонтография

26. При профилактическом осмотре ротовой полости у ребенка 14 лет, выявлены изменения тканей пародонта: маргинальная часть десны валикообразно увеличена, синюшная, при прикосновении стоматологическим зондом умеренно кровоточит, болевые ощущения и пародонтальные карманы отсутствуют. При окраске десен раствором Люголя слизистая оболочка окрашивается в светло-коричневый цвет. Поставьте диагноз.

- A. Хронический гипертрофический гингивит
- B. Хронический катаральный гингивит в стадии обострения
- C. Хронический катаральный гингивит
- D. Генерализованный пародонтит, II степень, хроническое течение
- E. Острый катаральный гингивит

27. Ребенок 12 лет жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов. Слизистая оболочка десен во фронтальном участке верхней и нижней челюсти цианотическая, десневые сосочки отечны, легко кровоточат при прикосновении, цианотичны. В передней области нижней челюсти массивные наддесневые зубные отложения. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?

- A. Рентгенография
- B. Проба Шиллера-Писарева
- C. Реография
- D. Индекс РМА
- E. Проба Кулаженко

Часть № 3. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение язвенного гингивита у детей. Выбор лекарственных средств, методика их применения.

Цель: Изучить со студентами причины возникновения язвенного гингивита у детей и подростков, клинику, дифференциальную диагностику и методику лечения.

Контроль начального уровня знаний:

1. Классификация гингивита.
2. Причины возникновения гипертрофического гингивита.
3. Клиника гранулирующей формы гипертрофического гингивита.
4. Клиника фиброзной формы гипертрофического гингивита.
5. Схема лечения гипертрофического гингивита.

Содержание:

Преподаватель подчеркивает, что язвенный (язвенно-некротический) гингивит - это воспалительный процесс в слизистой оболочке десен, характеризующийся преобладанием альтеративного компонента, нарушением целостности и некрозом тканей. Наблюдается реже, чем другие формы гингивита.

В этиологии ведущую роль играет фузоспирилярный симбиоз: фузобактерии - грамотрицательные анаэробные палочки и спирохеты. Острый язвенно - некротический гингивит развивается, как правило, на фоне снижения иммунологической реактивности организма вследствие перенесенных острых респираторно - вирусных заболеваний, инфекционных заболеваний бактериальной этиологии, при остром герпетическом стоматите, а также при дефиците аскорбиновой кислоты. Развитию заболевания способствует дефицит местного иммунитета полости рта, наличие локальных травмирующих факторов, отсутствие гигиенического ухода за полостью рта.

Язвенный гингивит имеет, как правило, острое течение. В зависимости от распространенности процесса и выраженности общих клинических проявлений различают легкую, среднюю и тяжелую степень заболевания.

Клиника: В prodromальном периоде (1-2 сутки) у ребенка наблюдается повышение температуры до 37-38°C, слабость, головная боль, потеря аппетита, нарушение сна. В полости рта сначала наблюдаются признаки острого катарального гингивита: отек, гиперемия и кровоточивость слизистой оболочки десен. Впоследствии на фоне выраженных катаральных изменений возникает некроз десневых сосочков и маргинального края. Дети жалуются на выраженную боль и кровоточивость десен, которые усиливаются при употреблении пищи, гнилостный запах изо рта, повышенное слюноотделение.

Начало заболевания проявляется поражением слизистой оболочки десны в области 1-3 зубов, что соответствует легкой степени тяжести. На поверхности десен на фоне отека и выраженной гиперемии наблюдается грязно - серый некротический налет. После его удаления обнажается резко болезненная кровоточащая язвенная поверхность. Десневые сосочки теряют коническую форму, уплотняются. Отмечается субфебрильная температура тела и умеренные признаки интоксикации. Из-за выраженной болезненности пораженных участков дети могут держать рот полуоткрытым. Наблюдается значительное количество мягкого зубного налета, очень неприятный запах изо рта, повышенное слюноотделение, а также увеличение регионарных лимфоузлов.

Средняя степень тяжести характеризуется диффузным распространением процесса вдоль десневого края, высокой температурой тела (от 37,5 до 39 °С) и нарастанием признаков интоксикации. У ребенка может нарушаться сон, возникнуть тошнота и расстройство пищеварения. При прогрессировании процесса межзубные сосочки могут полностью некротизироваться. В таком случае слизистая оболочка десен восстанавливается лишь частично.

Тяжелое течение острого язвенно-некротического гингивита наблюдается, как правило, у ослабленных детей. Некроз может распространяться на альвеолярную часть десны и другие отделы слизистой оболочки полости рта: губы, щеки и небо. Иногда заболевание начинается с поражения ретромоларных участков и небных миндалин (ангина Венсана). Общее состояние таких пациентов значительно нарушено вследствие повышения температуры тела (более 39°C) и тяжелой интоксикации.

Продолжительность периода выраженных клинических проявлений при остром язвенном гингивите составляет в среднем от 7 до 10 дней, в зависимости от степени тяжести заболевания, своевременности и качества оказания помощи. Рентгенологические изменения в тканях пародонта при остром течении язвенно-некротического гингивита отсутствуют.

Дифференциальную диагностику острого язвенного гингивита проводят с некротическими изменениями слизистой оболочки десны при идиопатических заболеваниях с прогрессирующим лизисом тканей пародонта (наследственная нейтропения, гистиоцитоз), а также при заболеваниях крови (лейкозах).

Лечение зависит от особенностей патогенеза, степени тяжести, характера протекания процесса и возраста ребенка.

Местное лечение:

1. Обезболивание (10% гель лидокаина, гель «Камистад» или другие анестетики в виде аппликаций);
2. Удаление некротизированных тканей (аппликации протеолитическими ферментами - трипсин, химотрипсин, терилитин 1-2 раза в день, мазь «Лингезин», что кроме фермента содержит еще и антибиотик; антисептики - хлоргексидин, гекситидин)
3. После снятия некротизированных тканей проводится антибактериальная терапия (метронидазол или комплексные средства, содержащие хлоргексидин и метронидазол «Метрогил-дента», при тяжелом течении язвенного процесса целесообразно использовать антибиотики широкого спектра действия - линкомицин, тетрациклин, в виде инстилляций или аппликаций);
4. Противовоспалительная терапия (НПВП - 0,1-0,2 % водный раствор мефенамина натриевой соли, 1 % гель или желе «Диклоран», 1% эмульгель «Вольтарен», средства растительного происхождения - цветки ромашки, календулы, шалфея, листья крапивы, искусственный лизоцим «Лисобакт»);
5. После очистки поверхности от некротизированного или фибринозного налета, а также снятия острого воспаления необходимо использовать кератопластические средства (масляные растворы витамина А и Е, поливитаминный комплекс «Аэвит», масло шиповника, каротолин, масло облепихи, а также биогенные стимуляторы: сок каланхоэ, желе «Солкосерил», их используют в виде аппликаций);
6. Обучение методов индивидуального ухода за полостью рта, гигиенический контроль за их выполнением и рекомендации по выбору средств гигиены;
7. Устранение местных факторов, способствующих развитию язвенно - некротического гингивита (проводится после окончания эпителизации тканей).

Общее лечение при легкой степени тяжести острого язвенного гингивита заключается в снятии явлений интоксикации в домашних условиях

(многократное питье витаминизированной и обволакивающей жидкости - яблочно - морковный сок, ягодный или молочный кисель, морс). Пища должна быть энергетически полноценная, мягкой консистенции (гречневая, овсяная каши), белковая пища, которая легко усваивается (рыба, мясо птицы), ограниченное применение рафинированных углеводов. Также назначают в комплексе витаминные препараты, содержащие аскорбиновую кислоту, витамины А, Р, Е и группы В («Декамевит», «Макровит», «Витрум»). Если у ребенка наблюдается повышение температуры более 38-38, °С назначают НПВП согласно возрасту («Парацетамол», «Нурофен»).

При среднетяжелом течении заболевания перорально назначают производные нитроимидазола: метронидазол, трихопол, или метрогил течение 5-10 дней в соответствии с возрастом.

При тяжелом течении острого язвенного гингивита лечение проводится в условиях стационара вместе с педиатром. Назначается дезинтоксикационная терапия с использованием солевых и плазмозамещающих растворов (натрия хлорид, реополиглюкин, Неогемодез). Парентерально или перорально назначают препараты группы нитроимидазола, антибиотики широкого спектра действия.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Причины возникновения язвенно-некротического гингивита.
2. Клиника язвенно-некротического гингивита.
3. Диагностика язвенно-некротического гингивита.
4. Дифференциальная диагностика язвенно-некротического гингивита.
5. Схема местного лечения язвенно-некротического гингивита.
6. Схема общего лечения язвенно-некротического гингивита.

Ориентировочные тестовые задания:

1. Девочка 13 лет обратилась с жалобами на боль, кровоточивость десен. Заболела 2 дня назад. Объективно: ребенок бледен, температура тела 38,5°C. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены и болезненны, не спаяны с подлежащими тканями. Десневые сосочки и краевая часть десны в области зубов 33, 34, 35, 36, 37 гиперемированы, с изъязвлениями, покрытые некротическим налетом. На зубах отложения мягкого зубного налета. Поставьте диагноз.

- А. Язвенно-некротический гингивит
- В. Острый катаральный гингивит .
- С. Хронический гипертрофический гингивит
- Д. Хронический катаральный гингивит
- Е. Острый катаральный гингивит

2. Ребенок 12 лет жалуется на боль в деснах и их кровоточивость при чистке зубов и еды, неприятный запах изо рта. В течение последней недели ребенок болел гриппом. Объективно: слизистая оболочка десны в области передних зубов нижней челюсти отечна, гиперемирована, кровоточит при прикосновении. Десневые сосочки покрыты грязно-серым налетом, изъязвлены. Прикус глубокий. Отмечаются значительные наслоения мягкого зубного налета. Определите предварительный диагноз.

- А. Язвенно-некротический гингивит
- В. Катаральный гингивит
- С. Гипертрофический гингивит
- Д. Локализованный пародонтит
- Е. Генерализованный пародонтит

3. Больной 14 лет обратился с жалобами на боль и кровоточивость десен. Заболел 4 дня назад. Объективно: общее состояние удовлетворительное, отмечается бледность кожных покровов, температура 38С, подчелюстные лимфоузлы болезненны при пальпации, слегка увеличены, не спаяны с подлежащими тканями. В области зубов 44, 45, 46, 47 отмечается наличие грязно - серого налета, нарушение целостности десневых сосочков и краевой десны, обильное отложение зубного налета. Ваш предварительный диагноз?

- А. Язвенно-некротический гингивит
- В. Острый герпетический гингивит

- C. Острый катаральный гингивит
- D. Хронический катаральный гингивит
- E. Гипертрофический гингивит

4. Юноше 16 лет, проживающий в сельской местности, обратился за помощью в стоматологическое отделение центральной районной больницы. На основании жалоб и результатов объективного и микробиологического обследования был установлен диагноз "острый язвенно-некротический гингивит". Было назначено общесоматическое и симптоматическое лечение. С какой процедуры необходимо начинать симптоматическое лечение в амбулаторных условиях?

- A. Обезболивание
- B. Орошение слизистой оболочки полости рта растворами антисептиков
- C. Механическая очистка язвенных поверхностей
- D. Полное снятие зубных отложений
- E. Аппликация растворов протеолитических ферментов на пораженные поверхности

5. Юноша 15 лет обратился за помощью в стоматологическое отделение поликлиники. На основании жалоб и результатов объективного и дополнительных методов обследования был поставлен диагноз "острый язвенно-некротический гингивит". Было назначено общесоматическое и симптоматическое лечение. Симптоматическое лечение назначалось с учетом фаз протекания воспалительного процесса. Какие лекарственные формы лекарственных препаратов наиболее целесообразно назначать для аппликаций в фазу гидратации?

- A. Водные растворы
- B. Спиртовые растворы
- C. Мази
- D. Масляные растворы
- E. Гели

6. У ребенка 14 лет на основании жалоб и результатов объективного обследования был поставлен предварительный диагноз "острый язвенно-некротический гингивит". Взято мазок - отпечаток с пораженного участка, для микробиологического исследования. Какая патогенная микрофлора наиболее вероятно будет высеяна в ходе исследования?

- A. Фузоспирилярный симбиоз
- B. Бледная трепонема
- C. Туберкулезная палочка
- D. Грибы рода Candida
- E. Стрепто-стафилококковые ассоциации

7. У ребенка 15 лет, диагностирован язвенно-некротический гингивит. Какой препарат для местного применения в остром периоде заболевания выбрать?

- A. Метрогил-Дента
- B. Мазь Мефенат
- C. Эритромициновую мазь
- D. Мазь герпевир
- E. Солкосерил

8. У ребенка в возрасте 14 лет диагностирован язвенно-некротический гингивит. Назначьте в комплексном лечении больного наиболее эффективный препарат из нижеперечисленных:

- A. Перекись водорода

- В. Раствор пенициллина
- С. Раствор хлорофиллипта
- Д. Раствор димедрола
- Е. Раствор календулы

9. В стоматологическом кабинете ребенку 12 лет был поставлен диагноз: язвенно-некротический гингивит средней степени тяжести. Какое действие врача-стоматолога должна быть первоочередной?

- А. Обезболивание
- В. Снятие некротических пленок
- С. Электрофорез
- Д. Снятие зубных отложений
- Е. Ротовые ванночки

10. Родители ребенка в возрасте 5 лет обратились к врачу-стоматологу с жалобами на неприятный запах из полости рта, боль во время еды. Поставлен диагноз: язвенно-некротический гингивит. Врачом был составлен план местного комплексного лечения. Какую группу препаратов следует применить на последнем этапе лечения в этом случае?

- А. Кератопластики
- В. Антисептики
- С. Антибиотики
- Д. Анальгетики
- Е. Сорбенты

11. Ребенку 14 лет диагностирован острый язвенно-некротический гингивит средней степени тяжести. Какой из препаратов необходимо применить для снятия некротических наслоений?

- А. Терилитин
- В. Раствор хлоргексидина
- С. Раствор фурацилина
- Д. Раствор перекиси водорода
- Е. Раствор калия перманганата

12. Ребенку 13 лет диагностирован острый язвенно - некротический гингивит средней степени тяжести. Препараты какой группы необходимо использовать на заключительном этапе лечения?

- А. Кератопластики
- В. Антибиотики
- С. Протеолитические ферменты
- Д. Кератолитики
- Е. Антиоксиданты

13. Ребенок 14 лет жалуется на общую слабость, затрудненный прием пищи, повышение температуры тела до 38°C. Объективно: десневые сосочки на верхней и нижней челюстях изъязвлены, покрытые грязно-серым некротическим налетом, после удаления которого обнажаются кровоточащие и болезненные поверхности. После тщательного обследования врач-стоматолог поставил предварительный диагноз: язвенно-некротический гингивит. Какие дополнительные методы обследования позволят поставить окончательный диагноз:

- А. Микробиологическое исследование
- В. Цитологическое исследование и биохимический анализ крови
- С. Микробиологическое исследование и реопародонтография

- D. Клинический анализ крови и люминесцентные исследования
- E. Реакция адсорбции микроорганизмов и полярография

14. Больная 15 лет обратилась с жалобами на боли и кровоточивость десен, неприятный запах изо рта. Симптомы появились после перенесения острого респираторного заболевания. Объективно: десна отечны, гиперемийованы, десневой край изъязвлены, верхушки десневых сосочков покрыты грязно-серым некротическим налетом. Поставлен диагноз: язвенно-некротический гингивит. Какой препарат необходимо применить для снятия некротического налета?

- A. Трипсин
- B. 3% раствор перекиси водорода
- C. 2 % раствор хлорамина
- D. 0,05% р хлоргексидина биглюконата
- E. 3% р -р гипохлорита натрия

15. Родители девочки 6 лет жалуются на сильные боли во время жевания, затрудненный прием пищи, гнилостный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышение температуры тела до 37,9 С. Объективно: массивные отложения мягкого зубного налета, контуры десневого края нарушены, десневой край покрыт серым с неприятным запахом налетом. Диагноз: язвенно-некротический гингивит. Преобладание каких микроорганизмов при микробиологическом исследовании будет определяющими при дифференциальной диагностике?

- A. Фузобактерии
- B. Стрептококки
- C. Стафилококки
- D. Актиномицеты
- E. Пневмококи

16. Ребенок 14 лет жалуется на недомогание, боль во рту, неприятный запах изо рта. Болеет 2 дня. Объективно: температура тела 38,7°C, регионарные лимфоузлы справа увеличены, безболезненны, подвижны. Слизистая гиперемирована, отечна, десневые сосочки кровоточат, по краю десен серовато-белый налет. Диагноз: язвенно-некротический гингивит. Какое лечение следует назначить в первую очередь?

- A. Антисептики, протеолитические ферменты
- B. Кортикостероиды, цитостатики
- C. Антигистаминные препараты, витамины
- D. Противовирусные, иммуномодуляторы
- E. Антибиотики, иммуностимуляторы

17. Больному 15 лет был поставлен диагноз: острый язвенно-некротический гингивит. Врач в первые три посещения накладывал на десна аппликации химотрипсина для снятия некротического налета. Какое свойство протеолитических ферментов используется в данном случае?

- A. Муколитическое, некротическое
- B. Пластикостимулирующее
- C. Противовоспалительное
- D. Антимикробное
- E. Противоотечное

18. Ребенку 12 лет диагностирован острый язвенно-некротический гингивит, средней степени тяжести. Какой из препаратов необходимо применить для снятия мягкого зубного налета?

- A. Раствор перекиси водорода
- B. Ируксол
- C. Раствор хлоргексидина
- D. Раствор фурацилина
- E. Раствор калия перманганата

19. Девочка 12 лет жалуется на гиперемию, отек и кровоточивость десен. Объективно: десна гиперемированы, отечны. Имеющаяся серо-белого цвета пленка на деснах при снятии кровоточит. Десна в области центральных зубов изъязвлены, язвы небольших размеров до 3 мм, имеются кровоизлияния. Анализ крови: сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина. Установите предварительный диагноз.

- A. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана
- B. Агранулоцитоз
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Проявление острого лейкоза на слизистой оболочке полости рта
- E. Хронический рецидивирующий герпес

20. Подросток 16 лет жалуется на неприятный запах изо рта, общую слабость, повышение температуры тела до 37,6°C. Жалобы появились два дня назад. Недавно переболел ангиной. Объективно: состояние гигиены полости рта неудовлетворительное, зубы покрыты слоем мягкого зубного налета. Гиперемированные десневые сосочки покрыты грязно-серым налетом. Установите диагноз:

- A. Язвенно-некротический гингивит
- B. Острый катаральный гингивит
- C. Гипертрофический гингивит
- D. Хронический катаральный гингивит
- E. Десквамативный гингивит

21. Ребенок 14 лет жалуется на неприятный запах изо рта, общую слабость, повышение температуры тела до 38,2°C. Жалобы появилась три дня назад. Недавно переболел ангиной. Объективно: состояние гигиены полости рта неудовлетворительное, на зубах массивные отложения мягкого зубного налета. Гиперемированные десневые сосочки покрыты грязно-серым налетом. Определите возбудителя данного заболевания:

- A. Фузобактерии, спирохеты
- B. Стрептококки
- C. Вирус герпеса
- D. Стафилококк
- E. Дрожжеподобные грибы

22. Девочка 13,5 лет жалуется на боль и кровоточивость десен во время чистки зубов и приеме пищи, неприятный запах изо рта. В течение последней недели болела ангиной. Объективно: слизистая оболочка десны в области передних зубов верхней и нижней челюстей отечна, гиперемирована. Верхушки десневых сосочков некротизированные, легко кровоточат при прикосновении. Отмечаются значительные наслоения мягкого зубного налета. Определите возбудителя данного заболевания.

- A. Анаэробная микрофлора
- B. Вирус герпеса
- C. Стрептококки
- D. Стафилококки

Е. Дрожжеподобные грибы

23. Родители 6-летней девочки жалуются на сильную боль и кровоточивость десен у ребенка, усиливающуюся во время еды, гнилостный запах изо рта, повышение температуры тела до 37,4°C. Из анамнеза: переболела острым герпетической стоматитом. Объективно: в области нескольких зубов десна гиперемированы, покрыты грязно-серым налетом. После снятия налета образуется кровоточащая язвенная поверхность, десневые сосочки сглажены. Поставьте диагноз:

- А. Язвенно-некротический гингивит, легкая степень тяжести
- В. Язвенно-некротический гингивит, средняя степень тяжести
- С. Язвенно-некротический гингивит, тяжелая степень течения
- Д. Ангина Жансуля-Людвига
- Е. Герпетический гингивостоматит

24. Ребенок 15 лет жалуется на неприятный запах изо рта, общую слабость, повышение температуры тела до 38,3°C. Жалобы появились три дня назад. Недавно переболел ангиной. Объективно: состояние гигиены полости рта неудовлетворительное, на зубах массивные отложения мягкого зубного налета. Гиперемированные десневые сосочки покрыты грязно-серым налетом, куполообразной формы. Поставьте диагноз:

- А. Язвенно-некротический гингивит, средняя степень тяжести
- В. Язвенно-некротический гингивит, легкая степень тяжести
- С. Язвенно-некротический гингивит, тяжелая степень течения
- Д. Ангина Жансуля-Людвига
- Е. Герпетический гингивостоматит

25. Девочка 11 лет, жалуется на покраснение, отек и кровоточивость десен, повышение температуры тела до 38,9°C. Объективно: десна гиперемированы, отечны, покрыты грязно-серым налетом, при снятии налета образуется язвенная поверхность. Верхушки десен в области центральных зубов изъязвлены, язвы распространяются на альвеолярную часть десны. Из анамнеза: 3-4 раза в год болеет пневмонией. Установите предварительный диагноз.

- А. Язвенно-некротический гингивит, тяжелая степень течения
- В. Язвенно-некротический гингивит, легкая степень тяжести
- С. Язвенно-некротический гингивит, средняя степень тяжести
- Д. Ангина Жансуля-Людвига
- Е. Герпетический гингивостоматит

26. В стоматологической поликлинике ребенку 10 лет был поставлен диагноз: язвенно-некротический гингивит средней степени тяжести. В первую очередь врач-стоматолог должен провести обезболивание. Выберите необходимое средство:

- А. Гель «Камистад»
- В. Солкосерил
- С. Настой календулы
- Д. Эмульгель «Вольтарен»
- Е. Желе «Диклоран»

27. Ребенку 14 лет диагностирован острый язвенно-некротический гингивит средней степени тяжести. На заключительном этапе лечения необходимо использовать кератопластические препараты. Выберите необходимое средство:

- А. Каротолин

- В. 1% раствор цитраля
- С. 0,05 % гель пироксикам
- Д. Мазь "Ленгизин"
- Е. Метронидазол

Литература:

1. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л.А.Хоменко, Ю.Б.Чайковский, А.В.Савичук [и др.] - М.: Книга плюс, 2010. - С. 586-607.
2. Данилевский Н.Ф. Фармакотерапия заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта / Н.Ф.Данилевский, М.А.Мохорт, В.В.Мохорт. - К.: Здоровье. - 251 с .
3. Данилевский Н.Ф. Пародонтология детского возраста / Н.Ф.Данилевский, Г.Н.Вишняк, А.М.Политун. - Киев: Здоровье, 1981 . - С. 76-82 .
4. Мельничук Г.М. Гингивит, пародонтит, пародонтоз: особенности лечения: учебное пособие / Г.М.Мельничук, М.М.Рожко, Н.В.Нейко. - Ивано-Франковск, 2004. - С. 92-118 .
5. Терапевтическая стоматология: в 4 т. [упор . А.В.Борисенко и др.]. - М.: Медицина, 2008. Т.3. - 2008. - С. 164-196.

Практическое занятие №2.

Тема занятия: локализованный и генерализованный пародонтит у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение пародонтита у детей. Пародонтальный синдром у детей. Клиника, диагностика. Тактика врача-стоматолога.

Цель: Выучить причины развития локализованного и генерализованного пародонтита у детей, особенности клинического протекания, методы диагностики и дифференциальной диагностики. Изучить особенности проявления пародонтального синдрома у детей, а также особенности симптоматического лечения.

Часть №1. Локализованный и генерализованный пародонтит у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение пародонтита у детей.

Цель: Выучить причины развития локализованного и генерализованного пародонтита у детей, особенности клинического протекания, методы диагностики и дифференциальной диагностики. Освоить методы лечения пародонтита у детей.

Контроль начального уровня знаний :

1. Особенности строения пародонта в разные возрастные периоды.
2. Функции пародонта.
3. Индексная оценка состояния тканей пародонта.
4. Классификация заболеваний пародонта.
5. Местные факторы, которые способствуют развитию заболеваний пародонта у детей.
6. Общие факторы, которые способствуют развитию заболеваний пародонта у детей.
7. Методы диагностики заболеваний пародонта у детей.

Содержание:

Согласно рекомендациям ВОЗ (1991) к болезням пародонта следует отнести все патологические процессы, которые возникают в нем. Они могут ограничиваться только одной составной частью пародонта, поражать несколько или все его структуры.

Согласно классификации болезней пародонта, которая отвечает требованиям стоматологии детского возраста (XVI Пленум Всесоюзного научного общества стоматологов, 1983г), пародонтит - воспаление пародонта, которое характеризуется прогрессирующей деструкцией его тканей и костной ткани альвеолярного отростка.

По распространенности различают локализованный и генерализованный пародонтит.

Локализованный пародонтит - это заболевание при котором воспаление распространяется из десен на другие ткани пародонта и характеризуется прогрессирующей деструкцией пародонта и костной ткани межзубных перегородок. Процесс ограничен, локализуется в области отдельных или группы зубов (чаще фронтальной).

Факторами, которые способствуют возникновению локализованного пародонтиту являются, :

- скученность зубов;
- аномалии и деформации прикуса, зубных рядов, расположения отдельных зубов;
- аномалии размеров и прикрепления уздечек и тяжелой слизистой оболочки;
- травмирование слизистой оболочки десен нависающими краями пломб, кариозных зубов, ортодонтическими аппаратами;
- мелкое предверие ротовой полости ;
- диспропорция роста челюсти и незрелость тканей пародонта в пубертатном периоде;
- функциональная недогрузка или перегрузка челюстной-лицевого участка;
- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- неправильный выбор средств гигиены полости рта;
- изменение химического и ферментного состава слюны;
- нарушение носового дыхания, нарушения функции глотания, жевания и откусывания.

Тяжесть патологического состояния тканей пародонта в определенной мере зависит и от наличия общесоматических заболеваний (эндокринные нарушения; нервно-трофические расстройства; болезни желудочно-кишечного тракта; сердечно-сосудистые болезни), физиологических и патологических изменений в общем состоянии организма ребенка (нарушение обмена веществ; гормональные дисфункции в пубертатном периоде; гиповитаминоз витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, токоферола, ретинола, кальциферолов).

По этиологии факторы болезней пародонта разделяются на местные и общие. Но это распределение является условным, поскольку этиологические факторы тесно связаны между собой и организмом ребенка. Они по-разному влияют на незрелые ткани пародонта, потому что у детей ярко выражено взаимодействие причин и условий реализации.

Клиническая картина локализованного пародонтита предопределена проявлениями той формы гингивита, которая сопровождает пародонтит и является началом его развития. Чаще всего, в 58% случаев, локализованный пародонтит возникает у детей с катаральным гингивитом. Если воспалительный процесс прогрессирует, то постепенно формируются дистрофические изменения в тканях пародонта - нарушение целостности зубодесневого соединения, формирования пародонтального кармана, остеокластической резорбции альвеолярного отростка.

В начале заболевания дети жалуются на кровотечение десен, которое возникает периодически, в основном во время чистки зубов, неприятное ощущение зуда, напряженность в деснах, отек, болезненность, неприятный запах изо рта. Во время объективного осмотра ротовой полости наблюдается застойная гиперемия и цианоз межзубной и части альвеолярной поверхности десен, десневой карман достигает в размере до 3,5 мм. При прогрессировании патологического процесса возможно формирование пародонтального кармана (4-5мм). На отдельных участках десен возможны пролиферативные и язвенные изменения. Изменения в деснах ограничиваются фронтальным участком зубов обеих челюстей. На зубах наблюдается значительное количество зубного налета, над- и поддесневой зубной камень.

При рентгенологическом обследовании определяется расширение периодонтальной щели, деструкция компактной пластинки на верхушках межзубных перегородок, нарушение четкости межзубных верхушек и их начальная резорбция в участке 1-3 зубов.

Протекание: острое, хроническое, обострение, абсцесс, ремиссия.

Генерализованный пародонтит у детей возникает как следствие длительного хронического протекания гингивита, а также на фоне соматических заболеваний - сахарный диабет, наследственная нейропения, гистиоцитоз, ладонно-подошвенный дискератоз, хроническая анемия (Т.Ф.Виноградова, 1987, Л. О. Хоменко, 2010).

При генерализованном пародонтите проявляются такие признаки как симптоматический гингивит, пародонтальные карманы, прогрессирующая резорбция альвеолярного отростка, травматическая окклюзия. Выраженность этих признаков зависит от тяжести процесса.

В зависимости от тяжести патологического процесса выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую степень заболевания; хроническое протекание и период обострения.

Выполнение пародонтальных карманов серозно-гнойным экссудатом с очагами остеолитизиса, служит источником хронической инфекции и интоксикации для ребенка, что может быть причиной очаговообусловленных заболеваний.

Контроль уровня усвоения знаний:

- 1.Этиология и патогенез пародонтита у детей.
- 2.Основные клинические формы пародонтита.
- 3.Клиническое протекание локализованного пародонтита.
- 4.Клиническое протекание генерализованного пародонтита.

5. Назовите клинико-рентгенологические изменения в тканях пародонта при различных формах заболевания пародонта.

6. Дифференциальная диагностика пародонтита.

7. Рентгенологические особенности пародонтита у детей.

Ориентировочные тестовые задания

1. Больная 14 лет жалуется на кровотечение десен, боль в деснах и подвижность нижних фронтальных зубов. Из анамнеза известно, что с 6 лет болеет сахарным диабетом. Объективно: десны в участке нижних фронтальных зубов гиперемированные, межзубные сосочки отекающие, рыхлые, зубы подвижны, пародонтальные карманы до 5 мм с гнойным содержимым. На рентгенограмме альвеолярного отростка в участке нижних фронтальных зубов определяется деструкция компактной пластинки и губчатого вещества межзубных перегородок до 1/3 длины корня. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Локализованный пародонтит в стадии обострения
- B. Генерализованный пародонтит в стадии обострения
- C. Локализованный пародонтит, хроническое протекание
- D. Генерализованный пародонтит, хроническое протекание
- E. Катаральный гингивит, хроническое протекание

2. Больной в возрасте 16 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десен, неприятный запах из полости рта. После обследования установлен предварительный диагноз - хронический генерализованный пародонтит средней тяжести. Оценка результатов какого исследования наиболее информативна для установления окончательного диагноза?

- A. Рентгенография
- B. Проба Кетчке
- C. Проба Кулаженко
- D. Определение глубины пародонтальных карманов
- E. Определение подвижности зубов

3. Родители 5-летнего ребенка жалуются на подвижность зубов и кровотечение десен у ребенка. Во время обследования - слизистая оболочка десен отекающая, гиперемирована, легко кровоточит, подвижность зубов I-II степени. Какое дополнительное обследование органов полости рта необходимо провести?

- A. Рентгенографию
- B. Биопотенциалометрию
- C. Электроодонтометрию
- D. Определение глубины пародонтальных карманов
- E. Определение подвижности зубов

4. Пациентка 14 лет обратилась к стоматологу с жалобами на кровоточивость десен, неприятный запах из полости рта. Объективно: слизистая десен в участке фронтальных зубов верхней и нижней челюстей гиперемирована, пастозная, отмечается кровотечение. Проба Шиллера-Писарева положительная, индекс РМА - 70%, ГИ по Федорову-Володкиной равняется 3. На рентгенограмме фронтального отдела обеих челюстей - расширение периодонтальной щели, нарушение четкости межзубных верхушек, начальная резорбция в участке центральных зубов. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Острый локализованный пародонтит
- B. Обострение хронического генерализованного пародонтита
- C. Хронический генерализованный пародонтит

- D. Хронический генерализованный гипертрофический гингивит
- E. Хронический генерализованный катаральный гингивит

5. Девочка 14 лет жалуется на разрастание десен в участке фронтальных зубов верхней и нижней челюстей, их кровоточивость. Во время осмотра выявлено - десневые сосочки гиперемированы, отекающие, покрывают коронки зубов на $\frac{1}{2}$, кровоточат при дотрагивании. Патология какой системы имеет важное значение в этиологии этого заболевания?

- A. Эндокринной системы
- B. Сердечно-сосудистой системы
- C. Нервной системы
- D. Иммунной системы
- E. Желудочно-кишечного тракта

6. Больной 16 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен. Болеет сахарным диабетом около 5 лет. Объективно: десна цианозны, пародонтальные карманы в области 34,35,36, 37 зубов до 3 мм, с серозно-гнойным экссудатом. На рентгенограмме - резорбция альвеолярной кости в пределах $\frac{3}{4}$ высоты межзубных перегородок. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Генерализованный пародонтит I степени, обострение
- B. Генерализованный пародонтит I степени, хроническое протекание
- C. Хронический катаральный гингивит
- D. Генерализованный пародонтит II степени, обострение
- E. Генерализованный пародонтит II степени, хроническое протекание

7. Девочка 13 лет жалуется на отечность и кровоточивость десен в области нижних передних зубов. Из анамнеза известно, что кровоточивость десен беспокоит ее около 6 месяцев. Объективно: на 42,41,31 и 32 зубах имеется значительный зубной налет, десневые сосочки в области этих зубов пастозны, отекающие, темно-красного цвета, кровоточат при дотрагивании и откусывании твердой пищи. На ортопантограмме - расширение периодонтальной щели, нарушения четкости межзубных верхушек в области фронтальных зубов нижней челюсти. Ваш диагноз?

- A. Локализованный пародонтит
- B. Гипертрофический гингивит, фиброзная форма
- C. Катаральный гингивит
- D. Гипертрофический гингивит, отечная форма
- E. Локализованный пародонтит, хроническое протекание

8. Больной 15 лет обратился с жалобами на кровоточивость десен, неприятный запах из полости рта. После обследования врач предварительно диагностировал хронический генерализованный пародонтит. Оценка результатов какого исследования наиболее информативна для установления окончательного диагноза?

- A. Рентгенография
- B. Проба Кетчке
- C. Проба Кулаженко
- D. Определение глубины пародонтальных карманов
- E. . Определение подвижности зубов

9. Ребенок 15 лет обратился к стоматологу с жалобами на болезненность и кровоточивость десен в течение 7 месяцев. Объективно: слизистая оболочка десен в области верхних фронтальных

зубов цианозна, легко кровоточит при прикосновении, формалиновая проба положительная. При рентгенологическом исследовании отмечается остеопороз межальвеолярных перегородок в области 12, 11, 21 и 22 зубов. Выберите наиболее вероятный диагноз.

- A. Локализованный пародонтит
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Язвенно-некротический гингивит
- D. Хронический локализованный пародонтит
- E. Острый локализованный пародонтит

10. Ребенок 14 лет жалуется на кровоточивость десен при чистке зубов. Объективно: десневые сосочки отечны, цианозны, увеличены в размерах, кровоточат. Какое дополнительное исследование необходимо для уточнения диагноза?

- A. Рентгенография
- B. Реография
- C. Проба Шиллера-Писарева
- D. Клинический анализ крови
- E. Проба Ясиновского

11. К стоматологу обратился ребенок 14 лет с жалобами на кровоточивость десен, которая возникает во время чистки зубов, ощущения зуда в деснах, напряженность и болезненность. Из анамнеза известно, что ребенок практически не чистит зубы. Незначительная гиперемия, кровоточивость и болезненность десен возникают время от времени в течение значительного периода времени. Объективно: во фронтальном участке зубов верхней и нижней челюсти выявлен цианоз десневых сосочков, десневой карман - до 3,5 мм, большое количество зубного налета и наддесневого зубного камня. Рентгенологически: расширение периодонтальной щели, нарушения четкости верхушек межзубных перегородок и их начальная резорбция. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Локализованный пародонтит
- B. Генерализованный пародонтит
- C. Катаральный гингивит
- D. Гипертрофический гингивит
- E. Язвенный гингивит

12. Ребенок 12 лет жалуется на дискомфорт при приеме пищи в области 24, 25 зубов. Объективно: 25 зуб интактный, в 24 – пломба на дистальной поверхности, термометрия и перкуссия - отрицательны. Пломба 24 зуба в пришеечной области травмирует межзубный сосочек. В межзубном промежутке остатки пищи. Межзубный сосочек гиперемирован, отекший, при пальпации кровоточит. Определяется патологический десневой карман глубиной 3 мм. На Rtg 24,25 зубов наблюдается резорбция межальвеолярной перегородки на $\frac{1}{4}$ высоты. Для какого заболевания характерны эти симптомы?

- A. Локализованный пародонтит
- B. Генерализованный пародонтит
- C. Папиллит
- D. Катаральный гингивит
- E. Гипертрофический гингивит

13. Пациентка в возрасте 11 лет жалуется на незначительную кровоточивость десен, ощущения зуда, отек, болезненность, неприятный запах изо рта. Объективно наблюдается скученность зубов во фронтальном участке нижней челюсти, зубной налет, над- и поддесневой зубной

камень, гиперемия межзубной поверхности десен, десневой карман глубиной 2,5 мм. Рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели, начальная резорбция верхушек межзубных перегородок. Ваш диагноз.

- A. Локализованный пародонтит
- B. Гипертрофический гингивит
- C. Генерализованный пародонтит
- D. V-образная атрофия десен
- E. Катаральный гингивит

14. Родители обратились к детскому стоматологу с ребенком 6 лет с жалобами на неприятный запах изо рта, кровоточивость десен и их болезненность. При объективном осмотре было выявлено значительную гиперемию десен, пародонтальные карманы глубиной 4 мм, незначительную подвижность зубов, травматическую окклюзию, большое количество мягкого зубного налета. При рентгенологическом обследовании были выявлены деструктивные изменения в костной ткани. Какой дополнительный метод обследования необходимо провести, чтобы поставить правильный диагноз?

- A. Анализ крови на сахар
- B. Консультация ортодонта
- C. Консультация психоневролога
- D. Общий анализ крови
- E. Дополнительных методов не нужно

15. После объективного обследования ротовой полости ребенка 14 лет стоматолог предварительно диагностировал локализованный пародонтит средней тяжести. Для уточнения диагноза пациент направлен на рентгенодиагностику. Какая рентгенологическая картина подтвердит данный диагноз ?

- A. Остеопороз губчатой кости, горизонтальная и вертикальная резорбция альвеолярной кости на 1/2 высоты межзубных перегородок, расширение периодонтальных щелей
- B. Деструкция компактной пластинки, равномерная горизонтальная резорбция альвеолярных перегородок на 1/3
- C. Отсутствие кортикальной пластинки, горизонтальная резорбция альвеолярной кости на 1/2 высоты межзубных перегородок, явление остеопороза и остеосклероза
- D. Равномерная горизонтальная резорбция альвеолярного отростка
- E. Равномерная горизонтальная резорбция альвеолярного отростка с сохранением кортикальной пластинки

16. Пациенту 15 лет установлен диагноз - генерализованный пародонтит. С какими заболеваниями полости рта необходимо провести дифференциальную диагностику?

- A. С катаральным гингивитом, пародонтальным синдромом при наследственной нейропении, эозинофильной гранулемой
- B. С гипертрофическим гингивитом, фиброматозом десен, папиллитом
- C. С острым катаральным гингивитом, маргинальным периодонтитом, папиллитом
- D. С катаральным и гипертрофическим гингивитом, одонтогенным абсцессом
- E. С гипертрофическим гингивитом, пародонтозом

17. Ребенок 13 лет жалуется на обнажение шеек передних зубов нижней челюсти и кровоточивость десен при чистке зубов на протяжении нескольких лет. Объективно: десневой край в области 31 и 41 зуба отекший, гиперемированный, с цианозным оттенком. Наблюдается укорочение уздечки нижней губы. Рентгенологически в этом участке определяется остеопороз

верхушки межзубной перегородки и деструкция кортикальной пластинки альвеолы. Поставьте диагноз.

- A. Хронический локализованный пародонтит
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Хронический атрофический гингивит
- D. Хронический гипертрофический гингивит
- E. Хронический генерализованный пародонтит

18. Девочка 12,5 лет обратилась с жалобами на необычный вид и кровоточивость десен. Эти симптомы тревожат ее уже год. Объективно: коронковые части фронтальных зубов на обеих челюстях на 1/3 их высоты перекрыты десневыми сосочками, которые разрослись. Слизистая оболочка десен в этих участках застойно гиперемирована, отекая, рыхлая, кровоточит при прикосновении. Рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели, деструкция компактной пластинки на верхушках межзубных перегородок фронтальных зубов. Ваш диагноз.

- A. Хронический локализованный пародонтит
- B. Фиброматоз десен
- C. Острый локализованный пародонтит
- D. Острый генерализованный пародонтит
- E. Хронический катаральный гингивит

19. Мальчик 13 лет жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов на протяжении нескольких лет. Слизистая оболочка десен на нижней челюсти слабо гиперемирована, цианозная, отекая. Прикус глубокий. На рентгенограмме в участке 33,32,31,41,42,43 зубов определяется нарушение четкости межзубных перегородок и начальная их резорбция. Поставьте диагноз.

