

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**  
**Кафедра терапевтичної стоматології**

**Навчально-методичні рекомендації для студентів 5 курсу**  
**з дисципліни «Терапевтична стоматологія». Частина 2.**

*Гончарук-Хомин М.Ю., Богдан О.М.*

УДК 616.314.13/.16-001.4-007.232/234

**Навчально-методичні рекомендації для студентів 5 курсу з дисципліни «Терапевтична стоматологія». Частина 2./ Гончарук-Хомин М.Ю., Богдан О.М. – Ужгород, 2024. – 382 с.**

*Колектив авторів-укладачів:*

**Гончарук-Хомин М.Ю.** – PhD, завідувач кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «УжНУ»;

**Богдан О.М.** – старший викладач кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «УжНУ»;

Навчально-методичні рекомендації розроблені для вивчення програми з дисципліни «Терапевтична стоматологія» студентами 5-го курсу стоматологічного факультету. В дані методичні рекомендації входять методичні розробки для проведення практичних занять в комплексі з контрольними завданнями і переліком рекомендованої навчально-методичної літератури, які спрямовані на поглиблення знань студентів щодо диференційної діагностики захворювань твердих тканин зубів та ендодонта, захворювання слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ, вивчення анатомо-гістологічних особливостей будови слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ, проведення оцінки впливу різних етіологічних чинників та патогенетичних механізмів.

Навчально-методичні рекомендації розглянуто та затверджено на засіданні кафедри терапевтичної стоматології стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», протокол № 1 від 18 січня 2024 р.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №46

### ТЕМА: Диференціальна діагностика некаріозних уражень твердих тканин зубів.

**I. Актуальність теми:** В зв'язку із погіршенням екологічних умов проживання, серед населення України все більше зростає розповсюдженість некаріозних уражень зубів. В даних умовах велике значення має своєчасне виявлення та лікування даної патології. Екзогенна інтоксикація організму також може виникати при надмірному або невірному застосуванню лікарських препаратів, тому слід приділяти належну увагу профілактиці некаріозних уражень зубів в період вагітності та у дітей в перші роки життя.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- необхідний обсяг та послідовність методів обстеження хворих при ураженнях зубів некаріозного походження;
- класифікацію некаріозних уражень зубів;
- клінічні прояви некаріозних уражень твердих тканин зубів;
- диференційну діагностику уражень зубів некаріозного походження;
- тактику та принципи лікування хворих на дану патологію;
- принципи профілактики та методи диспансерного спостереження за хворими з ураженнями зубів некаріозного походження.

##### 2.2. Вміти:

- виявити причину виникнення некаріозних уражень;
- зібрати анамнестичні дані, які б засвідчили та допомогли в диференційній діагностиці при наявності даної патології;
- виявити об'єктивні ознаки некаріозних захворювань;
- провести диференційну діагностику з захворюваннями, що мають схожі симптоми;
- скласти план індивідуального лікування хворих з некаріозними ураженнями різного ступеню важкості;
- провести лікування;
- оформити документацію;
- скласти комплекс профілактичних процедур.

#### III. Зміст теми:

До некаріозних уражень твердих тканин зубів належать морфологічні та функціональні ушкодження емалі й дентину внаслідок впливу екзогенних та ендогенних несприятливих факторів на зубні тканини. Некаріозні ураження тканин зубів за В.К. Патрикеевим (1968) розподіляють на 2 групи:

##### 1. Ураження, що виникають у період фолікулярного розвитку зубів (до прорізування):

- гіпоплазія емалі;
- гіперплазія емалі;
- ендемічний флюороз зубів;
- аномалії розвитку і прорізування зубів, зміни їхнього кольору;
- спадкові порушення розвитку зубів.

##### 2. Ураження зубів, що виникають після їхнього прорізування:

- пігментація зубів і наліт на них;
- стирання твердих тканин;
- клиноподібний дефект;
- ерозія зубів;
- некроз твердих тканин зубів;
- травма зубів;
- гіперестезія зубів.

### **Системна гіпоплазія.**

Характеризується наявністю симетричних плям білого кольору різної форми на вестибулярній поверхні зубів або наявністю хвилястої, борознистої та крапчастої емалі; з часом може виникати каріозна порожнина. Метод прижиттєвої (вітальної) діагностики за допомогою 2% водного розчину метиленового синього забарвлення твердих тканин не викликає.



### **Флюороз зубів.**

При сумнівній формі флюорозу на емалі ледь помітні білі плями або крапки, при дуже слабкій формі флюорозу на поверхні непрозорі, білі плями, що займають не більше 25% поверхні емалі зуба, а при слабкій формі флюорозу – білі непрозорі плями на поверхні зуба, що займають не більше 50% поверхні емалі зуба. При помірній формі флюорозу наявні коричневі плями на поверхні зуба, а при тяжкій формі флюорозу всі поверхні зубів уражені, відмічається коричнева пігментація та деструкція емалі.



### **Клиноподібний дефект.**

Діагностується по типовій локалізації процесу на вестибулярній поверхні в ділянці оголених шийок зубів, характерній формі ураження у вигляді клина. Стінки дефекту щільні, блискучі, гладенькі. Ділянка ураження не забарвлюється 2% розчином метиленового синього. Клиноподібні дефекти можуть бути поодинокими, але частіше вони численні й розташовуються на симетричних зубах.



### **Ерозія твердих тканин зуба.**

Ерозія – це дефект овальної або округлої форми, розташований на найбільш випуклій частині вестибулярної поверхні верхніх фронтальних зубів; дно її рівне, блискуче і тверде.



Сучасні методи лікування некаріозних уражень зубів.

### **Гіпоплазія твердих тканин зуба.**

Місцеве лікування в першу чергу починається із професійної гігієни порожнини рота; ремінералізуючої терапії – Са, Р-вмісні препарати (10-20 процедур щодня або через день), фторвмісні препарати (місцево).

Часто призначають фізіотерапевтичне лікування, а саме: електрофорез 10% розчину кальцію глюконату або кальцію хлориду, 2,5% розчину гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів); електрофорез 1-2% розчин натрію фториду на емаль зуба, використовується відразу після застосування аплікацій Са, Р-вмісних препаратів (3-4 сеанси).

Крім вказаних заходів, необхідно провести навчання пацієнта індивідуальній гігієні порожнини рота, підбір засобів гігієни (паст, зубної щітки). В разі необхідності проводиться пломбування дефектів композиційними і склоіономерними цементами.

Загальне лікування включає призначення препаратів кальцію, мікроелементів, вітамінів (курс протягом 30 днів, двічі на рік); а також раціональне харчування з обмеженням вживання рафінованих вуглеводів.

Критеріями ефективності лікування є відновлення анатомічної форми зуба.

### **Флюороз зубів.**

Лікування хворих повинно починатися з припинення або хоча б обмеження доступу в організм хворого підвищених концентрацій фтору з питною водою та продуктами харчування, а також послаблення токсичної дії підвищених концентрацій фтору шляхом призначення молока і молочних продуктів, препаратів кальцію протягом місяця. За всіх проявів флюорозу хворим призначають 2- разове чищення зубів пастами, що містять у собі гліцерофосфат кальцію. При місцевому лікуванні спочатку проводять професійну гігієну порожнини рота.

Для усунення коричневої пігментації використовують перекис водню та карбаміду. Перекис водню та перекис карбаміду випускають двох типів: у вигляді розчину або гелю (25- 35% розчин чи 1- 10% гель перекису водню, або 10-15 % розчин чи 1,5-6% гель перекису карбаміду). Для посилення ефекту відбілювання додатково застосовують один із фізичних факторів – тепло, УФ-опромінення, промені лазера, постійний струм. Після процедури відбілювання проводиться ремінералізація твердих тканин зубів з використанням Са, Р-вмісних препаратів (10-20 процедур щодня або через день) місцево.

Іноземні фірми для відбілювання зубів пропонують такі розчини та гелі перекису водню: “Superoxol”, “Opalescence” та інші, або розчини чи гелі перекису карбаміду “White and Brite”, “Nu Smile”.

За наявності деструкції емалі проводять пряму реставрацію уражених зубів із використанням сучасних пломбувальних матеріалів світлового затвердіння.

Загальне лікування включає :

- призначення препаратів кальцію, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік);

- раціональне харчування з обмеженням вживання рафінованих вуглеводів та продуктів, що містять кальцій і фосфор.

Критеріями ефективності лікування є відновлення анатомічної форми, функції та косметичних якостей зуба.

### **Клиноподібний дефект.**

За початкових проявів клиноподібного дефекту використовують консервативні засоби для стабілізації патологічного процесу, а саме аплікації або електрофорез 10% розчину глюконату кальцію; 2% розчину фториду натрію; 2,5% розчину гліцерофосфату кальцію.