- A. Хронический локализованный пародонтит
- B. Хронический гипертрофический гингивит
- C. Хронический катаральный гингивит
- D. Хронический генерализованный пародонтит
- E. Обострение катарального гингивита

20. Ребенок 11 лет жалуется на подвижность зубов и постоянную кровоточивость десен. При осмотре - гиперемия и отек десневого края в участке нижнего моляра, пародонтальные карманы глубиной 5-6 мм, заполненные грануляциями, патологическая подвижность зубов II-III степени. Рентгенологически определяется лакунарный тип деструкции межальвеолярных перегородок, который распространяется на тело челюсти. Какое дополнительное обследование нужно для установления окончательного диагноза?

- A. Анализ крови на сахар
- B. Иммунологическое исследование крови
- C. Общий анализ крови
- D. Анализ мочи на сахар
- E. Рентгенография скелета

21. Девочка 11 лет жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов и употребления твердой пищи. Симптомы тревожат ее на протяжении года. Объективно: десна на верхней и нижней челюсти отекающие, застойно гиперемированы. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Прикус ортогнатический. При рентгенологическом исследовании

пародонта определяется расширение периодонтальной щели, деструкция компактной пластинки верхушек межзубных перегородок. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Локализованный пародонтит
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Острый катаральный гингивит
- D. Генерализованный пародонтит
- E. Гипертрофический гингивит

22. Девочка 11 лет жалуется на разрастание и кровоточивость десен. При осмотре: десневые сосочки в фронтальном участке обеих челюстей рыхлые, сильно гиперемированы, перекрывают коронки зубов более, чем на 1/3 их высоты, легко кровоточат при прикосновении. Десневые карманы имеют глубину 3- 4 мм. Рентгенологически в этих участках определяется остеопороз верхушек межзубных перегородок. Поставьте диагноз.

- A. Хронический локализованный пародонтит
- B. Хронический катаральный гингивит
- C. Хронический генерализованный пародонтит
- D. Хронический гипертрофический гингивит
- E. Фиброматоз десен

23. Больная 12 лет явилась к врачу-стоматологу с целью профилактического осмотра. При объективном обследовании врачом диагностирован острый локализованный пародонтит. Какое противовоспалительное средство использовал врач?

- A. 0,1% раствор мефемината натрия
- B. 1% раствор никотиновой кислоты
- C. 2,5% раствор кальция глицерофосфата
- D. 2% раствор натрия фторида
- E. 5% раствор аскорбиновой кислоты

24. Больному 17 лет, диагностирован генерализованный пародонтит II степени тяжести в стадии обострения. Два предыдущие месяца больной отмечал ухудшение общего состояния, кожный зуд, сухость в ротовой полости. Какой из отмеченных методов дополнительного исследования наиболее целесообразно провести в первую очередь?

- A. Определение содержания сахара в крови
- B. Определение содержания витамина С в крови
- C. Иммунологическое исследование
- D. Общий анализ крови
- E. Определение содержания железа в крови

25. Ребенок 12 лет жалуется на обнажение шеек передних зубов нижней челюсти, кровоточивость десен при чистке зубов. Объективно: слизистая оболочка десен в участке 31 и 41 зуба отекшая, отмечается цианоз. Определяется патологическая подвижность 31 и 41 зуба I степени. Прикус ортогнатический, уздечка нижней губы укорочена. Какое дополнительное исследование необходимо для определения окончательного диагноза?

- A. Рентгенография
- B. Проба Шиллера-Писарева
- C. Дополнительное исследование не нужно
- D. Реопародонтография
- E. Проба Кулаженко

26. После объективного обследования ротовой полости ребенка возрастом 14 лет, стоматолог предварительно диагностировал генерализованный пародонтит. Какие, по Вашему мнению, основные признаки данного заболевания увидел врач?

А. Симптоматический гингивит, наличие пародонтального кармана, горизонтальную и вертикальную резорбцию альвеолярного отростка, травматическую окклюзию, подвижность зубов

В. Симптоматический гингивит, подвижность зубов, горизонтальную деструкцию кости альвеолярного отростка

С. Кровоточивость десен, остеопороз и вертикальную деструкцию альвеолярной кости, подвижность зубов, травматическую окклюзию

Д. Симптоматический гингивит, остеопороз и вертикальную резорбцию альвеолярной кости

Е. Кровоточивость десен, наличие пародонтального кармана, горизонтальную и вертикальную резорбцию межзубных перегородок, пиорею

27. Родители ребенка 14 лет жалуются на кровоточивость и болезненность десен у ребенка во время чистки зубов и приеме твердой пищи в течении последних 6 месяцев. Объективно: отечность и цианоз десен в области нижних фронтальных зубов. Какие особенности пародонта в участке нижних фронтальных зубов будут выявлены во время рентгенологического обследования?

А. Неоконченное формирование корней, крупнопетлистое строение кости, расширение периодонтальных щелей, отсутствие компактной пластинки на верхушках альвеолярных перегородок

В. Воронкообразное расширение в апикальной части несформированных корней

С. Отсутствие компактной пластинки на верхушках альвеолярных перегородок

Д. Неоконченный рост корней в длину, великопетлистое строение альвеолярной кости

Е. Неоконченный рост корней в длину, расширение периодонтальных щелей

28. При объективном обследовании ротовой полости девушки возрастом 16 лет стоматолог обратил внимание на уменьшение объема десен около 11 и 21 зубов. Атрофия десен более выражена со стороны вестибулярной поверхности этих зубов. Из анамнеза известно, что пациентку иногда тревожит зуд, чувствительность к термическим и химическим раздражителям. На рентгенограмме - признаки разрушения альвеол 11 и 21 зуба. Установите диагноз.

А. V-образная атрофия десен

В. Локализованный пародонтит

С. Генерализованный пародонтит

Д. Гипертрофический гингивит

Е. Катаральный гингивит

29. Ребенок 13 лет жалуется на обнажение шеек передних зубов нижней челюсти и кровоточивость десен при чистке зубов на протяжении нескольких лет. Объективно: десневой край в области 31 и 41 зубов отекающий, гиперемирован, с цианотичным оттенком. Наблюдается укорочение уздечки нижней губы. Рентгенологически в этом участке определяется остеопороз верхушки межзубной перегородки и деструкция кортикальной пластинки альвеолы. Поставьте диагноз.

А. Хронический локализованный пародонтит

В. Хронический катаральный гингивит

С. Хронический атрофический гингивит

Д. Хронический гипертрофический гингивит

Е. Хронический генерализованный пародонтит

30. Девочка 11 лет жалуется на боль и кровоточивость десен. Страдает сахарным диабетом 3 года. Объективно: слизистая оболочка десен в участке фронтальных зубов верхней и нижней челюсти ярко-красного цвета, отекая. Выявлены пародонтальные карманы глубиной до 2,5-3 мм с серозным содержимым. На рентгенограмме: деструкция компактной пластинки и остеопороз губчатого вещества на вершинах межзубных перегородок. Поставьте диагноз.

- А. Обострение локализованного пародонтита
- В. Обострение катарального гингивита
- С. Обострение генерализованного пародонтита
- Д. Хронический генерализованный пародонтит
- Е. Обострение гипертрофического гингивита

31. Больной 17 лет, диагностирован генерализованный пародонтит средней степени тяжести, абсцедирующее течение. Объективно: температура тела 37,3 С, слабость, недомогание. Какое дополнительное обследование необходимо провести в первую очередь?

- А. Определение тканевой насыщенности аскорбиновой кислотой
- В. Определение количества сахара в крови и моче
- С. Определение стойкости капилляров десен по Кулаженко
- Д. Общий развернутый анализ крови
- Е. Репародонтография

32. Девочка 13 лет жалуется на кровоточивость десен и подвижность фронтальных зубов в течение двух последних месяцев. Объективно: слизистая оболочка десен в области нижних резцов и клыков отекая, гиперемирована, кровоточит при прикосновении. Подвижность фронтальных зубов I степени, пародонтальные карманы – 3 мм. На ортопантограмме – дефект костной ткани межальвеолярных перегородок на 1/3 длины их высоты, определяется скученность фронтальных зубов нижней челюсти, ГИ – 4,2. Консультация какого специалиста необходима в первую очередь?

- А. Ортодонта
- В. Невропатолога
- С. Эндокринолога
- Д. Гематолога
- Е. Гастроэнтеролога

33. У 13-летней девочки кровоточивость десен и подвижность передних зубов в течение месяца. Объективно: слизистая оболочка десен в области нижних резцов и клыков отекая, гиперемирована, кровоточит при пальпации. Подвижность фронтальных зубов – I степени, пародонтальные карманы – 3 мм. На ортопантограмме – дефект костной ткани межальвеолярных перегородок на 1/3 длины их высоты, определяется скученность фронтальных зубов нижней челюсти, ГИ – 4,2. Какие местные лечебные манипуляции необходимо провести в первую очередь?

- А. Профессиональная гигиена
- В. Противовоспалительная терапия
- С. Ортодонтическое лечение
- Д. Физиотерапевтическое лечение
- Е. Антибактериальная терапия

34. Больная 12 лет обратилась к врачу-стоматологу с целью профилактического осмотра. Объективно: зубы интактны, прикус открытый, слизистая в области папиллярной и маргинальной десны гиперемирована, с цианозным оттенком. Отмечается увеличение десневых сосочков, которые закрывают 1/3 высоты коронок фронтальных зубов верхней челюсти, форма десневых сосочков округлая. Какие средства гигиены необходимо предложить ребенку?

- A. Противовоспалительные зубные пасты
- B. Кальцийсодержащие зубные пасты
- C. Фторсодержащие зубные пасты
- D. Гигиенические зубные пасты
- E. Зубные порошки

Часть №2. Пародонтальный синдром у детей. Клиника. Диагностика. Тактика врача-стоматолога.

Цель: Изучить со студентами причины возникновения пародонтальных синдромов у детей, их клинику, дифференциальную диагностику.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Пародонт. Его строение и функции.
2. Рентгенологическая картина здорового пародонта у детей.
3. Роль общих факторов в развитии заболеваний пародонта у детей.
4. Местные факторы развития заболеваний пародонта.
5. Основные методы диагностики заболеваний пародонта у детей.
6. Дополнительные методы обследования.
7. Пародонтальные индексы: РМА, СРІ, проба Шиллера-Писарева.

Содержание:

На занятии преподаватель отмечает, что пародонтальные синдромы (ПС) (идиопатические заболевания пародонта, пародонтолиз) - это синдромы, имеющие генетическую основу. Общими особенностями изменений в пародонте является прогрессирующее течение генерализованного пародонтита, быстрое формирование пародонтального кармана, патологическая подвижность зубов, склонность к образованию абсцессов, остеолит костной ткани с образованием костных карманов, лакун и ее быстрое рассасывание. При выявлении идиопатических поражений тканей пародонта ребенка необходимо тщательно обследовать у педиатра, эндокринолога, гематолога и других специалистов.

Пародонтальный синдром при некомпенсированном инсулинзависимом сахарном диабете.

Клиника. Выраженная кровоточивость десен, гиперемия с цианозом, отек, рыхлость слизистой оболочки и тенденция к гипертрофии десен во временном прикусе, требуют особого внимания и тщательного всестороннего обследования ребенка. Эти симптомы могут быть первыми признаками сахарного диабета. Дальнейшее прогрессирование болезни ведет к более тяжелым генерализованным изменениям в пародонте: образованию пародонтальных карманов, патологической подвижности зубов, формированию травматической окклюзии. Рентгенологически наблюдается неравномерный лакунарный или кратерообразный тип резорбции межальвеолярных перегородок. Сахарный диабет без инсулиновой зависимости не является фактором риска генерализованного пародонтита. **Лечение** заболевания у стоматолога - симптоматическое. Обязательной является консультация эндокринолога.

Пародонтальный синдром при наследственной нейтропении встречается довольно редко и характеризуется уменьшением содержания в периферической крови и костном мозге

нейтрофилов. Причиной этого является наследственный дефицит ферментов, отвечающих за созревание нейтрофилов. Различают две формы наследственной нейтропении:

- постоянная, при которой в периферической крови полностью или практически полностью отсутствуют нейтрофильные гранулоциты. Общее количество лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов практически не меняется.

- циклическая, при которой нейтрофильные гранулоциты периодически (через 2-3 недели) исчезают из периферической крови. При этом значительно уменьшается общее количество лейкоцитов. Количество эритроцитов не меняется. Такие изменения в периферической крови и костном мозге получили название нейтропенических кризисов. Они повторяются через строго определенные для каждого конкретного пациента промежутки времени и продолжаются 4-5 дней. Во время нейтропенического кризиса значительно ухудшается состояние ребенка, повышается температура тела, увеличиваются регионарные лимфатические узлы. В ротовой полости усиливаются отек и гиперемия десен, образуются язвы.

Клинически нейтропения (постоянная или циклическая) проявляется в первые месяцы жизни. На коже и слизистых оболочках появляются гнойнички, фурункулы, абсцессы, возникает блефарит, нередко абсцесс легких. При прорезывании временных зубов возникает язвенный гингивит, который быстро переходит в генерализованный пародонтит с прогрессирующей резорбцией костной ткани, углублением пародонтальных карманов, выпадением временных зубов. При прорезывании постоянных зубов возникает гипертрофический гингивит с дальнейшим агрессивным переходом в генерализованный пародонтит. Образуются пародонтальные карманы, что способствует подвижности и выпадению зубов. К 12-14 годам ребенок утрачивает все постоянные зубы. Рентгенологически отмечается резорбция костной ткани межзубных перегородок с четкими контурами, которая не переходит на тело челюсти.

Лечение требует комплексного подхода совместно с гематологом и эндокринологом.

Пародонтальный синдром при гистиоцитозах. Гистиоцитозы - это группа заболеваний, которые сопровождаются эндогенными нарушениями метаболизма и накоплением в оседлых макрофагах продуктов нарушенного обмена. К гистиоцитозам относятся эозинофильная гранулема (болезнь Таратынова), болезни Хенда-Шюллера-Крисчена, Леттерера-Сиве, Ниманна-Пика, Гоше.

Эозинофильная гранулема (болезнь Таратынова) - чаще встречается у детей дошкольного возраста, реже в пубертатный период. Характеризуется разрастанием в костном мозге ретикулоэндотелиоцитов и нарушением внутриклеточных ферментативных процессов. Гистологически определяется гиперплазия ретикулярных клеток, большое количество холестерина и нейтральных жиров в макрофагах и лимфоцитах. Болезнь имеет хроническое течение и проявляется деструктивными изменениями в плоских и трубчатых костях. Чаще поражаются кости свода черепа, ребра, бедренные и тазовые кости, позвонки. Различают три клинические формы:

- гнездная (очаговая) - в теле и ветви нижней челюсти далеко от альвеолярного отростка развивается болезненный опухолеподобный инфильтрат без воспалительных явлений в полости рта. Rtg - ограниченный очаг деструкции кости округло-овальной формы;

- диффузная - развивается в альвеолярном отростке, распространяясь на тело и ветвь челюсти, преимущественно в области моляров нижней челюсти (реже-одновременно на обеих челюстях). Возникают жалобы на зуд или боль в интактных зубах, отек, гиперемия, кровоточивость десен, язвы. При осмотре - пародонтальные карманы, массивные отложения над-и поддесневого зубного камня, обнажение корней и прогрессирующая подвижность зубов. Rtg - остеолит межзубных перегородок. Период выраженных изменений характеризуется быстрой потерей зубов с образованием болезненных лунок, которые долго не заживают. Rtg - две разновидности изменений: ограниченные очаги деструкции в различных отделах альвеолярного отростка и тела челюсти с неровными, изъеденными контурами; диффузное поражение тела челюсти и

альвеолярного отростка в виде нескольких слившихся между собой очагов деструкции с крупнофестончатимы нечеткими контурами;

- генерализованная - характеризуется поражением челюстей и других костей скелета. Rtg - изменения по типу диффузного поражения. В ротовой полости генерализованный пародонтит, симптоматический язвенно-некротический гингивит. У детей грудного возраста перед прорезыванием зубов на десневых валиках возникают участки некротизированной ткани серо-зеленого цвета, при снятии которой образуются долго не заживающие эрозии и язвы. В дальнейшем - преждевременное прорезывание очень подвижных временных зубов.

Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена - в основе лежит нарушение холестерина обмена. Болеют преимущественно дети до 7-10 лет подростки и юноши. Болезнь с аутосомно-рецессивным или рецессивным типом наследования, развивается медленно, с периодами ремиссии в течение нескольких лет. Характеризуется образованием в костном мозге, внутренних органах, лимфатических узлах и коже очагов пролиферации клеток с повышенным содержанием липидов в цитоплазме. Клинически различают три периода: начальный, выраженных изменений, ремиссии (до 3-4 лет).

В начальный период наблюдается: вялость, сонливость, снижение веса, нарушение сна и аппетита. Симптомы нередко воспринимаются как проявление обычных болезней. На волосистой части головы, коже за ушами и на груди появляются папулезные и пятнисто-папулезные высыпания. В ротовой полости имеются признаки пародонтита, что проявляется симптоматическим язвенным гингивитом, пародонтальными карманами заполненными грануляциями, патологической подвижностью зубов, обнаженными и покрытыми налетом корнями зубов. На Rtg - деструкция альвеолярного отростка по лакунарному типу, возможны очаги поражения в области тела нижней челюсти и ее восходящей ветви.

Если на фоне лимфаденита, адинамии, себорейного дерматита и пародонтита в ранние сроки диагностировать болезнь, то можно предупредить дальнейшее развитие болезни.

Период выраженных клинических проявлений характеризуется триадой Крисчена: несхарным диабетом, экзофтальмом, ограниченными (овальной или округлой формы) очагами деструкции плоских костей скелета, особенно черепа. Также увеличены селезенка и печень. Описаны неспецифические поражения легких. Возможны изменения в почках, органах кровообращения и нервной системы.

В пунктатах костного мозга и селезенки обнаруживаются ксантомные клетки, имеющие решающее диагностическое значение. Это гистиоциты, содержащие в цитоплазме холестерин и нейтральные жиры в большом количестве. В периферической крови увеличивается содержание холестерина.

Болезнь Летгерера-Сиве - острый системный прогрессирующий гистиоцитоз нелипоидного характера. Чаще болеют дети 1-2 года. Протекает очень агрессивно и имеет неблагоприятный прогноз. Начинается лихорадкой, генерализованным лимфаденитом, дерматитом, пятнисто-папулезной сыпью с образованием желтых отслаивающихся чешуек. В полости рта диагностируется язвенно-некротический гингивит, с переходом в пародонтит. Болезнь быстро прогрессирует, присоединяется экзофтальм, несхарный диабет, значительно увеличивается печень и селезенка, диарея, повышается жажда. Rtg – деструктивные процессы лакунарного типа в альвеолярном отростке, в области тела нижней челюсти и ее восходящей ветви, а также очаги резорбции овальной или округлой формы в других костях. В пунктатах костного мозга - пролиферация ретикулоэндотелиоцитов.

Болезнь Гоше - керациновый ретикулогистиоцитоз, характеризуется гиперплазией ретикулогистиоцитов за счет накопления в клетках особого вещества - керазина. Различают острую и хроническую формы болезни.

Острая форма развивается в раннем возрасте (носовые кровотечения, судороги, кровоизлияния под кожу и слизистую).

Хроническая форма чаще развивается у детей старше 10 лет и имеет длительное течение. Проявляется резким увеличением печени и селезенки, частыми переломами длинных трубчатых костей, поражением суставов и ограничением их подвижности, также наблюдаются желтые или коричневые пятна на лице и руках. В полости рта диагностируется пролиферация десен, пародонтальные карманы и патологическая подвижность зубов. Rtg - в альвеолярном отростке и теле нижней челюсти обнаруживаются ограниченные или диффузные очаги остеопороза. Диагноз основывается на выявленных во время гистологического анализа клетках Гоше.

Болезнь Ниманна-Пика. Болеют дети в возрасте от 2 мес. до 3 лет. Болезнь имеет злокачественное течение и неблагоприятный прогноз. Характеризуется нарушением обмена сложных липидов и накоплением сфингомиелина в ретикулоэндотелиальных клетках печени, селезенки, центральной нервной системы. Диагностируется увеличение печени, генерализованный лимфаденит, поражение костей, желтый цвет кожи и слизистой. В полости рта наблюдается тяжелая форма генерализованного пародонтита с быстрой потерей временных зубов. В пупкоте костной ткани - выявление клеток Ниманна-Пика.

Синдром Папийона-Лефевра - наследственная болезнь в основе которой лежит нарушение триптофанового обмена. Характеризуется сочетанием ладонно-подошвенного дискератоза и дистрофических изменений в пародонте. Дискератоз проявляется чередованием участков гиперкератоза желтого или коричневого цвета с участками повышенного отшелушивания эпидермиса с образованием болезненных кровоточащих трещин. Характерным является поражение симметричных участков ладоней и подошв, иногда с переходом на тыльные поверхности кистей и стоп, а также на локтевые и коленные суставы. Очаги поражения четко отделены от здоровых тканей лиловой каймой.

Прорезывание временных и постоянных зубов сопровождается быстро прогрессирующим воспалением десен, и приводит к образованию пародонтальных карманов с разрастанием грануляционной ткани, гнойным отделяемым и подвижностью зубов. До 4-6 лет практически не остается временных зубов, а до 14-15 лет - постоянных. В дальнейшем изготавливаются съемные протезы.

Пародонтальный синдром при гипоиммуноглобулинемии. Болезнь обусловлена дефицитом одного или нескольких классов иммуноглобулинов, имеет врожденный или приобретенный характер. В ротовой полости развивается гипертрофический гингивит и генерализованный пародонтит.

При рассмотрении данной темы преподаватель обращает внимание студентов на особенности клинического течения пародонтальных синдромов, на умение проводить дифференциальную диагностику синдромов с самостоятельными формами патологии пародонта и между собой. Подчеркивает важность раннего выявления данной патологии и тесного сотрудничества врача-стоматолога с другими специалистами (гематолога, эндокринолога и др.). Ведь нередко первые признаки заболевания могут проявляться в полости рта.

Так, при некомпенсированном сахарном диабете одним из первых признаков является симптом гингивита или пародонтита. При нейтропении - прорезывание временных зубов сопровождается возникновением язвенно-некротического гингивита. При частых воспалительных заболеваниях ЛОР-органов, частых ОРВИ, гнойничковых поражениях кожи можно заподозрить нейтропению или иммунодефицитные состояния. Причем, диагностировать лабораторно циклическую нейтропению можно лишь в период нейтропенического криза. Окончательно поставить диагноз можно только на основании определенных лабораторных исследований крови, мочи, Rtg снимков, гистологических исследований.

На занятии необходимо разобрать тактику врача-стоматолога при лечении ребенка с данной патологией. Лечение должно быть комплексным. Этиологическое лечение проводят педиатр, гематолог, эндокринолог, психоневролог, а врач-стоматолог проводит

симптоматическое лечение. Без этиологического лечения, симптоматическое не имеет смысла. Прекратить полностью деструктивный процесс при данной патологии не удастся, но систематическое лечение у стоматолога дает субъективное улучшение. По мере потери зубов показано протезирование съёмными протезами.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Что включает в себя понятие пародонтальный синдром?
2. Клиническое течение пародонтального синдрома при некомпенсированном сахарном диабете.
3. Клиническое течение пародонтального синдрома при наследственной нейтропении.
4. Болезнь Таратынова. Клиника. Диагностика.
5. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена. Клиника. Диагностика.
6. Болезнь Леттерера-Сиве. Клиника. Диагностика.
7. Синдром Папийона-Лефевра. Клиника. Диагностика.
8. Пародонтальный синдром при гипоиммуноглобулинемии. Клиника. Диагностика.
9. Симптоматическое лечение пародонтальных синдромов.

Ориентировочные тестовые задания:

1. Идиопатические болезни - это болезни, которые характеризуются быстрым прогрессирующим разрушением всех тканей пародонта и возникают:
 - A. Развиваются без видимых причин
 - B. На фоне заболеваний ЖКТ
 - C. Развиваются как аллергическая реакция
 - D. Возникают у больных ОРВИ
 - E. На фоне сниженного иммунитета
2. Укажите заболевание, которое характеризуется пониженным количеством нейтрофилов в костном мозге и в периферической крови.
 - A. Наследственная нейтропения
 - B. Болезнь Гоше
 - C. Болезнь Ниманна-Пика
 - D. Эозинофильная гранулема
 - E. Болезнь Леттерера-Сиве
3. Какое заболевание характеризуется полным или частичным отсутствием нейтрофильных гранулоцитов в периферической крови?
 - A. Постоянная нейтропения
 - B. Циклическая нейтропения
 - C. Болезнь Таратынова
 - D. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена
 - E. Болезнь Леттерера-Сиве
4. Укажите заболевание, при котором в костном мозге происходит разрастание ретикулоэндотелиоцитов и разрушение внутриклеточных ферментативных процессов.
 - A. Болезнь Таратынова
 - B. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена
 - C. Болезнь Гоше
 - D. Болезнь Ниманна-Пика
 - E. Болезнь Папийона-Лефевра

5. Назовите заболевание, в основе которого лежит нарушение холестерина обмена, характеризующееся образованием в костном мозге, лимфатических узлах, внутренних органах и коже очагов пролиферации клеток с повышенным содержанием липидов в цитоплазме.

- A. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена
- B. Болезнь Ниманна-Пика
- C. Болезнь Леттерера-Сиве
- D. Болезнь Гоше
- E. Болезнь Таратынова

6. В основе какого-либо заболевания лежит наследственный дефицит ферментов, отвечающих за нормальное созревание элементов нейтрофильного ряда?

- A. Наследственная нейтропения
- B. Эозинофильная гранулема
- C. Некомпенсированный сахарный диабет
- D. Гипоиммуноглобулинемия
- E. Болезнь Ниманна-Пика

7. Назовите пародонтальный синдром наследуемый по аутосомно-рецессивному типу, причиной которого является нарушение триптофанового обмена.

- A. Синдром Папийона-Лефевра
- B. Болезнь Гоше
- C. Эозинофильная гранулема
- D. Болезнь Ниманна-Пика
- E. Болезнь Леттерера-Сиве

8. Назовите болезнь, обусловленную дефицитом одного или нескольких классов иммуноглобулинов и носящую приобретенный или врожденный характер.

- A. Гипоиммуноглобулинемия
- B. Болезнь Гоше
- C. Синдром Папийона-Лефевра
- D. Болезнь Ниманна-Пика
- E. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена

9. У мальчика 9 лет в полости рта выявлено язвенный гингивит, пародонтальные карманы, патологическую подвижность всех зубов, оголение корней зубов. На ортопантомограмме обнаружено деструкцию альвеолярного отростка лакунарного типа. Клинически - несахарный диабет, гепатоспленомегалия, экзофтальм; рентгенологически - очаговая деструкция плоских костей. Укажите наиболее вероятный диагноз.

- A. Хронический гистиоцитоз
- B. Циклическая нейтропения
- C. Постоянная нейтропения
- D. Синдром Папийона-Лефевра
- E. Гипоиммуноглобулинемия

10. К врачу-стоматологу обратились родители 9-летнего ребенка с жалобами на гнилостный запах изо рта ребенка, боль и кровоточивость десен при чистке зубов. Из анамнеза известно, что ребенок потерял вес, имеет плохой аппетит, общую слабость, плохо спит. На коже головы, за ушами и на груди появились мелкие пятнисто-папулезные высыпания. Укажите, начало какого заболевания можно диагностировать?

- A. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена
- B. Болезнь Леттерера-Сиве
- C. Болезнь Таратынова
- D. Наследственная нейтропения
- E. Болезнь Гоше

11. Мальчик 10 лет жалуется на неприятный запах изо рта, боль и кровоточивость десен, подвижность зубов. Объективно: десны отечны, гиперемированы, покрыты большим количеством серого налета, имеющиеся пародонтальные карманы до 4 мм заполнены грануляциями, обнажены корни зубов, патологическая подвижность зубов II степени. На Rtg - деструкция альвеолярного отростка по лакунарному типу. Клинически проявляется несахарным диабетом и экзофтальмом. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена
- B. Болезнь Гоше
- C. Болезнь Таратынова
- D. Болезнь Леттерера-Сиве
- E. Болезнь Ниманна-Пика

12. Ребенок 6 лет жалуется на сухость в полости рта, повышенную жажду и кровоточивость десен при чистке зубов. Объективно: сухость губ, отек, сухость и цианоз слизистой оболочки полости рта. Десна в области всех зубов набухшие, гиперемированы, цианотичны. На Rtg- кратероподобный тип деструкции кости. Содержание глюкозы в крови - 14 ммоль / л. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Хронический катаральный гингивит при сахарном диабете
- B. Хронический катаральный гингивит при эозинофильной гранулеме
- C. Хронический катаральный гингивит при болезни Хенда-Шюллера-Крисчена
- D. Хронический катаральный гингивит при синдроме Леттерера-Сиве
- E. Хронический катаральный гингивит при наследственной нейтропении

13. Ребенок 9 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десен и подвижность постоянных зубов. Объективно: слизистая оболочка десны диффузно гиперемирована, отечна, имеются пародонтальные карманы глубиной 5 мм, заполненные грануляциями, имеет место патологическая подвижность зубов II-III степени, шейки зубов оголены и покрыты налетом. На Rtg – деструкция межальвеолярных перегородок с переходом на тело челюсти. Наблюдается несахарный диабет, экзофтальм, увеличенная печень и селезенка. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Генерализованный пародонтит при болезни Хенда-Шюллера-Крисчена
- B. Генерализованный пародонтит при синдроме Папийона-Лефевра
- C. Генерализованный пародонтит при сахарном диабете
- D. Генерализованный пародонтит при болезни Таратынова
- E. Генерализованный пародонтит при наследственной нейтропении

14. Мальчик 11 лет жалуется на болезненность и кровоточивость десен, подвижность зубов. С раннего возраста страдает воспалительными процессами различной локализации. Наблюдается цикличность обострений. Объективно: маргинальный край десны диффузно гиперемирован, набухший, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм, наблюдается патологическая подвижность зубов II степени. На рентгенограмме выявлена деструкция межальвеолярных перегородок до половины их высоты в области всех зубов. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Генерализованный пародонтит при наследственной нейтропении

- В. Генерализованный пародонтит при сахарном диабете
- С. Генерализованный пародонтит при болезни Хенда-Шюллера-Крисчена
- Д. Генерализованный пародонтит при болезни Таратынова
- Е. Генерализованный пародонтит при синдроме Папийона-Лефевра

15. Ребенок 10 лет жалуется на подвижность зубов и регулярную кровоточивость десен. Объективно: слизистая оболочка десны у всех зубов гиперемирована и отечна. Корни зубов обнажены, покрыты мягким налетом. Наблюдаются пародонтальные карманы глубиной до 3-4 мм и патологическая подвижность зубов I-II степени. На ладонях, подошвах, локтевых и коленных суставах наблюдается сухость, пигментация, утолщение кожи и трещины. Поставьте предварительный диагноз.

- А. Генерализованный пародонтит при синдроме Папийона-Лефевра
- В. Генерализованный пародонтит при болезни Гоше
- С. Генерализованный пародонтит при болезни Леттерера-Сиве
- Д. Генерализованный пародонтит при болезни Хенда-Шюллера-Крисчена
- Е. Генерализованный пародонтит при болезни Ниманна-Пика

16. Родители 4-летнего ребенка жалуются на наличие у него кровоточивости десен и подвижность боковых зубов. Объективно: слизистая оболочка десны в области временных моляров нижней челюсти слева отечна, гиперемирована, корни зубов обнажены на 1/3 длины, покрыты мягким налетом. Определяются заполненные грануляциями пародонтальные карманы глубиной 3-4 мм, патологическая подвижность зубов III степени. Рентгенологически в данной области наблюдается лакунарная деструкция межальвеолярных перегородок с распространением на тело челюсти. Поставьте предварительный диагноз.

- А. Локализованный пародонтит при эозинофильной гранулеме
- В. Локализованный пародонтит при наследственной нейтропении
- С. Локализованный пародонтит при синдроме Папийона-Лефевра
- Д. Локализованный пародонтит при сахарном диабете
- Е. Локализованный пародонтит при болезни Леттерера-Сиве

17. Ребенок 10 лет жалуется на кровоточивость десен, неприятные ощущения во время приема пищи, чувство жажды, неприятный запах изо рта. Во время осмотра полости рта десневой край верхней и нижней челюсти гиперемирован, набухший, легко кровоточит при прикосновении, пародонтальные карманы 3 мм. На рентгенограмме- кратерообразная деструкция альвеолярного отростка. Проявлением какого заболевания является этот пародонтальный синдром?

- А. Сахарного диабета
- В. Нейтропении
- С. Болезни Таратынова
- Д. Болезни Хенда-Шюллера-Крисчена
- Е. Болезни Ниманна-Пика

18. Родители ребенка 3 лет жалуются на подвижность зубов у него. Объективно: зубы подвижны, десневые сосочки набухшие, синюшные, наблюдаются патологические карманы с гнойным отделяемым. Отмечается повышенное ороговение кожи, особенно ладоней и подошв. Укажите предварительный диагноз.

- А. Болезнь Папийона- Лефевра
- В. Болезнь Леттерера-Сиве
- С. Болезнь Ниманна-Пика
- Д. Болезнь Гоше

Е. Болезнь Таратынова

19. К врачу-стоматологу обратились родители 5-летнего ребенка с жалобами на кровоточивость десен у него. Объективно: маргинальный край десны в области всех зубов набухший, гиперемированный с цианотичным оттенком, кровоточит при дотрагивании. Со слов родителей последние несколько месяцев ребенок начал больше пить жидкости. На консультацию к какому специалисту в первую очередь нужно направить ребенка?

- А. К эндокринологу
- В. К гематологу
- С. К кардиологу
- Д. К гинекологу
- Е. К психотерапевту

20. Мальчика 14 лет беспокоит резкая подвижность зубов, боль во время еды, периодическое обострение воспаления десен. С раннего детства страдает воспалительными процессами различной локализации, особенно хроническими лимфаденопатиями. Наблюдается цикличность обострений - 22 дня. Объективно: десневые сосочки отечны, гиперемированы, цианотичны. Десневые карманы - до 4 мм, индекс РМА - 100%, зубы подвижны. Рентгенологически - резорбция межальвеолярных перегородок в области всех зубов. Консультация какого специалиста необходима в первую очередь?

- А. Гематолога
- В. Психотерапевта
- С. Эндокринолога
- Д. Кардиолога
- Е. Хирурга

21. К врачу-стоматологу обратились родители 6-летнего мальчика с жалобами на припухлость щеки в области нижней челюсти слева и боль при прикосновении к щеке. Объективно: в области тела и ветви нижней челюсти слева наблюдается слабоблезненный опухолеподобный инфильтрат. Состояние тканей пародонта без выраженных патологических изменений. Рентгенологически - в отдаленных от альвеолярного отростка участках тела и ветви нижней челюсти имеются четко ограниченные округлой формы очаги деструкции костной ткани. Поставьте предварительный диагноз.

- А. Очаговая форма эозинофильной гранулемы
- В. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена
- С. Болезнь Гоше
- Д. Болезнь Ниманна-Пика
- Е. Болезнь Леттерера-Сиве

22. Назовите, какое из перечисленных заболеваний не относится к гистиоцитозам?

- А. Наследственная нейтропения
- В. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена
- С. Болезнь Таратынова
- Д. Болезнь Гоше
- Е. Синдром Папийона-Лефевра

23. К врачу-стоматологу обратились родители 10-месячного ребенка с жалобами на неприятный запах изо рта ребенка, который появился с момента прорезывания первых зубов 3 месяца назад. Из анамнеза: с первых месяцев жизни на коже головы и тела появились гнойники и фурункулы.

Родители отмечали периодические нарушения общего состояния ребенка, которые продолжались 4-5 дней. Установлен диагноз - циклическая нейтропения. Укажите, с какой циклическостью повторяются нейтропенические кризисы?

- A. Через определенные для каждого пациента промежутки времени
- B. Один раз в 6 месяцев
- C. Каждый месяц
- D. Через произвольные промежутки времени
- E. В зависимости от психоэмоционального состояния ребенка

24. При обследовании ребенка 9 лет у врача-стоматолога объективно было обнаружено язвенно-некротический гингивит, заполненные грануляциями пародонтальные карманы, обнаженные корни зубов и патологическую подвижность зубов, несахарный диабет, экзофтальм и очаги деструкции овальной формы костей черепа. Был установлен диагноз - болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена. В основе данного заболевания лежит:

- A. Нарушение холестерина обмена
- B. Нарушение внутриклеточных ферментативных процессов и разрастание ретикулоэндотелиоцитов в костном мозге
- C. Нарушение обмена сложных липидов
- D. Нарушение триптофанового обмена
- E. Накопление глюкоцеребролизина в клетках ретикулоэндотелиальной системы

25. К врачу-стоматологу обратились родители 2-летнего ребенка с жалобами на боль и кровоточивость десен у ребенка во время еды, плохой запах изо рта. Объективно: на поверхности десен в области всех зубов на фоне отека и гиперемии наблюдается грязно-серый некротический налет, десневые сосочки выглядят срезанными, пародонтальные карманы до 4 мм, патологическая подвижность зубов II-III степени. Из анамнеза известно, что с первых дней жизни ребенок страдает на периодические высыпания гнойников и фурункулов на коже. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Наследственная нейтропения
- B. Болезнь Гоше
- C. Болезнь Таратынова
- D. Болезнь Ниманна-Пика
- E. Болезнь Леттерера-Сиве

26. К врачу-стоматологу обратился мальчик 13 лет с жалобами на разрастание и кровоточивость десен, подвижность зубов, наличие пародонтальных карманов. В анамнезе: увеличенная печень и селезенка, поражение суставов и ограничение их подвижности, желтовато-коричневый цвет кожи лица и рук. Гистологически - обнаружены клетки круглой формы с небольшим ядром, расположенным эксцентрично и широкой зоной исчерченной цитоплазмы светло-серого цвета. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Болезнь Гоше
- B. Синдром Папийона-Лефевра
- C. Болезнь Ниманна-Пика
- D. Болезнь Леттерера-Сиве
- E. Эозинофильная гранулема

27. Какое заболевание характеризуется полным исчезновением (через определенные промежутки времени) нейтрофилов в периферической крови и костном мозге?

- A. Циклическая нейтропения

- В. Постоянная нейтропения
- С. Эозинофильная гранулема
- Д. Болезнь Леттерера-Сиве
- Е. Синдром Папийона-Лефевра

28. Во время стоматологического осмотра у ребенка 6 лет обнаружено отсутствие всех временных зубов. Из анамнеза известно, что прорезывание всех временных зубов сопровождалось воспалением десен, с последующим образованием пародонтальных карманов и патологической подвижностью зубов. На коже тыльной поверхности ладоней, подошв, локтевых и коленных суставов участки гиперкератоза четко отделены от здоровых тканей устойчивой сиреневой полосой. Ребенку поставили диагноз синдром Папийона-Лефевра. Укажите причину возникновения данного заболевания.

- А. Нарушение триптофанового обмена
- В. Нарушение обмена сложных липидов
- С. Уменьшение нейтрофильных лейкоцитов в периферической крови и костном мозге
- Д. Нарушение холестерина обмена
- Е. Нарушение внутриклеточных ферментативных процессов

29. Ребенку 2 лет поставлен диагноз - болезнь Ниммана-Пика, которая проявляется генерализованным лимфаденитом, гепатоспленомегалией, тяжелыми нарушениями функции центральной нервной системы, желтоватым цветом кожи и видимых слизистых оболочек. В полости рта диагностируется генерализованный пародонтит с потерей зубов. Укажите причину данного заболевания.

- А. Нарушение обмена сложных липидов
- В. Нарушение триптофанового обмена
- С. Уменьшение нейтрофильных лейкоцитов в периферической крови и костном мозге
- Д. Нарушение холестерина обмена
- Е. Разрастание и нарушение внутриклеточных ферментативных процессов.

30. В группу гистиоцитозов, протекающих с нарушением липидного обмена относят:

- А. Болезнь Гоше
- В. Болезнь Леттерера-Сиве
- С. Болезнь Иценко-Кушинга
- Д. Болезнь Аддисона-Бирмера
- Е. Пародонтальный синдром при декомпенсированном инсулинозависимом сахарном диабете

31. Среди идиопатических заболеваний к системным злокачественным опухолям относят:

- А. Болезнь Леттерера-Сиве
- В. Болезнь Иценко-Кушинга
- С. Болезнь Аддисона-Бирмера
- Д. Пародонтальный синдром при декомпенсированном инсулинозависимом сахарном диабете
- Е. Болезнь Гоше

32. Наличие ксантомных клеток в пунктатах костного мозга и селезенки имеет решающее диагностическое значение для установления диагноза

- А. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена
- В. Болезнь Гоше
- С. Болезнь Таратынова
- Д. Болезнь Леттерера-Сиве
- Е. Болезнь Ниманна-Пика

33. К идиопатическим заболеваниям пародонта относят:

- А. Синдром Папийона-Лефевра, X-гистиоцитоз, нейтропению, агаммаглобулинемию
- В. Нейтропению, эпюлис, фиброматоз десен, агаммаглобулинемию
- С. Гингивит, пародонтит, эпюлис
- Д. Пародонтит, пародонтоз, фиброматоз десен
- Е. Нейтропению, агаммаглобулинемию, эпюлис, фиброматоз десен

34. При исследовании пунктатов костного мозга были обнаружены большие многоядерные ретикулоэндотелиоциты с пенистой протоплазмой, содержащие сфингомиелин. Для какого заболевания характерны данные изменения?