Ефективним є тимчасове пломбування цементами та композиційними матеріалами з додаванням у їх склад (перед замішуванням) ремінералізуючих засобів у концентрації до 5% (фторид натрію). За наявності виражених дефектів твердих тканин рекомендується пломбування. Найбільш зручним є склоіономерні цементами і композитні пломбувальні матеріали, якими без препарування або з препаруванням після кондиціювання і нанесення адгезиву закривають дефекти зубів. При глибоких клиноподібних дефектах необхідне виготовлення штучних коронок. Хворим рекомендують лікування супутньої патології, призначають препарати Са з мікроелементами (Кальцій-Д3Нікомед та ін.), рекомендують дієту (обмеження вживання легкозасвоюваних вуглеводів тощо).

Критеріями ефективності лікування є стабілізація патологічного процесу у вигляді відновлення анатомічної форми, функції та косметичних якостей зуба.

### **Ерозія твердих тканин зуба.**

Для стабілізації патологічного процесу застосовують аплікації або електрофорез ремінералізуючих засобів: призначають щодня або через день. Використовують тимчасове пломбування ділянок ураження цементами із ремінералізуючими засобами. В разі необхідності використовують сучасні пломбувальні матеріали світлового затвердіння для реставрації дефектів твердих тканин зуба. За необхідністю проводиться навчання пацієнта індивідуальній гігієні порожнини рота, підбір засобів гігієни. Підвищена чутливість. Найбільш часто спостерігається при патології тканин зубів некаріозного походження, а також при карієсі і хворобах пародонта.

Системна генералізована гіперестезія спостерігається при психоневрозах, ендокринопатіях, захворюваннях шлунково-кишкового тракту, клімаксі, порушеннях обміну, інфекційних та інших захворюваннях.

### **Клінічна картина.**

Хворі скаржаться на інтенсивні, але не тривалі болі, обумовлені дією температурних (холод, тепло), хімічних (кисле, солодке) або механічних подразників. Хворі говорять, що вони не можуть вдихнути холодне повітря, вживати кислу, солодку, солону їжу.

**Відомі кілька класифікацій гіперестезії.**

### **Класифікація гіперестезії**

#### **А. За поширеністю:**

- I. Обмежена форма.
- II. Генералізована форма.

#### **Б. За походженням:**

I. Гіперестезія дентину, що пов'язана з втратою твердих тканин зуба:

- а) в ділянці каріозних порожнин;
- б) виникла після препарування тканин зуба під штучні коронки, вкладки і т. ін.;
- в) супутнє патологічне стирання твердих тканин зуба і клиноподібних дефектів;
- г) при ерозії твердих тканин зубів.

II. Гіперестезія дентину, що не пов'язана з втратою твердих тканин зуба:

- а) гіперестезія дентину оголених шийок і коренів зубів при пародонтозі й інших хворобах пародонта;
- б) гіперестезія дентину інтактних зубів (функціональна), що супроводжується загальним порушенням в організмі.

#### **В. За клінічним перебігом:**

I ступінь — тканини зуба реагують на температурний подразник (холод, тепло).

Поріг електрочутливості складає 5-8 мкА.

II ступінь — тканини зуба реагують на температурний і хімічний подразники (солодке, кисле). Поріг електрочутливості дентину 3-5 мкА.

III ступінь — тканини зуба реагують на всі види подразників (зокрема тактильний). Поріг електрочутливості пульпи – 1,5-3,5 мкА.

Користуючись цією класифікацією, можна провести диференційну діагностику і визначити вибір найбільш раціональних методів ліквідації гіперестезії твердих тканин зубів.

### **Диференційна діагностика.**

Гіперестезію твердих тканин у першу чергу необхідно диференціювати від гострого пульпіту, тому що схожість полягає в наявності гострого болю і виникненні утруднень у визначенні хворого зуба. Діагноз ставлять з урахуванням тривалості болю (при пульпіті він тривалий, виникає під час сну) і стану пульпи (при пульпіті зуб реагує на струм понад 20 мкА, а при гіперестезії ЕОД у межах норми – 2-6 мкА).

### **Лікування.**

Для усунення гіперестезії широко використовували пасти, до складу яких входять луги: гідрокарбонат натрію, карбонати натрію, калію, магнію, а також речовини, які здатні перебудовувати структуру твердих тканин зуба: фторид натрію, хлорид стронцію, препарати кальцію й ін. Згідно із сучасними уявленнями, іон фтору здатний заміщати гідроксильну групу в гідроксиапатиті, перетворюючи його в більш стійку сполуку – фторапатит .

Нині при гіперестезії тканин зуба широко застосовують ремінералізуючу терапію. Ділянки ураження покривають фторвмісними лаками, світлотвердіючими бондами (4 покоління адгезивів) або емалеводентинними адгезивами. Останніми роками для усунення гіперестезії з цією метою використовують спеціальні профілактичні системи на основі композитів, наприклад Seal&Protect фірми Dentsply, Super Seal фірми Bisco та інші. Ефективними засобами із сучасних препаратів для усунення гіперестезії є препарати для глибокого фторування за методикою Кнапвоста (“Dentin Fluid”, “Enamel Fluid”).

### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Назвати некаріозні ураження зубів та дати їм характеристику.
2. Клінічні та додаткові методи обстеження хворих.
3. Назвати та визначити захворювання з якими проводиться диф. діагностика некаріозних уражень зубів.
4. Опишіть клініку та діагностику клиноподібного дефекту, ерозії, та некрозу твердих тканин.
5. Проведіть диференційну діагностику некаріозних уражень зубів: флюорозу, ерозії твердих тканин, клиноподібного дефекту, хімічного некрозу.
6. Патологічне стирання зубів, гіперестезія твердих тканин зуба, опишіть ознаки, проведіть диференційну діагностику.
7. Методи лікування патологічного стирання зубів.
8. Сформулюйте шляхи лікування хворих з флюорозом зубів.
9. Різновиди гіперчутливості зубів.
10. Лікування хворих з гіперестезією, клиноподібним дефектом, ерозією, некрозом твердих тканин..

### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Жінка звернулася у клініку зі скаргами на біль від термічних і хімічних подразників у зубах верхньої та нижньої щелеп. При об'єктивному обстеженні



на вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці 14, 15, 24, 25, 31, 32, 41, 42 зубів виявлені дефекти твердих тканин зубів. Вони утворені двома майже горизонтальними поверхнями, які сходяться під кутом у межах середньої третини дентину. Їх стінки гладенькі, вкриті щільним дентином. Який вірогідний діагноз захворювання?

- A. Клиноподібні дефекти
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Хронічний середній карієс
- D. Патологічне стирання твердих тканин зубів
- E. Ерозія емалі

2. У хворого 26 років на вестибулярних поверхнях центральних, латеральних різців та перших молярів верхньої та нижньої щелеп виявлені численні плями молочного кольору. Вони розташовані строго симетрично, безболісні при зондуванні та при дії температурних подразників. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Флюороз
- B. Некроз емалі
- C. Системна гіоплазія емалі
- D. Ерозія емалі
- E. Гострий початковий карієс

3. Хвора С, 20 років, скаржиться на неестетичний вигляд 24 зуба з моменту прорізування. Об'єктивно: в 24 зубі емаль частково відсутня, дентин забарвлений в жовтий колір. У дитинстві 64 молочний зуб неодноразово лікували, незважаючи на часті загострення, появу набряків, нориці на яснах. 64 вимушені були видалити в 9 років. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Локальна гіоплазія емалі
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Аплазія емалі
- D. Флюороз
- E. Системна гіоплазія

4. Пацієнт К., 38 р., звернувся із скаргами на чутливість 31,32 зубів на термічні та хімічні подразники. Об'єктивно: 21 зуб покритий металокерамічною коронкою, виготовленою 1 рік тому, ріжучі краї 31,32 зубів стерті в межах дентину, болючі при зондуванні і термопробі. Яка найбільш імовірна причина появи гіперчутливості?

- A. Дефект 31, 32 зубів некаріозного походження
- B. Каріозний процес на ріжучій поверхні 31, 32 зубів
- C. Стирання 31, 32 зубів металокерамічною коронкою
- D. Травматична оклюзія в ділянці 31, 32 зубів
- E. Зішліфування 31, 32 зубів в процесі припасування коронки

5. Хвора 47 років скаржиться на неможливість приймання холодної та гарячої їжі, а також інтенсивні болі від кислого, солодкого та солоного. Під час огляду виявлена незначна втрата емалі на молярах та різцях. Зондування і холодова проба різко болісні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Ерозія емалі

- В. Гіперестезія твердих тканин зуба
- С. Гіпоплазія емалі
- Д. Патологічне стирання твердих тканин зуба
- Е. Некроз емалі

6. До стоматолога звернулася жінка 28 років зі скаргами на біль від термічних та хімічних подразників в зубах верхньої і нижньої щелеп. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці різців і ікол верхньої та нижньої щелеп виявлені неправильної форми дефекти твердих тканин зубів у межах емалі (до емалеводентинного з'єднання), виповнені розм'якшеними тканинами. Між якими захворюваннями потрібно провести диференційну діагностику у даному клінічному випадку?