- А. Болезнь Ниманна-Пика
- В. Болезнь Гоше
- С. Болезнь Таратынова
- Д. Болезнь Леттерера-Сиве
- Е. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена

35. Назовите заболевание, проявляющееся генерализованным пародонтитом, прогрессирующим остеолитом альвеолярного отростка челюстей и сопровождается желтоватого или коричневого цвета дискератозом ладоней, подошв и их шелушением.

- А. Синдром Папийона-Лефевра
- В. Синдром Хенда-Шюллера Крисчена
- С. Синдром Леттерера-Сиве
- Д. Болезнь Ниманна-Пика
- Э. Циклическая нейтропения

36. Назовите синдром, для которого характерны следующие признаки: генерализованный пародонтит, сопровождающийся лихорадкой; пятнисто-папулезные высыпания на коже, генерализованное увеличение лимфатических узлов; потеря аппетита, похудение, гепато-и спленомегалия.

- А. Синдром Леттерера-Сиве
- В. Синдром Папийона-Лефевра
- С. Синдром Хенда-Шюллера Крисчена
- Д. Болезнь Ниманна-Пика
- Э. Циклическая нейтропения

37. Назовите заболевание, которое сопровождается несхарным диабетом, экзофтальмом, опухолевыми образованиями в костях, задержкой в росте и развитии, генерализованным пародонтитом.

- А. Синдром Хенда-Шюллера Крисчена
- В. Синдром Папийона-Лефевра
- С. Синдром Леттерера-Сиве
- Д. Болезнь Ниманна-Пика
- Э. Циклическая нейтропения

38. Назовите заболевание, характеризующееся периодическим ухудшением общего самочувствия вследствие повышения температуры тела и интоксикации организма, увеличением поднижнечелюстных и шейных лимфатических узлов, генерализованным пародонтитом.

- А. Циклическая нейтропения

- В. Болезнь Ниманна-Пика
- С. Синдром Хенда-Шюллера Крисчена
- Д. Синдром Папийона-Лефевра
- Е. Синдром Леттерера-Сиве

39. Назовите заболевание, проявлениями которого являются: генерализованный пародонтит, тяжелые нарушения функции центральной нервной системы, гепатоспленомегалия, генерализованный лимфаденит, поражение плоских костей скелета, в том числе и челюстных.

- А. Болезнь Ниманна-Пика
- В. Циклическая нейтропения
- С. Синдром Хенда-Шюллера Крисчена
- Д. Синдром Папийона-Лефевра
- Е. Синдром Леттерера-Сиве

Литература:

1. Терапевтическая стоматология детского возраста /Л.А.Хоменко, Ю.Б.Чайковский, А.В.Савичук и соавт.; под. ред. Л.А.Хоменко. □ К.: "Книга Плюс", 2007.
2. Яковлева В.И. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний /В.И.Яковлева, Е.К.Трофимова, Т.П.Давидович, Г.П.Просверняк. □ Минск: Высшая школа, 1995. □ С. 228-229.
3. Колесов А.А. Стоматология детского возраста /А.А.Колесов. □ М.: Медицина, 1991. □ С. 304-31.
4. Данилевский.Н.Ф., Пародонтология детского возраста. /Н.Ф.Данилевский, Г.Н.Вишняк, А.М.Политун. – Киев: Здоровье, 1981 - С. 107 - 128.
5. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта. /Н.Ф.Данилевский, Е.А.Магид, Н.А.Мухин, В.Ю.Милиневич. - М.: Медицина, 1993.- С. 117 - 155.
6. Терапевтична стоматологія, т. 2. /За редакцією проф. А.К. Ніколішина. - Полтава: "Дивосвіт", 2005.

Практическое занятие № 3.

Тема: Морфо-функциональные особенности строения слизистой оболочки полости рта (СОПР) у детей. Первичные и вторичные элементы поражения. Заболевания СОПР у детей. Классификация. Общие особенности.

Поражение СОПР при острых инфекционных заболеваниях (дифтерия, корь, скарлатина и др.). Дифференциальная диагностика. Тактика врача-стоматолога.

Цель: Изучить анатомо-физиологические особенности СОПР у детей, проявления в полости рта при острых инфекционных заболеваниях, их клинику и диагностику.

Контроль начального уровня знаний:

1. Основные методы обследования больного с патологией СОПР.
2. Вспомогательные методы обследования больных с патологией СОПР (лабораторные, функциональные, иммунологические, инструментальные).
3. Патоморфологические проявления заболевания СОПР (воспаление, дистрофия).
4. Изменения эпителия СОПР, вызванные различными патологическими процессами:
 - нарушение ороговения (пара-, гипер- и дискератозы);
 - экссудативные изменения (вакуольная дистрофия, спонгиоз, баллонирующая дистрофия, акантолиз);
 - гипертрофия.

Содержание занятия:

Слизистая оболочка, которая выстилает полость рта, в отличие от других ее отделов, имеет ряд особенностей. Она устойчива к воздействию механических, термических и химических раздражителей, проникновению инфекции.

СОПР имеет четкую структуру. Она состоит из эпителия, собственной пластинки и подслизистой основы. Соотношение толщины этих слоев на разных участках полости рта неодинаково. В СО твердого неба, языка, десен эпителиальный слой толстый. Собственная пластинка хорошо выражена в СО губы, щеки. Подслизистая основа является наиболее развитой в области дна полости рта и переходных складок. Такое строение обусловлено особенностями функций различных участков СОПР.

Эпителий является многослойным плоским и вследствие шелушения поверхностных клеток постоянно обновляется. Степень ороговения на разных участках неодинакова. Отчетливо ороговение эпителия наблюдается на участках, испытывающих наибольшее механическое, термическое и химическое воздействие. Этот процесс особенно ярко проявляется на твердом небе, спинке языка и десне.

Эпителий ротовой полости способен накапливать гликоген. Наибольшее его количество содержится в СО щек, мягкого неба, дна полости рта. В эпителии десен и твердого неба есть лишь следы гликогена, поэтому он накапливается в тех местах, где эпителий ороговевает. Эта закономерность сохраняется и при патологии. При развитии воспаления процессы ороговения нарушаются и увеличивается содержание гликогена. Считают, что в эпителии, который ороговевает, гликоген является источником энергии или пластическим материалом для синтеза кератина.

Эпителий соединяется с собственной пластинкой с помощью базальной мембраны. Собственная пластинка состоит из рыхлой соединительной ткани, которая представлена основным веществом, волокнистыми структурами и клеточными элементами.

Собственная пластинка без резких границ переходит в подслизистую основу, которая состоит из рыхлой соединительной ткани, где, наряду с волокнами и клетками, характерными для рыхлой соединительной ткани, имеется жировая ткань, слизистые и слюнные железы. Подслизистая основа отсутствует в СО языка, десен и, частично, неба, но хорошо выражена в области дна полости рта, переходных складок губ и щек. Подвижность СОПР напрямую зависит от толщины подслизистой основы.

Заболевания СО сопровождаются патоморфологическими проявлениями - воспалением, дистрофией и опухолевыми изменениями. Воспаление относят к наиболее распространенным патологическим процессам СОПР, оно является проявлением защитной реакции всего организма на действие патогенного фактора.

Развитие любого заболевания СОПР характеризуется возникновением на ее поверхности своеобразных элементов поражения. Элементы поражения условно делят на первичные,

возникающие на неизменной СО, и вторичные, являющиеся следствием трансформации или повреждения уже существующих элементов.

К первичным элементам сыпи относят: пятно (macula), узелок (papula), узел (nodus), бугорок (tuberculum), пустула (pustula), кисту (cystis), пузырь (bulla), пузырек (vesiculum).

Вторичными элементами считают эрозию (erosio), афту (aphtha), язву (ulcus), трещину (rhagas), чешуйку (squama), корку (crusta), рубец (cicatrix).

В процессе обследования пациентов с болезнями СОПР применяют многочисленные методы, которые делятся на основные и вспомогательные. К основным методам относятся: а) анамнез, состоящий из выяснения жалоб больного, анамнеза его жизни и развития заболевания, и б) объективное обследование пациента, составными частями которого являются осмотр и пальпация. В случае необходимости обследование дополняют вспомогательными методами (лабораторные, функциональные, иммунологические, инструментальные и другие исследования).

Для классификации заболеваний СОПР у детей используют классификацию, разработанную кафедрой детской терапевтической стоматологии НМУ им.А.А.Богомольца (2006).

Поражение СОПР у детей бывают как самостоятельными, так и симптоматическими. В связи с тем, что поражение СОПР у детей при кори, скарлатине, дифтерии могут быть важным диагностическим признаком (появляются раньше проявлений на коже), необходимо знать клинические проявления этих болезней СОПР с целью ранней диагностики инфекционных заболеваний у детей.

Характерными для **кори** изменениями СОПР является появление в продромальный период на гиперемированной СО щек, в области моляров беловато-желтых круглых точек диаметром 1-2 мм. Они напоминают брызги извести, выступают над уровнем СО и никогда не сливаются между собой (симптом Филатова-Коплика-Бельского). С появлением на коже пятнисто-папулезной экзантемы (на 3-4 сутки) пятна Филатова-Коплика-Бельского исчезают. Поражение СОПР при кори следует дифференцировать от молочницы, острого афтозного стоматита, скарлатины.

Местные изменения в полости рта при **ветряной оспе** возникают, преимущественно, одновременно с высыпанием на коже. Элементом поражения при ветряной оспе является пузырек. Пузырьки почти всегда наблюдаются на языке, твердом небе, слизистой оболочке зева. В ротовой полости пузырьки лопаются. На месте пузырька возникает округлая эрозия небольших размеров с четкими контурами или элемент, напоминающий афту, которая имеет воспалительную ярко-красную кайму. Возможны повторные высыпания на протяжении всей болезни, поэтому на слизистой оболочке обнаруживаются элементы на разных этапах своего развития. Дифференцировать ветряную оспу следует от острого герпетического стоматита.

Изменения в полости рта при **скарлатине** имеют важное диагностическое значение, поскольку часто являются ранним симптомом болезни. За сутки до появления сыпи на коже возникает катаральный стоматит. Стоматит носит генерализованный характер и локализуется в области щек, десен и губ, на дне ротовой полости. Он сопровождается лимфаденитом подчелюстных лимфатических узлов, которые увеличены и болезненны. Выраженные изменения обнаруживаются на мягком небе, миндалинах, дужках. Они носят характер катарального воспаления, приобретают ярко-красный цвет, четко ограничены ("пылающий" зев). Характерны изменения слизистой оболочки языка (скарлатиновый, «малиновый» язык). Болезнь надо дифференцировать с корью, краснухой, ветряной оспой.

Дифтерия поражает зев и миндалины. При этом наблюдаются катаральное воспаление СО зева, небных дужек, небного язычка, отек миндалин. На них образуются массивные фибриновые белые или серовато-белые пленчатые налеты, которые распространяются на СО носовой части глотки, твердое небо, дужки и мягкое небо. Пленчатый налет плотно спаян с

подлежащими тканями и очень трудно снимается, обнажая кровоточащую поверхность. Дифтерию следует отличать от скарлатины, инфекционного мононуклеоза, лейкоза, ангины Венсана.

Наиболее постоянным признаком при **инфекционном мононуклеозе** является увеличение регионарных лимфатических узлов – подчелюстных и, особенно, шейных (вдоль заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы). Лимфатические узлы подвижны и малоблезненны. У всех детей болезнь сопровождается резкой гиперемией небных миндалин. Процесс может развиваться по типу лакунарно-фолликулярной или катаральной ангины. При ангине часть миндалин покрыта желтовато-серым налетом. Налет снимается легко. Одним из непостоянных симптомов мононуклеоза является катаральный стоматит, который иногда сопровождается геморрагиями в виде петехий. В период разгара болезни наблюдаются характерные изменения в крови: лейко-, лимфо- и моноцитоз, появление атипичных мононуклеаров (до 25-30 %).

Местное лечение заключается в тщательном уходе за полостью рта для предотвращения вторичной инфекции. Рекомендуются частые орошения и полоскания рта отварами лекарственных трав, антисептиками. Для ускорения эпителизации нужно применять кератопластические препараты. Адекватное симптоматическое лечение проявлений острых инфекционных заболеваний СОПР вместе с этиотропным лечением способствует предупреждению осложнений.

Важна также профилактика инфекционных заболеваний среди детского контингента.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Назовите детские инфекционные заболевания, сопровождающиеся патологическими изменениями со стороны слизистой оболочки полости рта.
2. Особенности клинического течения и диагностики проявлений СОПР у детей при кори.
3. Особенности клинического течения и диагностики проявлений СОПР у детей при скарлатине.
4. Особенности клинического течения и диагностики проявлений СОПР у детей при ветряной оспе.
5. Особенности клинического течения и диагностики проявлений СОПР у детей при инфекционном мононуклеозе.
6. Особенности клинического течения и диагностики проявлений СОПР у детей при дифтерии.
7. Тактика врача-стоматолога при острых инфекциях у детей.

Ориентировочные тестовые задания:

1. Родители ребенка 5 лет жалуются на наличие высыпаний в полости рта и на коже. При осмотре: общее состояние средней тяжести, температура тела 38,3°C, ребенок вялый, отказывается от еды. На слизистой оболочке щек, языка и неба - болезненные эрозии округлой формы небольших размеров, покрытые фибринозным налетом. На коже волосистой части головы, лице, туловище и конечностях - множественные пузырьки с мутным содержимым. Какой диагноз?

- А. Ветряная оспа
- В. Острый герпетический стоматит
- С. Герпетическая ангина
- Д. Инфекционный мононуклеоз
- Э. Многоформная экссудативная эритема

2. Больной в возрасте 16 лет жалуется на повышение температуры тела до 38,7°C, головную боль, боль в горле, кашель. Объективно: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, на небе и небных дужках обнаружено около 10 эрозий размером до 0,5 мм, не покрытых налетом, с

красным дном. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Врач установил диагноз - герпетическая ангина. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику ?

- A. Острым герпетической стоматитом
- B. Острым кандидозным стоматитом
- C. Ветряной оспой
- D. Многоморфной экссудативной эритемой
- Э. Хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом

3. Ребенок 9 лет жалуется на повышение температуры тела до 38,5°C, боль в горле, слабость. В полости рта выявляется острый катаральный стоматит. Миндалины отечны, гиперемированы, покрыты желто-серым налетом, который легко снимается. Подчелюстные, шейные, затылочные лимфоузлы значительно увеличены, малоболезненны при пальпации. При лабораторном исследовании выявлено лейкоцитоз и атипичные мононуклеары. Определите возбудителя данного заболевания.

- A. Вирус Эпштейна-Барра
- B. Вирус Коксаки
- C. Вирус простого герпеса
- D. Палочка Борде-Жангу
- Э. Гемолитический стрептококк

4. Больной в возрасте 17 лет обратился к стоматологу с жалобами на общую слабость, боли в мышцах, повышение температуры тела до 38,3°C, расстройства пищеварительного тракта, повышенное слюноотделение, высыпания на слизистой оболочке носоглотки, а также на коже крыльев носа и межпальцевых складок. Указанные симптомы появились после употребления молока в деревне. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Ящур
- B. Синдром Бехчета
- C. Инфекционный мононуклеоз
- D. Герпетический стоматит
- Э. Опоясывающий лишай

5. Родители ребенка 4 лет жалуются на повышение температуры тела до 39°C, боль в горле в течение 3 дней. При объективном обследовании слизистая оболочка мягкого неба, дужек и миндалин гиперемирована, отечна, четко ограничена от окружающих тканей. Язык отечный, сухой, красного цвета, боковые поверхности его свободны от налета. Кожа лица, за исключением бледного носогубного треугольника, гиперемирована, покрыта мелкой пятнистой сыпью. Наблюдается регионарный лимфаденит. Каков предварительный диагноз?

- A. Скарлатина
- B. Корь
- C. Ветряная оспа
- D. Дифтерия
- Е. Инфекционный мононуклеоз

6. У ребенка 3 лет отмечается сухой кашель, насморк, повышение температуры тела до 38,3°C. Объективно: на гиперемированной слизистой оболочке полости рта в проекции боковых зубов бело-серые точечные пятна, окруженные ярко-красным ободком. На мягком небе - энантема. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Корь

- В. Дифтерия
- С. Скарлатина
- Д. Ветряная оспа
- Э. Герпетическая ангина

7. У ребенка 7 лет появились общая слабость, повышение температуры тела до 38,2°C, боль в горле и при глотании. Объективно: на интенсивно гиперемированной слизистой оболочке мягкого неба, дужек миндалин, язычка обнаружены единичные пузырьки и эрозии ярко-красного цвета, болезненные на ощупь. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Каков наиболее вероятный диагноз ?

- А. Герпетическая ангина
- В. Инфекционный мононуклеоз
- С. Рецидивирующий герпетический стоматит
- Д. Многоформная экссудативная эритема
- Е. Острый герпетический стоматит

8. Ребенок 9 лет жалуется на слабость, повышение температуры тела до 38,5 С, боль в горле. Объективно: на гиперемированной, отечной слизистой оболочке небных дужек, миндалин и задней стенки глотки обнаружен плотный пленчатый налет серо-белого цвета. Отмечается повышенное слюноотделение, неприятный запах изо рта, подчелюстной лимфаденит. Определите возбудителя данного заболевания.

- А. Палочка Леффлера
- В. Вирус Коксаки
- С. Вирус простого герпеса
- Д. Палочка Борде - Жангу
- Е. Вирус Эпштейна - Барра

9. Ребенок 10 лет жалуется на боль в горле, кашель, повышение температуры тела до 38°C в течение двух дней. При объективном обследовании выявлен острый катаральный стоматит. Миндалины отечны, гиперемированы, покрыты желто-серым налетом, который легко снимается. Подчелюстные, шейные лимфоузлы значительно увеличены, болезненны при пальпации. При лабораторном исследовании выявлено лейко-и моноцитоз. Установите наиболее вероятный диагноз.

- А. Инфекционный мононуклеоз
- В. Корь
- С. Ветряная оспа
- Д. Дифтерия
- Э. Скарлатина

10. Ребенок 14 лет жалуется на боль в горле, головную боль и повышение температуры тела до 38,5°C, кашель, насморк. Объективно: слизистая оболочка ротовой полости гиперемирована, отечна, на небе и небных дужках выявлено 8 эрозий размером 0,5 мм с красным дном и не покрытых налетом. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Каков предварительный диагноз?

- А. Герпетическая ангина
- В. Инфекционный мононуклеоз
- С. Рецидивирующий герпетический стоматит
- Д. Многоформная экссудативная эритема
- Е. Острый герпетический стоматит

11. Больная 12 лет жалуется на повышение температуры до 39°C, головную боль и боль в горле. Объективно: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна. Миндалины гипертрофированы, покрыты желто-серым налетом, который легко снимается. Подчелюстные и шейные лимфоузлы увеличены в размерах, незначительно болезненны при пальпации. Печень и селезенка увеличены. Каков наиболее вероятный диагноз ?

- A. Инфекционный мононуклеоз
- B. Скарлатина
- C. Ветряная оспа
- D. Дифтерия
- Э. Корь

12. Родители мальчика 8 лет жалуются на повышение температуры тела у ребенка до 38°C, головную боль, боль в горле. При объективном обследовании на гиперемированной слизистой оболочке мягкого неба, небных дужках, миндалинах - болезненные эрозии. Подчелюстные лимфатические узлы слегка увеличены, безболезненны при пальпации. Какой возбудитель данного заболевания ?

- A. Вирус Коксаки
- B. Вирус простого герпеса
- C. Палочка Леффлера
- D. Палочка Борде - Жангу
- E. Вирус Эпштейна - Барра

13. Родители 6-летней девочки обратились к врачу-стоматологу на консультацию. Ребенок заболел день назад, температура тела 38,3°C, насморк, кашель, нарушение общего состояния. В полости рта на отечной, гиперемированной слизистой оболочке щек на уровне моляров точечные пятна беловато-серого цвета, окруженные ярко-красным ободком. На слизистой оболочке мягкого неба ярко-красные пятна неправильной формы. Что является основным клиническим проявлением данного заболевания?

- A. Пятна Филатова-Коплика-Бельского
- B. "Малиновый язык"
- C. "Пылающий зев"
- D. Полиморфизм первичных элементов
- Э. Эрозивный элемент

14. У девочки 12 лет повысилась температура тела - 37°C, появился озноб, общая слабость, головная боль, боль в суставах, мышцах, ощущение жжения во рту и чрезмерное слюноотделение. Объективно: на гиперемированной отечной слизистой оболочке обнаружены пузырьки небольших размеров. Аналогичные элементы сыпи возникают у крыльев носа на коже вокруг рта, кожи рук в области межпальцевых складок, основания ногтей. Поставьте диагноз.

- A. Ящур
- B. Герпетический стоматит
- C. Синдром Бехчета
- D. Многоформная экссудативная эритема
- Э. Медикаментозная аллергия

15. Больной в возрасте 16 лет жалуется на боль при глотании, повышение температуры тела до 38,0°C, возникшие сутки назад. Объективно: на слизистой оболочке миндалин наблюдаются пленчатые образования белого цвета, с четко ограниченными краями. Они плотно спаяны с

окружающими тканями, трудно снимаются. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Наблюдается отек подкожной жировой клетчатки. Какой вероятный диагноз ?

- A. Дифтерия
- B. Стрептококковая ангина
- C. Ангина Венсана
- D. Инфекционный мононуклеоз
- E. Острый предромембранозный кандидоз

16. Родители девочки 6 лет жалуются на повышение температуры до 37,8 ° С , боль в горле. При объективном обследовании стоматолог обнаружил бледный цвет лица, гиперемию и отек СО, значительное увеличение миндалин зева с беловато-серыми пленчатыми наслоениями, которые распространяются за пределы миндалин и при снятии пленки повторно образуются. Подчелюстные лимфатические узлы при пальпации безболезненны. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Дифтерия
- B. Скарлатина
- C. Ветряная оспа
- D. Корь
- E. Стрептококковая ангина

17. После объективного обследования у ребенка выявлены беловато-серые пленчатые наслоения на миндалинах и слизистой оболочке зева, стоматолог поставил предварительный диагноз - дифтерия. Выявление какого возбудителя при бактериологическом обследовании свидетельствует о данном заболевании?

- A. Палочка Леффлера
- B. Бледная трепонема
- C. β -гемолитический стрептококк
- D. Грибы рода Candida

18. Ребенок 5 лет, болеет в течение двух дней, беспокойный. Объективно на гиперемированной СО щек и неба обнаружена розовая энантема, в области моляров беловато-желтые круглые точки диаметром 1-2 мм. Они напоминают "брызги извести", не сливаются между собой. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Корь
- B. Скарлатина
- C. Ветряная оспа
- D. Дифтерия
- E. Молочница

19. Девочка 8 лет. Болеет в течение 3-х дней, жалуется на плохое самочувствие, повышение температуры тела, кашель, насморк. Объективно: на СО щек в области моляров беловато-желтый налет диаметром 1-2мм. , напоминающий «брызги извести» . Врач поставил диагноз - корь. Какое название по авторам имеет налет, характерный для этого заболевания в продромальный период?

- A. Филатова-Коплика-Бельского
- B. Леффлера
- C. Беднара
- D. Филатова-Пфейфера
- E. Симптом Никольского

20. Ребенок 15 лет обратился к врачу с жалобами на плохое самочувствие, повышение температуры тела, кашель, насморк. На 3-й день у больного появились пятна беловато-красного цвета на мягком небе. Был поставлен диагноз - корь. С каким заболеванием проводят дифференциальную диагностику данного заболевания?

- A. Скарлатина
- B. Дифтерия
- C. Ветряная оспа
- D. Грипп
- E. СПИД

21. Ребенок 8 лет, болеет 4-й день. Жалобы на повышение температуры тела и появление на коже и слизистой оболочке пузырьков в области языка и твердого неба. Объективно: на коже лица обнаружены множественные пузырьки с серозным экссудатом. В ротовой полости эрозии округлые, небольших размеров, с четкими размерами. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Ветряная оспа
- B. ОРЗ
- C. Скарлатина
- D. Инфекционный мононуклеоз
- E. Дифтерия

22. Девочка 7 лет жалуется на увеличение шейных лимфатических узлов, светобоязнь, слезотечение. На коже туловища и конечностей появилась пятнисто-папулезная сыпь диаметром 2-5 мм. В анализе крови наблюдается лейкопения, сдвиг лейкограммы влево, нейтрофилез. Установите предварительный диагноз.

- A. Инфекционный мононуклеоз
- B. Скарлатина
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Ветряная оспа
- E. ОРЗ

23. Мать ребенка 4 лет жалуется на боли в горле у ребенка, повышенное слюноотделение, неприятный запах изо рта, повышение температуры тела. Объективно: гиперемия, отек слизистой оболочки миндалин и появление на них беловато-серого налета, плотно спаянного с СО. В полости рта налет распространен по краю десен и на языке. Какой диагноз наиболее вероятен?

- A. Дифтерия
- B. Скарлатина
- C. Инфекционный мононуклеоз
- D. Ветряная оспа
- E. Корь

24. Ребенок 13 лет жалуется на повышение температуры до 38°C, кашель, ринит, увеличение шейных лимфатических узлов. Объективно: увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов вдоль заднего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Узлы имеют вид цепочки, подвижные, малоболезненны, без признаков воспаления на коже. В ротовой полости резкая гиперемия миндалин и явления катарального гингивита. В анализе крови наблюдается лейко-, лимфо- и моноцитоз, появление атипичных мононуклеаров (25-30%). Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Инфекционный мононуклеоз
- B. Скарлатина
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Ветряная оспа
- E. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

25. Мальчик 8 лет жалуется на повышение температуры до 38°C, кашель, ринит, увеличение шейных лимфатических узлов. Объективно: увеличение шейных и подчелюстных лимфатических узлов. В ротовой полости явления катарального гингивита. Установлено предварительный диагноз - инфекционный мононуклеоз. Что необходимо провести для уточнения диагноза?

- A. Общий анализ крови
- B. Микробиологические исследования
- C. Анализ мочи
- D. Ревмопробы
- E. Анализ крови на сахар.

26. У ребенка 5 лет - катаральный стоматит, "малиновый язык", ангина, лихорадка, сыпь, возникшая через два дня после появления первых симптомов. Предварительный диагноз - скарлатина. Какой возбудитель нужно выделить для подтверждения диагноза?

- A. Гемолитический стрептококк группы А.
- B. Грибы рода Candida
- C. Палочка Леффлера
- D. Бледная трепонема
- E. Грибковые поражения

27. Родители 6-летнего ребенка обратились в клинику с жалобами на боль в горле, повышение температуры тела. После субъективного и объективного обследования был установлен диагноз - скарлатина. Какой симптом не характерен для данного заболевания?

- A. Беловато-серые пленки на СО щек в проекции моляров
- B. "Малиновый язык "
- C. Выраженный носо-губной треугольник
- D. "Пылающий зев "
- E. Сыпь, которая имеет вид мелких элементов

28. Ребенок 8 лет, болеет 5-й день. Жалобы на повышение температуры тела, потерю аппетита и появление на коже и слизистой оболочке пузырьков в области языка и твердого неба. Объективно: на коже лица обнаружены множественные пузырьки, имеющие мутное содержание. В ротовой полости - округлые эрозии небольших размеров с четкими размерами. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Что является возбудителем данного заболевания?

- A. Фильтрующий вирус оспы
- B. Палочка Коха
- C. Грибы рода Candida
- D. Streptococcus aureus
- E. β -гемолитический стрептококк группы А

Литература:

1. Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта /М.Ф.Данилевский, А.Ф. Несин, Ж.И. Рахний. - К.: Здоровье, 1998. - С.116-122.
2. Данилевский Н.Ф. Фармакотерапия заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта /М.Ф.Данилевский М.Ф., М.А.Мохорт, В.В.Мохорт. - К.: Здоровье, 1993. - 251 с .
3. Терапевтическая стоматология детского возраста /Л.А.Хоменко, Ю.Б.Чайковский, А.В.Савичук [и др.] - М.: Книга плюс, 2010. - С. 668-687.
4. Елизарова В.М. Основные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей /В.М.Елизарова, С.Ю. Страховая, Л.Н. Дроботько. - М., 2008. - С. 4-10.

Практическое занятие № 4.

Тема: Острый герпетический стоматит у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, выбор лечебных средств. Рецидивирующий герпетический стоматит. Принципы лечения и профилактики.

Цель: Выучить особенности клинического течения, диагностики и лечения острого и рецидивирующего герпетического стоматита у детей.

Контроль начального уровня знаний:

- 1.Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта у детей.

2. Влияние анатомо-физиологических особенностей СОПР у детей на течение патологических процессов.
3. Классификация заболеваний СОПР у детей.
4. Первичные и вторичные элементы поражения на слизистой оболочке полости рта и кожи при инфекционных заболеваниях.
5. Основные и дополнительные методы обследования.

Содержание занятия:

Острый герпетический стоматит (ОГС) является одним из наиболее распространенных заболеваний СОПР у детей. Кроме того, ОГС занимает одно из первых мест среди детской инфекционной патологии, уступая только ветряной оспе (47 заболеваний на 1 тыс. детей).

Возбудителем ОГС является вирус простого герпеса (*Herpes simplex*), является ДНК-содержащим и принадлежит к группе нейротропных. Чаще всего болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Заражение происходит при прямом контакте с больным или вирусоносителем (контактный или воздушно-капельный путь инфицирования). Возникновению заболевания содействует травма кожных покровов.

Как типичная инфекция ОГС имеет 5 периодов развития болезни: инкубационный, продромальный, разгара болезни, угасания и клинического выздоровления. Инкубационный период продолжается от 2 до 17 дней.

В зависимости от степени проявления клинических симптомов различают легкую, среднюю и тяжелую формы ОГС.

ОГС диагностируется на основании данных клинической картины, анамнеза относительно эпидемического окружения, результатов вирусологического, серологического, цитологического и иммунофлюорисцентного исследования. При цитологическом исследовании для стадии дегенерации характерны большие многоядерные клетки Пирогова-Лангханса круглой формы с цитоплазмой голубого цвета, с количеством ядер 2 и больше.

Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями, которые проявляются пузырьчатыми, эрозивными или афтоподобными элементами (пузырчатка, многоформная экссудативная эритема, эрозивный стоматит, красный плоский лишай, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, СПИД, медикаментозный стоматит, дифтерия, герпангина).

Рецидивирующий герпетический стоматит (РГС) является хроническим заболеванием вирусной этиологии. Болезнь наблюдается у 10% детей, которые переболели острым герпетическим стоматитом. Болезнь вызывается ДНК-содержащим нейротропным вирусом простого герпеса. Инфицирование происходит контактным или воздушно-капельным путем. В патогенезе рецидива большую роль имеет наличие сопутствующих заболеваний. Возникновение рецидивов происходит чаще всего в весенне-осенний период при острых респираторных заболеваниях, обострениях хронических болезней дыхательных путей и т.п. Часто в детских коллективах возникают эпидемические вспышки, что объясняется инкубационным периодом болезни (2-6 дня).

После перенесенной первичной герпетической инфекции вирус остается в организме человека, по всей вероятности, на протяжении всей жизни, и заболевание переходит в латентную фазу длительного вирусоносительства, которая часто сопровождается рецидивами (рецидивная форма).

В полости рта - это хронический рецидивирующий герпес (*Herpes chronica recidiva*) СОПР (рецидивирующий герпетический стоматит, гингивостоматит), рецидивирующий герпес губ и герпетические рецидивирующие ганглионевриты; в редких случаях имеют место рецидивные герпетические поражения пищевода, зева и гортани.

Развитие заболевания является свидетельством снижения общего иммунитета и реактивности СОПР, может проявляться на коже (*Herpes simplex labialis, nasalis recidiva*) и СО (*Stomatitis herpetica recidiva*).

Очень часто, вне зависимости от времени года, времени, которое прошло от предыдущего высыпания, рецидив заболевания происходит после травм (накладывание матрицы, прикусывание), инфекции, переохлаждения или имеет четкую связь с менструальным циклом или обострением хронических заболеваний пищеварительного канала. Клинические проявления как первичной герпетической инфекции, так и рецидивной формы на коже могут быть одинаковыми. Рецидивирующий герпес СОПР чаще всего локализуется на твердом небе, щеках, языке и возникает чаще всего вследствие действия приведенных выше причин. В большинстве случаев РГС высыпания ограничены, с типичной динамикой процесса: пузырьки появляются группой, сливаются, трескаются, образуя эрозию с полициклическими контурами. В первые несколько суток эрозии очень болезненны, наблюдается болезненная реакция регионарных лимфатических узлов.

Общее состояние больных рецидивирующим герпесом СОПР и губ, как правило, не нарушено, однако, у некоторых больных отмечаются признаки недомогания, мышечные боли, повышение температуры. В зависимости от количества рецидивов, степени проявления общего токсикоза и местных проявлений различают легкую (1-2 рецидива в течение 3 лет), среднюю (1-2 рецидива в год) и тяжелую (4-5 рецидива в год или перманентное течение) формы рецидивирующего герпеса.

На слизистой оболочке полости рта рецидивирующий хронический герпетический стоматит имеет некоторые особенности:

- высыпания чаще локализируются на слизистой оболочке губ, кончике, спинке и боковой поверхности языка, слизистой оболочке щек, твердом небе, возникают вследствие действия провоцирующих факторов;
- небольшие высыпания сгруппированы в виде пузырей, а потом появляются эрозии с полициклическими контурами;
- возможно слияние элементов и рецидив высыпаний на фоне еще не оконченной эпителизации;
- соединенное поражение слизистой оболочки полости рта и кожи;
- при каждом рецидиве элементы высыпания появляются на одном и том же месте;
- катаральный гингивит при рецидивирующей форме не переходит в язвенный.

Диагностика герпетических поражений СОПР основывается на их клинической характеристике и данных лабораторных исследований.

Диагностируя первичную герпетическую инфекцию, необходимо учитывать 5 признаков: 1) отсутствие данных о предыдущих герпетических поражениях какой-либо части тела; 2) контакт с больным герпесом; 3) продолжительность инкубационного периода 5 суток; 4) наличие характерных поражений; 5) регионарный лимфаденит и системные проявления.

При иммунофлюорисцентном исследовании процент положительных результатов увеличивается, если материал получают в первые дни высыпаний в полости рта.

Дифференциальная диагностика вирусных поражений СОПР проводится с целью разделения их между собой (первичная герпетическая инфекция, рецидивирующий герпес, герпангина, опоясывающий лишай) и с заболеваниями, которые сопровождаются пузырьчатыми, эрозивными или афтообразными элементами (пузырчатка, многоформная экссудативная эритема, пузырьчато-сосудистый синдром, пемфигоидная форма красного плоского лишая, эрозивный стоматит, СПИД, ХРАС). Кроме того, опоясывающий лишай дифференцируют с синдромом Ханта (поражение *g.geniculi n.intermedius*).

Правильное и своевременное лечение сокращает срок протекания заболевания, тем самым уменьшая страдания больного.

При лечении ОГС и РГС следует обращать внимание на возраст ребенка, патогенез заболевания, тяжесть клинического течения, период развития болезни, наличие сопутствующих заболеваний.

Цель лечения герпетических поражений состоит в:

- нейтрализации вируса и предотвращении новых высыпаний элементов поражения;
- предотвращение признаков общей интоксикации;
- усиление уровня сопротивляемости организма ребенка;
- предотвращение или уменьшение боли, ускорение обратного развития воспалительной реакции и эпителизации слизистой полости рта.

Лечение ОГС и РГС - комплексное и включает в себя местное и общее лечение.

Местное лечение включает:

1. Антисептическую обработку ротовой полости - раствор гексорала (0,1% хлоргексидин), раствор корсодила (0,2% хлоргексидин), 1% раствор перекиси водорода, раствор перманганата калия 1:5000, раствор фурацилина 1:5000, сильный раствор свежесваренного чая.

2. Снятие или уменьшение болевых симптомов в полости рта - осторожное смазывание пораженных участков слизистой оболочки ротовой полости, губ за несколько минут до лечения одним из средств - 3-5% масляным раствором анестезина, 1% раствором пиромикаина, гелевым раствором "Холисал", раствором уснината натрия в глицерине или в яливецовом бальзаме с дополнением 2% анестезина.

3. Блокирование репродукции вирусов в клетках, их элиминацию - использование противовирусных препаратов - зовиракс (3% мазь или в виде крема ацикловира 5% на водной основе), интерферон (3% мазь), аписаронозная мазь, оксолин (0,25% мазь), теброфен (1,2,3 и 5% мазь), флореналь (0,5% мазь), герпевир. Обработку слизистой оболочки полости рта противовирусными препаратами следует проводить до 5-6 раз в день через 15-20 минут после еды. Противовирусными препаратами рекомендуется обрабатывать не только пораженные участки, но и участки без видимых элементов поражения.

4. Снятие воспалительной реакции слизистой оболочки полости рта и фибринозного налета - использование 1-2% раствора протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин, дезоксирибонуклеаза).

5. Ускорение эпителизации слизистой - масляные растворы ретинола и токоферола ацетата, масло шиповника и облепихи, каротолин, солкосерил, винилин, сок каланхоэ, аэрозоль "Ливиан", витамин А в масле.

6. Применение физиотерапевтических методов лечения - ультрафиолетовое облучение (УФО) и гелий-неоновый лазер (ГНЛ).

При рецидивирующем герпесе, для предупреждения рецидивов, необходимо ликвидировать очаги стоматогенной инфекции в периодонте, пародонте, а так же в носовой части глотки, придаточных пазухах носа, ликвидировать сухость губ, возможность хронической травмы и их трещин.

Общее лечение проводится с начала заболевания при всех степенях тяжести и включает:

- неспецифическую дезинтоксикационную терапию - введение большого количества жидкости, витаминотерапию, особенно вит С;

- гипосенсибилизирующую терапию - димедрол, супрастин, дипразин, диазолин (0,02-0,05 на ночь), тавегил (сироп 1г по 2,5 мл на прием), фенкарол (0,02-0,5 на ночь), глюконат кальция (детям старше 6 лет по 1 табл., 4-6 лет 1/2 табл., до 4 лет - по 1/4 табл.);

- снижение температуры тела и снятие боли - эфералган (табл., сироп), панadol (сироп), тайленол (табл., сироп);

- противовирусную терапию - таблетированные формы – зовиракс, герпевир, бонафтон, апизарин и растворы – интерферон, реаферон;

- назначение иммуностимуляторов и иммуномодуляторов – декарис (в виде аэрозоля 0,01-0,05% раствора 6-8 раз в день), лизоцим, протидиозан, гаммаглобулин, специфический иммуноглобулин, левамизол.

При тяжелом протекании вирусных поражений СОПР необходимо провести коррекцию обмена веществ, для этого применяют анаболические стероиды (иногда - глюкокортикоиды), витамины, электролиты, микроэлементы и средства дезинтоксикационной терапии (глюкоза, гемодез, энтеродез, энтеросорбенты).

Дозирование медикаментов проводится в соответствии с возрастом ребенка.

В комплексе лечебных мероприятий немаловажной является роль рационального питания и ухода за больным ребенком. Диета должна обеспечить достаточное количество белков, витаминов, микроэлементов; пища должна быть мягкой, не раздражать слизистую оболочку. Для борьбы с интоксикацией ребенку необходимо обильное питье.

Профилактика рецидивирующего герпетического стоматита состоит в ликвидации вредных привычек, которые способствуют травмированию слизистой оболочки полости рта, общему оздоровлению ребенка, санации ротовой полости.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Этиология и патогенез острого герпетического и рецидивирующего герпетического стоматита.
2. Основные и дополнительные методы обследования больного острым герпетическим и рецидивирующим стоматитом.
3. Особенности клинических проявлений ОГС у детей, периоды заболевания.
4. Дифференциальная диагностика ОГС.
5. Дифференциальная диагностика РГС.
6. Схема местного лечения ОГС и РГС в зависимости от стадии заболевания.
7. Схема общего лечения ОГС и РГС.
8. Современные противовирусные средства, их характеристика.
9. Профилактика рецидивов при рецидивирующем герпетическом стоматите.

Ориентировочные тестовые задания

1. К врачу-стоматологу обратились родители 1,5 летнего ребенка с жалобами на беспокойное поведение ребенка, повышение температуры тела до 39°C, плохой сон, неприятный запах изо рта. Ребенок болеет в течении 4 дней. При объективном обследовании выявлено: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, десна отекающие, легко кровоточат. Слизистая оболочка губ, щек, твердого неба покрыта эрозиями. Какой вероятный диагноз?

- А. Острый герпетический стоматит
- В. Острый кандидозный стоматит
- С. Хронический афтозный стоматит
- Д. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- Е. Коксакивирусный стоматит

2. Девочка 4 лет лечится по поводу рецидивирующего герпетического стоматита средней формы тяжести. Болеет 5-й день, новых высыпаний нет. Какие препараты необходимо назначить после антисептической обработки ротовой полости на данной стадии заболевания?

- А. Кератопластические средства
- В. Противовирусные мази
- С. Антибиотики
- Д. Противогрибковые мази
- Е. Обезболивающие препараты

3. Родители мальчика 3-х лет обратились к врачу на вторые сутки заболевания ребенка. Жалобы на общее недомогание, повышение температуры тела у ребенка, отказ от еды вследствие сильной боли в полости рта. Диагноз – острый герпетический стоматит средней тяжести. Какое лечение необходимо назначить в первую очередь?

- A. Противовирусные препараты
- B. Ферментная терапия
- C. Сульфаниламиды
- D. Антибиотики
- E. Кератопластики

4. На консультацию к стоматологу обратились родители девочки 3 лет, которая болеет 2 дня. Температура тела 37,8 С, кашель, насморк; ребенок отказывается от еды. Объективно: слизистая оболочка десен гиперемирована, отекая, кровоточит во время пальпации, подчелюстные лимфоузлы увеличены, подвижны, болезненны, на слизистой оболочке щек единичные эрозии круглой формы. Какой вероятный диагноз?

- A. Острый герпетический стоматит
- B. Гипертрофический гингивит
- C. Кандидозный стоматит
- C. Хронический афтозный стоматит
- D. Мноформная эксудативная эритема
- E. Язвенный гингивит

5. Ребенок 2 лет на приеме у стоматолога по поводу болезненности при приеме пищи и высыпаний, которые появились вчера. Из анамнеза известно, что несколько дней назад ребенок контактировал с больным ОГС. Объективно: температура тела 37,5°С, кожные покровы чистые, подчелюстные лимфоузлы болезненные. В полости рта – на слизистой оболочке губ и языка эрозии круглой формы, диаметром 1-3 мм, болезненны, покрыты беловатым налетом. Десна на верхней и нижней челюстях гиперемированные, отекающие, кровоточат при дотрагивании. Какая наиболее вероятная причина развития заболевания?

- A. Вирусная инфекция
- B. Стрептококковая инфекция
- C. Аллергическая реакция
- D. Стафилококковая инфекция
- E. Механическая травма

6. Девочке 6 лет. Родители обратились с жалобами на высокую температуру тела до 38°С, ребенок беспокойный, плохо спит, не ест, болеет третий день. Объективно: слизистая оболочка десен гиперемирована, отекая, легко кровоточит. Слизистая оболочка твердого неба, щек, губ покрыта афтами. В осенне-весенний период наблюдаются обострения. Был диагностирован рецидивирующий герпетический стоматит. Какую терапию необходимо назначить в период между обострениями данного заболевания?

- A. Иммуностимулирующую
- B. Антибактериальную
- C. Противовоспалительную
- D. Склерозирующую
- E. Противовирусную

7. Родители ребенка в возрасте 4 лет обратились к стоматологу на вторые сутки заболевания ребенка. Жалобы на общее недомогание ребенка, повышение температуры тела у ребенка, отказ от приема пищи вследствие сильной боли в полости рта. Диагностирован острый герпетический стоматит средней тяжести. Какой из препаратов необходимо назначить в первую очередь?

- A. Герпевир
- B. Тавегил
- C. Супрастин
- D. Аскорбиновая кислота
- E. Витамин А в масле

8. Девочке в возрасте 1,5 года был диагностирован острый герпетический стоматит средней тяжести, период высыпаний. Какие лекарственные средства, по Вашему мнению, необходимо назначить в первую очередь?

- A. Противовирусные
- B. Антибиотики
- C. Антисептики
- D. Кератопластические
- E. Противоаллергические.

9. Девочка 2-х лет болеет 2-й день. Температура тела 38°C, отказывается от пищи, капризничает. Подчелюстные лимфоузлы болезненные, незначительно увеличены. В полости рта на слизистой губ, щек, мягкого неба многочисленные эрозии, которые в отдельных участках сливаются. Эрозии покрыты беловатым налетом. Определяется симптомами катарального гингивита. Ваш предварительный диагноз.

- A. Острый герпетический стоматит
- B. Рецидивирующий герпес
- C. Многоформная эксудативная эритема
- D. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- E. Острый кандидозный стоматит

10. Ребенок 1,5 лет болеет в течение двух дней, отказывается от приема пищи, беспокойный. Объективно - повышение температуры тела до 38,5°C, появление болезненных язв в ротовой полости. На слизистой оболочке мягкого и твердого неба определяется 5-7 мелких эрозий овальной формы, которые покрыты фибринозным налетом. Регионарные лимфатические узлы несколько увеличены, болезненны при пальпации. Определяется отек, гиперемия и кровоточивость десен. Ваш предварительный диагноз.

- A. Острый герпетический стоматит
- B. Герпетическая ангина
- C. Инфекционный мононуклеоз
- D. Многоформная эксудативная эритема
- E. Острый кандидозный стоматит

11. Ребенок 8 лет жалуется на боль и чувство жжения на нижней губе, незначительную слабость, головную боль. В течение прошлой недели ребенок болел ОРВИ. Объективно: на границе красной каймы и кожи нижней губы на фоне гиперемии и отека определяются мелкие сгруппированные пузырьки с серозным содержимым. Определите возбудителя данного заболевания.

- A. Вирус герпеса
- B. Вирус коксаки
- C. Дрожжеподобные грибы
- D. Кокковая флора

Е. Смешанная флора

12. Мальчик 2,5 лет заболел внезапно. Жалобы на повышение температуры до 38°C, вялость, тошноту, отсутствие аппетита. Объективно - в полости рта афтозные высыпания в количестве 10-12 штук, на красной кайме губ 3 пузыря. Кожные покровы без патологии. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации, в наличии острый диффузный катаральный гингивит. Ваш предварительный диагноз.

- А. Острый герпетический стоматит
- В. Острый кандидозный стоматит.
- С. Герпетическая ангина
- Д. Многоформная эксудативная эритема
- Е. Стоматит при ветряной оспе

13. Ребенок 3 лет перенес тяжелую форму рецидивирующего герпетического стоматита и находится в периоде угасания болезни. Какие лекарственные препараты необходимо назначить в этот период?

- А. Кератопластики
- В. Противовирусные
- С. Витамины
- Д. Антибиотики
- С. Противогрибковые

14. Ребенок 8 лет жалуется на сильную боль и чувство жжения в ротовой полости. Отказывается от пищи. На СОПР появились единичные пузыри, которые переобразовались в эрозии с бело-желтым налетом. С анамнеза известно, что ребенок уже дважды болел ОГС. Врач предварительно диагностировал рецидивирующий герпетический стоматит. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

- А. Вирусологические
- В. Рентгенологические
- С. Биохимические
- Д. Реография
- Е. Дополнительные методы исследования не нужны

15. Мама ребенка в возрасте 1,5 года обратилась к стоматологу с жалобами на высыпания в полости рта ребенка, повышенное слюнотечение, вялость ребенка, рвоту, повышение температуры до 39,0°C. Ребенок болеет вторые сутки, заболела внезапно. Объективно: десна отекающие, гиперемированы. На слизистой оболочке языка, щек, губ - эрозии овальной формы, диаметром 2-3 мм, покрытые бело-желтым налетом, болезненные при пальпации. На коже лица около губ 4 волдыря, которые наполнены полупрозрачным содержимым. Подчелюстные лимфоузлы увеличены. Ваш предварительный диагноз.

- А. Острый герпетический стоматит
- В. Острый грибковый стоматит.
- С. Многоформная эксудативная эритема
- Д. Медикаментозный стоматит
- Е. Язвенно-некротический стоматит

16. У девочки 2-х лет, которая болеет 4-й день, повышение температуры тела до 38°C. Ребенок капризный, отказывается от приема пищи. Высыпания в полости рта появились несколько дней назад. При осмотре - подчелюстные лимфоузлы болезненные, несколько увеличены. В полости

рта на слизистой оболочке губ, щек, мягкого неба - несколько афт, которые покрыты беловатым налетом, болезненные при пальпации. Какой из названных препаратов используется для этиотропного местного лечения?

- A. Ацикловирная мазь
- B. Флуцинол
- C. Гидрокортизоновая мазь
- D. Клотримазоловая мазь
- E. Солкосерилная мазь

17. Ребенок в возрасте 8 лет жалуется на боль в полости рта во время еды. Объективно: на слизистой щек и нижней губы - сгруппированные афты, покрыты желтоватым налетом. На коже в приротовой области – 2 волдыря. Недавно (3 месяца назад) ребенок переболел ОГС. Определите диагноз.

- A. Рецидивирующий герпетический стоматит
- B. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- C. Синдром Бехчета.
- D. Афты Сеттона.
- E. Острый герпетический стоматит

18. К стоматологу обратился мальчик 9 лет с жалобами на наличие болезненных язв в полости рта. Со слов ребенка похожие жалобы отмечались в прошлом году. Объективно: на боковой поверхности языка выявлено 2 афты овальной формы, размером до 0,5 см, с фиброзным налетом, болезненные при пальпации. Афты окружены гиперемизированной каймой. В анамнезе у ребенка – перенесенный острый герпетический стоматит (6 месяцев назад). Определите диагноз.

- A. Рецидивирующий герпетический стоматит
- B. Многоформная эксудативная эритема
- C. Синдром Бехчета
- D. Синдром Стивенса-Джонсона
- E. Острый герпетический стоматит

19. 14-летний мальчик жалуется на наличие высыпаний на губах, боль во время разговора и еды. Болеет шестой день. Аналогические высыпания появляются 1-4 раза в год в течение трех лет. Из анамнеза известно, что ребенок находится на диспансерном учете по поводу заболевания ЖКТ. Об-но: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,9°C. На красной кайме нижней губы с переходом на кожу наблюдаются множественные мелкие сгруппированные пузырьки с серозным содержимым и корочки. Определите этиологию этого заболевания.

- A. Вирус Herpes simplex
- B. Вирус Коксаки
- C. Стрептококки
- D. Паличка Леффлера
- E. Стафилококки

20. К врачу обратилась девочка 6 лет с жалобами на болезненные высыпания, особенно при приеме пищи. Высыпания появились вчера. Из анамнеза известно, что весной она переболела острым герпетическим стоматитом. Объективно: t тела 37,5°C, кожные покровы чистые, подчелюстные лимфоузлы болезненные при пальпации. В полости рта: на слизистой оболочке губ, языка волдыри овальной формы диаметром 1-3 мм. Десна на верхней и нижней челюстях гиперемизированные, отекшие, кровоточат при пальпации. Ваш диагноз?

- А. Рецидивирующий герпетический стоматит
- В. Синдром Стивенса-Джонсона
- С. Острый герпетический стоматит
- Д. Многоформная эксудативная эритема
- Е. Синдром Бехчета

21. Девочка 2 лет отказывается от приема пищи. Мама отмечает появление “раночек” в полости рта, повышенное слюноотечение и повышение температуры тела до 39,0°C. Болеет второй день. Вследствие обследования был диагностирован острый герпетический стоматит, средне-тяжелая форма. Какие лекарственные препараты должны назначаться для местного лечения в первую очередь?

- А. Противовирусные
- В. Кортикостероидные
- С. Противогрибковые
- Д. Антисептики
- Е. Антибиотики

22. Родители 2-х летнего ребенка жалуются на появление болезненных высыпаний в полости рта ребенка, повышение температуры тела до 39,5°C. Ребенок бледный, вялый. Объективно: на фоне гиперемии, отекшей слизистой оболочки мягкого неба и щек выявлено 10-12 болезненных мелких эрозий, покрытых фибриновым налетом, которые в отдельных участках сливаются. Определяется катаральный гингивит. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, несколько болезненные при пальпации. Определите возбудителя данного заболевания.

- А. Вирус герпеса
- В. Вирус Коксаки
- С. Гемолитический стрептококк
- Д. Вирус Эпштейна-Барра
- Е. Палочка Леффлера

23. Ребенок 11 лет жалуется на наличие в ротовой полости болезненного образования, которое препятствует приему пищи. Подобная симптоматика впервые появилась 2 года назад. На дне полости рта определяется болезненная афта овальной формы, размером до 0,8 см, афта покрыта налетом серо-белого цвета. Ваш диагноз?

- А. Рецидивирующий герпетический стоматит
- В. Многоформная эксудативная эритема
- С. Синдром Бехчета
- Д. Синдром Стивенса-Джонсона
- Е. Травматическая эрозия

24. Мальчик 13 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на появление в ротовой полости болезненных язв. Со слов ребенка язвы появляются периодически в весенне-осенний период и заживают в течении 8-10 дней. Рецидив отмечается 2 раза в год. Объективно – на слизистой оболочке верхней губы справа и на боковой поверхности языка 3 афты, болезненные при пальпации, покрыты фибриновым налетом. Ваш диагноз?

- А. Рецидивирующий герпетический стоматит
- В. Травматические эрозии
- С. Острый герпетический стоматит
- Д. Герпетическая ангина
- Е. Многоформная эксудативная эритема

25. Родители 8 летнего ребенка жалуются на наличие в ротовой полости ребенка болезненного образования, которое препятствует приему пищи. Такие жалобы отмечались 2 года назад. Объективно – на боковой поверхности языка на фоне отекшей и гиперемированной слизистой оболочки эрозия размером до 0,7 см, овальной формы, покрыта налетом серо-желтого цвета, болезненная при пальпации. В анамнезе – частые вирусные заболевания. Какой предварительный диагноз?

- A. Рецидивирующий герпетический стоматит
- B. Многоформная эксудативная эритема
- C. Синдром Бехчета
- D. Синдром Стивенса-Джонсона
- E. Травматическая эрозия

26. Девочка в возрасте 7 лет перенесла тяжелую форму ОГС и находится в периоде угасания заболевания. Какими медикаментозными средствами необходимо дополнить лечение ОГС в этот период?

- A. Кератопластическими средствами
- B. Противовирусными средствами
- C. Протеолитическими ферментами
- D. Антисептиками
- E. Обезболивающими средствами

27. Мама девочки 4 лет обратилась к стоматологу-педиатру с жалобами на наличие в ротовой полости ребенка язв, болезненных при пальпации. Болезнь началась 3 дня назад лихорадкой. Объективно: на слизистой оболочке полости рта наблюдаются афты до 0,5 см в диаметре, которые покрыты фиброзным налетом. Десна гиперемированные. Температура тела 38,9°C. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненные. Ваш диагноз?

- A. Острый герпетический стоматит
- B. Многоформная эксудативная эритема
- C. Кандидомикоз.
- D. Герпангина.
- E. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

28. Мама девочки 3 лет обратилась с жалобами на наличие язв в полости рта ребенка, повышение температуры тела до 39°C. Заболела внезапно, болеет вторые сутки. Со слов мамы ребенок недавно контактировал с больным ОРЗ. Объективно: на слизистой преддверия полости рта множественные афты, которые покрыты желтым фиброзным налетом на гиперемированной слизистой. Определите возбудителя заболевания.

- A. Вирус простого герпеса
- B. Вирус Эпштейна-Барра
- C. Вирус Коксаки
- D. Вирус ветряной оспы
- E. Аденовирус

29. Участковым педиатром к стоматологу направлено ребенка 2 лет с жалобами на наличие высыпаний в полости рта, повышение температуры тела до 38,5°C, насморк, кашель, рвоту, понос. Объективно – кожные покровы бледные, ребенок вялый, адинамичен. На фоне гиперемированной слизистой оболочки определяется 12-16 афт, болезненных при пальпации, отмечается регионарный лимфаденит. Какой диагноз наиболее вероятный?

- A. Острый герпетический стоматит
- B. Многоформная эксудативная эритема
- C. Кандидомикоз
- D. Рецидивирующий герпетический стоматит
- E. Хронический рецидивирующий герпетический стоматит

30. Родители мальчика 5 лет обратились к стоматологу на вторые сутки заболевания ребенка. Жалобы на общее недомогание, повышение температуры тела у ребенка, отказ от еды вследствие сильной боли в полости рта. Установлен диагноз – острый герпетический стоматит средней тяжести. Какое лечение следует назначить в первую очередь?

- A. Противовирусная терапия
- B. Ферментная терапия
- C. Антибиотики
- D. Гормональная терапия
- E. Антибиотики

Литература:

1. Терапевтическая стоматология детского возраста /Под редакцией проф. Л.А. Хоменко.- К.: Книга плюс, 2007 .- С. 660-668.
2. Стоматология детского возраста /Под редакцией проф. Виноградовой Т.Ф.- М., 1987. - С.354 – 364.
3. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста .- Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001. – С. 533-550.
4. Данилевський М.Ф. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонту /М.Ф. Данилевський, М.А.Мохорт, В.В.Мохорт. — К.: Здоров'я, 1991.— 264с.
5. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота/ М.Ф.Данилевський, О.Ф. Несін, Ж.І.Рахній. — Київ: Здоров'я, 1998. – С 75-78.
6. Ершов Ф.И. Лечение вирусных инфекций. Клиническая фармакология и терапия. /Ф.И Ершов, Н.П. Чижов. – Москва, 1995. №4. – С.75-78.
7. Основные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей /В.М.Елизарова, С.Ю.Страхова, Л.Н.Дроботко; под ред. проф., д.м.н. Л.П.Кисельниковой. — Москва, 2008. — С. 18-39.

Практическое занятие № 5.

Тема: Грибковые поражения СОПР у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

Заболевания губ и языка у детей. Самостоятельные и симптоматические хейлиты. Причины, клиника, диагностика, лечение.

Цель: Изучить со студентами причины возникновения, патогенез, особенности клинического течения, основные принципы и методы лечения микотических поражений СОПР у детей. Выучить классификацию, клинические признаки, а также принципы диагностики и лечения хейлитов и глосситов у детей.

Часть №1. Грибковые поражения СОПР у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

Цель: Изучить со студентами причины возникновения, патогенез, особенности клинического течения, основные принципы и методы лечения микотических поражений СОПР у детей.

Контроль начального уровня знаний:

1. Строение СОПР у детей.
2. Классификация заболеваний СОПР у детей.
3. Первичные элементы поражения СОПР.
4. Вторичные элементы поражения СОПР.
5. Дополнительные методы обследования СОПР.
6. Лабораторные методы обследования СОПР.
7. Микозы, общее понятие о патологии.

Содержание:

Возбудителями грибковой инфекции полости рта являются грибы рода *Candida* (*Candida albicans*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida tropicalis*). Грибы рода *Candida* постоянно вегетируют в полости рта. В случае снижения защитных сил организма и барьерной функции СОПР и развития дисбактериоза эти грибы становятся патогенными. Особо следует отметить роль в патогенезе кандидоза антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, кортикостероидов. Важной предпосылкой возникновения кандидоза СОПР является определенное состояние ротовой полости: увлажненность, температура, негигиеничное состояние полости рта, углеводный характер питания, несанированная полость рта, наличие кариозных полостей, пародонтальных карманов и хронических заболеваний СОПР.

В соответствии с характером течения заболевания выделяют острый (псевдомембранозный, атрофический) и хронический (гиперпластический и атрофический) кандидоз СОПР.

Острый псевдомембранозный кандидоз СОПР (молочница; *candidosis acuta*, *soor*) развивается у младенцев, ослабленных инфекционными заболеваниями, бронхитом, диспепсиями, а также у недоношенных детей. Возбудитель молочницы *Candida albicans*. Заражение может происходить через инфицированные родовые пути матери, через предметы, окружающие ребенка, сосок груди матери. У старших детей он наблюдается при рахите, экссудативном диатезе, гиповитаминозах т.п.

Псевдомембранозный кандидоз проявляется образованием на отечной и гиперемированной слизистой оболочке щек, языка, губ, неба белых точечных образований, которые постепенно сливаются в более крупные пленки творожистого характера. При легком течении заболевания налет легко снимается без повреждения целостности слизистой оболочки, обнажая отечную и гиперемированную поверхность. При среднетяжелом течении налет приобретает вид обширных плотных пленок, которые плохо снимаются, обнажая кровоточащие эрозивные поверхности. При тяжелой форме острого кандидозного стоматита имеет место диффузное поражение практически всей СОПР с вовлечением мягкого и твердого неба, миндалин, язычка и задней стенки глотки.

Острый атрофический кандидоз (*candidosis acuta atrophica*) развивается при повышенной чувствительности СОПР к грибам рода *Candida*. Клиника острого атрофического кандидоза характеризуется ксеростомией, огненно-красным цветом СО и ощущением ее жжения, отсутствием налета.

Если острый кандидоз не лечить, то развивается хронический кандидоз.

Причинами развития хронического кандидоза у детей является иммуно-дефицитные состояния, или тяжелое течение общесоматической патологии другой этиологии.

Наиболее часто хронический кандидоз проявляется у детей дошкольного и школьного возраста в форме **ангулярного хейлита** (хронических микотических заед). У пациентов с кандидозной заедой нередко отмечаются вредные привычки: сосание большого пальца, частое закусывание и облизывание губ. Открывание рта при ангулярном хейлите затруднено, сопровождается болевыми ощущениями и кровоточивостью. Микотические заеды локализуются, как правило, в углах рта. Они имеют вид глубоких трещин с плотными краями. Кожа в этих местах может быть гиперемирована, с проявлениями мацерации.

Хронический гиперпластический кандидоз (candidosis chronica hyperplastica) полости рта у детей диагностируется редко. Он характеризуется возникновением плотного налета бело-серого или светло-коричневого цвета, который локализуется на спинке и боковой поверхности языка. Отмечается сухость слизистой оболочки, пенистость и вязкость слюны. При попытке снять часть бляшки больные ощущают резкую боль, а на слизистой оболочке обнажаются кровоточащие эрозии.

Хронический атрофический кандидоз (candidosis chronica atrophica) у детей возникает очень редко, в основном в форме палатинита (при длительном пользовании ортодонтическими пластиночными аппаратами) или хейлита. Слизистая оболочка твердого неба при палатините кандидозной этиологии гиперемирована, отечна, гладкая («лакированная»). Кандидозный хейлит характеризуется отеком, сухостью, истончением красной каймы губ, их выраженной поперечной исчерченностью, наличием мелких чешуек. При открывании рта возможно образование неглубоких поперечных трещин, которые легко кровоточат.

Диагноз кандидоза СОПР устанавливается по данным анамнеза, клинического течения болезни и результатами лабораторных, микробиологических исследований. Иногда необходима консультация других специалистов. Важными в постановке окончательного диагноза кандидоза являются данные цитологического исследования налета, в котором кроме слущенных клеток эпителия, лейкоцитов, остатков пищи и различных ассоциаций микроорганизмов обнаруживают значительное количество псевдомицелия или клеток гриба. При остром кандидозе встречается значительное количество клеток гриба, находящихся в стадии деления, при хроническом - преобладают нити псевдомицелия.

Дифференциальную диагностику кандидоза проводят с десквамативным глосситом, экзематозным, актиническим, эксфолиативным хейлитом, стрептококковым или стафилококковым ангулярным хейлитом.

Целью лечения кандидоза является ликвидация клинических признаков заболевания, устранение предпосылок развития грибов и профилактика осложнений данного заболевания.

Достижение этой цели предусматривает проведение комплекса этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии кандидоза.

При лечении кандидоза слизистой оболочки полости рта у детей грудного возраста следует соблюдать строгий гигиенический режим матери и ребенка. Все предметы ухода за ребенком нужно кипятить в 2% растворе натрия гидрокарбоната. Сосок груди матери перед кормлением нужно мыть кипяченой водой, обрабатывать 1% раствором натрия гидрокарбоната, после кормления 1-2% водным раствором гидрокарбоната натрия, 10-20 % буры в глицерине. Для местного лечения необходимо многократное применение растворов: 10-20 % раствора буры в глицерине; 0,5-1 % раствор натрия гидрокарбоната. Также можно применять антисептические препараты, такие как мирамистин, гексорал. Для обработки слизистой оболочки можно использовать препараты йода: йодинол или полоскание йодной водой 5-6 раз в день из расчета 5-10 капель йода на полстакана воды.

При лечении острого и хронического кандидоза у детей старшего возраста используют препараты следующих групп:

- Группа I - полиеновые антибиотики (нистатин, леворин, пимафуцин);
- Группа II - азольные соединения (клотримазол, певорил)

- Группа III - алиламиновые средства (ламизил)
- Группа IU – смешанные вещества (йодиол, хлоргексидин, борная кислота, настойки чистотела, календулы, лаврового листа, петрушки).

При легкой и среднетяжелой форме заболевания, как правило, местно используют препараты II, III и IV группы, при тяжелой форме заболевания с частыми рецидивами - кроме упомянутых выше назначают полиеновые антибиотики местно и внутрь (системная терапия).

В лечении кандидоза важно соблюдение диеты, назначение витаминных препаратов (особенно группы B), а также санация очагов инфекции в полости рта и ЛОР-органах. Из рациона питания следует исключить рафинированные углеводы, мучные изделия, рекомендуются кисломолочные продукты, особенно эубиотики. При хроническом кандидозе необходимо обследование ребенка для выявления возможных очагов кандидоза в организме и факторов, поддерживающих инфекцию.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Классификация микотических поражений СОПР.
2. Этиология и патогенез кандидозов.
3. Острый псевдомембранозный кандидоз. Клиника. Диагностика.
4. Острый атрофический кандидоз. Клиника. Диагностика.
5. Хронические формы кандидозов. Клиника. Диагностика.
6. Основные группы препаратов для местного лечения кандидозов у детей.
7. Группы препаратов для общего лечения кандидозов.
8. Профилактика кандидозов.

Ориентировочные тестовые задания:

1. Мать обратилась с жалобами на то, что ее 3-х месячный ребенок беспокоен во время еды, плохо спит. Объективно: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна. На спинке языка и слизистой оболочке щек определяется налет белого цвета. После его снятия обнажается ярко-красная поверхность с точечными кровоизлияниями. Какое лечение будет эффективным в данном случае?

- A. Противогрибковое
- B. Антибактериальное.
- C. Противовирусное.
- D. Антигистаминное.
- E. Противовоспалительное.

2. На консультацию к стоматологу принесли 3-х недельного ребенка. Со слов матери ребенок беспокоен, плохо спит, плачет. Объективно: на слизистой оболочке губ, щек, языка содержится белый налет, напоминающий свернувшееся молоко. Налет несколько возвышается над уровнем гиперемированной слизистой оболочки, плохо снимается. Каков вероятный диагноз?

- A. Острый псевдомембранозный кандидоз
- B. Хронический кандидозный стоматит
- C. Дифтерия
- D. Острый герпетический стоматит
- E. Мягкая лейкоплакия

3. У мальчика 6 лет на слизистой оболочке щек, языка появился белый налет, который легко снимается. После снятия налета обнажается гиперемированная поверхность слизистой оболочки. Температура тела не повышена, регионарные лимфоузлы увеличены, не спаяны с

окружающими тканями. Недавно ребенок прошел курс лечения по поводу пневмонии. Какой Ваш диагноз ?

- A. Острый кандидозный стоматит
- B. Острый герпетический стоматит
- C. Хронический кандидозный стоматит
- D. Хронический стоматит
- E. Многоформная экссудативная эритема

4. Родители ребенка 5 месяцев жалуются на наличие у него белого налета в полости рта. Ребенок капризен, плохо ест. Общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Объективно: на слизистой оболочке щек, губ и на языке отмечается белый творожистый налет, который легко снимается. Слизистая оболочка под ним гиперемирована, отечна. Против какого возбудителя необходимо назначить лечение?

- A. Грибы рода *Candida*
- B. Стрептококки
- C. Палочка Леффлера
- D. Вирус простого герпеса
- E. Палочка Борде-Жангу

5. Родители ребенка 6 месяцев жалуются на наличие у него налета в полости рта. Мальчик беспокойный, капризничает во время еды. Объективно: на слизистой оболочке языка на фоне гиперемии и отека наблюдается налет белого цвета, который напоминает свернувшееся молоко и легко снимается. Выберите препараты для этиотропного лечения.

- A. Противогрибковые
- B. Антигистаминные
- C. Противовирусные
- D. Кератопластики
- E. Антибактериальные

6. Родители 6-месячного ребенка жалуются на отказ ребенка от еды, наличие белесоватого налета в полости рта. Ребенок спокоен. Объективно: на отечной, гиперемированной слизистой оболочке губ, щек, языка творожистый налет серовато-белого цвета. Налет легко снимается, после его удаления эрозий нет. Выберите наиболее вероятный диагноз?

- A. Острый кандидозный стоматит
- B. Острый герпетический стоматит
- C. Красный плоский лишай
- D. Мягкая форма лейкоплакии
- E. Многоформная экссудативная эритема

7. Родители ребенка 4 месяцев жалуются на беспокойное поведение ребенка, отказ от пищи и появление в полости рта налета белого цвета. Объективно: общее состояние ребенка удовлетворительное, температура тела 37,1°C. На слизистой оболочке щек, губ, твердого неба белый налет, который легко снимается. Какой дополнительный метод исследования подтвердит диагноз?

- A. Микробиологический
- B. Цитологический
- C. Иммунологический
- D. Иммунофлюоресцентный
- E. Вирусологический

8. У новорожденного ребенка мать заметила белый налет на слизистой оболочке губ. Общее состояние ребенка не нарушено. При осмотре на слизистой оболочке губ и языка обнаружено налет белого цвета, напоминающий свернувшееся молоко. Тампоном налет снимается частично. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Грибковый стоматит
- B. Дифтерия
- C. Медикаментозный стоматит
- D. Химический ожог
- E. Острый герпетический стоматит .

9. Ребенок в возрасте 1 года беспокойный, капризный, температура тела 37,2°C, отказывается от еды. Объективно: слизистая оболочка щек, преддверия полости рта, язык гиперемированы, покрыты творожистые налетом. Какие лекарственные средства необходимо назначить в первую очередь ?

- A. Противогрибковые
- B. Антибиотики
- C. Противовирусные
- D. Антисептики
- E. Противоаллергические

10. Родители ребенка 6 месяцев жалуются на наличие белого налета в полости рта у ребенка. Объективно: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, покрыта белым налетом, напоминающим свернувшееся молоко, налет легко снимается. Что является возбудителем данного заболевания?

- A. *Candida albicans*
- B. *Herpes simplex*
- C. *Streptococcus pyogenes*
- D. *Coxsackievirus*
- E. *Varicella-zoster virus*

11. Родители 5-ти летнего ребенка обратились с жалобами на отказ ребенка от приема пищи и наличие желтовато-серого налета в полости рта в течение года. Ребенок отмечает резкую сухость и жжение во рту. Объективно: на спинке и боковых поверхностях языка отмечается плотный налет светло-коричневого цвета. При попытке снятия налета больной ощутил резкую боль. У ребенка хронический бронхит, систематическое лечение антибиотиками. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Хронический гиперпластический кандидоз
- B. Острый псевдомембранозный кандидоз
- C. Острый атрофический кандидоз
- D. Хронический атрофический кандидоз
- E. Гранулематозная форма хронического кандидоза

12. Мальчику 1,6 месяцев. Находился на лечении в инфекционном отделении. Проведено лечение ампициллином. На шестой день лечения у ребенка, при осмотре, в полости рта на отечной и гиперемированной слизистой оболочке щек, губ, языка, неба были обнаружены белые точечные образования, которые легко снимаются, обнажая отечную и гиперемированную поверхность. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7 С. Определите предварительный диагноз.

- A. Острый кандидозный стоматит
- B. Медикаментозный стоматит
- C. Хронический кандидозный стоматит
- D. Острый герпетический стоматит
- E. Мягкая форма лейкоплакии

13. Ребенку 2 месяца, беспокойный, плохо спит, отказывается от приема пищи. Температура тела - субфебрильная. Объективно: на гиперемированной слизистой оболочке языка, губ, щек, неба наблюдается творожистый налет, который легко снимается тампоном. Регионарные лимфатические узлы несколько увеличены и болезненны при пальпации. Симптомы какого заболевания Вам представлены?

- A. Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит
- B. Хронический атрофический кандидозный стоматит
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Дифтерия
- E. Стоматит при кори

14. У ребенка 3 месяцев диагностирован острый кандидозный стоматит средней степени тяжести. Какие препараты следует применить для обработки ротовой полости?

- A. 10-20 % раствор буры в глицерине
- B. 2-5% раствор натрия гидрокарбоната
- C. Йодинол
- D. Мирамистин
- E. Раствор бриллиантового зеленого

15. Родители 12-летнего ребенка обратились с жалобами на наличие у него налета в полости рта, сухость и жжение в течение нескольких месяцев. Объективно: на гиперемированной, отечной слизистой оболочке губ и щек определяется плотный налет светло-серого цвета, который трудно снимается. В анамнезе у ребенка - хронический бронхит, систематическое лечение антибиотиками. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Хронический кандидозный стоматит
- B. Острый герпетический стоматит
- C. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- D. Многоформная экссудативная эритема
- E. Острый кандидозный стоматит

16. У мальчика 9 лет после лечения ортодонтическими аппаратами стоматолог обнаружил покраснение, сухость, жжение СО с выделением вязкой тягучей слюны, поражена вся поверхность губ и углов рта. Был установлен диагноз - хронический атрофический кандидоз. Что является возбудителем данного заболевания?

- A. *Candida albicans*
- B. Палочка Борде-Жангу
- C. *Streptococcus aureus*
- D. Палочка Леффлера
- E. *Actinomyces*

17. Родители 6-месячного ребенка обратились к педиатру с жалобами на появление на СО языка белого налета. Налет напоминает «свернувшееся молоко». Врач поставил диагноз - острый кандидозный стоматит. Что является возбудителем данного заболевания?

- A. Дрожжеподобные грибы рода Candida
- B. Палочка Борде-Жангу
- C. Папилломавируса
- D. Палочка Леффлера
- E. Актиномицеты

18. У ребенка 8 лет установлен диагноз - грибковый стоматит. Какое дополнительное исследование необходимо для подтверждения диагноза?

- A. Микробиологическое
- B. Иммунологическое
- C. Цитологическое
- D. Рентгенологическое
- E. Биохимический анализ крови

19. Мать 3-х месячного ребенка обратила внимание на появление на СО щек, губ и языка белого творожистого налета, который накапливается в виде пленки. После детального осмотра был поставлен диагноз - острый кандидозный стоматит. Что является возбудителем данного заболевания?

- A. Дрожжеподобные грибы рода Candida
- B. β -гемолитический стрептококк группы А
- C. Фильтрующий вирус оспы
- D. Палочка Коха
- E. Бледная трепонема

20. Родители 6- месячного ребенка жалуются на отказ мальчика от еды, наличие беловатых пленок во рту. Ребенок беспокоен. Объективно: на отечной гиперемированной слизистой оболочке губ, щек, языка серовато-белый творожеобразный налет, который легко снимается без образования эрозий. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Молочница
- B. Афта Беднара
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Скарлатина
- E. Лейкоплакия

21. Родители 4-х месячного мальчика жалуются на появление у него в ротовой полости белого налета. Ребенок отказывается от еды. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела $37,1^{\circ}\text{C}$, на слизистой оболочке щек и губ белый творожистый налет, который легко снимается, слизистая оболочка под ним гиперемирована, отечна. Был поставлен диагноз - острый псевдомембранозный кандидоз. Какие возрастные особенности строения СОПР должен учитывать врач при назначении местного лечения?

- A. Наличие тонкого слоя многослойного плоского эпителия
- B. Наличие рыхлой подслизистой основы
- C. Наличие тонкой базальной мембраны
- D. Наличие низкой дифференциации собственного слоя СОПР
- E. Наличие тонкого слоя слизистой оболочки

22. Родители жалуются на отказ 3-месячного ребенка от еды, наличие у него беловатых отложений во рту. Ребенок беспокоен. Объективно: на отечной гиперемированной слизистой оболочке губ, щек, языка серовато-белый творожистый налет легко снимается без образования

эрозий. Был поставлен диагноз - молочница. Какое дополнительное обследование необходимо сделать для окончательного установления диагноза?

- A. Микроскопическое исследование со слизистой оболочки
- B. Реакцию адсорбции микроорганизмов
- C. Флюорография
- D. Копрологическое исследования
- E. Определение гидрофильности тканей

23. У девочки 9 лет после лечения ортодонтическими аппаратами стоматолог обнаружил покраснение, сухость, жжение СО с выделением вязкой тягучей слюны, поражение всей поверхности губ и угловой части. Был поставлен диагноз - хронический атрофический кандидоз. Для окончательного установления диагноза проведено микроскопическое исследование слизистой оболочки. Какие клетки будут наблюдаться при данном заболевании?

- A. Круглые и овальные дрожжеподобные грибы и псевдомицелий
- B. Палочка Коха
- C. Бледная трепонема
- D. β -гемолитический стрептококк
- E. Вирус простого герпеса

24. Родители 4-месячного мальчика жалуются на появление у него в ротовой полости белого налета. Ребенок отказывается от еды. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела $37,1^{\circ}\text{C}$, на слизистой оболочке щек и губ белый творожистый налет, который легко снимается, слизистая оболочка под ним гиперемирована, отечна. Был поставлен диагноз острый псевдомембранозный кандидоз. Какую мазь применяют для этиотропного местного лечения молочницы?

- A. Клотримазол
- B. Ацикловир
- C. Солкосерил
- D. Флуцинар
- E. Гидрокортизон

25. У новорожденного слизистая полости рта гиперемирована, на поверхности языка и щек белые творожистые пленки. Ребенок беспокоен, отказывается от еды. Был поставлен диагноз - кандидоз. Какие препараты целесообразно использовать при лечении данного заболевания?

- A. Клотримазол
- B. Линкомицин
- C. Кислота ацетилсалициловая
- D. Кислота аскорбиновая
- E. Преднизолон

26. Родители мальчика 1,5 месяцев жалуются на капризы ребенка во время приема пищи и наличие налета в полости рта. Объективно: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, покрыта белым налетом, напоминающим свернувшееся молоко, налет легко снимается. Каким путем могла состояться передача данной инфекции?

- A. Всеми перечисленными
- B. Контактным
- C. Через инфицированные предметы
- D. Внутритрубно
- E. При прохождении через родовые пути

27. Девочка 2 лет болеет острым гломерулонефритом, лечение проводят антибиотиками широкого спектра действия. Два дня назад ребенок стал беспокойным, отказывается от приема пищи. Объективно: слизистая оболочка гиперемирована, отечна. На щеках и на твердом небе белесоватый творожистый налет в виде пленок, который трудно снимается, обнажая эрозивную поверхность. Температура тела 37°C. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Острый кандидозный стоматит
- B. Острый герпетический стоматит
- C. Рецидивирующий герпетический стоматит
- D. Многоформная экссудативная эритема
- E. Мягкая лейкоплакия

28. У мальчика 6 лет на слизистой оболочке щек, языка появился белый налет, который легко снимается. После снятия налета обнажается гиперемированная поверхность. Температура тела не повышена, регионарные лимфоузлы увеличены, не спаяны с окружающими тканями. Недавно ребенок прошел курс лечения по поводу пневмонии. Какие из фитопрепаратов целесообразно применить для местной этиотропной терапии?

- A. Все перечисленные
- B. 1% водный раствор сангвиритина
- C. 4% раствор прополиса
- D. 1% раствор юглона
- E. 2% настойку чистотела

29. Ребенок 4 лет отказывается от пищи вследствие боли и чувства жжения во рту. Наблюдается повышение температуры тела до 37,1°C. Последние десять дней ребенок принимал антибиотики по поводу острого бронхита. Объективно: слизистая оболочка ротовой полости отечна, гиперемирована. На спинке языка, слизистой щек и нижней губы наблюдаются плотные пленчатые налеты серого цвета. После их удаления остается болезненная, эрозивная поверхность. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Острый кандидозный стоматит среднетяжелой степени
- B. Острый герпетический стоматит легкой степени
- C. Острый кандидозный стоматит легкой степени
- D. Острый герпетический стоматит среднетяжелой степени
- E. Острый кандидозный стоматит тяжелой степени

30. Родители девочки 3 месяцев жалуются на повышенную раздражительность и наличие налета в полости рта у ребенка. Объективно: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, покрыта белым налетом, напоминающим свернувшееся молоко. Налет легко снимается. Врач установил диагноз - острый кандидозный стоматит. При лечении кандидоза слизистой оболочки полости рта следует соблюдать строгий гигиенический режим. В чем состоит гигиенический режим?

- A. Обработка предметов ухода за ребенком 2% р-ом натрия гидрокарбоната и многократное промывание полости рта ребенка 0,5-1 % р-ом натрия гидрокарбоната
- B. Кипячение всех предметов по уходу за ребенком
- C. Промывание полости рта ребенка отваром ромашки
- D. Обработка предметов ухода за ребенком кипяченой водой
- E. Многократное промывание полости рта ребенка 2 % раствором натрия гидрокарбоната

Часть №2. Заболевания губ и языка у детей. Самостоятельные и симптоматические хейлиты. Причины, клиника, диагностика, лечение.

Цель: Выучить классификацию, клинические признаки, а также принципы диагностики и лечения хейлитов и глосситов у детей.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Строение и функции СОПР у детей разного возраста.
2. Морфологические и функциональные особенности губ у детей разного возраста.
3. Строение языка.
4. Патоморфологические элементы поражения кожи и слизистой оболочки.
5. Методы обследования при диагностике заболеваний СОПР.
6. Этиология заболеваний СОПР.