- А. Гіпоплазія і клиноподібний дефект
- В. Ерозія і клиноподібний дефект
- С. Карієс і некроз емалі
- Д. Карієс і ерозія емалі
- Е. Гіпоплазія і некроз

7. У хворого Н., 51 року скарги на підвищену больову чутливість зубів від температурних, хімічних, механічних подразників. Біль інтенсивний, але швидко проходить після усунення подразника. Під час обстеження 11 виявлена незначне стирання емалі на жувальній поверхні молярів та різальному краю іклів та різців. Оголений дентин твердий, гладкий, блискучий. ЕОД - 5 мкА. Поставте діагноз:

- А. Ерозія емалі
- В. Гіпоплазія емалі
- С. Клиноподібний дефект
- Д. Гіперестезія твердих тканин зуба
- Е. Флюороз.

8. Пацієнт 16 років скаржиться на косметичні дефекти у ділянці верхніх фронтальних зубів, які мають вигляд білих плям. Виявлені вони давно і з часом не змінювали свою форму. При обстеженні виявлені білі плями біля різальних країв на вестибулярних поверхнях 11, 12, 21, 22 зубів, а також на вестибулярних і жувальних поверхнях 16, 26, 36, 46 зубів. При зондуванні поверхня плям гладенька, безболісна, реакція на холод безболісна. Плями не забарвлюються 2% розчином метиленового синього. Назвіть найбільш вірогідний діагноз:

- А. Флюороз, плямиста форма
- В. Системна гіпоплазія емалі
- С. Гострий початковий карієс
- Д. Ерозія твердих тканин зубів
- Е. Місцева гіпоплазія емалі

9. Юнак 17 років скаржиться на наявність на фронтальних зубах косметичного дефекту у вигляді світлих плям. У місцевості, де він проживає вміст фтору у питній воді становить 1 мг/л. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні 11, 12, 21, 22 зубів, горбках 16, 26, 36, 46 зубів виявлені крейдоподібного кольору плями з блискучою поверхнею. Наявність плям пацієнт відмічає від дня народження. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Системна гіпоплазія емалі

В. Незавершений амелогенез

С. Численний карієс

Д. Ендемічний флюороз

Е. Ерозія емалі

10. Дівчина 18 років скаржиться на наявність білих плям на різцях верхньої щелепи. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні 11 і 12 зубів ближче до різального краю виявлені симетрично розміщені білуваті плями неправильної форми. Їх поверхня блискуча, безболісна при зондуванні. Вони не забарвлюються барвниками. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Ендемічний флюороз

В. Гострий початковий карієс

С. Системна гіоплазія емалі

Д. Місцева гіоплазія емалі

Е. Ерозія емалі

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник,

- Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.
  8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.
  14. Пропедевтика терапевтичної стоматології [Текст]: підруч. для студ. стом. факул. вищ. навч. закл. МОЗ України / Марченко І.Я., Назаренко З.Ю., Павленко С.А. та ін.; під заг. ред. Ткаченко І.М.; ВДНЗУ «УМСА» – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. – 439 с.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №47

### ТЕМА: Сучасні методи відбілювання та реставрації зубів з некаріозними ураженнями.

**I. Актуальність теми:** В зв'язку із погіршенням екологічних умов проживання, серед населення України все більше зростає розповсюдженість некаріозних уражень зубів. В даних умовах велике значення має своєчасне виявлення та лікування даної патології. Екзогенна інтоксикація організму також може виникати при надмірному або невірному застосуванню лікарських препаратів, тому слід приділяти належну увагу профілактиці некаріозних уражень зубів в період вагітності та у дітей в перші роки життя.

#### **II. Навчальна мета:**

##### **2.1. Студент повинен знати:**

- необхідний обсяг та послідовність методів обстеження хворих при ураженнях зубів некаріозного походження;
- класифікацію некаріозних уражень зубів;
- клінічні прояви некаріозних уражень твердих тканин зубів;
- диференційну діагностику уражень зубів некаріозного походження;
- тактику та принципи лікування хворих на дану патологію;
- принципи профілактики та методи диспансерного спостереження за хворими з ураженнями зубів некаріозного походження.

##### **2.2. Вміти:**

- діагностувати причину виникнення некаріозних уражень;
- провести диференційну діагностику з захворюваннями, що мають схожі симптоми;
- обґрунтувати та скласти план індивідуального лікування хворих з некаріозними ураженнями різного ступеню важкості;
- виконати терапевтичні маніпуляції по відбілюванню зубів при флюорозі;
- провести терапевтичні маніпуляції по ремтерапії після відбілювання зубів та при початкових стадіях некаріозних уражень твердих тканин зубів;
- виконати терапевтичні маніпуляції по реставрації зубів при деструктивних формах некаріозних уражень;
- виконувати терапевтичні маніпуляції по усуненню гіперестезії зубів;
- провести урок гігієни порожнини рота;
- виписувати рецепти;
- заповнювати документацію на хворих.

#### **III. Зміст теми:**

До некаріозних уражень твердих тканин зубів належать морфологічні та функціональні ушкодження емалі й дентину внаслідок впливу екзогенних та ендогенних несприятливих факторів на зубні тканини. Некаріозні ураження тканин зубів за В.К. Патрикеевим (1968) розподіляють на 2 групи:

1. *Ураження, що виникають у період фолікулярного розвитку зубів (до прорізування):*

- гіпоплазія емалі;
- гіперплазія емалі;
- ендемічний флюороз зубів;

- аномалії розвитку і прорізування зубів, зміни їхнього кольору;
- спадкові порушення розвитку зубів.

## **2. Ураження зубів, що виникають після їхнього прорізування:**

- пігментація зубів і наліт на них;
- стирання твердих тканин;
- клиноподібний дефект;
- ерозія зубів;
- некроз твердих тканин зубів;
- травма зубів;
- гіперестезія зубів.

### **Сучасні методи лікування некаріозних уражень зубів.**

#### *Гіпоплазія твердих тканин зуба.*

Місцеве лікування в першу чергу починається із професійної гігієни порожнини рота; ремінералізуючої терапії – Са, Р-вмісні препарати (10-20 процедур щодня або через день), фторвмісні препарати (місцево).

Часто призначають фізіотерапевтичне лікування, а саме : електрофорез 10% розчину кальцію глюконату або кальцію хлориду, 2,5% розчину гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів); електрофорез 1-2% розчин натрію фториду на емаль зуба, використовується відразу після застосування аплікацій Са, Р-вмісних препаратів (3-4 сеанси).

Крім зазначених заходів, за необхідністю повинні проводитися навчання пацієнта індивідуальній гігієні порожнини рота, підбір засобів гігієни (паст, зубної щітки). В разі необхідності проводиться пломбування дефектів композиційними і склоіономерними цементами.

Загальне лікування включає призначення препаратів кальцію, мікроелементів, вітамінів (курс протягом 30 днів, двічі на рік); а також раціональне харчування з обмеженням вживання рафінованих вуглеводів.

Критеріями ефективності лікування є відновлення анатомічної форми зуба.

#### *Флюороз зубів.*

При сумнівній формі флюорозу за міжнародною класифікацією І.Мюлера на емалі ледь помітні білі плями або крапки, при дуже слабкій формі флюорозу на поверхні непрозорі, білі плями, що займають не більше 25% поверхні емалі зуба, а при слабкій формі флюорозу – білі непрозорі плями на поверхні зуба, що займають не більше 50% поверхні емалі зуба. При помірній формі флюорозу наявна коричнева пігментація плям на поверхні зуба, а при тяжкій формі флюорозу всі поверхні зубів уражені, відмічається коричнева пігментація та деструкція емалі.

Лікування хворих повинно починатися з припинення або хоча б обмеження доступу в організм хворого підвищених концентрацій фтору з питною водою та продуктами харчування, а також послаблення токсичної дії підвищених концентрацій фтору шляхом призначення молока і молочних продуктів, препаратів кальцію протягом місяця. За всіх проявів флюорозу хворим призначають 2- разове чищення зубів пастами, що містять у собі гліцерофосфат кальцію або ремодент тощо.

При місцевому лікуванні спочатку проводять професійну гігієну порожнини рота. Для усунення коричневої пігментації використовують окислювачі (пергідроль) і перекис карбаміду (сечовина). Перекис водню та перекис карбаміду випускають двох типів: у вигляді розчину або гелю (25- 35% розчин чи 1- 10% гель перекису водню, або 10 -15 % розчин чи 1,5-6% гель перекису карбаміду).

Для посилення ефекту відбілювання і глибшого проникнення окислювача на емаль спочатку наносять кислоту, а потім окислювач. Відбілювання проводиться з використанням розчинів соляної кислоти та перекису водню, аскорбінової кислоти. Для посилення ефекту відбілювання додатково застосовують один із фізичних факторів – електрофорез 5% хлористого кальцію № 10, тепло, УФ-опромінення, промені лазера. Після процедури відбілювання проводиться ремінералізація твердих тканин зубів з використанням Са, Р вмісних препаратів (10-20 процедур щодня або через день) місцево.

Іноземні фірми для відбілювання зубів пропонують такі розчини та гелі перекису водню: “Superoxol”, “Opalescence” та інші, або розчини чи гелі перекису карбаміду “White and Brite”, “Nu Smile”. За наявності деструкції емалі проводять пряму реставрацію уражених зубів із використанням сучасних пломбувальних матеріалів світлового затвердіння.