Содержание:

Хейлит—это воспалительный процесс красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ. В детском возрасте это достаточно распространенная патология, для диагностики и лечения которой не обходимо учитывать морфо-функциональные особенности и зрелость тканей, образующих губы.

Преподаватель напоминает студентам, что губа состоит из слоя мышц, плотно соединенных с кожей, красной каймой, слизистой оболочкой. Красная кайма по сути является промежуточной формой между слизистой и кожей. Здесь эпителий имеет 4 слоя: элеидиновый, кератогиалиновый, шиповатый, базальный. Благодаря хорошо выраженному элеидиновому слою, который отсутствует в слизистой оболочке ротовой полости, красная кайма губ защищена от негативного влияния факторов внешней среды и высыхания (Л.И. Фалин, 1980). Морфологическая и функциональная зрелость тканей, образующих губы, происходит постепенно и продолжается до 12-летнего возраста. Поэтому реакция на один и тот же возбудитель имеет возрастные особенности и определяет течение патологического процесса. Так, в 1-3 года покровные ткани губ богаты клеточными элементами и сосудами, соединительнотканые структуры без четкой ориентации, реакции иммунитета (в т.ч. аллергические) слабые. Это способствует острому течению патологического процесса и его тотальному распространению. В 4-12 лет эпителий утолщается, количество кровеносных сосудов и клеток уменьшается, ослабевает интенсивность обменных процессов, четче выражена базальная мембрана. Более четкие границы между покровными тканями обуславливают относительную независимость течения патологических процессов в последних. Созревание покровных тканей ведет к уменьшению диффузных реакций организма. С другой стороны, значительное увеличение количества лимфоидно-гистиоцитарных элементов и их биологическая активность способствуют появлению склонности к возникновению аллергических реакций.

Обсуждая патогенетические механизмы развития хейлитов, внимание студентов следует обратить на то, что главным звеном здесь является нарушение архитектоники, а значит, и физиологии губ. Вот почему обычные факторы внешней среды при воздействии на физиологически неприспособленную к такому воздействию слизистую оболочку вызывают появление адаптационных реакций (облизывание губ, гиперплазию мелких слюнных желез и др.). Понимание патогенеза того или иного вида хейлита поможет правильно выбрать лечебную тактику.

Учитывая этиологию, **хейлиты** делят на:

- **самостоятельные:** эксфолиативный, контактный аллергический, метеорологический, актинический, glandулярный, микробный, хроническая трещина губы;

- **симптоматические:** атопический, экзематозный, макрохейлит (синдром Мелькерссона-Розенталя).

По характеру течения хейлиты бывают острые и хронические.

Преподаватель подчеркивает, что **эксфолиативный хейлит** является заболеванием исключительно красной каймы губ. Это хроническое заболевание, сопровождающееся постоянным слущиванием эпителия из-за нарушения ороговения. Большинство авторов считают, что в основе патологического процесса лежат нейрогенный и эндокринный механизмы (тиреотоксикоз у 80% больных). Чаще поражается нижняя губа от линии Клейна до середины красной каймы. Выделяют две формы:

- сухую - чувство сухости, стягивания, онемения губ; формирование коричневых чешуек, плотно прикрепленных в центре к красной кайме, после отторжения которых обнажается ярко-красная поверхность;
- экссудативную - белый тягучий экссудат при высыхании формирует массивные коричневые корки, после снятия которых обнажается сухая ярко-красная гладкая поверхность.

Примером хейлита, патогенез которого связан с появлением адаптационной реакции, является **гландулярный хейлит**. Он развивается как следствие гиперфункции, гиперплазии или гетеротопии малых слюнных желез. Зона поражения - место перехода красной каймы в слизистую оболочку. Жалобы: сухость и болезненность губ, шелушение, появление трещин, эрозий, мацерации. Объективно: на поверхности слизистой оболочки видно расширенные устья выводных протоков малых слюнных желез с выделяющимся светлым секретом («симптом росы»); при микробном инфицировании появляется резкая боль, отек, гнойный экссудат, возможны повышение температуры тела и регионарный лимфаденит.

Проявлением аллергической реакции замедленного типа являются **актинический и контактный аллергический хейлиты**. Метеорологические факторы имеют значение в случаях **хронической трещины губы, метеорологического хейлита**.

Внимание студентов следует обратить на то, что при симптоматических хейлитах всегда будут поражены те или иные участки кожи. Например, **атопический хейлит** развивается как симптом атопического дерматита, обостряется в осенне-зимний период. Аллергологический анамнез такого ребенка отягощен: возможны бронхиальная астма, аллергический ринит, аллергические реакции на лекарства и продукты питания, а также болезни ЖКТ. Клинически на красной кайме и прилегающих участках кожи губ, в углах рта определяются четко выраженная эритема и отек. После затухания острого процесса наблюдается лихенизация губ. Наиболее часто поражаются кожа щек, лба, локтевых и подколенных складок.

В этиологии **экзематозного хейлита** важное значение имеют микробные, пищевые, химические, медикаментозные аллергены. Выделяют острую и хроническую экзему губ. Для ее клинической картины характерен полиморфизм элементов (узелки, пузырьки, корки, трещины).

Для синдрома **Мелькерссона-Розенталя** характерна триада: макрохейлит, рецидивирующий парез лицевого нерва, складчатый язык.

После обсуждения особенностей патогенеза и клинического течения хейлитов студенты под руководством преподавателя составляют схемы лечения разных их видов.

Медикаментозная терапия предполагает применение лекарственных средств следующих групп: антигистаминные и десенсибилизирующие, витамины (В,А,С), кортикостероиды, антисептики, обезболивающие, кератопластики, седативные, антибиотики, сульфаниламиды, иммуномодуляторы, фотозащитные мази и кремы, противогрибковые и др. Следует указать на важность санации фокальных очагов инфекции, исправления нарушений архитектоники губ, устранения вредных привычек. С этой целью назначают миогимнастику, дыхательные упражнения, массаж, физиотерапевтические процедуры. Часто возникает необходимость сотрудничества с другими специалистами (дерматологом, аллергологом, невропатологом, ЛОРом).

Из физиотерапевтических методов используют лазеротерапию (хр. трещина губы), электрокоагуляцию (гландулярный хейлит), иглорефлексотерапию, Букки-терапию, фонофорез, рентгенотерапию (эксфолиативный хейлит).

Преподавателю следует подчеркнуть, что прогноз хейлитов обычно благоприятен. Однако, в отношении некоторых из них онкологическая настороженность необходима. К примеру, актинический и гландулярный хейлиты являются фоновыми заболеваниями для развития предраков красной каймы губ. Длительное течение хронической трещины губы в 6% случаев заканчивается малигнизацией (появление уплотнения краев и основания, ороговение по краям, мелкие папилломатозные разрастания в глубине трещины). Такие пациенты нуждаются в активном лечении, в т.ч. хирургическом, и диспансерном наблюдении.

Значительную часть патологии слизистой оболочки полости рта составляют заболевания языка (**глосситы**). Причины возникновения и развития глосситов, характер их клинических проявлений достаточно разнообразны. Выделяют специфические и неспецифические поражения языка и изменения его формы.

Согласно классификации Боровского Е.В. и Данилевского Н.Ф. к **специфическим** относят: десквамативный глоссит (географический язык); ромбовидный глоссит; складчатый (бороздчатый) язык; хроническую гиперплазию нитевидных сосочков языка (черней волосатый язык).

К **неспецифическим** глосситам относят: острый катаральный глоссит; абсцесс языка.

Изменения размеров языка: микроглоссия; макроглоссия.

Десквамативный глоссит – это воспалительно-дистрофическое заболевание слизистой оболочки языка, причинами которого могут быть хронические болезни ЖКТ (гастрит, гастроэнтерит, холецистит), гельминтозы, экссудативный диатез, коллагенозы (ревматизм, красный волчак).

Преподаватель подчеркивает, что общее состояние ребенка практически не меняется, в разгар рецидива заболевания субъективных ощущений может и не быть. Иногда ребенок чувствует боль и жжение во время приема острой пищи. Клинически заболевание проявляется образованием очагов десквамации эпителия языка ярко-красного цвета. Пятна неравномерны и быстро увеличиваются, несколько очагов десквамации в виде овалов и колец объединяются, образуя рисунок, напоминающий географическую карту. В местах поражения отсутствуют нитевидные сосочки, а очаги десквамации имеют мигрирующий характер. Дифференциальную диагностику следует проводить с изменениями языка при авитаминозах, системных болезнях, сифилисе, лейкоплакии, красном плоском лишае.

Специфического лечения десквамативного глоссита не существует. Однако, болеющим детям необходимо провести санацию ротовой полости, устранить местные раздражающие факторы, соблюдать гигиенические требования. Для снятия боли и парестезий используют ванночки с водным раствором цитраля (25 капель 1% спиртового р-ра на 100мл воды), 10% суспензию анестезина на растительном масле. С целью устранения десквамации назначают месячный курс пантотената натрия (вит. В5). Совместно с педиатром необходимо обследовать ребенка и провести лечение соматической патологии.

Черный волосатый язык – это заболевание, характеризующееся ороговением и гиперплазией сосочков языка, которые удлиняются более, чем на 1 см, и возникающее как следствие нарушения физиологических процессов десквамации. В анамнезе имеют место болезни ЖКТ, сопровождающиеся нарушением секреторной функции, длительное лечение антибиотиками. Дети жалуются на необычный цвет языка, чувство присутствия на нем инородного тела, неприятный запах изо рта, чувство жжения на небе, рвотный рефлекс во время разговора, ухудшение аппетита, диспепсические явления. При объективном обследовании – гиперплазированные нитевидные сосочки размещены обычно на задней и средней трети языка. Длина сосочков иногда достигает 2см и 2 мм в диаметре, напоминая волосы. Характерным

признаком черного волосатого языка является его цвет (от слабо коричневого до черного), обусловленный деятельностью хроматогенных бактерий; часто возникает сопутствующий кандидоз. Изменения на языке исчезают через 2-3 недели после нормализации функции органов ЖКТ, но иногда остаются на более длительное время. Дифференциальную диагностику проводят с изменениями языка при пигментно-папиллярной дистрофии.

Местное лечение предполагает санацию ротовой полости, соблюдение правил гигиены полости рта, использование кератопластических средств (аппликации или смазывание спинки языка 2-3 раза в день 1% раствором резорцина, 1% раствором салициловой кислоты). Эффективным оказывается использование криодеструкции (15-20 сек.). При рецидивах заболевания назначают курс гипосенсибилизирующих средств, витамины С, D, А. Грибковый глоссит требует специфического лечения.

Бороздчатый (складчатый) язык рассматривают как аномалию формы и размера. Определяется у детей с болезнью Дауна, макроглоссией, органическими болезнями центральной нервной системы. Для заболевания характерны увеличение общей поверхности языка, возникновение множества продольных и поперечных складок с нормальной структурой слизистой оболочки и сосочками на их дне и боковых поверхностях. Субъективных расстройств, как правило, нет, но задержка в глубине складок остатков пищи вызывает жжение и боль, неприятный запах изо рта. Дифференциальную диагностику складчатого глоссита проводят с синдромом Мелькерссона-Розенталя. Специфическое лечение не требуется, рекомендованы санация ротовой полости и соблюдение гигиены полости рта.

Острый катаральный глоссит возникает обычно в связи с проникновением инфекции (в основном кокковой) через поврежденный эпителий языка. Причинами воспаления могут стать различные механические факторы – острые края кариозных зубов, дефекты пломб, затрудненное прорезывание зубов, отсутствие гигиенического ухода за полостью рта, зубные отложения. Боль возникает или усиливается во время разговора, приема пищи, острой или твердой в частности. Поверхность языка гиперемирована, отечна, со следами отпечатков зубов. Через 2-3 дня от начала заболевания язык покрывается большим количеством налета (как следствие отсутствия гигиены, скопления слущенных эпителиальных клеток, выпота экссудата). Язык несколько увеличен, наблюдается умеренная саливация, грибовидные сосочки увеличены и четко выделяются на фоне налета на слизистой оболочке.

Лечение состоит в ликвидации причин заболевания, механических и химических раздражителей. Местно назначают частые полоскания (6-8 раз в день) антисептическими растительными средствами (шалфей, ромашка, календула). Для снятия боли назначают обезболивающие средства в виде аппликаций 3% р-ра новокаина на микроциде, 10% р-ра анестезина, раствор цитраля. Для снятия налета – 1-2% р-р гидрокарбоната натрия.

Микроглоссия – это состояние языка, сопровождающееся его уменьшением. Различают первичную (врожденную) и вторичную (приобретенную) формы. Считают, что первичная микроглоссия является следствием аномалии эмбрионального развития, вторичная наблюдается при некоторых общих заболеваниях - коллагенозах, специфических инфекциях. Заболевание сопровождается атрофией мышечного аппарата языка, имеет бессимптомное течение, иногда возможно нарушение речи.

Макроглоссия обусловлена чрезмерным развитием мышечного аппарата языка, сопровождающую генерализованную гипертрофию мышц челюстно-лицевой области. Врожденная макроглоссия наблюдается при болезни Дауна, микседеме, кретинизме, акромегалии. Жалобы на затрудненный прием пищи, нарушения речи, функций дыхания и глотания. Объективно: асимметрия языка, деформации зубных рядов, нарушения окклюзии, открытый прикус.

Лечебная тактика зависит от причин возникновения макроглоссии и степени увеличения языка. Если макроглоссия является симптомом общего заболевания и не вызывает

существенных функциональных нарушений, то радикального лечения не требуется. В случаях, когда увеличение языка вызывает нарушения речи, глотания, частые травмы языка, необходимо хирургическое вмешательство.

После обсуждения теоретического материала студенты под наблюдением преподавателя обследуют больных, заполняют амбулаторную историю болезни. На основании собранного анамнеза, субъективных и объективных данных студенты ставят предварительный диагноз, назначают дополнительные обследования, составляют план лечения, выполняют медикаментозную обработку слизистой оболочки языка, дают рекомендации по домашнему уходу за ребенком. Преподаватель проверяет правильность заполнения документации.

Подводя итог теоретической части занятия, преподаватель предлагает вниманию студентов тестовые задания и ситуационные задачи.

Контроль уровня усвоения знаний.

1. Этиология и патогенетические механизмы хейлитов и глосситов.
2. Особенности клиники и диагностики эксфолиативного хейлита. Лечение.
3. Особенности клиники и диагностики glandулярного хейлита. Лечение.
4. Дифференциальная диагностика актинического и метеорологического хейлитов. Лечение.
5. Микробный хейлит: особенности диагностики и лечения.
6. Симптоматические хейлиты: клинические признаки, тактика стоматолога.
7. Какие хейлиты склонны к малигнизации? Каковы признаки малигнизации?
8. Особенности клиники и диагностики десквамативного и складчатого глосситов.
9. Неспецифические глосситы: клиника и диагностика.
10. Особенности лечения глосситов у детей.

Ориентировочные тестовые задания:

1. Мальчик 7 лет жалуется на боль в уголках рта во время разговора и еды, беспокоящую в течении месяца. Болеет ОРВИ 5-6 раз в году. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°C. В углах рта трещины, покрытые белесоватым налетом, края гиперемированы, инфильтрированы. Тонус круговой мышцы рта несколько снижен, углы рта опущены. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений. Какие препараты следует назначить для этиотропного лечения?

- A. Противогрибковые
- B. Противовирусные
- C. Кератопластические
- D. Витамины
- E. Антигистаминные

2. Подросток 13 лет жалуется на сухость и шелушение губ, которые беспокоят уже 1,5 года. За помощью обратился впервые. Объективно: на границе красной каймы и слизистой оболочки губ множество сухих полупрозрачных чешуек, слегка приподнятых по краям. После их снятия обнажается ярко-красная гладкая поверхность. Кожа и углы рта не повреждены. Поставьте диагноз.

- A. Эксфолиативный хейлит, сухая форма
- B. Glandулярный хейлит
- C. Эксфолиативный хейлит, экссудативная форма
- D. Актинический хейлит.
- E. Экзематозный хейлит

3. 6-летний ребенок жалуется на болезненность и сухость губ, возникшие после длительного пребывания на открытом воздухе. При осмотре определяются сухость, незначительные отек, гиперемия, инфильтрация губ. На красной кайме множество чешуек. Каков предварительный диагноз?

- A. Метеорологический хейлит
- B. Контактный аллергический хейлит
- C. Экзематозный хейлит
- D. Актинический хейлит
- E. Атопический хейлит

4. Ребенок 8 лет жалуется на боль и чувство жжения в углах рта, что затрудняет его открывание. Объективно: в углах рта трещины и эрозии с инфильтрованными краями, покрытые серо-белым налетом, а также мацерация и гиперемия кожи. Прикус глубокий. В анамнезе дисбактериоз кишечника. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Микробный хейлит
- B. Эксфолиативный хейлит
- C. Актинический хейлит
- D. Экзематозный хейлит
- E. Аллергический хейлит

5. Для какого хейлита характерна триада: макрохейлит, складчатый язык, парез лицевого нерва?

- A. Синдром Мелькерссона-Розенталя
- B. Аллергический хейлит
- C. Атопический хейлит
- D. Экзематозный хейлит
- E. Актинический хейлит

6. Девочка 10 лет жалуется на боль во время еды. Объективно: на отечной и гиперемированной красной кайме нижней губы в зоне Клейна – корки коричневого цвета до углов рта. После снятия корок обнажается ярко-красная гладкая поверхность. Слизистая оболочка полости рта без патологических изменений. Подчелюстные лимфатические узлы несколько увеличены, подвижны, безболезненны при пальпации. Ваш вариант диагноза.

- A. Эксфолиативный хейлит, экссудативная форма
- B. Метеорологический хейлит
- C. Контактный аллергический хейлит
- D. Гландулярный хейлит
- E. Эксфолиативный хейлит, сухая форма

7. Девочка 13 лет жалуется на покраснение, сухость и чувство жжения губ, образование на них корочек. В анамнезе – вредная привычка облизывать и кусать нижнюю губу. Подобное состояние наблюдается на протяжении 2 лет в зимний период. Объективно: на гиперемированной и сухой красной кайме губ определяются прозрачные чешуйки серого цвета; кожа и слизистая оболочка губ без патологических изменений; подчелюстные лимфоузлы не пальпируются. Поставьте диагноз.

- A. Метеорологический хейлит
- B. Гландулярный хейлит
- C. Контактный аллергический хейлит
- D. Актинический хейлит

Е. Микробный хейлит

8. Ребенок 14 лет жалуется на сухость и шелушение губ, особенно в осеннее-зимний период. Объективно: красная кайма губ сухая, инфильтрирована, покрыта множественными чешуйками. Кожа губ плотная, пигментированная, определяется усиление ее рисунка, шелушение, радиальные трещины. Кроме того, присутствует сухость, лихенизация и экскориация кожи лица. Поставьте предварительный диагноз.

- А. Атопический хейлит
- В. Эксфолиативный хейлит
- С. Актинический хейлит
- Д. Метеорологический хейлит
- Е. Контактный аллергический хейлит

9. Подросток 15 лет жалуется на периодическое утолщение нижней губы, которое удерживается несколько дней. Объективно: нижняя губа почти вдвое больше по объему, ее красная кайма сухая и покрыта чешуйками; кожа в зоне поражения бледная. Какой предварительный диагноз?

- А. Макрохейлит
- В. Контактный аллергический хейлит
- С. Метеорологический хейлит
- Д. Гландулярный хейлит
- Е. Атопический хейлит

10. Девочка 11 лет жалуется на чувство сухости и стягивания губ, которые она постоянно облизывает. Объективно: красная кайма губ сухая, инфильтрирована, гиперемирована, покрыта множеством тонких чешуек. Кожа губ не повреждена. Определите предварительный диагноз.

- А. Метеорологический хейлит.
- В. Атопический хейлит.
- С. Эксфолиативный хейлит.
- Д. Актинический хейлит.
- Е. Контактный аллергический хейлит.

11. Ребенок 14 лет жалуется на сухость, зуд и жжение губ, возникшие после использования нового зубного ополаскивателя. Во время осмотра стоматолог обнаружил эритему, одиночные пузырьки и эрозии на красной кайме губ. Кожа вокруг рта отечна, гиперемирована. Определите возможный диагноз.

- А. Контактный аллергический хейлит.
- В. Гландулярный хейлит.
- С. Рецидивирующий герпес.
- Д. Атопический хейлит.
- Е. Экзематозный хейлит.

12. Подросток 14 лет обратился к стоматологу с жалобами на болезненность и шелушение губ. Объективно: слизистая оболочка губ гиперемирована, несколько отечна, определяется «симптом росы»; красная кайма покрыта чешуйками. Какой предварительный диагноз?

- А. Гландулярный хейлит.
- В. Микробный хейлит.
- С. Метеорологический хейлит.
- Д. Атопический хейлит.
- Е. Актинический хейлит.

13. 12-летний ребенок жалуется на зуд, жжение боль в губах во время разговора. Обострение процесса бывает в весенне-летний период. Объективно: красная кайма губ сухая, ярко-красная с множественными мелкими чешуйками. Поставьте предварительный диагноз.

- А. Актинический хейлит.
- В. Атопический хейлит.
- С. Метеорологический хейлит.
- Д. Микробный хейлит.
- Е. Хроническая трещина губы.

14. Девочка 15 лет обратилась к стоматологу с жалобами на сухость губ, небольшое жжение и появление чешуек. Из анамнеза известно, что ребенок лечится у врача-ортодонта по поводу открытого прикуса. Объективно: губы сухие, покрыты серо-коричневыми чешуйками, плотно прикрепленными в центре к красной кайме губ и отстающими по краям. Чешуйки размещены от угла и до угла рта вдоль линии Клейна до середины красной каймы губ, углы рта не поражены. После снятия чешуек обнажается ярко-красная гладкая поверхность. Определите предварительный диагноз.

- А. Эксфолиативный хейлит, сухая форма.
- В. Метеорологический хейлит.
- С. Актинический хейлит.
- Д. Эксфолиативный хейлит, экссудативная форма.
- Е. Атопический хейлит.

15. Ребенок 8 лет жалуется на болезненность, появление трещин в углах рта. Губы отечны, красная кайма гиперемирована, в углах рта — трещины. На коже губ — корки желтого цвета и одиночные пузырьки с гнойным содержимым. Месяц назад ребенок переболел тяжелой формой ангины. Поставьте диагноз.

- А. Микробный хейлит.
- В. Гландулярный хейлит.
- С. Атопический хейлит.
- Д. Метеорологический хейлит.
- Е. Актинический хейлит.

16. В клинику обратилась 16-летняя пациентка с жалобами на сухость в полости рта, жжение в области спинки языка. Неприятные ощущения усиливаются во время употребления острой пищи. В анамнезе — прием антибиотиков при лечении тяжелой формы пневмонии. Объективно: на фоне гиперемированной и отечной слизистой оболочки языка в складках определяется творожистый беловато-серый налет, десквамация боковых поверхностей и кончика языка. Какой возможен диагноз?

- А. Кандидозный глоссит.
- В. Медикаментозный глоссит.
- С. Глоссит Гюнтера-Меллера.
- Д. Складчатый язык.
- Е. Десквамативный глоссит.

17. Пациентка 17 лет жалуется на неприятный запах изо рта. Объективно: язык увеличен в размерах, по срединной линии есть глубокая складка, от которой в стороны отходят менее глубокие поперечные складки. При раскрытии складок видны сосочки. Какой возможен диагноз?

- A. Складчатый язык.
- B. Кандидозный глоссит.
- C. Врожденный сифилис.
- D. Ромбовидный глоссит.
- E. Десквамативный глоссит.

18. Во время профилактического осмотра у ребенка 6 лет на спинке языка наряду с зонами усиленного ороговения нитевидных сосочков врач определил очаги десквамации эпителия в виде овальных красных пятен. Грибовидные сосочки отсутствуют. В анамнезе у ребенка — дисбактериоз кишечника. Ваш диагноз?

- A. Десквамативный глоссит.
- B. Кандидозный глоссит.
- C. Герпетическое поражение языка.
- D. Острый катаральный глоссит.
- E. Ромбовидный глоссит.

19. Пациент 14 лет жалуется на чувство жжения на слизистой оболочке языка, боль при употреблении острой пищи. Во время лечения тонзиллита принимал 2-недельный курс антибиотиков широкого спектра действия. Объективно: язык покрыт серым налетом, который легко снимается. Слизистая оболочка под налетом гиперемирована, болезненна при пальпации. Какое заболевание можно диагностировать у больного?

- A. Кандидозный глоссит.
- B. Аллергический глоссит.
- C. Герпетическое поражение языка.
- D. Острый катаральный глоссит.
- E. Красный плоский лишай.

20. Пациент жалуется на ощущение присутствия инородного тела на языке, тяжести во время разговора, сухости во рту. Объективно: на спинке языка — удлиненные до 5 мм нитевидные сосочки темного цвета. Какой диагноз можно предположить?

- A. Черный волосатый язык.
- B. Острый глоссит.
- C. Складчатый язык.
- D. Ромбовидный глоссит.
- E. Десквамативный глоссит.

21. Во время профилактического осмотра у 6-летнего ребенка на спинке языка врач-стоматолог обнаружил очаги десквамации эпителия, чередующиеся с зонами повышенного ороговения нитевидных сосочков; грибовидные сосочки гипертрофированы. Субъективных ощущений нет, в анамнезе — дисбактериоз кишечника. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Десквамативный глоссит.
- B. Кандидозный глоссит.
- C. Острый катаральный глоссит.
- D. Герпетическое поражение языка.
- E. Ромбовидный глоссит.

22. Родители 5-летнего ребенка заметили неравномерное окрашивание спинки языка и обратились к детскому стоматологу. Объективно: полость рта санирована, кр=4, на спинке и боковых поверхностях языка — очаги десквамации эпителия, граничащие с зонами

гипертрофии и гиперкератоза нитевидных сосочков. В анамнезе — аллергия на некоторые пищевые продукты. Поставьте клинический диагноз.

- А. Десквамативный глоссит.
- В. Туберкулезный глоссит.
- С. Кандидозный глоссит.
- Д. Герпетическое поражение языка.
- Е. Острый катаральный гингивит.

23. Девочка 12 лет жалуется на жжение и болезненность языка, особенно при употреблении острой пищи. Объективно: на кончике и спинке языка видны овальные красные пятна. В зонах поражения отсутствуют нитевидные сосочки. Девочка указывает, что пятна периодически увеличиваются и имеют мигрирующий характер. Укажите возможный диагноз.

- А. Десквамативный глоссит.
- В. Ромбовидный глоссит.
- С. Складчатый язык.
- Д. Волосатый язык.
- Е. Малиновый язык.

24. Ребенок 14 лет обратился к стоматологу с жалобами на необычный вид языка. Объективно: на спинке языка - симметричные продольные и поперечные бороздки, на дне и боковых поверхностях которых определяются гипертрофированные сосочки. Язык увеличен в размерах. Ваш диагноз.

- А. Складчатый язык.
- В. Черный волосатый язык.
- С. Острый катаральный глоссит.
- Д. Десквамативный глоссит.
- Е. Ромбовидный глоссит.

25. Парень 14 лет жалуется на появление болезненной язвы на языке 10-12 дней назад. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад проводилось лечение зуба 26 по поводу обострения хронического периодонтита. При объективном обследовании обнаружено дефект пломбы и острые края зуба 26. Врач диагностировал травматическую эрозию языка. Выберите схему лечения такой патологии.

- А. Устранение травмирующего фактора, антисептическая обработка слизистой оболочки полости рта, применение кератопластиков.
- В. Антисептическая обработка слизистой оболочки полости рта, противовоспалительная терапия, применение кератопластиков.
- С. Антисептическая обработка слизистой оболочки полости рта, применение протеолитических ферментов, кератопластиков.
- Д. Устранение травмирующего фактора, антибиотикотерапия, применение кератопластиков.
- Е. Антисептическая обработка слизистой оболочки полости рта, склерозирующая терапия, применение кератопластиков.

26. При субъективном и объективном обследовании ребенка 7 лет на спинке и кончике языка врач обнаружил очаги в виде красных пятен овальной формы, которые, сливаясь, напоминают географическую карту. Нитевидные сосочки в зоне поражения отсутствуют. В анамнезе — дисбактериоз кишечника на протяжении 3 месяцев. Ваш диагноз.

- А. Десквамативный глоссит
- В. Ромбовидный глоссит

- C. Герпетическое поражение языка
- D. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- E. Хронический атрофический глоссит

27. Подросток 15 лет жалуется на сухость и жжение нижней губы, постоянное ее шелушение. У ребенка есть привычка постоянно отрывать сухие чешуйки. Болеет 4 года. Объективно: на красной кайме нижней губы в зоне Клейна имеются множественные чешуйки, плотно прикрепленные в центре и отстающие по периферии. Кожа не повреждена. После отрывания чешуек эрозии не образуются. Какой возможен диагноз?

- A. Эксфолиативный хейлит, сухая форма
- B. Эксфолиативный хейлит, экссудативная форма
- C. Метеорологический хейлит
- D. Актинический хейлит
- E. Экзематозный хейлит

28. Девочка 14 лет жалуется на резкое увеличение губ, зуд, чувство распирания в губах, которые связывает с привычкой грызть карандаши. Объективно: губы резко отечны, плотноэластичной консистенции напряжены, болезненны при пальпации. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Диагноз: аллергический хейлит. Какие из перечисленных препаратов необходимы в лечении девочки?

- A. Антигистаминные
- B. Противогрибковые
- C. Противовирусные
- D. Витамины
- E. Антисептики

29. 16-летний юноша жалуется на зуд и шелушение губ, чувство их стягивания, особенно обостряющиеся в осенне-зимний период. Пациент имеет привычку часто облизывать губы. Объективно: красная кайма губ гиперемирована, сухая, покрыта мелкими чешуйками. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Метеорологический хейлит
- B. Макрохейлит
- C. Атопический хейлит
- D. Эксфолиативный хейлит, сухая форма
- E. Гландулярный хейлит

30. У 12-летней девочки, имеющей привычку постоянно откусывать или отрывать сухие чешуйки на губах, после обследования была диагностирована сухая форма эксфолиативного хейлита. Какие факторы наиболее способствуют развитию этого заболевания?

- A. Нарешения психо-эмоциональной сферы
- B. Плохая экология.
- C. Ортодонтическая патология
- D. Инсоляция
- E. Герпетическая инфекция

31. 12-летняя девочка обратилась с жалобами на сухость губ, появление на них сухих чешуек, которые она скусывает. Объективно: губы покрыты серо-коричневыми чешуйками, плотно прикрепленными в центре и отстающими по краям. Чешуйки расположены вдоль линии Клейна до середины красной каймы губ от угла до угла рта. Кожа вокруг губ не поражена. После снятия

чешуек обнажается ярко-красная гладкая поверхность. Врач диагностировал сухую форму эксфолиативного хейлита. Что стало определяющим фактором в установлении диагноза?

- A. Локализация патологического процесса.
- B. Пол пациента.
- C. Возраст пациента.
- D. Наличие чешуек на губах.
- E. Боль при пальпации.

32. Пациент 12 лет жалуется на сухость и жжение спинки языка, возникшие неделю назад. По поводу пневмонии получил массивную антибиотикотерапию. Объективно: слизистая оболочка языка гиперемирована и отечна, в его складках определяется творожистый серо-белый налет. На боковых поверхностях языка есть очаги десквамации. Врач диагностировал острый псевдомембранозный кандидоз. Выберите наиболее эффективную комбинацию препаратов для местного лечения.

- A. Полоскания раствором натрия гидрокарбоната+пимафуцин
- B. Фурацилин+метиленовый синий
- C. Гидрокортизоновая мазь+солкосерил.
- D. Декамын+гидрокортизоновая мазь
- E. Фурацилин+солкосерил

33. Мать 6-летнего ребенка обратилась к стоматологу с жалобами на отказ девочки от кислых сортов ягод, фруктов, овощей. При осмотре было обнаружено: красная кайма губ гиперемирована, сухая, шелушится; на кончике языка - очаги гиперемии и десквамации овальной формы. Выберите средства для общей терапии.

- A. Витамины группы B, пантотенат натрия
- B. Витамин C, глюконат кальция
- C. Витамин A, анальгетики
- D. Витамин A, кортикостероиды
- E. Витамины A, E, C

34. Девочка 12 лет жалуется на сухость и наличие трещин на губах, болезненное открывание рта. Жалобы появились полгода назад. Врач назначил аппликации витаминных препаратов, но улучшения не произошло. Девочка болеет экссудативным диатезом, часто бывают ОРВИ (3-5 раз в году). Объективно: красная кайма губ гиперемирована, сухая, покрыта множеством корочек; в углах рта - эрозии. Слизистая оболочка ротовой полости без видимых патологических изменений. Какое дополнительное обследование поможет в постановке диагноза?

- A. Микроскопическое исследование
- B. Консультация эндокринолога
- C. Биохимический анализ слюны
- D. Общий анализ крови
- E. Биохимический анализ крови

35. Мальчик 8 лет жалуется на боль и чувство жжения в языке. В анамнезе- дискинезия желчевыводящих путей, хронический колит. Месяц назад перенес пневмонию (прошел курс антибиотикотерапии). Объективно: слизистая оболочка полости рта отечна, по линии смыкания зубов видны их отпечатки. Язык увеличен, красного цвета, покрыт белым налетом, нитевидные сосочки атрофированы. Вкусовая чувствительность изменена. Полость рта санирована. Поставьте диагноз.

- A. Грибковый глоссит
- B. Складчатый язык
- C. «Географический» язык
- D. Десквамативный глоссит
- E. «Ромбовидный» глоссит

36. Во время профилактического осмотра у 17-летнего пациента обнаружили очаги десквамации на спинке языка, напоминающие географическую карту. Со слов юноши стало известно, что язык имеет такой вид с детства, но периодически возникает чувство жжения в нем. Какие средства Вы бы рекомендовали в таком случае?

- A. Кератопластики
- B. Кератолитики
- C. Противогрибковые
- D. Кортикостероиды
- E. Ферменты

37. Девочка 11,5 лет на плановой санации пожаловалась на периодически появляющуюся и вдруг исчезающую боль в губах во время приема пищи. Объективно: слизистая оболочка губ гиперемирована, отечна, сухая, во время разговора заметны мелкие капельки слизистого секрета. Определите предварительный диагноз.

- A. Гландулярный хейлит
- B. Микробный хейлит
- C. Экзематозный хейлит
- D. Контактный аллергический хейлит
- E. Эксфолиативный хейлит

38. 7-летний мальчик жалуется на боль в уголках рта во время разговора и приема пищи в течении месяца. Часто болеет простудными заболеваниями. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°C; в уголках рта - трещины, покрытые белым налетом, гиперемированными и несколько выступающими над поверхностью краями. Тонус круговой мышцы рта снижен, уголки рта опущены. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Какую мазь следует назначить с целью этиотропного лечения?

- A. Клотримазоловую
- B. Гидрокортизоновую
- C. Бонафтоновую
- D. Гентамициновую
- E. Солкосериловую

39. Мальчик 12 лет жалуется на повышение температуры тела до 38,0°C, слабость, головную боль, боль в полости рта, появление пузырей и язв. Заболевание началось остро 3 дня назад. Мальчик болел пневмонией, получил курс антибиотиков. Объективно: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна. На слизистой оболочке губ, языка, щек наблюдаются большие эрозии, покрытые фибринозным налетом. Губы покрыты толстыми бурыми корками. На тыльной поверхности ладоней - папулы с двуконтурным рисунком. Что из перечисленных средств необходимо использовать в первую очередь при проведении местного лечения?

- A. Обезболивающие
- B. Противовоспалительные
- C. Противовирусные

- D. Противомикробные
- E. Противогрибковые

40. Ребенок 6 лет жалуется на боль и наличие высыпаний на губах. Объективно: на отечной, гиперемированной красной кайме и коже губ определяются множественные мелкие пузырьки, сливающиеся между собой в отдельных участках, эрозии и кровянистые корочки. Кроме этого, обнаружена мацерация кожи в пораженных участках. Определите предварительный диагноз.

- A. Экзематозный хейлит
- B. Актинический хейлит
- C. Атопический хейлит
- D. Эксфолиативный хейлит
- E. Метеорологический хейлит

Литература:

1. Терапевтическая стоматология детского возраста /Л.А. Хоменко, Ю.Б.Чайковский, А.В.Савичук, Н.О.Савичук и др.; под ред. проф.Л.А.Хоменко. — К. «Книга плюс», 2007. — С.506-517, 755-767.
2. Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта /М.Ф.Данилевський, А.Ф. Несин, Ж.И. Рахний. - К.: Здоровье, 1998. - С. 172-178, 311-325.
3. Данилевский Н.Ф. Фармакотерапия заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта /М.Ф.Данилевський М.Ф., М.А.Мохорт, В.В.Мохорт. - К.: Здоровье. - 251 с.
4. Терапевтическая стоматология детского возраста /Л.А.Хоменко, Ю.Б.Чайковский, А.В.Савичук [и др.] - К.: Книга плюс, 2010. - С. 693-702.
5. Елизарова В.М. Основные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей /В.М.Елизарова, С.Ю. Страхова, Л.Н. Дроботько. - М., 2008. - С. 50-53, 64-71.
6. Калюжна Л.Д. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ /Л.Д.Калюжна, Г.Ф. Білоклицька. — К.:Грамота, 2007. — С.186-197.
4. Анисимова И.В. Заболевания слизистой оболочки рта и губ (клиника, диагностика)/И.В. Анисимова, В.Б. Недосенко,Л.М. – СПб.: ООО «Мед.издательство», 2005.— 92с.

Практическое занятие № 6.

Тема: Аллергические реакции немедленного (анафилактический шок, отек Квинке, крапивница) и замедленного (медикаментозная аллергия, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона) типа, их проявления в полости рта детей разного возраста. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Цель: Изучить клинику, диагностику и лечение аллергических реакций немедленного и замедленного действия, в частности, анафилактического шока, крапивницы, отека Квинке, медикаментозной аллергии, многоформной экссудативной эритемы, синдрома Стивенса-Джонсона.

Контроль начального уровня знаний:

1. Что такое аллергия?
2. Классификация аллергенов.
3. Стадии развития аллергических реакций.

4. Типы аллергических реакций.
5. Механизм развития аллергических реакций немедленного типа.
6. Механизм развития аллергических реакций замедленного типа.
7. Первичные и вторичные элементы поражения СОПР у детей.
10. Методика обследования детей с аллергическими реакциями.
11. Аллерологические пробы, методика их проведения.
12. Десенсибилизирующие препараты, классификация, характеристика.

Содержание занятия:

В начале занятия преподаватель проверяет исходный уровень знаний студентов. Обращает внимание на то, что у медикаментозных средств существует побочное действие, которое может проявляться в полости рта, и определяется как "медикаментозная болезнь".

Токсико-аллергический процесс, обусловленный приемом лекарственных веществ, сопровождается повреждением кожных покровов и СОПР, также нередко может сопровождаться тяжелой шоковой реакцией и даже летальным исходом.

В патогенезе токсического действия лекарственных препаратов отмечается выделение биологически активных веществ (гистамин, серотонин, лимфокины), что сопровождается повреждением органов и тканей организма, угнетением функции секреторных органов и кроветворения.

Преподаватель подчеркивает, что состояние сенсibilизации сохраняется на всю жизнь и не может быть ликвидировано вместе с устранением признаков заболевания, сопровождается новыми рецидивами и непредсказуемыми результатами. Вот почему возникает необходимость в сборе тщательного аллергического анамнеза, клинического обследования, биохимического и аллергологического исследования. Безвредным для ребенка является установление чувствительности организма к лекарственному алергену при помощи реакции агломерации лейкоцитов, теста дегрануляции базофилов Шелли в крови.

Клинически **токсико-аллергические стоматиты** в детском возрасте проявляются возникновением отека и гиперемии СОПР или отдельных ее участков (губы, щеки, язык, дно полости рта, небо, зев). Одновременно на покровных тканях могут возникнуть эритематозные пятна, папулы, пузырьки и пузыри, эрозии и участки некроза. Эрозивные поверхности покрыты бело-желтой фибринозной пленкой. Вторичное их инфицирование сопровождается возникновением боли при разговоре, приеме пищи, также наблюдается болевая реакция регионарных лимфатических узлов. Характерными являются десквамативные изменения на языке - его спинка очищается от налета, атрофируются нитевидные сосочки, язык становится гладким, блестящим, резко чувствительным к различным раздражителям.

Преподаватель подчеркивает, что нередко возникают пузырьки и отек на отдельных участках кожных покровов. У ребенка появляются диспепсические расстройства, боли в мышцах и суставах, слабость. Клиника медикаментозной аллергии имеет много общего с симптомами многоформной экссудативной эритемы.

У детей прием лекарственных препаратов связан с возникновением дисбактериоза из-за уничтожения в кишечнике не только патогенной, но и сапрофитной бактериальной флоры. Клинически дисбактериоз проявляется катаральными и эрозивно-язвенными изменениями в полости рта.

Следует обратить внимание студентов на то, что аллергические медикаментозные поражения СОПР у детей дифференцируют с:

- язвенно-некротическим стоматитом Венсана,
- агранулоцитозом,
- лейкозом,
- ГГС,

- многоформной экссудативной эритемой.