Загальне лікування включає призначення препаратів кальцію, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік); раціональне харчування з обмеженням вживання рафінованих вуглеводів.

Критеріями ефективності лікування є відновлення анатомічної форми, функції та косметичних якостей зуба.

#### *Клиноподібний дефект.*

За початкових проявів клиноподібного дефекту використовують консервативні засоби для стабілізації патологічного процесу, а саме аплікації або електрофорез 10% розчину глюконату кальцію; 2% розчину фториду натрію 2,5% розчину гліцерофосфату кальцію. Ефективним є тимчасове пломбування цементами та композиційними матеріалами з додаванням у їх склад (перед замішуванням) ремінералізуючих засобів у концентрації до 5% (фторид натрію). За наявності виражених дефектів твердих тканин рекомендується пломбування.

Найбільш зручним є склоіономерні цементами, компомери та композитні пломбувальні матеріали, якими без препарування або з препаруванням після кондиціонування і нанесення адгезиву закривають дефекти зубів. При глибоких клиноподібних дефектах необхідне виготовлення штучних коронок. Хворим рекомендують лікування супутньої патології, призначають препарати Са з мікроелементами (Кальцій-ДЗНікомед та ін.), рекомендують приділяти увагу дієті (обмеження вживання легкозасвоюваних вуглеводів тощо).

Критеріями ефективності лікування є стабілізація патологічного процесу у вигляді відновлення анатомічної форми, функції та косметичних якостей зуба.

#### *Ерозія твердих тканин зуба.*

Для стабілізації патологічного процесу застосовують аплікації або електрофорез ремінералізуючих засобів: призначають щодня або через день. Використовують тимчасове пломбування ділянок ураження цементами із

ремінералізуючими засобами. В разі необхідності використовують сучасні пломбувальні матеріали світлового затвердіння для реставрації дефектів твердих тканин зуба. За необхідністю проводиться навчання пацієнта індивідуальній гігієні порожнини рота, підбір засобів гігієни.

#### *Підвищена чутливість*

Для усунення гіперестезії широко використовували пасти, до складу яких входять луги: гідрокарбонат натрію, карбонати натрію, калію, магнію, а також речовини, які здатні перебудовувати структуру твердих тканин зуба: фторид натрію, хлорид стронцію, препарати кальцію й ін. Згідно із сучасними уявленнями, іон фтору здатний заміщати гідроксильну групу в гідроксиапатиті, перетворюючи його в більш стійку сполуку – фторапатит. Добрий ефект лікування гіперестезії спостерігається від застосування ремінералізуючих паст.

При гіперестезії тканин зуба широко застосовують ремінералізуючу терапію. Ділянки ураження покривають фторвмісними лаками, світлотвердіючими бондами (4 покоління адгезивів) або емалеводентинними адгезивами. Останніми роками для усунення гіперестезії з цією метою використовують спеціальні профілактичні системи на основі композитів (так звані десенситайзери), наприклад: Seal&Protect фірми Dentsply, Super Seal фірми Bisco та інші. Ефективними засобами із сучасних препаратів для усунення гіперестезії є препарати для глибокого фторування за методикою Кнапвоста (“Dentin Fluid”, “Enamel Fluid”).

#### Сучасні методи відбілювання зубів

- лазерне відбілювання;
- фотовідбілювання;
- хімічне відбілювання;
- ендовідбілювання.



#### **Лазерне відбілювання**

Для проведення лазерного відбілювання після попередньої чистки і необхідних лікувальних процедур у ротовій порожнині пацієнта встановлюють ретрактор, а на край ясен наносять рідкий коффердам. На поверхню зубів



наноситься спеціальний гель. Далі під активною дією лазера склад гелю активується. Молекули кисню проникають в глибокі шари зубної емалі та прибирають пігментацію, яка там накопичується. Тривалість процедури – 30-40 хвилин.

*Переваги методу:*

- Безболісність процедури.
- Відсутність відчуття нагрівання від лазера та низька ймовірність виникнення підвищеної чутливості.
- Почергова обробка кожного зуба.
- Виражений ефект і тривалий ефект.

#### **Фотовідбілювання**

У процесі процедури фотовідбілювання на зуби наноситься відбілюючий гель з вмістом перекису водню і далі активується за допомогою галогенного, світлодіодного (LED-лампа) або ультрафіолетового випромінювання. Після процедури для захисту емалі проводиться фторування. Тривалість процедури: 30 хвилин.

*Переваги методу:*

- Процедура безпечна.
- Створює миттєвий помітний ефект.
- Тривалість процедури невелика і займає близько 30 хвилин.
- Ефект відбілювання тримається до 2 років.
- Спеціальний фільтр дозволяє знизити вплив на внутрішні тканини зубів.