Лечение медикаментозных аллергических поражений СОПР заключается в своевременном запрете приема препаратов, которые могли бы вызвать заболевание. Необходимость продолжения лечения основной патологии с использованием препаратов данной группы должно проводиться с учетом результата проб на чувствительность микроорганизмов. Стоит также использовать гипосенсибилизирующие препараты, антигистаминные средства, витамин С., препараты кальция. При выраженной интоксикации - частый прием жидкости, 30% раствор тиосульфата натрия, гемодез, полиглюкин, физиологический раствор капельно. Местно используют анестезирующие суспензии, слабые антисептики. Родителей и ребенка предупреждают о необходимости аллергической настороженности при приеме лекарственных препаратов в будущем.

Профилактика аллергических поражений:

1) Для предупреждения возникновения аллергии необходимо избегать применения антибиотиков, особенно тех, которые вводятся парентерально, сульфаниламидов и других химиотерапевтических препаратов.

2) Примерно в 20% случаев сенсibilизация организма обусловлена местным применением лекарственных препаратов белковой природы и гаптенов.

Преподаватель обращает внимание на этиологию и патогенез токсико-аллергической и инфекционно-аллергической форм многоформной экссудативной эритемы. Внимание студентов акцентируется на том, что инфекционно-аллергическая форма многоформной экссудативной эритемы является проявлением бактериальной аллергии, а токсико-аллергическая форма - медикаментозной аллергии на слизистой оболочке полости рта.

Студенты характеризуют клиническое течение различных типов многоформной экссудативной эритемы у детей. Так, **токсико-аллергическая** форма многоформной экссудативной эритемы может возникнуть вследствие приема антибиотиков, сульфаниламидов. Больные жалуются на зуд, жжение, сухость во рту, болезненные ощущения во время приема пищи, зуд кожи. На слизистой оболочке полости рта эта форма эритемы характеризуется гиперемией, отеком слизистой оболочки щек, неба, десен, языка. На слизистой оболочке возникают пузырьки и пузыри, после разрыва которых образуются афты и эрозии. Нередко отдельные афты и эрозии сливаются, образуя очаги поражения большой площади. Тяжесть проявлений токсико-аллергической формы многоформной экссудативной эритемы на слизистой оболочке полости рта обусловлена наличием изменений в других органах. Наиболее тяжелые аллергические проявления возникают в виде язвенно-некротических поражений. Иногда они занимают небольшую площадь в ротовой полости, но могут поражать всю слизистую оболочку полости рта. В таких случаях в процесс втягиваются слизистые оболочки других органов.

Развитие **бактериально-аллергической формы** многоформной экссудативной эритемы связан с наличием очагов хронической инфекции в организме: в миндалинах, в пазухах носа, в зубах с некротизированной пульпой, в периодонте и других органах. Заболевание начинается остро, сопровождается повышением температуры, болью в суставах, общей слабостью. В дальнейшем заболевание приобретает хронический рецидивирующий характер.

Эта форма эритемы проявляется различными морфологическими элементами: пятнами, папулами, пузырьками и пузырями. На слизистой оболочке полости рта на фоне эритемы появляются субэпителиальные пузырьки разных размеров и локализации. Они быстро разрушаются, на их месте образуются эрозии, покрытые фибринозным налетом. При снятии налета открывается кровоточащая поверхность. Элементы поражения локализуются на слизистой губ, языка, на щеках, деснах, в углах рта. Одновременно поражается кожа конечностей и других участков тела. Чаще элементы поражений локализуются на кистях рук и предплечьях, где имеют вид "кокард". Характерной особенностью элементов поражений красной каймы губ и кожи лица является образование корок, затрудняющих прием пищи и

открывание рта. Эрозии эпителизируются через 7-12 дней, но за это время появляются новые поражения. В результате их образования заболевание может длиться несколько месяцев.

При диагностике многоформной экссудативной эритемы, как и других аллергических заболеваний, большое значение имеет аллергологический анамнез. Кроме того, используются специфические и неспецифические тесты, в частности, кожные аллергические пробы (апликационные, скарификационные, внутрикожные) и пробирочные реакции (реакция бласттрансформации лимфоцитов, тест альтерации нейтрофилов, показатель повреждения нейтрофилов). *Следует обратить внимание студентов на то, что кожные пробы проводит исключительно квалифицированный медперсонал только в условиях стационара с реанимационной службой.*

Студенты проводят дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы с другими проявлениями аллергии в полости рта, а также с острым герпетической стоматитом, пузырчаткой, болезнью Дюринга.

Особое внимание студентов надо обратить на то, что многоформную экссудативную эритему лечат как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. Это зависит от степени тяжести заболевания. Но всегда лечение проводят вместе с педиатром и инфекционистом.

Крапивница - медикаментозная реакция, которая сопровождается очень быстрым развитием отека и появлением зуда кожи, сыпи на ней.

Крапивница начинается внезапно, непосредственно после приема лекарств, иногда через несколько минут и часов. Заболевание начинается с сильного зуда, общего недомогания, повышения температуры тела до 38-39°C, головной боли. На коже появляются эритема, макулы, папулы, начинается отек лица, слизистых оболочек. Появляются кашель, инспираторная, а в дальнейшем - инспираторно-экспираторная одышка, шумное дыхание, астматични явления.

Лечение: десенсибилизирующая терапия – для снятия отека в/м вводится 2 мл 1% раствора (20 мг) фуросемида (лазикс), проводится ингаляция 0,5-1% раствора изадрина. Учитывая, что значительный выход плазмы крови может дать развитие гипотензии, для повышения артериального давления подкожно вводят 0,1% раствора адреналина.

В основе **анафилактического шока** лежит аллергическая реакция немедленного типа между антигеном и антителом.

Формы анафилактического шока:

- молниеносная - через 1-2 секунды после введения аллергена: потеря сознания, судороги, расширение зрачков, отсутствие реакции на свет, падение артериального давления, дыхание затруднено, тоны сердца становятся глухими. Через 8-10мин. может наступить смерть.

- тяжелая форма возникает через 5-7мин. после введения аллергена: ощущение жара в теле, затрудненное дыхание, головная боль, ослабление тонов сердца, снижение артериального давления, расширение зрачков.

- среднетяжелая форма - через 30 мин. после введения аллергена. На коже появляются аллергические сыпи, зуд.

Возможны следующие варианты этой формы анафилактического шока:

- кардиогенный - с ишемией миокарда и нарушением периферической микроциркуляции;

- астмоидный или асфиктический - с бронхоспазмом, отеком гортани, гипоксией;

- церебральный - с психомоторным возбуждением, судорогами, потерей сознания, остановкой сердца и дыхания;

- абдоминальный - проявляется симптомами «острого живота» (преимущественно при введении бициллина, стрептомицина).

Причины смерти при анафилактическом шоке:

- острая дыхательная и сердечная недостаточность;

- отек мозга;

- острая почечная недостаточность,

- кровоизлияния в жизненно важные органы - мозг, надпочечники,

Отек Квинке развивается после контакта с веществом, способным вызвать анафилактические реакции, возникает локальный отек кожи, подкожной клетчатки, который сопровождается отеком слизистых оболочек в сочетании с крапивницей или без нее. Набухание подкожной клетчатки часто происходит на тыльной стороне кистей рук, ступней. При локализации отека на лице в первую очередь он проявляется на коже губ, век. Однако, отек может развиваться на любой части тела. Места отека болезненны, при нажатии ямка не образуется. Если в процесс вовлечены слизистые, то типичная локализация отека - губы, язык, гортань. Характерны жалобы на чувство онемения, распирания, зуда, который выражен значительно слабее по сравнению с крапивницей. При абдоминальном варианте отека Квинке, когда он локализуется на слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта, симптоматика начинается с тошноты, затем присоединяется острая боль, сначала локализованная, затем по всему животу.

Наибольшую опасность для жизни имеет отек гортани и вызванная им асфиксия. Распространение отека на область шеи, появление осиплости голоса, затрудненного дыхания свидетельствует о вовлечении гортани в патологический процесс.

Преподаватель акцентирует внимание на этиологии и патогенезе синдрома **Стивенса-Джонсона**. Внимание студентов обращается на то, что синдром Стивенса-Джонсона рассматривают как тяжелую форму многоформной экссудативной эритемы, при которой одновременно поражаются слизистые оболочки глаз, носа, мочеполовых органов и желудочно-кишечного тракта.

Для синдрома Стивенса-Джонсона характерно острое начало, быстрое прогрессирование, тяжелое общее состояние, высокая температура тела (40°C), интоксикация. В полости рта и на уровне сообщения кожной части губ со слизистой появляются эритемы, папулезная или везикулезная буллезная сыпь, после вскрытия папул и везикул образуются значительные, иногда кровоточащие эрозивные поверхности покрытые фибринозным налетом. Возникает воспаление слизистой оболочки трахеи, бронхов, мочеполовой системы, желудка и кишечника.

При диагностике синдрома Стивенса-Джонсона, как и других аллергических заболеваний, значение имеет аллергологический анамнез. Кроме того, используются специфические и неспецифические тесты, в частности кожные аллергические пробы (аппликационные, скарификационные, внутрикожные) и пробирочные реакции. Студенты проводят дифференциальную диагностику синдрома Стивенса-Джонсона с другими заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

В связи с тяжелым клиническим течением синдрома Стивенса-Джонсона пациенты лечатся в условиях стационара.

Врачи-стоматологи проводят симптоматическое лечение. Студенты изучают методы и средства общего и местного лечения синдрома Стивенса-Джонсона.

Общее лечение предусматривает назначение:

- антигистаминных препаратов (тавегил, кларетин);
- НПВП (мефенаминовая кислота, ибупрофен, эфералган);
- стероидных противовоспалительных средств (преднизолон, дексаметазон)
- антибиотиков (препаратов пенициллинового и цефалоспоринового ряда);
- дезинтоксикационной терапии (активированный уголь, «Энтеросгель»);;
- витаминных препаратов (группы В, аскорбиновая кислота).

Местное лечение включает:

- аппликационное обезболивание;
- антисептическую обработку полости рта;

- использование протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин), противовоспалительных средств (гель «Флуцинар», мазь «Ауробин»);

- кератопластическую терапию (облепиховое масло, масло шиповника, каротолин, мазь «Солкосерил»).

После устранения острых проявлений целесообразно провести специфическую аллергодиагностику и десенсибилизацию организма, санировать очаги хронической инфекции, восстановить иммунологическую реактивность. Необходимо максимально ограничить контакт с бытовыми аллергенами, пылью растений, домашними животными. Необходимо произвести замену медикаментов, которые могут вызвать аллергическую реакцию.

В конце занятия преподаватель подводит итог, знакомит с темой следующего занятия.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Что такое лекарственная аллергия?
2. Патогенез клинических проявлений на СОПР, вызванных медикаментами.
3. Аллергические проявления на СОПР медикаментозного характера, их лечение.
4. Аллергические проявления на СОПР, обусловленные сенсibilизацией организма.
5. Аллергические проявления на СОПР, обусловленные дисбактериозом.
6. Диагностика проявлений лекарственной аллергии на СОПР.
7. Лечение проявлений лекарственной аллергии на СОПР.
8. Предупреждение возникновения лекарственной аллергии у детей.
9. Дать определение многоформной экссудативной эритемы.
10. Этиология и патогенез инфекционно-аллергической формы многоформной экссудативной эритемы.
11. Этиология и патогенез токсико-аллергической формы многоформной экссудативной эритемы.
12. Диагностика и дифференциальная диагностика многоформной экссудативной эритемы.
13. Общее и местное лечение многоформной экссудативной эритемы.
14. Дать определение крапивницы, отека Квинке, анафилактического шока.
15. Этиология, патогенез, клиника, диагностика синдрома Стивенса-Джонсона.
16. Дифференциальная диагностика синдрома Стивенса-Джонсона с другими заболеваниями СОПР.
17. Схема общего лечения синдрома Стивенса-Джонсона.
18. Местная терапия синдрома Стивенса-Джонсона.

Ориентировочные тестовые задания:

1. Больной 10 лет, обратился с жалобами на боли во время приема пищи. Объективно: в полости рта наблюдаются гиперемированные участки слизистой оболочки твердого неба и нижней губы. На губе имеется эрозия, покрытая фибринозной пленкой. Появление этих жалоб связывает с приемом сульфаниламидов. Диагноз: токсико-аллергический стоматит. Какую терапию Вы выберете?

- А. Антигистаминные препараты
- В. Антибиотики, сульфаниламиды
- С. Противовирусные, иммуномодуляторы
- Д. Антисептики, кератопластики
- Е. Кортикостероиды

2. Ребенок 10 лет жалуется на зуд, сухость и жжение губ. Неделю назад ребенок начал пользоваться новой зубной пастой. Объективно: красная кайма и кожа губ гиперемированы, на них диагностируются мелкие пузырьки, которые в некоторых участках лопнули и мокнут. Что лежит в основе развития данного заболевания?

- A. Аллергическая реакция замедленного типа
- B. Аллергическая реакция немедленного типа
- C. Хроническое воспаление губ
- D. Аллергический стоматит
- E. Снижение иммунологической реактивности организма

3. Мальчик 10 лет жалуется на отек нижней губы, который появился внезапно после укуса осы, затрудненное дыхание. Объективно: нижняя губа увеличена в 3 раза, кожа в области отека бледная. В полости рта отмечается отек языка. Слизистая оболочка полости рта в области мягкого неба отечная. Какие лекарственные препараты нужно использовать в первую очередь?

- A. Антигистаминные препараты
- B. Антибактериальные препараты
- C. Противовоспалительные препараты
- D. Обезболивающие препараты
- E. Кортикостероиды

4. К врачу-стоматологу за срочной помощью обратилась мать девочки 8 лет. Ребенок играл во дворе, где росли цветы, и вдруг почувствовал жжение, резкую боль в правой щеке. Мать, которая была рядом, выяснила, что дочь укусила пчела. Через несколько минут мать заметила, что щека девочки резко увеличилась в размере без покраснения, контуры правого глаза превратились в щель. В таком состоянии мать привела ребенка к стоматологу. Объективно: ограниченный отек правой щеки и подорбитального участка с напряжением тканей, цвет кожи не изменен, пальпация отечного участка не болезненна. Установите диагноз.

- A. Ангионевротический отек Квинке
- B. Рожистое воспаление щеки
- C. Лимфостаз
- D. Острый периостит верхней челюсти
- E. Острая травма лица

5. Родители ребенка 9 лет жалуются на боль в ротовой полости, общую слабость, повышение температуры тела до 39-40°C. Болеет второй день. Несколько дней назад принимал антибиотики. При осмотре: общее состояние тяжелое. Губы отечны, покрыты массивными кровянистыми корками. На слизистой оболочке щек, языка, губ – обширные эрозии, покрытые беловатым налетом. Кровянистые корочки в носовых ходах, конъюнктивит правого глаза. На коже предплечья диагностируются «кокарды». Установите диагноз.

- A. Синдром Стивенса-Джонсона
- B. Гострый герпетический стоматит
- C. Аллергический стоматит
- D. Синдром Лайелла
- E. Многоформная эксудативная эритема

6. Девочка 12 лет жалуется на повышение температуры тела до 38,8°C, головную боль, наличие болезненных язв в полости рта. Из анамнеза - прошла курс антибиотикотерапии. Объективно: на гиперемированной отечной слизистой оболочке губ, щек, языка обнаружены эрозии, покрытые фибринозным налетом. На красной кайме наблюдаются трещины и кровянистые наслоения. Наблюдаются поражения слизистой оболочки трахеи и мочеполовой системы. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Синдром Стивенса-Джонсона
- B. Рецидивирующий герпетический стоматит

- C. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- D. Язвенно-некротический стоматит
- E. Многоформная экссудативная эритема

7. Мальчик 12 лет жалуется на боль в полости рта, которая появилась 2 суток назад, головную боль, повышение температуры тела до 39°C. Объективно: на коже рук - пятна, папулы и волдыри. Наблюдается катаральный конъюнктивит и ринит. Красная кайма губ отечна, покрыта кровянистыми корками. На слизистой оболочке полости рта на фоне отека и гиперемии обнаружены значительные болезненные эрозии, покрытые серо-белым налетом с отрывками оболочек пузырей по краям. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Синдром Стивенса-Джонсона
- B. Рецидивирующий герпетический стоматит
- C. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- D. Синдром Лайелла
- E. Многоформная экссудативная эритема

8. Ребенок 11 лет жалуется на боль в полости рта, общую слабость, повышение температуры тела до 39°C. Накануне переболел ангиной, принимал антибиотики. Объективно: губы отечны, покрыты массивными кровянистыми корками. На отечной и гиперемированной слизистой оболочке щек, губ, дна полости рта - множественные, обширные эрозии, покрытые светло-серым налетом. Диагностируются кровянистые корки на слизистой оболочке носа. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Синдром Стивенса-Джонсона
- B. Рецидивирующий герпетический стоматит
- C. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- D. Синдром Лайелла
- E. Многоформная экссудативная эритема

9. Девочка 12 лет жалуется на повышение температуры тела до 38,8°C, слабость, головную боль, боль во рту, наличие язв. Заболевание началось остро 2 дня назад. Девочка перенесла тяжелую форму гриппа с осложнениями, принимала антибиотики и сульфаниламиды. Объективно: слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна, на слизистой оболочке губ, щек, языка, десен большое количество эрозий, покрытых фибринозным налетом. На красной кайме губ кровянистые корки. Наблюдается поражение слизистой оболочки носа, глаз и половых органов. Какой из диагнозов наиболее вероятный?

- A. Синдром Стивенса-Джонсона
- B. Рецидивирующий герпетический стоматит
- C. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- D. Синдром Лайелла
- E. Многоформная экссудативная эритема

10. Ребенок 13 лет жалуется на высокую температуру (40°C), которая держится уже 4 дня, вялость, слабость, отсутствие аппетита. Объективно: слизистая оболочка полости рта, губ, язык резко отечны, покрыты волдырями, пузырьками, эрозиями, язвами. На коже предплечий и голеней пятна и бляшки насыщенно-красного цвета. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Синдром Стивенса-Джонсона
- B. Рецидивирующий герпетический стоматит
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

Е. Многоформная экссудативная эритема

11. Ребенок 15 лет жалуется на слабость, вялость, сыпь, которые локализуются на губах, языке, слизистой оболочке конъюнктивы и век. Объективно: слизистая оболочка губ, языка, слизистой оболочки полости рта отечна, покрыта волдырями и пузырьками разных размеров. На коже рук и ног волдыри размером 3-5 см. Какому диагнозу соответствует приведенная клиническая картина?

- А. Синдром Стивенса-Джонсона
- В. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- С. Синдром Бехчета
- Д. Острый герпетический стоматит
- Е. Многоформная экссудативная эритема

12. Родители ребенка 8 лет жалуются на плохое самочувствие ребенка, бессилие, отказ от приема пищи, высокую температуру и многочисленные высыпания. Объективно: слизистая оболочка губ покрыта толстыми кровянисто-гнойными корками, слизистая оболочка полости рта отечна, покрыта многочисленными пузырьками, пузырьками, эрозиями, язвами. Подобные поражения наблюдаются на слизистой оболочке гениталий. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Синдром Стивенса-Джонсона
- В. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- С. Острый герпетический стоматит
- Д. Хронический рецидивирующий герпес
- Е. Синдром Бехчета

13. Родители ребенка 10 лет жалуются на тяжелое состояние ребенка, высокую температуру, бессилие, слабость, отказ от еды, кровотечения из носа. Объективно: слизистая оболочка носа и губ отечна, покрыта кровянисто-гнойными наслоениями. На отечной слизистой оболочке рта многочисленные высыпания различной формы и размеров. На коже предплечий и голени – пятна и бляшки насыщенно-красного цвета. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Синдром Стивенса-Джонсона
- В. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- С. Синдром Бехчета
- Д. Острый герпетический стоматит
- Е. Хронический рецидивирующий герпес

14. Больная 16 лет обратилась к стоматологу для удаления 27 зуба. После проведения анестезии 2% раствором лидокаина она пожаловалась на пульсирующую головную боль, шум в ушах, тошноту, зуд кожи. Отмечались одышка, падение артериального давления, тахикардия, нитевидный пульс. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Анафилактический шок.
- В. Гипергликемическая кома
- С. Гипертонический кризис
- Д. Набряк Квинке
- Е. Крапивница

15. Девочке 14 лет при лечении пульпита методом витальной экстирпации было проведено обезболивание. Через несколько минут больная почувствовала зуд, чувство страха, тошноту, головную боль, острую боль за грудиной. Кожа побледнела. Пульс частый, слабо наполнен. Сознание сохранено. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Анафилактический шок
- B. Коллапс
- C. Отек Квинке
- D. Приступ эпилепсии
- E. Потеря сознания

17. Юноша 18 лет обратился к стоматологу с обострением хронического периодонтита 24 зуба. В надкостницу в области 24 зуба был введен 1 мл. 30% раствора линкомицина. Через несколько минут пациент почувствовал затруднение при глотании и дыхании, голос стал сиплым, быстро начали нарастать одышка, отечность губ, языка, появился цианоз лица и шеи. АД - 100/75 мм.рт.ст. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Отек Квинке
- B. Колапс
- C. Крапивница
- D. Обтурационная асфиксия
- E. Анафилактический шок

18. Девочка 16 лет обратилась к врачу-стоматологу для удаления 16 зуба. После проведения анестезии 2% раствором лидокаина она пожаловалась на пульсирующую головную боль, шум в ушах, тошноту, зуд кожи. Отмечались одышка, падение артериального давления, тахикардия, нитевидный пульс. Установлен диагноз - анафилактический шок. Каковы причины смерти при анафилактическом шоке?

- A. Все ответы верны
- B. Острая дыхательная недостаточность.
- C. Отек мозга
- D. Острая почечная недостаточность
- E. Острая сердечная недостаточность

19. Пациентка 15 лет через 30 мин. после введения анестетика стала беспокойной, начала жаловаться на одышку, головную боль. Объективно: на коже появилась аллергическая сыпь, зуд и появились симптомы "острого живота". Какой форме анафилактического шока соответствует данная клиническая картина?

- A. Абдоминальная форма
- B. Церебральная форма
- C. Кардиогенная форма
- D. Астмоидная форма
- E. Асфиктическая форма

20. Ребенок 7 лет проходит амбулаторное лечение по поводу катаральной ангины. На третий день лечения губы опухли, появились язвы на слизистой оболочке полости рта и боль при приеме пищи. Объективно: язык отечный, обложен, на его боковых поверхностях эрозии, отдельные эрозии на слизистой неба и подъязычной области. Кожа предплечий рук покрыта многочисленными папулами. Выберите наиболее вероятный диагноз.

- A. Многоформная экссудативная эритема
- B. Медикаментозный стоматит
- C. Грибковый стоматит
- D. Герпетический стоматит
- E. Язвенно-некротический гингивостоматит.

21. У подростка 14 лет третий рецидив многоформной экссудативной эритемы. Ребенку назначают лечение только в периоды обострения болезни. Какое лечение необходимо назначить для предупреждения рецидивов заболевания?

- A. Гистоглобулин по схеме 1-2 раза в год
- B. Диета с исключением продуктов с аллергическими свойствами
- C. Глюкокортикоиды в возрастных дозах
- D. Антигистаминные препараты в возрастных дозах
- E. Витаминотерапия

22. Девочка 12 лет находится на диспансерном наблюдении у врача гастро-энтеролога по поводу дискинезии желчных путей. К стоматологу обратилась с жалобами на боль при приеме пищи, наличие высыпаний на слизистой оболочке полости рта. При объективном обследовании на слизистой оболочке ротовой полости обнаружены эрозии, красная кайма губ покрыта геморрагическими корками. Кожа предплечий покрыта синюшными папулами с пузырьками в центре. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Многоформная экссудативная эритема, инфекционно-аллергическая форма
- B. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.
- C. Хронический герпетический стоматит
- D. Медикаментозный стоматит
- E. Язвенно-некротический стоматит

23. У мальчика 11 лет температура тела 38°C, боль в суставах и мышцах, головная боль, общая слабость. Ребенок жалуется на боль при приеме пищи и разговоре. Объективно: губы отечны, в отдельных участках покрыты кровянистыми корками. Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована. Наблюдаются эрозии неправильной формы, которые покрыты фибринозным налетом. На голених и предплечьях - папулы синюшного цвета. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Многоформная экссудативная эритема
- B. Медикаментозный стоматит
- C. Пузырчатка
- D. Экзема
- E. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

24. Мальчик 11 лет обратился к стоматологу с жалобами на невозможность употребления твердой пищи, боль во рту. Объективно: слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована. На боковой поверхности языка - афта, покрытая фибринозным налетом. Афта болезненная на ощупь, края афты приподняты. Ротовая полость не санирована. Мальчик в данный момент лечится по поводу обострения хронического гастрита. Какой предварительный диагноз можно поставить?

- A. Многоформная экссудативная эритема, инфекционно-аллергическая форма
- B. Медикаментозный стоматит
- C. Герпетический стоматит
- D. Кандидозный стоматит
- E. Травма языка разрушенной коронкой зуба

25. У мальчика 10 лет, находящегося на стационарном лечении в терапевтическом отделении детской клинической больницы по поводу обструктивного бронхита, появились жалобы на боль при приеме пищи. Из анамнеза известно, что ребенок полгода назад уже обращался к стоматологу с подобными жалобами, но стоматологическая помощь ему не оказывалась.

Объективно: на неизменной СОПР - пузырьки, наполненные серозно-геморрагическим экссудатом. Из истории болезни известно, что ребенок страдает конъюнктивитом и воспалением слизистой оболочки перианальных складок. Поставьте предварительный диагноз:

- А. Осложненная форма многоформной экссудативной эритемы (синдром Стивенса-Джонсона)
- В. Инфекционно-аллергическая форма многоформной экссудативной эритемы
- С. Медикаментозный стоматит
- Д. Острый герпетический стоматит
- Е. Пузырчатка

26. К стоматологу обратилась девочка 13 лет с жалобами на резкую болезненность губ и полости рта. У ребенка высокая температура, головная боль, боль и ломота в суставах. На коже лица и в области коленных и локтевых суставов - многочисленные высыпания. При стоматологическом обследовании на отечной, гиперемированной слизистой оболочке полости рта диагностируются пузырьки, заполненные геморрагическим экссудатом. Красная кайма губ покрыта эрозиями, сливающимися между собой. Эрозии покрыты желтовато-серым налетом и отрывками пузырей. Симптом Никольского отрицательный. Боль усиливается утром при попытке открыть рот. Ротовая полость санирована, ГИ-3.2 (плохой). Поставьте предварительный диагноз.

- А. Инфекционно-аллергическая форма многоформной экссудативной эритемы
- В. Болезнь Дюринга
- С. Пузырчатка
- Д. Синдром Стивенса-Джонсона
- Е. Болезнь Лайелла

27. Девочке 5 лет проведена инфильтрационная анестезия Sol. Lidocaini 1% для удаления 74 зуба. После инъекции у ребенка появилось двигательное беспокойство, тошнота, боль в животе. Объективно: сознание сохранено, кожа лица и шеи гиперемирована, дыхание частое, затрудненное, пульс частый, наполненный. Какое осложнение возникло?

- А. Аллергическая реакция
- В. Обморок
- С. Коллапс
- Д. Отек Квинке
- Е. Крапивница

28. При выполнении местной анестезии (2 мл - 10% лидокаина) девочка 9-ти лет вскрикнула, потеряла сознание, у нее начались генерализованные судороги. Кожа - бледная-синюшная. Пульс нащупать невозможно из-за судороги. Предварительный диагноз?

- А. Интоксикация лидокаином
- В. Отек Квинке
- С. Бронхиальная астма
- Д. Фебрильные судороги
- Е. Крапивница

29. Мальчик 15 лет обратился на прием к врачу-стоматологу. После проведения анестезии 2% раствором лидокаина пациент стал беспокоиться и пожаловался на боль в животе, тошноту, страх смерти. Сознание сохранено, кожа на лице и шее гиперемирована, дыхание учащенное, пульс нитевидный, частый, артериальное давление снижено. Какой диагноз у данного больного?

- А. Анафилактический шок
- В. Потеря сознания

- C. Крапивница
- D. Отек Квинке
- E. Коллапс

31. У девочки 13 лет наблюдается болевая реакция регионарных лимфатических узлов. При объективном обследовании обнаружены десквамативные изменения на языке – налет отсутствует, атрофированы нитевидные сосочки, язык стал резко чувствительным к различным раздражителям. Устанавливая диагноз - лекарственная аллергия, врач проводит дифференциальную диагностику с многоформной экссудативной эритемой. Чем похожа клиника медикаментозной аллергии и многоформной экссудативной эритемой?

- A. Наличием эритематозных точек, папул, пузырьков и волдырей, эрозий
- B. Наличием острого катарального гингивита, язв
- C. Ощущением зуда, наличием отека, затрудненным глотанием
- D. Наличием эритематозной точек
- E. Наличием волдырей и пузырьков

32. Хлопчик 14 лет жалуется на боль в мышцах, суставах, слабость. Объективно: отек и гиперемия слизистых оболочек зева, языка и неба. Ребенку поставлен диагноз медикаментозная аллергия. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

- A. Все ответы верны
- B. Лейкозом
- C. Агранулоцитозом
- D. Язвенно-некротическим стоматитом Венсана
- E. Багатоформною экссудативной эритемой

33. Ребенок 15 лет отказывается от приема пищи, чувствует боль в мышцах и суставах, слабость. Отмечаются диспепсические расстройства. В ротовой полости имеется отек и гиперемия СОПР. Из анамнеза известно, что ребенок лечится по поводу ОРВИ. Врач установил диагноз - медикаментозная аллергия. Каковы первоочередные действия врача при лечении медикаментозной аллергии?

- A. Отмена препаратов, которые подозреваются в причине заболевания
- B. Назначение витамина С
- C. Назначение антигистаминных препаратов
- D. Назначение антибиотиков
- E. Назначение препаратов кальция

34. Мальчик 9 лет проходит амбулаторное лечение по поводу острого отита. На третий день лечения губы опухли, появились язвы на слизистой оболочке полости рта и боль при приеме пищи. Объективно: язык отечен, обложен, на его боковых поверхностях эрозии, отдельные эрозии на слизистой неба и подъязычной области. Кожа предплечий покрыта многочисленными папулами. Выберите наиболее вероятный диагноз.

- A. Многоформная экссудативная эритема
- B. Медикаментозный стоматит
- C. Герпетический стоматит
- D. Пузырчатка
- E. Синдром Стивенса-Джонсона

35. Девочка 10 лет находится на диспансерном наблюдении у врача-гастроэнтеролога по поводу хронического гастрита. К стоматологу обратилась с жалобами на боль при приеме пищи,

наличие высыпаний на слизистой оболочке ротовой полости. На СОПР обнаружены эрозии, красная кайма губ покрыта геморрагическими корками. Кожа предплечий покрыта синюшными папулами с запавшими пузырьками в центре. Поставьте предварительный диагноз.

- А. Многоформная экссудативная эритема, инфекционно-аллергическая форма
- В. Медикаментозный стоматит
- С. Многоформная экссудативная эритема, токсико-аллергическая форма
- Д. Хроничний рецидивуючий афтозний стоматит
- Е. Экзематозний хейлит

36. У юноши 15 лет отмечается повышение температуры тела, боль в суставах. На коже верхних и нижних конечностей наблюдаются синюшно-розовые пятна диаметром 1-2 см с пузырьками в центре. На слизистой оболочке полости рта, на фоне разлитой эритемы и отека - резко болезненные эрозии, на губах - геморрагические корки. Симптом Никольского - отрицательный. Укажите наиболее вероятный диагноз.

- А. Многоформная экссудативная эритема
- В. Хроничний рецидивуючий афтозний стоматит
- С. Пузырчатка
- Д. Хронический рецидивующий герпес
- Е. Язвенно-некротический стоматит Венсана

38. Родители ребенка 7 лет отмечают, что у него через неделю после окончания лечения острого гайморита внезапно ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела до 40°C, появилась общая слабость. Приведенные симптомы сопровождаются макуло-везикулярными высыпаниями на слизистой оболочке губ, часть которых сливается между собой и образуют эрозивные поверхности, которые покрыты фибринозными наслоениями. Болезненные высыпания отмечаются также на слизистой оболочке носа и глаз. Какому заболеванию соответствует приведенная клиническая картина?

- А. Синдром Стивенса-Джонсона
- В. Синдром Бехчета
- С. Многоформная экссудативная эритема
- Д. Хронический рецидивующий афтозний стоматит
- Е. Острый герпетический стоматит

39. Родители 5-летнего ребенка обратились к врачу-стоматологу с жалобами на многочисленные высыпания у ребенка в области губ, глаз, носа. По словам родителей, данные изменения сопровождались ухудшением общего состояния ребенка - вялостью, бледностью, повышением температуры тела (до 40°C), болезненностью при мочеиспускании. Из анамнеза: ребенок продолжительное время (3 недели) принимал антибиотики. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Синдром Стивенса-Джонсона
- В. Многоформная экссудативная эритема
- С. Острый герпетический стоматит
- Д. Синдром Бехчета
- Е. Хронический рецидивующий афтозний стоматит

40. Ребенок 10 лет проходит лечение в аллергологическом диспансере. При поступлении у ребенка наблюдались следующие симптомы: общие - слабость, адинамия, температура тела 40°C, диспепсия; местные: на слизистой оболочке носа, глаз, губ - многочисленные везикулы, эрозии. Эрозивные поверхности покрыты фибринозным налетом. Какому из приведенных диагнозов соответствует данная клиническая картина?

- A. Синдром Стивенса-Джонсона
- B. Синдром Бехчета
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- E. Многоформная экссудативная еритема

Литература:

1. Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта /М.Ф.Данилевский, А.Ф. Несин, Ж.И. Рахний. - К.: Здоровье, 1998. – 408 с.
2. Данилевский Н.Ф. Фармакотерапия заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта /М.Ф.Данилевский М.Ф., М.А.Мохорт, В.В.Мохорт. - К.: Здоровье. - 251 с.
3. Терапевтическая стоматология детского возраста /Л.А.Хоменко, Ю.Б.Чайковский, А.В.Савичук [и др.] - К.: Книга плюс, 2010. – 804 с.
4. Елизарова В.М. Основные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей /В.М.Елизарова, С.Ю. Страхова, Л.Н. Дроботько. - М., 2008. – 80 с.

Практическое занятие № 7.

Тема: Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС). Причины развития. Клиника, диагностика, лечение.

Проявления в полости рта при заболеваниях пищеварительного тракта и эндокринной системы у детей.

Цель: Изучить этиологию, клинику, диагностику и лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита и особенности клинических проявлений в полости рта при заболеваниях пищеварительного тракта и эндокринной системы у детей.

Контроль начального уровня знаний:

1. Первичные и вторичные элементы поражения СОПР.
2. Морфологические особенности строения СОПР у детей.
3. Строение и функции пищеварительной системы.
4. Строение языка и сосочковый аппарат языка.
5. Особенности строения и функции эндокринных желез.

Содержание занятия:

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит - хроническое заболевание СОПР, для которого характерно появление афт с периодическими ремиссиями и обострением. Среди этиологических факторов ХРАС выделяют следующее: заболевания желудочно-кишечного тракта, которые вызывают сенсibilизацию организма (папилломатоз СОПР ЖКТ, спаечные процессы, запоры, лямблиоз, глистная инвазия), вирусы; гиповитаминоз В1, В12, С, патология эндокринной системы, нарушение клеточного и гуморального иммунитета (местного и общего) нейродистрофические воздействия.

При ХРАС меняется неспецифическая резистентность организма, вследствие этого изменяется функциональная активность антител, что приводит к смещению количественного состава микрофлоры полости рта: появляются кишечные палочки, грибы, и их ассоциации со стрептококками и стафилококками. Это способствует подавлению факторов иммунной защиты, развития гиперчувствительности замедленного типа к бактериальным и тканевым антигенам. Антитела атакуют эпителиальные клетки, которые по своей антигенной структуре похожи на некоторые бактерии, вследствие чего на СОПР появляются афты.

Первичным элементом поражения при ХРАС является пятно розового или белого цвета круглой формы, которое возвышается над уровнем СОПР. На протяжении 1-5 часов пятно превращается в афту. Афта болезненная, круглой или овальной формы, покрыта фибринозным серо-белым налетом, который трудно снимается, при снятии налета эрозивная поверхность кровоточит.

Различают три вида афт: хроническая рецидивирующая афта Микулича (заживает без рубца); афта Сеттона (заживает в течение недели, оставляя после себя рубец); герпетические язвы Куке, которые характеризуются появлением большого количества точечных афт на любом участке СОПР.

Излюбленной локализацией афт у детей является передний отдел полости рта, слизистая губ, переходная складка верхней и нижней губы, кончик и боковые поверхности переднего отдела языка, реже дно полости рта.

В патогенезе и течении заболевания различают три периода: продромальный, период высыпаний, период угасания болезни.

По степени тяжести выделяют три формы ХРАС: легкую, среднетяжелую и тяжелую. По клиническому течению И.А. Рабинович предложил следующую классификацию данного заболевания: фибринозная, которая характеризуется появлением 3-5 афт и эпителизацией их в течение 7-10 дней; некротическая, которая характеризуется первичной деструкцией эпителия и появлением некротического налета; glandулярная, которая характеризуется первичным поражением протоков слюнной железы, в связи с этим снижается ее функциональная активность; деформирующая - характеризуется образованием рубцов на месте афтозных элементов, которые меняют рельеф и конфигурацию слизистой.

Дифференциальную диагностику ХРАС проводят с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом, МЭЭ, хроническими травматическими поражениями СОПР, вторичным сифилисом, медикаментозным стоматитом, язвенно-некротическим гингивостоматитом Венсана, синдромом Бехчета.

Для постановки диагноза ХРАС необходимы сбор анамнеза жизни и заболевания, стоматологическое, копрологическое обследование, которое проводится вместе с педиатром и гастроэнтерологом.

Задача стоматолога заключается в определении степени тяжести местных симптомов и характера нарушения патологии органов пищеварения. При стоматологическом осмотре выявляются афты и оценивается первый этап пищеварения - функция откусывания и пережевывания пищи. С этой целью стоматолог должен определить состояние прикуса, выяснить продолжительность приема пищи, запивает или не запивает ребенок пищу водой (признак ленивого жевания).

Первый этап общего лечения ХРАС предусматривает регуляцию моторной деятельности кишечника и устранения запоров, лечение дисбактериоза кишечника, а также, при необходимости - дегельминтизацию. Местное лечение включает обезболивание, антисептическую обработку, применение кератопластиков (витамин А, ретинол, масло облепихи, каротолин, мазь и гель солкосерила) .

Детям с ХРАС необходимо диспансерное наблюдение: при легкой форме осмотр проводится один раз в год , при тяжелой - два раза в год. Рекомендуется вести пищевой дневник и дневник рецидива афт .

Лечение ХРАС проводится совместно с педиатром и гастроэнтерологом .

Для **синдрома Бехчета** характерна триада симптомов: рецидивирующее поражение слизистой оболочки полости рта , глаз и половых органов.

Болеют преимущественно дети и подростки. Поражение СОПР аналогично поражению при ХРАС. Афты могут быть локализованы также на слизистой оболочке половых органов, конъюнктивы. Заболевание имеет рецидивирующее течение, сопровождается высокой температурой и интоксикацией. Характерным может быть поражение глаз (рецидивирующий гипопион - ирит или иридоциклит) , которое приводит к потере зрения. Свойственна сыпь типа узловой эритемы, пиодермии, тромбозов на руках и ногах, поражение ЦНС (в литературе встречается под названием "большого афтоз Турена").

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов синдром Бехчета делится на типы:

- слизисто-кожная форма;
- классическая форма с поражением кожи оральной и генитальной области и конъюнктивы;
- суставная форма - артрит в сочетании с кожно-слизистыми поражениями;
- неврологическая форма;
- глазная форма - увеиты и поражения оральной и генитальной области.

При диагностике синдрома Бехчета , как и других аллергических заболеваний, значение имеет аллергологический анамнез. Кроме того, используются специфические и неспецифические тесты, в частности, кожные аллергические пробы (аппликационные, скарификационные, внутрикожные).

Студенты проводят дифференциальную диагностику синдромов аллергического происхождения с другими заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

В связи с тяжелым клиническим течением синдрома Бехчета больных лечат в условиях стационара.

Стоматологи проводят симптоматическое лечение. Студенты назначают средства общего и местного лечения синдрома Бехчета .

Общее лечение предусматривает назначение антигистаминных препаратов (тавегил, кларетин), НПВП (мефенаминовая кислота, ибупрофен, эфералган); СПВП (преднизолон, дексаметазон); антибиотиков (препаратов пенициллинового и цефалоспоринового ряда); витаминных препаратов (группы В , аскорбиновую кислоту); дезинтоксикационную терапию (активированный уголь, "Энтеросгель"); коррекцию питания.

Местное лечение включает аппликационное обезболивание; антисептическую обработку полости рта; использование протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин), противовоспалительных средств (гель "Флуцинар", мазь "Ауробин"); кератопластиков (облепиховое масло, масло шиповника, каротолин, солкосерил) .

После устранения острых проявлений целесообразно провести специфическую алергодиагностику и десенсибилизацию организма, санацию очагов хронической инфекции, восстановить иммунологическую реактивность организма. Необходимо максимально

ограничить контакт с бытовыми аллергенами, пылью растений, домашними животными, произвести замену медикаментов, которые могут вызвать аллергическую реакцию.

Преподаватель подчеркивает, что организм ребенка - это единственный механизм, в котором физиологические и патологические процессы тесно взаимосвязаны. Анатомо-физиологические особенности слизистой оболочки полости рта и внутренних органов имеют много общего, что обеспечивает их взаимосвязь и взаимозависимость. Ткани полости рта особенно чувствительны к нарушениям метаболизма, которые протекают и в значительной степени зависят от функций эндокринных желез и состояния органов ЖКТ. Стоматологические проявления некоторых заболеваний могут превалировать над общими проявлениями болезни, что имеет особо важное значение для диагностики.

Эндокринные железы - это железы внутренней секреции, которые не имеют выводных протоков. Продукты деятельности эндокринных желез - гормоны (биологически активные вещества, выделяемые непосредственно в кровь или лимфу). Гормоны регулируют процессы развития и роста клеток, тканей, органов и всего организма, контролируют трофические функции всех органов и систем.

Гипофиз. Передняя доля гипофиза вырабатывает гормон - соматотропин, который является основным стимулятором гистогенеза зубных тканей. При *гипофункции* железы развивается адипозогенитальная дистрофия и карликовость (нанизм). Для адипозогенитальной дистрофии характерны задержка роста организма в целом и замедленное развитие зубов. Карликовость проявляется задержкой развития всего скелета. При этом кости челюстей малых размеров, снижена эластичность кожи, имеются лучевые морщины вокруг рта. Зубы прорезываются поздно, однако сформированы правильно, имеют большие пульповые камеры, вторичный дентин образуется медленно. При *гиперфункции* гипофиза развивается гипофизарный гигантизм и юношеская акромегалия. Гипофизарный гигантизм характеризуется выраженным ускоренным развитием зубов. Коронки зубов нормальных размеров, но корни несколько удлиненные. Юношеская акромегалия развивается медленно, незаметно для больного. Увеличиваются скулы и нижняя челюсть, возникает прогнатия, расширяются межзубные промежутки. Со временем разрастаются и мягкие ткани (макрохейлит, макроглосит), гипертрофируются сосочки языка. На спинке языка образуются складки, борозды. Язык едва помещается во рту, слизистая оболочка рта плотная, бледно-розового цвета, не берется в складку. Гиперплазированные десна покрывают коронки зубов. Снижается тембр голоса за счет разрастания язычка и голосовых связок.

Щитовидная железа является одним из основных регуляторов основного обмена. Щитовидная железа вырабатывает йодированные гормоны (тироксин и трийодтиронин) и нейодированный гормон тирокальцитонин. Последний препятствует резорбции костной ткани, подавляя деятельность остеокластов и участвует в регуляции фосфорно-кальциевого обмена, что отражается на развитии зубов и лицевого скелета.

При *гипофункции* щитовидной железы (гипотиреозе) развивается эндемический кретинизм и юношеская микседема. Эндемический кретинизм в ротовой полости проявляется макроглоссией, замедленным развитием временных и постоянных зубов, гипоплазией эмали, склонностью к кариесу, увеличением размеров губ, сухостью и трещинами губ. Иногда отсутствуют зачатки постоянных зубов. При юношеской микседеме у детей прорезывание постоянных зубов а также период их замены, замедляется. Нарушается последовательность прорезывания зубов. Структура зубных тканей не изменена. Язык, губы значительно увеличены в размерах, склонны к сухости.

Гиперфункция щитовидной железы (тиреотоксикоз) характеризуется преждевременным прорезыванием зубов, склонностью к множественному кариесу в пришеечной области зубов. Заболевание сопровождается катаральным гингивитом, стоматитом, глосситом. Отмечается

десквамация эпителия языка. Больные жалуются на снижение вкусовых ощущений и жжение слизистой оболочки. В пубертатном периоде возникает гипертрофический гингивит.

Паращитовидные железы продуцируют гормон паратиреоидин (паратгормон, паратирин), регулирующий обмен кальция и уровень неорганического фосфора. Эти железы играют важную роль в минерализации твердых тканей зуба.

При *гипофункции* наблюдается гипоплазия эмали постоянных резцов и первых моляров, возможно развитие кандидоза слизистой оболочки, пародонтита. Появляется ощущение стянутости губ, жжение и сухость во рту. Отмечается сухость кожи, ломкость ногтей, волос. Возникают приступы тетании (тонические судороги при гипокальциемии), появляется чувство онемения и покалывания языка.

При *гиперфункции* паращитовидных желез наблюдается избыточное выделение паратгормона, что приводит к развитию болезни Реклингхаузена (фиброзная остеодистрофия), при которой происходит замена костной ткани фиброзной массой. Это генерализованная болезнь скелета, в основе которой лежит активация функции остеокластов и угнетение остеобластов. Характерными симптомами являются боль в суставах, размягчение костей, резкая деформация скелета. В альвеолярном отростке - прогрессирующая резорбция костной ткани с расшатыванием и выпадением зубов.

Надпочечники выделяют ряд гормонов: глюкокортикоиды (кортизон, кортикостирон), минералокортикоиды (альдостерон), половые гормоны (эстрадиол, тестостерон), адреналин и норадреналин. Благодаря этому надпочечники активно участвуют в регуляции углеводного, белкового, минерального и водно-электролитного обмена.

Гиперфункция коркового вещества надпочечников проявляется болезнью Иценко-Кушинга. Возникает ожирение лица, шеи, груди, живота. Лицо становится круглым, щеки – надутыми, вишнево-красного цвета. Кожа сухая, образуются угри, фурункулы. Слизистая оболочка полости рта отечна, имеются отпечатки зубов на щеках и языке. Часто образуются эрозии и язвы, которые заживают длительное время. Возможно присоединение кандидоза.

При *гипофункции* коры надпочечников возникает болезнь Аддисона (у детей встречается очень редко). Характерным признаком болезни является специфическая пигментация кожи и слизистой оболочки. В полости рта, на губах, по краю языка, десен, слизистой оболочки щек появляются небольшие пятна или полосы синеватого, серовато-черного, коричнево-красного цвета. Эти изменения в полости рта и на коже возникают вследствие отложения большого количества меланина. Характерны также и общие симптомы: артериальная гипертензия, тошнота, рвота, понос, истощение.

Поджелудочная железа вырабатывает гормон инсулин, который регулирует уровень глюкозы в крови. Отсутствие образования инсулина или уменьшение его количества приводит к сахарному диабету, при котором увеличивается содержание глюкозы в крови. Проявления в полости рта нередко являются первыми признаками болезни, выраженность которых зависит от степени и продолжительности сахарного диабета. Ранним симптомом диабета является ксеростомия (сухость во рту), как следствие дегидратации организма. Возникает жажда, повышается аппетит, усиливается диурез. Слизистая оболочка становится слабо увлажненной или сухой, мутной, со значительным накоплением налета, часто гиперемированной. Развивается катаральный гингивит, возможны кровоизлияния и эрозии. Слизистая оболочка легко травмируется. Иногда возникает сладковатый привкус во рту. При высоком содержании сахара в крови возникают изменения спинки языка: она покрывается белым налетом, высыхает, образуются трещинки. У больных возможно снижение вкусовых ощущений соленого, сладкого, кислого. Образуются трофические язвы с длительным течением и замедленной регенерацией. Нередко пациенты жалуются на зуд слизистой оболочки, кожи в области гениталий и других частях тела. Возникает краевой пародонтит. Сначала развивается катаральное воспаление, затем образуются пародонтальные карманы с грануляционной тканью, альвеолярная кость

рассасывается. Возникает грибковый стоматит, микотическая заеда. Резко снижается сопротивляемость организма.

Состояние желудочно-кишечного тракта, функционирование всех его отделов отражается на состоянии СОПР. Типичными проявлениями патологии ЖКТ в полости рта являются изменения языка (налет на языке, отек, десквамация эпителия, изменение сосочкового аппарата, нарушение вкусовых ощущений). Изменение цвета слизистой оболочки рта, наличие афт и эрозий, нарушение слюноотделения также являются проявлениями расстройств желудочно-кишечного тракта.

Хронический гастрит с повышенной кислотопродуцирующей функцией:

- наличие беловато-желтого или серовато-желтого налета в средних и дистальных участках спинки языка;
- гипертрофия нитевидных и грибовидных сосочков языка;
- отек языка;
- боль и жжение языка при употреблении пищи;
- катаральный гингивит;
- гиперсаливация.

Хронический гастрит с пониженной кислотопродуцирующей функцией:

- налет на языке отсутствует, поверхность гладкая, блестящая с яркими, красными пятнами и полосами, "лакированный" язык;
- атрофия сосочков (атрофический глоссит);
- покальвание, жжение, боль при приеме пищи;
- десквамация эпителия;
- металлический привкус во рту;
- ксеростомия;
- ангулярный хейлит;
- генерализованный гингивит (рыхлость и кровоточивость десен).

Язва желудка и 12 - перстной кишки:

- налет на языке серого цвета плотно прикреплен в области корня языка;
- участки мигрирующей десквамации;
- гипертрофия грибовидных сосочков в виде ярко-красных пятнышек, которые возвышаются над слизистой;
- снижение вкусовых ощущений к сладкой пище;
- в период обострения болезни - гиперсаливация;
- микротрещины, афты и эрозии на поздних стадиях болезни и в период обострения.

Хронический энтерит:

- бледность кожи и слизистой оболочки полости рта;
- десквамативный гингивит;
- ангулярный хейлит;
- ксеростомия;
- желтый налет в дистальных отделах языка, преимущественно утром;
- притупление вкусовых ощущений натошак;
- отек языка.

Хронический колит:

- отек языка;
- пастозность слизистой оболочки полости рта и языка;
- десквамация эпителия с образованием эрозий, кровоизлияний;
- рецидивирующие афты в полости рта;
- хронический кандидоз в форме хейлита, глоссита, стоматита;
- притупление вкусовых ощущений натошак.

Хронический гепатит:

- парестезия слизистой оболочки языка и полости рта;
- горечь во рту (кислый привкус);
- слизистая оболочка неба желтоватого цвета.

Холецистохолангит и дискинезия желчевыводящих путей:

- желтоватый оттенок слизистой оболочки мягкого неба и небных дужек, режес - щек;
- желтоватый налет на языке;
- усиление капиллярного рисунка неба;
- гиперплазия эпителия концевых отделов выводных протоков малых слюнных желез мягкого неба.

Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта часто сопровождаются поражением губ, отмечается сухость и шелушение красной каймы, образование вертикальных трещин. Трещины, мацерация и слущивание эпителия отмечаются также в углах рта. Причиной этих изменений являются:

- нарушение всасывания витаминов и их эндогенного синтеза (особенно группы В) при дисбактериозе кишечника;
- усиленное разрушение витаминов В и РР и С при гипоацидном гастрите;
- нарушение обмена витаминов А, С , РР и каротина при язвенной болезни 12-перстной кишки.

Во время проведения занятия преподаватель подчеркивает студентам важность установления правильного диагноза заболевания. С этой целью следует провести детальный сбор анамнеза жизни и заболевания, тщательный осмотр слизистой оболочки полости рта, провести дифференциальную диагностику со специфическими и инфекционными заболеваниями, травматическими поражениями и аллергическими состояниями; провести дополнительные обследования (анализ крови, мочи); направить пациента к педиатру, гастроэнтерологу, эндокринологу, которые проводят общее лечение данного заболевания амбулаторно или в условиях стационара.

Врач-стоматолог проводит симптоматическое лечение в период ремиссии патологического процесса. Студенты составляют план местного лечения и дают рекомендации по уходу за полостью рта в домашних условиях. В конце занятия преподаватель подводит итог, объявляет оценки и знакомит студентов с вопросами следующего занятия .

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Этиология , патогенез и диагностика ХРАС. Первичные и вторичные элементы поражения слизистой оболочки полости рта .
2. Дифференциальная диагностика ХРАС.
3. Лечение и профилактика ХРАС.
4. Этиология, патогенез, клиника, диагностика синдрома Бехчета.
5. Схема общего лечения синдрома Бехчета.
6. Местная терапия синдрома Бехчета.
7. Гипо- и гиперфункция гипофиза. Основные клинические проявления в полости рта.
- 8 . Проявления в полости рта при болезнях щитовидной и паращитовидных желез.
9. Проявления в полости рта при болезни Иценко-Кушинга.
10. Основные симптомы болезни Аддисона в ротовой полости.
11. Основные симптомы, которые проявляются в полости рта при сахарном диабете.
12. Назвать основные изменения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
13. Провести дифференциальную диагностику изменений в полости рта при хронических гастритах .

14. Особенности изменений СОПР при патологии печени и дискинезии желчевыводных путей.
15. Тактика врача-стоматолога при лечении проявлений на СОПР заболеваний ЖКТ и эндокринной системы.

Ориентировочные тестовые задания:

1. Ребенок 12 лет обратился к врачу с жалобами на чувство боли при жевании. Со слов матери у ребенка раз в полгода, а иногда и чаще, появляются "язвы" в различных участках слизистой оболочки полости рта, которые самостоятельно заживают в течении 7-10 дней. Мальчик имеет плохой аппетит, жалуется на периодические боли в животе, частые запоры. Ребенок находится на диспансерном наблюдении у гастроэнтеролога. Объективно: на слизистой оболочке щек и губ - мелкие эрозии овальной формы, окруженные ободком гиперемии, покрытые фибринозным налетом. Поставьте диагноз:

- A. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- B. Острый герпетический стоматит
- C. Рецидивирующий герпетический стоматит
- D. Многоформная экссудативная эритема
- E. Острые респираторные вирусные инфекции

2. Девочка 12 лет жалуется на наличие язв в полости рта и боль, особенно во время еды. Объективно: по переходной складке слизистой оболочки в области фронтальных зубов нижней челюсти обнаружено 3 афты раз мером 5 мм, покрытые желтоватым налетом, окруженные воспаленной каймой красного цвета, резко болезненны. Установлен диагноз: хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Препараты какой группы следует назначить ребенку до обследования у аллерголога для общего лечения ?

- A. Гипосенсибилизирующие
- B. Противовирусные
- C. Противогрибковые
- D. Нестероидные противовоспалительные
- E. Антибиотики

3. Пациент 14 лет находится на лечении в стационаре по поводу обострения хронического колита. Объективно: в полости рта 4 круглых эрозии с ободком гиперемии на боковой поверхности языка и в области переходной складки в проекции зуба 45. Какие препараты следует назначить в первое посещение для лечения данных элементов высыпания?

- A. Обезболивающие, антисептики
- B. Обезболивающие, противовирусные
- C. Обезболивающие, противогрибковые
- D. Обезболивающие, антибиотики
- E. Кератопластики

4. Родители ребенка 8 лет жалуются на наличие у него в полости рта болезненного образования, что препятствует приему пищи. Похожие жалобы наблюдались 2 года назад. На боковой поверхности языка обнаружена эрозия размером до 0,6 см овальной формы, покрыта налетом серо-желтого цвета, окруженная гиперемированной полоской, болезненная при пальпации. Полость рта санирована. В анамнезе у ребенка – хронический холецистохолангит. Установите диагноз .

- A. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- B. Травматическая эрозия
- C. Многоформная экссудативная эритема

D. Синдром Бехчета

Э. Синдром Стивенса-Джонсона

5. Ребенок 15 лет жалуется на болезненные эрозии в полости рта, которые возникают и исчезают в течение нескольких дней, а через 3-4 месяца появляются вновь. Объективно: на слизистой оболочке нижней губы обнаружена эрозия округлой формы размером 6,5 мм с четкими краями, окруженную ободком гиперемии, с ровной поверхностью, покрытую сероватым налетом, при прикосновении резко болезненную. После обследования установлен диагноз: ХРАС. Какие препараты для местного лечения следует применить чтобы снять отек и воспаление в первые дни?

A. Кортикостероиды

B. Анестезирующие

C. Кератопластики

D. Противомикробные

Э. Десинсублизирующие

6. Ребенок 10 лет жалуется на наличие в полости рта болезненного образования, мешающего приему пищи. Данную симптоматику впервые почувствовал 2 года назад. В анамнезе: хронический колит. Объективно: полость рта санирована, ортодонтической патологии нет. На СОПР нижней губы слева выявлено небольшую болезненную эрозию овальной формы, с четким гиперемированным контуром, покрытую серовато-белым налетом. Лимфоузлы не увеличены. Поставьте диагноз.

A. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

B. Афтоз Сеттона

C. Рецидивирующий герпетический стоматит

D. Папулезный сифилис

E. Острый герпетический стоматит

7. Ребенок 11 лет жалуется на наличие в полости рта безболезненного образования, которое мешает приему пищи. Подобная симптоматика впервые отмечалась 2 года назад. На дне полости рта обнаружена эрозия небольших размеров овальной формы, покрыта налетом серо-белого цвета, с гиперемированными и инфильтрированными краями. Поставьте предварительный диагноз. Какую схему местного лечения нужно выбрать для лечения данной патологии?

A. Обезболивание, антисептики, кератопластические средства

B. Обезболивание, противовирусная терапия, кератопластические средства

C. Удаление травмирующего фактора, ушивание повреждения

D. Устранение раздражающего фактора, антисептическая обработка, обезболивание, кератопластики

Э. Десинсублизирующие, кератопластики

8. Ребенок 10 лет обратился к стоматологу с жалобами на периодическое появление в полости рта болезненных высыпаний. Объективно: на несколько отечной с цианотичным оттенком слизистой оболочке альвеолярного отростка в области зубов 41 и 31 обнаружена небольшую афту с гиперемированными краями, покрытую фибринозным налетом. Спинка языка покрыта плотным налетом серовато-белого цвета с участками гиперплазии сосочков и десквамации эпителия. Слизистая оболочка щек отечная. В анамнезе боль в животе после еды, поносы, запоры. Данная симптоматика характерна для:

A. Дисбактериоза кишечника

B. Язвенной болезни

- С. Холецистохолангита
- Д. Хронического гастрита с повышенной кислотопродуцирующей функцией
- Э. Острого гастрита

9. Родителей 3-летнего ребенка беспокоит состояние его здоровья, что характеризуется: низкой активностью, плохим развитием речи, большим размером языка (язык не помещается во рту) и усиленным слюноотделением. Также стало известно о позднем прорезывании постоянных зубов. При осмотре: лицо округлой формы, бледное, кожа сухая, пастозная, губы несколько увеличены. Слизистая оболочка полости рта анемичная, отечная, язык большой с выраженными борознами, нитевидные сосочки гиперплазированные, значительное слюнотечение, кп=6. Данные симптомы наблюдаются при:

- А. Гипотиреозе
- В. Гипертиреозе
- С. Гипопаратиреозе
- Д. Гиперпаратиреозе
- Е. Гипофункции гипофиза

10. Ребенок 15 лет жалуется на боль при открывании рта. При осмотре обнаружены сухость и шелушение кожи лица и красной каймы губ. В углах рта наблюдаются болезненные труднозаживающие трещины, покрытые белым налетом. Отмечается сухость слизистой оболочки полости рта, отек, застойная гиперемия и кровоточивость десен. В анамнезе: ожирение I степени, повышенное продуцирование гормонов надпочечников. Для какого заболевания характерны данные симптомы?

- А. Болезнь Иценко - Кушинга
- В. Сахарный диабет
- С. Микседема
- Д. Гипотиреоз
- Е. Гипертиреоз

11. При стоматологическом обследовании 8-летнего ребенка были выявлены следующие симптомы: желтоватый оттенок слизистой оболочки мягкого неба и небных дужек, усиленный капиллярный рисунок в области неба, отек десневого края в области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей, несколько увеличенные концевые отделы выводных протоков малых слюнных желез на мягком небе, желтый налет задней трети спинки языка. На слизистой оболочке щек отпечатки зубов, по линии их смыкания. Данные симптомы характерны для:

- А. Холецистохолангита
- В. Хронического гепатита
- С. Хронического энтерита
- Д. Хронического гастрита с повышенной кислотопродуцирующей функцией
- Е. Хронического гастрита с пониженной кислотопродуцирующей функцией

12. Родители 3-летнего ребенка обратились к врачу-стоматологу с целью санации полости рта. В анамнезе: преждевременное прорезывание молочных зубов. Объективно: множественный кариес с преобладанием острого течения процесса, кп=9. Отмечается сухость слизистой оболочки полости рта и гиперемия десен. Дёсна кровоточат при прикосновении. Состояние какой эндокринной железы необходимо обследовать у данного ребенка?

- А. Щитовидной
- В. Поджелудочной
- С. Гипофиза

D. Надпочечников

Э. Парацитовидных желез

13. Ребенок 10 лет жалуется на постоянную слабость, жажду, повышенный аппетит, сухость в полости рта. Объективно: кожа лица сухая, в уголках рта наблюдается незначительное шелушение кожи. Слизистая оболочка десен отечна, цианотична. Поверхность языка сухая, покрыта беловатым налетом. Данные анализа крови: глюкоза - 10 ммоль/л, мочевины - 10 ммоль/л. Поставьте предположительный диагноз.

A. Сахарный диабет

B. Болезнь Аддисона

C. Болезнь Иценко-Кушинга

D. Гипотиреоз

Э. Микседема

14. Во время стоматологического обследования у ребенка 7 лет наблюдаются явления застойной гиперемии и отек десневого края в области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей. Поверхность задней трети спинки языка покрыта желтоватым налетом. На мягком небе обнаружены усиление капиллярного рисунка и гиперплазия эпителия концевых отделов выводных протоков малых слюнных желез. На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов наблюдаются отпечатки зубов. Консультация какого специалиста необходима ребенку?

A. Гастроэнтеролога

B. Пульмолога

C. Кардиолога

D. Ревматолога

Э. Аллерголога

15. Во время стоматологического обследования у парня 16 лет было обнаружено следующее: малые размеры челюстных костей, пониженную эластичность кожи лица, лучевые морщины вокруг уголков рта. На ортопантограмме - правильно сформированные зубы с большими пульпарными камерами. Наблюдается замедленное развитие всего скелета. Для какого заболевания характерна данная клиническая картина?

A. Карликовость

B. Гипофизарный гигантизм

C. Фиброзная остеодистрофия

D. Болезнь Иценко-Кушинга

E. Аддисонова болезнь

16. Во время стоматологического обследования у парня 16 лет было выявлено следующее: малые размеры челюстных костей, пониженная эластичность кожи лица, лучевые морщины вокруг уголков рта. На ортопантограмме - правильно сформированы зубы с большими пульповыми камерами. Наблюдается замедленное развитие всего скелета. Консультация какого специалиста необходима в первую очередь в данной клинической ситуации?

A. Эндокринолога

B. Гастроэнтеролога

C. Кардиолога

D. Гематолога

E. Дерматолога

17. К врачу-стоматологу на консультацию обратился юноша 17 лет с жалобами на наличие на губах, языке, слизистой оболочке щек и десен пятен и полос синеватого и серовато-черного цвета. Такие же пятна и полосы на коже. Кроме того пациент жалуется на повышение АД, истощение и диспепсические расстройства. При каком заболевании наблюдаются данные симптомы?

- A. Аддисоновой болезни
- B. Сахарном диабете
- C. Карликовости
- D. Фиброзной остеодистрофии
- E. Юношеской микседеме

18. К врачу-стоматологу обратилась девушка 16 лет с жалобами на ощущение металлического привкуса и сухости во рту, покалывание и жжение языка при употреблении пищи, кровоточивость десен. Объективно: десна рыхлые и кровоточат; поверхность языка гладкая и блестящая с красными пятнами, налет отсутствует, сосочки языка атрофированы. При каком заболевании наблюдаются данные симптомы?

- A. Хронический гастрит с пониженной кислотопродуцирующей функцией
- B. Хронический гастрит с повышенной кислотопродуцирующей функцией
- C. Хронический гепатит
- D. Дискинезия желчевыводящих путей
- E. Сахарный диабет

19. Юноша 17 лет жалуется на наличие белых блестящих пятен на центральных и коренных зубах верхней и нижней челюстей, ощущение стянутости губ, изжогу и сухость во рту, покалывание и чувство онемения языка. Кроме того, жалуется на сухость кожи, ломкость ногтей и волос, приступы тонических судорог. Данные симптомы могут возникнуть при:

- A. Гипофункции паращитовидных желез
- B. Гастрите
- C. Сахарном диабете
- D. Юношеской акромегалии
- E. Энтероколите

20. Изменения в полости рта при гипофункции щитовидной железы, а именно: позднее прорезывание зубов, задержка развития костей лицевого скелета, зубочелюстные деформации обусловлены нарушением:

- A. Кальций-фосфорного обмена
- B. Углеводного обмена
- C. Липидного обмена
- D. Всасывания железа
- E. Окислительно-восстановительных процессов

21. Причиной развития заболевания Иценко-Кушинга являются:

- A. Гиперпродукция гормонов коры надпочечников
- B. Нарушение образования инсулина
- C. Гипофункция гормонов коры надпочечников
- D. Гипофункция щитовидной железы
- E. Гиперфункция передней доли гипофиза

22. Чрезмерное развитие у ребенка восходящей ветви нижней челюсти, макроглоссия, гипертрофия сосочков языка, складчатый язык, утолщение губ, гиперплазия десен характерны для:

- A. Юношеской акромегалии
- B. Адипозо-генитальной дистрофии
- C. Карликовости
- D. Аллергической реакции немедленного типа
- E. Болезни Аддисона

23. При осмотре полости рта у пациента 15 лет выявлен хронический катаральный гингивит, массивные отложения налета на языке, гипертрофия нитевидных и грибовидных сосочков языка. Данная клиническая картина характерна для:

- A. Гиперацидного гастрита
- B. Гипоацидного гастрита
- C. Холецистохолангита
- D. Сахарного диабета
- E. Дискинезии желчевыводящих путей

24. Пигментация слизистой оболочки боковых поверхностей языка, десен, щек, губ в виде пятен и полосок, вызванная повышенным производством меланостимулирующего и адренкортикотропного гормонов в ответ на низкий уровень гормонов надпочечников в крови, является характерным признаком:

- A. Болезни Аддисона
- B. Болезни Иценко-Кушинга
- C. Болезни Гоше
- D. Болезни Леттерера-Сиве
- E. Болезни Реклингхаузена

25. Родители ребенка 7 лет жалуются на плохое самочувствие ребенка, общую слабость, вялость, повышение температуры тела, высыпания в полости рта, на коже лица и слизистой оболочке половых органов. Объективно: на гиперемизированной слизистой оболочке полости рта множественные афтозные высыпания, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные на ощупь. Аналогичные проявления наблюдаются на слизистой оболочке половых органов. Какой диагноз из приведенных ниже наиболее вероятный?

- A. Синдром Бехчета
- B. Синдром Стивенса-Джонсона
- C. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- D. Многоформная экссудативная эритема
- E. Острый герпетический стоматит

26. Ребенок 14 лет жалуется на головную боль, вялость, слабость, повышение температуры тела, боль в полости рта во время еды, болезненность в области глаз и гениталий. Объективно: на слизистой оболочке полости рта, конъюнктивы, гениталий множественные афтозные высыпания, резко болезненные на ощупь, покрытые фибринозными наложениями. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятный в данном случае?

- A. Синдром Бехчета
- B. Синдром Стивенса-Джонсона
- C. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- D. Острый герпетический стоматит

Е. Хронический рецидивирующий герпес

27. Ребенок 12 лет жалуется на плохое самочувствие, общую слабость, повышение температуры тела, боль в суставах нижних конечностей; отказывается от пищи. Объективно: на слизистой оболочке полости рта и коже лица, рук, ног высыпания в виде афтозной и узловой эритемы, пальпация коленных суставов болезненна, движения в суставах ограничены. Какому заболеванию соответствуют данные симптомы?

- А. Синдром Бехчета
- В. Синдром Стивенса-Джонсона
- С. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- Д. Многоформная экссудативная эритема
- Е. Острый герпетический стоматит

28. Ребенок 13 лет жалуется на плохое самочувствие, общую слабость, вялость, болезненность в области глаз, гениталий и во время приема пищи, многочисленные высыпания. Объективно: на слизистой оболочке полости рта и конъюнктивы многочисленные афтозные высыпания, высыпания в области гениталий. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Синдром Бехчета
- В. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- С. Синдром Стивенса-Джонсона
- Д. Острый герпетический стоматит
- Э. Рецидивирующий герпетический стоматит

29. Ребенок 12 лет обратился к стоматологу-педиатру с жалобами на болезненные высыпания на слизистой оболочке щек, губ, половых органов, общую слабость, повышение температуры тела. Из анамнеза: 2 недели назад проходило лечение по поводу острого гайморита. Каков, по Вашему мнению, наиболее вероятный диагноз?

- А. Синдром Бехчета
- В. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- С. Многоформная экссудативная эритема
- Д. Острый герпетический стоматит
- Е. Хронический рецидивирующий герпетический стоматит

30. Родители ребенка 7 лет обратились к стоматологу-педиатру с жалобами на плохое самочувствие ребенка, высокую температуру тела, отказ от еды, ограниченность движений ребенка. Объективно: на слизистой оболочке полости рта и на коже вокруг рта многочисленные афты, резко болезненные на ощупь. Движения в плечевых и коленных суставах вызывают резкую болезненность. Из анамнеза: 3 недели назад ребенок лечился у гастроэнтеролога по поводу хронического гастрита. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятный в данном случае?

- А. Синдром Бехчета
- В. Синдром Стивенса-Джонсона
- С. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- Д. Многоформная экссудативная эритема
- Е. Острый герпетический стоматит

31. Родители 6-летнего ребенка обратились на консультацию к стоматологу-педиатру с жалобами на множественные высыпания на СОПР, коже лица, рук, ног, боль в глазах, плохое самочувствие, повышение температуры тела, отказ от пищи. Ребенок проходил длительное

лечение по поводу хронического тонзиллита. Объективно: на слизистой оболочке щек, губ, конъюнктивы глаз множественные афтозные высыпания; на коже рук и ног высыпания в виде узловой эритемы, пиодермия. Поставьте диагноз?

- A. Синдром Бехчета
- B. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Синдром Стивенса-Джонсона
- Э. Многоформная экссудативная эритема

32. Ребенок 13 лет обратился к стоматологу-педиатру с жалобами на множественные болезненные высыпания на слизистой оболочке щек, неба, губ, коже вокруг рта. Подобные проявления и ощущения наблюдаются в генитальной области и в области глаз. Для какого заболевания характерна данная клиническая картина?

- A. Синдром Бехчета
- B. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Синдром Стивенса - Джонсона
- Э. Многоформная экссудативная эритема

33. Родители 5-летнего ребенка обратились на консультацию к врачу-стоматологу с жалобами на наличие болезненных высыпаний в полости рта у ребенка, плохое самочувствие. Объективно: на слизистой оболочке полости рта многочисленные афты, локализованные на щеках, губах, твердом небе; на коже вокруг рта – узловатая эритема. Общее состояние: симптомы интоксикации, высокая температура тела, боль в коленных и тазобедренных суставах, ограничивающая движение ребенка. Поставьте диагноз.

- A. Синдром Бехчета
- B. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Синдром Стивенса-Джонсона
- Э. Многоформная экссудативная эритема

34. У ребенка 15 лет во время стоматологического обследования выявлены множественные афтозные высыпания на слизистой оболочке губ, щек, твердого неба; на коже вокруг рта, коже рук, ног высыпания в виде узловой эритемы, пиодермии. Наблюдается также поражение конъюнктивы и гениталий. Поставьте диагноз.

- A. Синдром Бехчета
- B. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Синдром Стивенса-Джонсона
- Э. Многоформная экссудативная эритема

35. Пациентка 13-ти лет проходит лечение в стационаре гастроэнтерологического отделения с диагнозом: обострение хронического колита. Объективно: в полости рта на боковой поверхности языка и по переходной складке в области зуба 35 обнаружены 4 эрозии округлой формы с ободком гиперемии, покрытые фибринозным налетом. Эрозии болезненные при пальпации. Из анамнеза известно, что частота рецидивов 1-3 раза в год. Поставлен диагноз: хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Какой степени тяжести заболевания соответствует данная клиническая картина?

- A. Средней степени

- В. Легкой степени
- С. Тяжёлой степени
- Д. Очень тяжёлой степени
- Э. Очень легкой степени

36. Пациент 15 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие высыпаний на слизистой оболочке полости рта. Объективно: на слизистой оболочке твердого и мягкого неба, щеках, дужках миндалин - округлые эрозии, покрытые фибринозным налетом с участком гиперемии, болезненные при пальпации. Из анамнеза известно, что рецидивы наблюдаются более 4 раз в год. При этом наблюдается повышение температуры тела. Поставлен диагноз: хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Какой степени тяжести заболевания соответствует данная клиническая картина?

- А. Тяжелой степени
- В. Средней степени
- С. Легкой степени
- Д. Очень легкой степени
- Е. Очень тяжелой степени

37. Родители ребенка 5 лет обратились к стоматологу с жалобами на наличие высыпаний на слизистой оболочке полости рта, незначительную боль во время приема пищи. Объективно: на слизистой оболочке преддверия полости рта в области зуба 45 единичные, безболезненные эрозии с ободком гиперемии покрытые фибринозным налетом. Из анамнеза известно, что данные симптомы наблюдались 2 года назад. У ребенка наблюдается склонность к запорам, периодические боли в животе, не связанные с приемом пищи. Поставлен диагноз: хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Какой степени тяжести заболевания соответствует данная клиническая картина?

- А. Легкой степени
- В. Очень тяжелой степени
- С. Тяжелой степени
- Д. Очень легкой степени
- Е. Средней степени

38. Родители 6-летнего ребенка жалуются, что через неделю после окончания лечения пневмонии у ребенка внезапно ухудшилось общее состояние. Появились тошнота, общая слабость, адинамия, резкое повышение температуры тела до 40 °С, боль в суставах. Одновременно с этим появились многочисленные болезненные высыпания в полости рта и вокруг него. Объективно: на слизистой оболочке полости рта и коже вокруг рта диагностируются резко болезненные на ощупь афты, покрытые фибринозным налетом, мелкие афты сливаются и образуют эрозивные поверхности. Какому диагнозу, из приведенных ниже, соответствуют данные симптомы?

- А. Синдром Бехчета
- В. Синдром Стивенса-Джонсона
- С. Острый герпетический стоматит
- Д. Многоформная экссудативная эритема
- Э. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

39. Родители 8-летнего ребенка жалуются на наличие у него, на фоне резкого ухудшения общего состояния и повышения температуры тела до 40 ° С, резко болезненных высыпаний в области

глаз, рта и гениталий. Из анамнеза - подобные проявления наблюдались у ребенка 2 года назад, после лечения пневмонии. Поставьте предварительный диагноз данного заболевания.

- A. Синдром Бехчета
- B. Синдром Стивенса-Джонсона
- C. Острый герпетический стоматит
- D. Многоформная экссудативная эритема
- Э. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

Литература:

1. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ у детей /Под ред. Л.Н. Казариной. - Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2004. – 264 с .
3. Терапевтическая стоматология детского возраста /Л.А.Хоменко, Ю.Б.Чайковский, А.В.Савичук [и др.] - К.: Книга плюс, 2010. – 804 с.

Практическое занятие № 8.

Тема занятия: Изменения в полости рта при заболеваниях системы крови у детей (анемиях, нарушениях свертываемости крови, лейкозах). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика детского стоматолога .

Цель занятия: Усвоить особенности клинических проявлений в полости рта у детей при анемиях, нарушениях свертываемости крови и при лейкозах.

Контроль начального уровня знаний:

1. Основные константы показателей форменных элементов крови.
2. Функции форменных элементов крови.
3. Что такое анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия?
4. Анемия. Виды анемий.
5. Железодефицитная анемия. Этиология.
6. Гемофилия у детей.
7. Классификация лейкозов.
8. Медикаментозные средства для остановки кровотечения.

Содержание занятия:

Болезни крови - одна из актуальных проблем современной медицины. Патологические изменения в полости рта могут быть первыми клиническими признаками таких заболеваний. Незнание этих признаков может привести к установлению ошибочного диагноза, назначению неправильного лечения и, как следствие, к летальному исходу. Кровь - своеобразный подвижный орган с четкой морфологической структурой. Под действием различных патологических факторов на саму систему крови и при поражении других органов и систем, на которые кровь реагирует вторично, в ней возникают определенные изменения: общего объема крови; количества, структуры и функции клеток крови, биохимических и физико-химических свойств крови, нарушение гемостаза.

Общий анализ крови

Лейкоциты, г/л	WBC, m/l	6,0-11,0x 10 ³ /μl
Эритроциты, г/л	RBC, m/l	4,1-4,5x 10 ⁶ /μl
Гемоглобин, г/л	HgB, g/l	ж- 110,0 -130,0 g/l м -120,0 -140,0 g/l
Гематокрит, %	HTC, %	35-45
Средний объем Hb, в фл	MCV, Fl	76-90
Среднее содержание Hb в эритроцитах, пл.	MCH, pg	24-30
Средняя концентрация Hb в эритроцитах, g/dl	MCHC, g/dl	31-36
Тромбоциты, г/л	PLT, g/l	180-320 x 10 ³ g/l
СОЭ, мм/ч		3-15
Цветовой показатель		0,85-1,15

Лейкоцитарная формула: базофилы (0-1%), эозинофилы (0,5-5,0%), палочкоядерные нейтрофилы (1-6%), сегментоядерные (47-72 %), моноциты (3-11%), лимфоциты (19-37 %).

Анемия - это гематологический синдром или самостоятельное заболевание, при котором уменьшается количество эритроцитов или снижается содержание гемоглобина в единице объема крови. По этиологии анемии делятся на:

I-Постгеморрагические (вследствие кровопотери): острые, хронические.

II- Гемолитические (вследствие усиленного разрушения эритроцитов).

III- Вследствие нарушения кроветворения (эритропоэза).

Клиническая диагностика анемий включает:

- оценку цвета кожи и слизистой оболочки полости рта;
- наличие геморрагических элементов сыпи;
- оценку состояния лимфатической системы, размеров печени и селезенки.

Лабораторная диагностика анемий включает:

- анализ периферической крови с обязательным определением количества эритроцитов;
- определение количества тромбоцитов, ретикулоцитов;

- оценку уровня биохимических показателей - белка, билирубина, креатинина;
- определение содержания железа и ферритина в сыворотке крови.

Железодефицитная анемия (хлороз) составляет 80 % всех анемичных состояний. Характеризуется пониженным уровнем гемоглобина, уменьшением его концентрации в эритроците, низким содержанием сывороточного железа.

Причинами возникновения анемии являются:

- недостаточное поступление железа с пищей;
- возросшие потребности в железе;
- нарушение всасывания и усвоения железа;
- нарушение транспорта железа;
- нарушение депонирования железа;
- хронические кровопотери.

В возрасте до 3-4 лет чаще возникает алиментарная анемия, в пубертатный период - ранний хлороз, в климактерический - поздний хлороз.

Различают анемии: легкой степени (Hb - 110-90 г/л), средней степени (Hb - 90-70 г/л), тяжелой степени (Hb - 70-50 г/л), очень тяжелой степени (Hb < 50 г/л).

Недостаточность железа в организме вызывает глубокие изменения в органах и тканях. Вследствие гипоксии нарушаются окислительно-восстановительные процессы, следствием которых является нарушение трофики эпидермиса, волос, ногтей, слизистой оболочки, в частности, СОПР.

Клинические признаки.

- начальные стадии заболевания проявляются бледным цветом кожи и слизистых оболочек при удовлетворительном самочувствии;
- при прогрессировании болезни симптомы анемии становятся более выраженными: быстрая утомляемость, головокружение, головная боль; зеленоватый (алебастровый) цвет кожи; гиперчувствительность к холоду; возможна задержка роста и физического развития, у части больных наблюдается пристрастие к необычным запахам (бензину, лаку, ацетону); сухость кожи, ломкость волос, ложкообразные ногти (койлонихии), извращение вкуса (желание есть несъедобное: мел, песок, глину, лед, сырые тесто, крупы, фарш), сухость во рту, атрофия нитевидных сосочков языка - "лакированный" язык; трещины в углах рта - ангулярный хейлит;
- при значительной длительности болезни - множественный кариес, повышенная стираемость зубов, потеря блеска эмали; бледность слизистой оболочки, возможны кровотечения при прорезывании зубов.

Анализ крови: снижение уровня Hb, снижение цветного показателя (менее 0,85), анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов, снижение уровня сывороточного железа (ниже 12-22 мкмоль/л).

Лечение железодефицитной анемии.

Общее - устранение этиологических факторов; рациональное лечебное питание (язык говяжий, мясо кролика, индейки, говядина, гречневая и овсяная крупы, бобовые, яйца, зелень, гранаты, яблоки, фруктовые соки, сухофрукты, мед, отвары сушеных плодов и листьев шиповника, черной смородины, земляники, крапивы); патогенетическое лечение препаратами железа; профилактические меры по предупреждению ее рецидива.

Местное - устранение травмирующих факторов;

- санация полости рта;
- симптоматическая терапия;
- предупреждение вторичного инфицирования.

В12- и фолиеводефицитная анемия (злокачественное малокровие, пернициозная анемия, болезнь Аддисона-Бирмера) у детей встречается редко, чаще наблюдается изолированный дефицит витамина В12. Причиной этого является:

- недостаточное поступление витамина В12 с продуктами питания;
- нарушение всасывания витамина В12 (гельминтозы, атрофия слизистой оболочки желудка, целиакия);
- нарушение депонирования витамина В12 (гепатиты, цирроз печени);
- повышенные затраты витамина В12 (беременность);
- нарушение утилизации витамина В12 и фолиевой кислоты.

Заболевание развивается медленно, незаметно. Клиническая картина болезни характеризуется триадой поражения систем организма: нарушение функции ЖКТ, кроветворной и нервной систем. Одним из ранних симптомов является бледность кожи и СОПР, их желтый оттенок, иногда точечные кровоизлияния. На коже лица - коричневые пигментации в форме бабочки (на крыльях носа и скулах). К стоматологу больные обращаются с жалобами на боль, жжение кончика или краев языка, парестезии. Сначала боль возникает только от термических и химических раздражителей, затем при движениях языка, что затрудняет речь. Больные испытывают слабость, усталость, шум в ушах, головную боль, одышку, головокружение, боль в сердце, ухудшение аппетита, тошноту, боль в желудке. Характерным признаком болезни является Гунтер-Миллеровский глоссит: спинка языка гладкая, блестящая (полированная) вследствие атрофии нитевидных и грибовидных сосочков, истончение эпителия, атрофия мышц языка. На спинке и кончике языка появляются болезненные ограниченные полосы и пятна ярко-красного цвета.

Анализ крови: уменьшение количества эритроцитов, умеренное снижение Hb, высокий цветовой показатель (1,4-1,6), лейкопения, тромбоцитопения, нейтропения.

Лечение проводят в гематологических клиниках. Назначают витамин В12, фолиевую кислоту, аскорбиновую кислоту, препараты железа, гемотрансфузии. Показана санация ротовой полости, местное симптоматическое лечение. По показаниям назначают обезболивающие (2% раствор тримекаина, 1-2% раствор пиромекаина, анестезин в глицерине и др.). При наличии эрозивных поражений - кератопластики (масло облепихи, шиповника, кератолин).

Гипопластическая анемия возникает под влиянием облучения, химических факторов. В ротовой полости на фоне бледной СОПР появляются кровоизлияния, эрозии, язвы, межзубные сосочки отечны, синюшные, кровоточащие глубокие пародонтальные карманы. Врач-стоматолог проводит симптоматическую терапию после общего лечения болезни в гематолога.

Агранулоцитоз - болезнь, возникающая вследствие угнетения роста гранулоцитов в костном мозге или в случае их быстрой гибели. На возникновение агранулоцитоза влияют: лекарственные средства (амидопирин, сульфаниламиды, ацетилсалициловая кислота и др.), ионизирующее излучение, тяжелые инфекционные процессы. Болезнь начинается с высокой температуры тела (38- 39°C), головной боли, боли в горле при глотании. На миндалинах образуются язвы (агранулоцитарная ангина). На губах, деснах, языке, щеках развивается язвенно-некротический процесс, который может распространяться на пищевод. Важным признаком является то, что вокруг некроза не образуется воспалительный процесс.

Анализ крови: лейкопения, снижение уровня палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофильных лейкоцитов, лимфоцитоз, СОЭ-50-60мм/час.

Геморрагический диатез (ГД) - это склонность организма к повторным кровотечениям и кровоизлияниям, возникающим спонтанно или после незначительных травм. Геморрагические диатезы разделяют на две большие группы:

I Нарушение сосудисто - тромбоцитарного гемостаза:

- вазопатии - наследственно обусловленные или приобретенные геморрагические диатезы, возникающие как следствие первичных нарушений сосудистой стенки:

- а) воспалительные вазопатии – васкулиты;
- б) диспластические - неполноценность сосудистой стенки ;

- тромбоцитопении - уменьшение содержания тромбоцитов в единице объема периферической крови ниже $150 \times 10^9 / \text{л}$ вследствие:

- а) нарушения образования тромбоцитов;
- б) усиленного разрушения тромбоцитов;
- в) усиленного использования тромбоцитов на образование тромбов;

- тромбоцитопатии - качественная неполноценность тромбоцитов (могут быть наследственные и приобретенные).

II. Нарушение коагуляционного гемостаза - коагулопатии:

- уменьшение активности системы свертывания крови;
- увеличение активности антикоагулянтной системы;
- увеличение активности фибринолитической системы.

Геморрагический васкулит (болезнь Шенляйн-Геноха) – инфекционно-токсическая пурпура аллергического происхождения. Характеризуется воспалением сосудов с развитием микроваскулита. Чаще болеют дети младшего и старшего школьного возраста. Благоприятными факторами являются: хронические очаги инфекции (осложненный кариес, хронический тонзиллит); инфекционные болезни, ревматизм, вакцинация, укусы насекомых, пищевая и лекарственная аллергия, частые ОРВИ. В основе патогенеза лежит нарушение проницаемости стенки сосудов.

Клинически болезнь проявляется тремя синдромами:

- кожный синдром - мелкие 2-5 мм диаметром симметричные кровоизлияния на стопах, голених, бедрах, туловище, возможен зуд;
- суставный синдром - мигрирующие симметричные полиартриты, сопровождающиеся болью различного характера (от кратковременной ломоты до острой боли), что приводит к неподвижности;
- абдоминальный синдром - боль в животе, рвота, кровавый понос, спастические колики.

В полости рта - геморрагическая сыпь, сухой язык, кровоточивость десен. Иногда у детей в начале болезни на лице, фалангах пальцев, половых органах возникает ангио-невротический отек по типу Квинке. Изменения в крови характеризуются нейтрофильным лейкоцитозом ($12-18 \times 10^9 / \text{л}$), СОЭ - 20-50 мм/час.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП), болезнь Верльгофа - возникает вследствие снижения количества тромбоцитов в периферической крови, или усиленного разрушения кровяных пластинок селезенки. Болезнь Верльгофа занимает первое место среди ГД. Чаще болеют дети раннего и дошкольного возраста. Продолжительность жизни тромбоцитов при этом сокращается до нескольких часов вместо 7-10 дней в норме. Причина заболевания точно не установлена. Существует наследственная предрасположенность в виде неполноценности тромбоцитов, также имеет место иммуноаллергическая теория возникновения заболевания. Заболевание может развиваться через 2-3 недели после перенесенной ребенком болезни. Симптомы становятся более выражены в пубертатный период. Есть ряд факторов, способствующих возникновению болезни:

- вирусные инфекции (ветряная оспа, краснуха, корь, паротит);
- бактериальные инфекции (ангина, пневмония, скарлатина);
- профилактические прививки;
- травмы;
- переохлаждение;
- гиперинсоляция;
- прием некоторых медикаментов (сульфаниламидов, антибиотиков).

Клинические признаки:

- спонтанные, преимущественно ночные кровотечения из слизистых оболочек десен, желудка, кишечника, носа, кровотечения после незначительной травмы;

- полиморфность кровоизлияний: экхимозы (подкожные различной величины), петехии (кожные мелко точечные и большие);
- полихромность - кровоизлияния разного цвета (от красно-синего до зеленого и желтого);
- асимметричность кровоизлияний без определенной локализации;
- геморрагии на губах, небе, миндалинах, языке, задней стенке глотки;
- пузыри с кровянистым содержимым;
- кровь из носа сочится каплями без образования кровяных сгустков;
- тяжелые кровотечения при удалении зубов и других операциях в полости рта сразу после вмешательства;
- в период кризиса положительные пробы жгута и щипка.

Анализ крови: тромбоцитопения - уменьшение количества тромбоцитов, появление гигантских тромбоцитов, снижение ретракции кровяного сгустка, увеличение времени кровотечения по Дюку (10-15 мин, вместо 2-3 мин).

Лечение: общее- полноценное сбалансированное питание обогащенное белком, микроэлементами, витаминами; преднизолон по схеме, иммунодепрессанты; симптоматическое - гемостатические губки, аминокaproновая кислота, дицинон; местное - гигиена полости рта, устранение травмирующих факторов, профилактика вторичного инфицирования.

Тромбастения (болезнь Глянцмана) - наследственная болезнь с аутосомно-рецессивным или аутосомно-доминантным путем передачи от обоих родителей. Могут болеть и родители и дети. В основе заболевания лежит качественная неполноценность тромбоцитов и нарушение агрегации (набухание и склеивание кровяных пластинок) при их нормальном количестве.

Клиника. Тяжесть заболевания колеблется от синдрома легкой кровоточивости (склонность к образованию синяков при незначительных травмах, кожных геморрагий при тесной одежде, периодические несильные носовые кровотечения, длительные менструации) до крупных носовых, желудочно-кишечных и маточных кровотечений. Небольшие хирургические вмешательства могут приводить к длительным кровотечениям с большой потерей крови. Очень часто минимальная кровоточивость имеет место у родственников. У таких больных часто развиваются кровотечения при употреблении определенных медикаментов (салицилатов, индометацина, нитрофуранового ряда) носовые кровотечения при инфекциях. Первые признаки болезни чаще всего проявляются в раннем и дошкольном возрасте. В зимний период и весной кровоточивость выражена больше. Иногда с возрастом интенсивность геморрагического синдрома снижается.

Анализ крови: анизоцитоз тромбоцитов, замедление или отсутствие ретракции кровяного сгустка, иногда удлинение времени кровотечения.

Общее лечение: назначают препараты для улучшения адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов.

Болезнь Виллебранда (ангиогемофилия) - наследственная болезнь. Наследуется по аутосомно-доминантному или аутосомно-рецессивному типу. Болезнь обусловлена нарушением синтеза плазменно-белкового комплекса, VIII фактора свертывания крови и вторичной дисфункцией тромбоцитов.

Клиника: спонтанные кровотечения из слизистых оболочек полости рта, носа, желудка, кишечника на первом году жизни; сильные кровотечения после операций или травм; экхимозы и петехии.

Анализ крови: увеличение кровотечения по Дюку, снижение содержания VIII фактора, нарушение агрегации тромбоцитов, снижение адгезии тромбоцитов.

Лечение - назначение местных гемостатических факторов.

Гемофилия - общее название наследственных болезней, характеризующихся недостаточностью образования тромбопластина. Различают три вида гемофилии: гемофилия А, В и С.

Гемофилия А и В - заболевания с рецессивным типом наследования (сцепленные с X-хромосомой). Болеют только мужчины, а женщины являются носителями. В 25% случаев гемофилия А обусловлена мутацией генов. Гемофилия А связана с дефицитом VIII фактора (антигемофильного глобулина), а гемофилия В (болезнь Кристмана) с дефицитом IX фактора.

Основными клиническими признаками гемофилии являются длительные кровотечения при повреждении кожи или слизистой оболочки и склонность к образованию гематом. Первые признаки гемофилии наблюдаются на 1 году жизни при прорезывании зубов, плаче, рвоте, кашле, сильном крике, также при травмировании игрушками. Кровотечения возникают не сразу, а через определенный промежуток времени (30-60 мин. и позже). Характерны длительные кровотечения, которые не останавливаются при местной гемопластической терапии. Риск возникновения кровотечения повышается при проведении инъекций, удалении зубов, травмах. Во время проведения внутримышечных инъекций образуются обширные гематомы. С возрастом повышается риск развития носовых кровотечений, образования гематом. Это связано с повышенной активностью ребенка. После трех лет различной степени тяжести возникают кровоизлияния в суставы.

Гемофилия С (болезнь Розенталя) - наследственное заболевание с аутосомной реализацией (не сцепленное с X-хромосомой), при котором наблюдается дефицит XI фактора. Болеют женщины и мужчины. Характеризуется легкой степенью течения, с повышенной кровоточивостью только после травм и хирургических вмешательств. Отсутствуют носовые кровотечения, кровоизлияния в суставы, внутренние органы и мозг.

Лечение гемофилии имеет определенные направления:

- мероприятия, направленные на остановку кровотечения;
- лечение последствий кровотечения;
- профилактика кровотечений;
- медико-генетические консультации в семьях, где есть больные гемофилией.

При проведении плановой санации и удалении зубов пациента предварительно готовят в гематологическом отделении. После проведения операции пациент в течение 7-10 дней находится под наблюдением врача. Особенностью при проведении лечения является внутривенное, а не внутримышечное введение препаратов, используют при этом только поверхностные вены. Любые хирургические вмешательства возможны лишь после введения антигемофильного глобулина.

Местное лечение: 5% раствор аминокaproновой кислоты, тромбин, при хирургических вмешательствах вводят криопреципитат.

Телеангиэктазии - это наследственно-обусловленные локальные дефекты соединительной ткани сосудов, при которых возникает истончение их стенок и расширение просвета.

Наследственная телеангиэктазия (болезнь Рандю-Ослера) носит семейный характер. Часто наблюдают у нескольких членов одной семьи. Может начаться в раннем возрасте и прогрессировать в дальнейшем. На лице, губах, носу, кончиках пальцев возникают синеватые или красные узелки размером 1-4 мм, которые возвышаются над уровнем кожи. Возможны кровотечения после удаления зуба. Частые кровотечения могут вызвать развитие гипохромной анемии. Лечение проводит врач-терапевт и хирург-стоматолог.

Лейкозы - это злокачественные опухоли, возникающие из кроветворных клеток и первично поражающие костный мозг. Лейкозы имеют определенные особенности:

1. Невозможно установить первичную локализацию опухоли и радикально удалить ее на ранних этапах развития.

2. Лейкозы - это опухоли, которые сразу метастазируют (лейкозные клетки попадая в кровь, легко разносятся по всему организму и образуют вторичные лейкозные инфильтраты).
3. Системность поражения (поражается вся система крови: красный костный мозг, лимфатические узлы, селезенка, печень).
4. Подавляется нормальное кроветворение.
5. Лейкозы - это опухоли, поражающие преимущественно молодых людей и детей.

Причины возникновения: ионизирующее излучение, химические экзогенные факторы, онкогенные вирусы, наследственная предрасположенность, мутационная теория, наследственная концепция.

Классификация

Острые:

- лимфобластный;
- миелобластный;
- монобластный;
- миеломонобластный;
- промиелоцитарный;
- недифференцированные варианты.

Хронические :

- миелоцитарный (миелолейкоз);
- лимфоцитарный (лимфолейкоз);
- моноцитарный;
- эритромиелоз.

При остром лейкозе патологический субстрат представлен бластными клетками, при хроническом - зрелыми. Лейкоз возникает вследствие прогрессирующей клеточной гиперплазии в кроветворных органах, где процессы клеточного деления (пролиферации) преобладают над процессами созревания (дифференцировки). При острых формах имеет место только процесс неограниченного неконтролируемого деления клеток. При хронических формах клетки делятся и созревают. Поэтому **острый лейкоз (ОЛ)** считают более злокачественным заболеванием. ОЛ занимают 97% всех лейкозов у детей и 3% - хронические формы. Среди острых форм чаще встречается лимфобластный - 80% от общего числа лейкозов. Острый лейкоз редко имеет внезапное начало, преимущественно заболевание развивается медленно (1-3 мес.). Начинается с незначительных жалоб на боли в костях и суставах, утомляемость, повышение температуры тела, слабость, снижение аппетита, бледность кожи. При нелеченом остром лейкозе процесс прогрессирует. Симптомы нарастают: кожа бледная, восковая (анемичный синдром); увеличена печень, селезенка, лимфатические узлы (гиперпластический синдром); головокружение, головная боль, тахикардия, артериальная гипотония (интоксикационный синдром), повышение температуры тела, склонность к ОРВИ, явления сепсиса, грибковые поражения (инфекционный синдром) петехии и экхимозы, кровоточивость СОПР, кровотечения носовые, желудочные, маточные (геморрагический синдром). В ротовой полости: слизистая оболочка бледная, легко травмируется, подвержена кровоточивости. На языке, губах, щеках имеются точечные обширные кровоизлияния. Дёсна гиперплазированы преимущественно с оральной стороны, рыхлые с явлениями некроза, который может распространиться на миндалины и в ретромоллярной участок. Некротические участки не ограничены, покрыты серым налетом, без воспалительных изменений вокруг. Появляется неприятный запах изо рта. Пациент жалуется на боль при приеме пищи, глотании. Возникает боль в интактных зубах, челюстях и других костях. Ремиссия наступает под влиянием цитостатической терапии. возможна После вовремя проведенного лечения острого лимфобластного лейкоза, возможна длительная и полная ремиссия, так как он протекает менее агрессивно.

Острый лимфобластичный лейкоз - гиперплазия лимфоидного аппарата полости рта, увеличение миндалин, подчелюстные шейные лимфатические узлы увеличены и подвижны, на деснах явления десквамации, менее выражены анемия, геморрагический синдром и гепатоспленомегалия.

Острый миелобластичный лейкоз - гипертрофия десен, эрозивные и язвенные поражения ротовой полости, которые могут являться ранним патогномоничным признаком данной формы лейкоза.

Терминальная стадия - усиливаются признаки интоксикации, развиваются тяжелые кровотечения, присоединяется вторичная инфекция, метастазы проникают в почки, миокард, селезенку, печень.

Лабораторная диагностика:

- начальный период - Hb и эритроциты в норме, повышенное СОЭ, лейкопения, тромбоцитопения;
- период выраженных изменений - анемия, тромбоцитопения. Специфические признаки - наличие бластных клеток и лейкомический провал, количество лейкоцитов колеблется от лейкопении до лейкоцитоза;
- ремиссия - Hb не менее 120 г/л, тромбоциты более $100 \times 10^9/\text{л}$;
- терминальная - панцитопения (уменьшение содержания всех форменных элементов в крови).

Хронические лейкозы - возникают реже чем острые, имеют длительное и более благоприятное течение.

Хронический лимфолейкоз характеризуется медленным началом и длительным доброкачественным течением. Долгое время единственной жалобой является увеличение лимфатических узлов, сначала регионарных (шейных, подчелюстных), а затем развивается генерализованный лимфаденит. Лимфатические узлы эластичны, подвижны, безболезненны. В деснах, на щеках, языке, небных дужках, миндалинах появляются лейкомиды (инфильтраты) бледно - синего цвета, мягкой консистенции, подвижны при пальпации. Кровоточивость десен возникает при травмировании. Прогрессирование заболевания ведет к появлению язвенно - некротических процессов, обусловленных снижением иммунитета, а также употреблением цитостатиков.

Лабораторные данные - высокий лейкоцитоз, много незрелых лимфоцитов, появление клеток лейколиза - телец Боткина - Гумпрехта.

Хронический миелолейкоз имеет три стадии развития:

- начальную (6-12 мес.) - гепатоспленомегалия, кровоточивость десен при их травмировании;
- стадию выраженных изменений (3-5 лет и более) - слабость, потливость, снижение аппетита, потеря веса, повышение температуры тела в течение нескольких месяцев. СОПР бледная, десна припухшие, синеватые, кровоточат при прикосновении, но не воспалены. точечные геморрагии;
- терминальную (3-6 мес.) - переход доброкачественного процесса в злокачественный. Язвенно-некротические поражения СОПР и кожи, резкая анемия, снижение массы тела, увеличение селезенки и лимфатических узлов, высыпания, интоксикация.

Лабораторные данные - высокий лейкоцитоз ($50-60 \times 10^9/\text{л}$ и более), тромбоцитопения, анемия.

Лечение лейкозов направлено на уничтожение опухолевых клеток путем интенсивной цитостатической терапии, комбинированного использования химиопрепаратов. Успешное лечение проводят на основе австро-немецкого протокола и его отечественной модификации.

Местное лечение заключается в тщательном гигиеническом уходе за полостью рта, полноценной санации. Удаление зубов проводят в условиях стационара, исключая использование средств для прижигания. Для профилактики кандидозных поражений рекомендуется полоскать полость рта 1% раствором хлоргексидина, 0,5% раствором натрия бикарбоната. При геморрагических проявлениях - полоскания крапивой, аппликации 0,5%

раствором галаскорбина. При язвенно-некротических поражениях - обезболивание, использование геля метрогил - дента и промывание раствором метрогила (4-5 раз в день), на этапе эпителизации - применение кератопластических средств (облепиховое масло, каротолин, ретинол).

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Проявления в полости рта при железодефицитной анемии.
2. В12 дефицитная анемия. Проявления в полости рта.
3. Агранулоцитоз. Этиология, клинические проявления в полости рта.
4. Геморрагический васкулит. Клинические проявления в полости рта.
5. Болезнь Верльгофа. Этиология, изменения в полости рта.
6. Тромбастения. Этиология. Клинические проявления в полости рта.
7. Болезнь Виллебранда. Клинические признаки в полости рта.
8. Гемофилия у детей. Проявления в полости рта.
9. Проявления в полости рта при болезни Рандю-Ослера .
10. Особенности течения острого лимфобластного лейкоза. Изменения в полости рта.
11. Проявления в полости рта при хроническом лимфолейкозе.
12. Тактика врача-стоматолога при обнаружении в полости рта клинических признаков, характерных для анемий и геморрагических диатезов.

Ориентированные тестовые задания:

1. Родители ребенка 3,5 -лет жалуются на частые носовые кровотечения у него, кровоизлияния под кожу и слизистые оболочки. Объективно: на фоне бледной кожи и слизистой оболочки полости рта имеются множественные петехии. Наблюдается спонтанная кровоточивость десен. Какое дополнительное обследование необходимо провести для установления окончательного диагноза?

- А. Общий анализ крови
- В. Биохимическое обследование крови
- С. Иммунологическое исследование крови
- Д. Анализ крови на сахар
- Е. Анализ мочи на сахар

2. Ребенок 14 лет обратился к стоматологу с целью санации полости рта. Объективно: кожа лица бледная, красная кайма губ сухая и покрыта чешуйками, в углах рта трещины. Слизистая оболочка полости рта бледного цвета, язык ярко-красный, гладкий, нитевидные сосочки атрофированы. Наблюдается отек и цианоз десневого края во фронтальном участке челюстей. КПУ = 10. Зубная эмаль матовая. Поставьте предварительный диагноз.

- А. Железодефицитная анемия
- В. Гемофилия
- С. Болезнь Верльгофа
- Д. Острая лейкемия
- Е В12-дефицитная анемия

3. Пациент 13 лет жалуется на головную боль, боль в мышцах и суставах, быструю утомляемость, отсутствие аппетита в течение месяца. Отмечает жжение, кровоточивость при чистке зубов и разрастание слизистой оболочки десен, боль при приеме пищи. Объективно: кожа и СОПР бледные, на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, на языке, небе имеются кровоизлияния, десна в области фронтальных зубов гипертрофированные, рыхлые, кровоточащие при дотрагивании, зубы интактные. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Острый лейкоз
- B. Хронический лейкоз
- C. Гипертрофический гингивит
- D. Гиповитаминоз С
- E. Болезнь Верльгофа

4. Пациент обратился к стоматологу с жалобами на частые кровотечения из носа и слизистой оболочки полости рта. Указывает, что такие же проблемы были у его отца. Объективно: имеется множественные телеангиэктазии и ангиоматозные образования на коже лица и слизистой оболочке щек, губ, языка. Анализ крови в пределах нормы. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Болезнь Рандю-Ослера
- B. Болезнь Верльгофа
- C. Болезнь Шенляйн-Геноха
- D. Болезнь Глянцмана
- E. Болезнь Виллебранда

5. Девушка 15 лет жалуется на ухудшение самочувствия (быструю утомляемость, головокружение, головную боль, снижение аппетита, тошноту) в течение последнего года. Из анамнеза выявлено длительные (5-6 дней) обильные менструации. Объективно: кожа бледная, сухая, волосы ломкие. В полости рта: трещины в углах рта, СОПР бледная, сухая, нитевидные сосочки языка атрофированы. Анализ крови: Hb-80г/л, цветной показатель - 0,75, анизацитоз, гипохромия эритроцитов. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Железодефицитная анемия
- B. В12-дефицитная анемия
- C. Гипопластическая анемия
- D. Хронический лейкоз
- E. Гиповитаминоз С

6. У мальчика 17 лет отмечаются частые кровотечения из носа и десен, положительный симптом жгута. Поставлен предварительный диагноз: болезнь Верльгофа. Какой из показателей крови подтвердит данный диагноз?

- A. Количество тромбоцитов
- B. Количество ретикулоцитов
- C. Количество лейкоцитов
- D. Количество гемоглобина
- E. Скорость оседания эритроцитов

7. Больная в возрасте 15 лет обратилась к стоматологу с жалобами на кровоточивость десен. Из анамнеза: частые носовые кровотечения, слабость. Объективно: бледность кожных покровов и слизистой оболочки полости рта. На слизистой оболочке щек, языка и неба многочисленные петехии. Анализ крови: эритроциты - 3,1 млн., гемоглобин - 94 г/л, цветовой показатель - 0,9, время свертывания крови - 9 мин, СОЭ - 18 мм/час. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Хронический лимфолейкоз
- B. Болезнь Вакеза
- C. Болезнь Аддисона-Бирмера
- D. Железодефицитная анемия
- E. Болезнь Верльгофа

8. Девушка 16 лет жалуется на жжение и болезненность кончика языка, нарушение вкусовой чувствительности, сухость во рту. В анамнезе антацидный гастрит. Объективно: СОПР бледная с желтоватым оттенком, трещины в уголках рта, на боковых поверхностях языка отпечатки зубов, на кончике языка нитевидные сосочки отсутствуют, спинка языка красного цвета. Анализ крови: Hb-80г/л, цветовой показатель - 0,7. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. В12-фолиеводефицитная анемия
- B. Острый лейкоз
- C. Железодефицитная анемия
- D. Болезнь Верльгофа
- E. Болезнь Виллебранда

9. К врачу-стоматологу обратились родители мальчика 7 лет с жалобами на наличие у него спонтанных ночных кровотечений из десен и носа, мелких и крупных кровоизлияний разного цвета (от сине-красного до зеленовато-желтого) во рту и на коже у ребенка. В периферической крови резкое уменьшение тромбоцитов и наличие гигантских тромбоцитов. Назовите вероятное заболевание.

- A. Болезнь Верльгофа
- B. Острый лейкоз
- C. Хронический лейкоз
- D. Гемофилия
- E. Железодефицитная анемия

10. Назовите заболевание в основе которого лежит нарушение проницаемости стенок сосудов и проявляется: мелкими симметричными кровоизлияниями на стопах, голених, бедрах; болезненными симметричными полиартритами; болью в животе; геморрагическими высыпаниями в полости рта.

- A. Геморрагический васкулит
- B. ГемофилияС
- C. Болезнь Рендю - Ослера .
- D. Болезнь Верльгофа .
- E. Гемофилия А.

11. Во время стоматологического обследования у парня 16 лет обнаружены на губах, деснах, щеках, миндалинах язвенно-некротические участки без воспалительного ободка вокруг. Пациент жалуется на боль в горле при глотании, головную боль и высокую температуру тела 38,8°C. Начало заболевания связывает с употреблением ацетилсалициловой кислоты. Для какого заболевания характерны эти симптомы?

- A. Агранулоцитоз
- B. ГемофилияА
- C. ГемофилияС
- D. Телеангиэктазия
- E. Железодефицитная анемия

12. На приеме у врача-стоматолога у парня 16 лет объективно выявлено на губах, деснах, щеках, миндалинах язвенно-некротические участки без воспалительного ободка вокруг. Пациент жалуется на боль в горле при глотании, головную боль и высокую температуру тела 38,8°C. Начало заболевания связывает с употреблением ацетилсалициловой кислоты. Поставлен диагноз - агранулоцитоз. Назовите причину возникновения данного заболевания.

- A. Подавление роста гранулоцитов в костном мозге

- В. Истончение стенок сосудов
- С. Недостаточность образования тромбопластина
- Д. Неполноценность тромбоцитов
- Е. Воспаление сосудов

13. При стоматологическом обследовании ребенка 7 лет из анамнеза стало известно о возникновении у него на теле синяков при незначительных травмах, появлении кожных геморрагий от тесной одежды, периодических несильных носовых кровотечений. Возникновение синяков и незначительные носовые кровотечения имеют место быть у отца ребенка. При лабораторном обследовании выявлено увеличение времени кровотечения и анизоцитоз тромбоцитов при их нормальном количестве. Поставьте диагноз.

- А. Тромбастения
- В. Гемофилия
- С. Телеангиэктазия
- Д. Агранулоцитоз
- Е. Геморрагический васкулит

14. Во время стоматологического осмотра у пациента 9 лет в ротовой полости на фоне легкотравмируемой бледной слизистой оболочки, на языке, губах, щеках имеются точечные кровоизлияния. Слизистая оболочка десен гиперплазирована с оральной стороны, кровоточит, рыхлая, с явлениями некроза, которые распространяются на миндалины и в ретромоларный участок. Некротические участки не ограничены, покрыты серым налетом, без воспалительных явлений вокруг. Пациент жалуется на неприятный запах изо рта, наличие болезненных ощущений в интактных зубах и челюстях а также при приеме пищи и глотании. Симптомы развиваются на протяжении двух месяцев. Поставьте предварительный диагноз.

- А. Острый лейкоз
- В. Хронический лейкоз
- С. Агранулоцитоз
- Д. Геморрагический васкулит
- Е. Тромбастения

15. Укажите причину возникновения заболевания, при котором на коже лица, губ, носа, кончиках пальцев возникают сине-фиолетовые или красные узелки размером 1-4 мм, которые возвышаются над уровнем кожи.

- А. Дефект соединительной ткани стенок сосудов
- В. Дефицит плазменных белков
- С. Уменьшение активности системы свертывания крови
- Д. Нарушение агрегации тромбоцитов
- Е. Недостаточность образования тромбопластина

16. Девушка 17 лет жалуется на быструю утомляемость, головокружение, головную боль; повышенную чувствительность к холоду, пристрастие к необычным запахам (бензину, лаку, ацетону), сухость кожи, ломкость волос; извращение вкуса (желание есть несъедобное: мел, сырое тесто, крупы, фарш), сухость во рту. Объективно: атрофия нитевидных сосочков языка - "лакированный" язык; трещины в углах рта; зеленоватый цвет кожи. Анализ крови: Нb-80 г/л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, цветовой показатель - 0,80. Поставьте предварительный диагноз.

- А. Железодефицитная анемия
- В. Болезнь Глянцмана
- С. Болезнь Виллебранда

- D. ГемофилияА
- E. Агранулоцитоз

17. К врачу-стоматологу обратились родители мальчика 7 лет с жалобами на наличие у него боли и ощущение жжения кончика и краев языка. Сначала боль была только от термических и химических раздражителей, затем при движениях языка, что затрудняло речь. Ребенок жалуется на слабость, усталость, шум в ушах, головную боль, головокружение, ухудшение аппетита, тошноту, боль в желудке. Объективно: спинка языка гладкая, блестящая (полированная) вследствие атрофии нитевидных и грибовидных сосочков, истончение эпителия и атрофия мышц языка (Гунтер-Миллеривский глоссит). На спинке и кончике языка имеются болезненные ограниченные полосы и пятна ярко-красного цвета. На коже лица (на крыльях носа и скулах) - коричневые пигментации в форме бабочки. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Болезнь Аддисона-Бирмера
- B. Болезнь Верльгофа
- C. Болезнь Виллебранда
- D. Болезнь Глянцмана
- E. Болезнь Рендю-Ослера

18. Клиническая картина болезни Аддисона-Бирмера характеризуется триадой симптомов: нарушение функции ЖКТ, кроветворной и нервной систем. Одним из ранних симптомов является бледность кожи и СОПР, их желтый оттенок, иногда точечные кровоизлияния. На коже лица (на крыльях носа и скулах) - коричневые пигментации в форме бабочки. Назовите причину возникновения болезни.

- A. Недостаточность витамина В-12
- B. Недостаточность железа
- C. Дефицит VIII фактора свёртывания крови
- D. Дефект соединительной ткани стенок сосудов
- E. Дефицит плазменных белков

19. 15-летней девушке поставлен диагноз - железодефицитная анемия средней степени тяжести (Hb-85г/л). Кроме диетотерапии пациентке назначен препарат железа "феррокаль" в возрастной дозе. Что является критерием отмены препарата железа при лечении анемии?

- A. Наличие нормальных показателей крови в течение 4-6 недель
- B. Наличие нормальных показателей крови в течение 1-2 недель
- C. Улучшение самочувствия пациента
- D. Улучшение аппетита
- E. Восстановление бледно - розового цвета СОПР

20 . При объективном обследовании у 13 -летнего парня было обнаружено на коже лица, носа, кончиках пальцев рук, губах и языке сине-фиолетовые и красные узелки размером 1-4мм. Из анамнеза известно, что аналогичные узелки есть еще у двух членов семьи. Поставлен диагноз - болезнь Рандю-Ослера. Укажите, что лежит в основе этого заболевания.

- A. Врожденная неполноценность эндотелия сосудов
- B. Дефицит антигемофильного глобулина
- C. Снижение количества тромбоцитов
- D. Недостаточность витамина В-12
- E. Нарушение всасывания фолиевой кислоты

21. Укажите, какой из показателей периферической крови не является характерным для железодефицитной анемии.
- А. Появление гигантских тромбоцитов
 - В. Гипохромия эритроцитов
 - С. Снижение уровня гемоглобина
 - Д. Снижение цветового показателя крови
 - Е. Снижение уровня сывороточного железа
22. При стоматологическом обследовании девушки 13 лет с жалобами на спонтанные ночные кровотечения из десен и носа, врач заподозрил болезнь Верльгофа. Назовите, какие лабораторные показатели крови не характерны для данного заболевания.
- А. Дефицит антигемофильного глобулина
 - В. Тромбоцитопения
 - С. Появление гигантских тромбоцитов
 - Д. Увеличение времени кровотечения по Дюку
 - Е. Снижение ретракции кровяного сгустка
23. Клиническая диагностика анемий предусматривает все нижеперечисленные пункты, кроме:
- А. Анализа гемограммы
 - В. Оценки цвета кожи и СОПР
 - С. Наличия геморрагических элементов сыпи
 - Д. Оценки состояния лимфатического аппарата
 - Е. Оценки размеров печени и селезенки
24. Лабораторная диагностика анемий предусматривает все, кроме:
- А. Оценки цвета кожи
 - В. Анализа гемограммы
 - С. Определения количества ретикулоцитов
 - Д. Определения уровня общего белка и билирубина
 - Е. Определения содержания железа в сыворотке крови
25. При объективном осмотре 9-ти месячного ребенка выявлено следующее: бледность кожи с лимонным оттенком, астению, субектеричность склер, гепатоспленомегалию, глоссит. Поставлен диагноз В12-фолиеводефицитная анемия. Общее лечение В12-фолиеводефицитной анемии предусматривает:
- А. Назначение цианокобаламина и фолиевой кислоты
 - В. Назначение препаратов железа
 - С. Отмену препаратов железа
 - Д. Отмену цианокобаламина
 - Э. Переливание крови
26. Пойкилоцитоз - это:
- А. Эритроциты разной формы
 - В. Эритроциты разного размера
 - С. Патологические включения в эритроцитах
 - Д. Увеличение количества эритроцитов
 - Е. Уменьшение количества эритроцитов

27. Девушка 12 лет жалуется на быструю утомляемость и частую головную боль; зеленоватый цвет и сухость кожи, ломкость волос и ногтей; извращение вкуса и сухость во рту. Объективно: атрофия нитевидных сосочков языка, трещины в углах рта. Установлен диагноз - ранний хлороз. Какие препараты нужно назначить данной пациентке в первую очередь для общего лечения заболевания?

- A. Препараты железа
- B. Витамины группы В
- C. Витамины А и Е
- D. Антигемофильный глобулин
- E. Фолиевую кислоту

28. Во время стоматологического осмотра у пациента 9 лет было обнаружено разрастание десен с явлениями некроза с оральной стороны. О каком заболевании крови могут свидетельствовать данные симптомы?

- A. Острый лейкоз
- B. Железодефицитная анемия
- C. Агранулоцитоз
- D. Хронический лейкоз
- E. Тромбастения

29. К врачу-стоматологу на консультацию обратились родители с больным гемофилией ребенком 6-ти лет. После обследования ребенка было принято решение об удалении зубов 71 и 81. Перед операцией рекомендовано обратиться к врачу-гематологу с целью проведения профилактики кровотечения. Укажите способ введения лекарственных препаратов при общем лечении гемофилии.

- A. Внутривенно в поверхностные вены
- B. Внутримышечно
- C. Подкожно
- D. Внутривенно в глубокие вены
- E. В живот

30. Чему равен цветовой показатель периферической крови у здорового человека?

- A. 0.85-1,15
- B. 1-5
- C. 0-1
- D. 0.5-0.8
- E. 1-1.8

31. Анизоцитоз - это:

- A. Эритроциты разного размера
- B. Эритроциты разной формы
- C. Патологические включения в эритроцитах
- D. Увеличение количества эритроцитов
- E. Уменьшение количества эритроцитов

32. После перенесенной ОРВИ у девочки 5 лет появились носовое кровотечение и полиморфная несимметричная сыпь (петехии и экхимозы) на туловище и конечностях. Лимфатические узлы не увеличены. Патологии со стороны ЖКТ не обнаружено. Нв - 105 г/л, время свертывания крови - 7 мин, время кровотечения по Дюку - 9 мин, количество тромбоцитов - 25×10^9 /л, положительная проба жгута - 15 петехий. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Тромбоцитопеническая пурпура
- B. Геморрагический васкулит
- C. Гемофилия
- D. Болезнь Виллебранда
- E. Острый лейкоз

33. У ребенка 5 лет наблюдаются частые кровотечения из носа и, периодически, после сна, на боках и спине появляется сыпь. Элементы сыпи напоминают "кожу леопарда". В гемограмме: лейкоциты - $12 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты - $55,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 15 мм/час. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Болезнь Верльгофа
- B. Гемолитическая анемия
- C. Железодефицитная анемия
- D. Острый лейкоз
- E. Сепсис

34. У мальчика 4 лет с момента рождения наблюдается геморрагическая сыпь (петехии, экхимозы) на коже туловища, конечностей, лица. С двухлетнего возраста у ребенка возникают кровотечения из носа. У матери ребенка периодически без видимых причин на теле появляются "синяки". Назовите вероятный диагноз у ребенка.

- A. Болезнь Виллебранда
- B. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
- C. Гемофилия А
- D. Гемофилия В
- E. Наследственная тромбоцитопатия Глянцмана

35. В лейкограмме крови ребенка в возрасте от 4-х дней до 4-х лет имеет место физиологический лимфоцитоз. Какое количество лимфоцитов в миелограмме детей данного возраста можно считать патологическим?

- A. Более 65 %
- B. Более 14 %
- C. 2-8 %
- D. 8-12 %
- E. 18-20 %

36. Петехии - это:

- A. Точечные кровоизлияния округлой формы размером 2-5 мм
- B. Кровоизлияния размером более 5 мм неправильной формы
- C. Кровоизлияния в виде сосудистой сетки
- D. Кровоизлияния в суставы
- E. Кровоизлияния только на слизистой оболочке

37. Что лежит в основе патогенеза болезни Верльгофа?

- A. Снижение количества тромбоцитов
- B. Нарушения в системе свертывания крови
- C. Повреждение сосудистой стенки
- D. Внутрисосудистое свертывание крови
- E. Малое количество эритроцитов в крови

38. Девушка 15 лет, обратилась в клинику с жалобами на слабость, сердцебиение и одышку при физической нагрузке, искажение вкусовых ощущений (желание есть мел и сырые макароны). Объективно: бледность и сухость кожи, ломкость ногтей. В общем анализе крови: гемоглобин - 65 г/л, анизоцитоз и пойкилоцитоз эритроцитов, железо сыворотки - 7 мкмоль/л, общий билирубин - 17,3 мкмоль/л. Какие препараты необходимо назначить пациентке в первую очередь?

- A. Препараты железа
- B. Витамин B12
- C. Свежезамороженную плазму
- D. Эритроцитарной массу
- E. β - адренорецепторов

39. Причиной возникновения B12 и фолиеводефицитной анемии является все, кроме:

- A. Чрезмерного поступления в организм с продуктами питания витамина B12 и фолиевой кислоты
- B. Недостаточного поступления витамина B12 и фолиевой кислоты в организм с продуктами питания
- C. Нарушение всасывания витамина B12 и фолиевой кислоты
- D. Повышенные расходы витамина B12 и фолиевой кислоты
- E. Нарушение депонирования витамина B12 и фолиевой кислоты

40. Увеличение лимфатических узлов чаще всего встречается при:

- A. Лимфобластном лейкозе
- B. Промиелоцитарном лейкозе
- C. Монобластном лейкозе
- D. Миелобластном лейкозе
- E. Эритромиелозе

Литература:

1. Терапевтическая стоматология детского возраста /Л.А.Хоменко, Ю.Б.Чайковский, А.В.Савичук [и др.] □ Киев: Книга Плюс, 2007. □ С. 727-738.
2. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський, О.Ф.Несин, Ж.І.Рахній. – К.: Здоров'я, 1998. – С.297-306.
3. Атаман О.В. Патологічна фізіологія в запитаннях і відповідях: навчальний посібник /О.В.Атаман. □ Вінниця: Нова Книга, 2007. □ С. 256-280, 288-293.
4. Гайдукова С.М. Залізодефіцитна анемія /С.М.Гайдукова, С.В.Видиворець, І.В.Колесник. – К, : Науковий світ, 2001. – 62 с.
5. Боровский Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта /Е.В.Боровский, Н.Ф.Данилевский. – Москва : Медицина, 1981. □ 317 с.