#### **Хімічне відбілювання**

Для хімічного відбілювання на поверхні зубів рівномірно розподіляється спеціальний гель з концентрованою відбілюючою речовиною. Ясна захищатиме кофердам. Лазер чи лампи для процедури не застосовуються. Процедура дозволяє висвітлити зуби на 5-7 тонів. Тривалість процедури: 30-40 хвилин

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Назвати некаріозні ураження зубів та дати їм характеристику.
2. Клінічні та додаткові методи обстеження хворих.
3. Назвати та визначити захворювання з якими проводиться диференційна діагностика некаріозних уражень зубів.
4. Опишіть клініку та діагностику клиноподібного дефекту, ерозії, та некрозу твердих тканин.
5. Проведіть диференційну діагностику некаріозних уражень зубів: флюорозу, ерозії твердих тканин, клиноподібного дефекту, хімічного некрозу.
6. Патологічне стирання зубів, гіперестезія твердих тканин зуба, опишіть ознаки, проведіть диференційну діагностику.
7. Методи лікування патологічного стирання зубів.
8. Сформулюйте шляхи лікування хворих з флюорозом зубів.
9. Різновиди гіперчутливості зубів.
10. Лікування хворих з гіперестезією, клиноподібним дефектом, ерозією, некрозом твердих тканин..

### V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:

1. Жінка звернулася у клініку зі скаргами на біль від термічних і хімічних подразників у зубах верхньої та нижньої щелеп. При об'єктивному обстеженні на вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці 14, 15, 24, 25, 31, 32, 41, 42 зубів виявлені дефекти твердих тканин зубів. Вони утворені двома майже горизонтальними поверхнями, які сходяться під кутом у межах середньої третини дентину. Їх стінки гладенькі, вкриті щільним дентином. Який вірогідний діагноз захворювання?

- A. Клиноподібні дефекти
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Хронічний середній карієс
- D. Патологічне стирання твердих тканин зубів
- E. Ерозія емалі

2. У хворого 26 років на вестибулярних поверхнях центральних, латеральних різців та перших молярів верхньої та нижньої щелеп виявлені численні плями молочного кольору. Вони розташовані строго симетрично, безболісні при зондуванні та при дії температурних подразників. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Флюороз
- B. Некроз емалі
- C. Системна гіоплазія емалі
- D. Ерозія емалі
- E. Гострий початковий карієс

3. Хвора С., 20 років, скаржиться на неестетичний вигляд 24 зуба з моменту прорізування. Об'єктивно: в 24 зубі емаль частково відсутня, дентин забарвлений в жовтий колір. У дитинстві 64 молочний зуб неодноразово лікували, незважаючи на часті загострення, появу набряків, нориці на яснах. 64 вимушені були видалити в 9 років. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Локальна гіоплазія емалі
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Аплазія емалі
- D. Флюороз
- E. Системна гіоплазія

4. Пацієнт К., 38 р., звернувся із скаргами на чутливість 31,32 зубів на термічні та хімічні подразники. Об'єктивно: 21 зуб покритий металокерамічною коронкою, виготовленою 1 рік тому, ріжучі краї 31,32 зубів стерті в межах дентину, болючі при зондуванні і термопробі. Яка найбільш імовірна причина появи гіперчутливості?

- A. Дефект 31, 32 зубів некаріозного походження
- B. Каріозний процес на ріжучій поверхні 31, 32 зубів
- C. Стирання 31, 32 зубів металокерамічною коронкою
- D. Травматична оклюзія в ділянці 31, 32 зубів
- E. Зішліфування 31, 32 зубів в процесі припасування коронки

5. Хвора 47 років скаржиться на неможливість приймання холодної та гарячої їжі, а також інтенсивні болі від кислого, солодкого та солоного. Під час огляду

виявлена незначна втрата емалі на молярах та різцях. Зондування і холодова проба різко болісні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Ерозія емалі
- B. Гіперестезія твердих тканин зуба
- C. Гіпоплазія емалі
- D. Патологічне стирання твердих тканин зуба
- E. Некроз емалі

6. До стоматолога звернулася жінка 28 років зі скаргами на біль від термічних та хімічних подразників в зубах верхньої і нижньої щелеп. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці різців і ікол верхньої та нижньої щелеп виявлені неправильної форми дефекти твердих тканин зубів у межах емалі (до емалеводентинного з'єднання), виповнені розм'якшеними тканинами. Між якими захворюваннями потрібно провести диференційну діагностику у даному клінічному випадку?

- A. Гіпоплазія і клиноподібний дефект
- B. Ерозія і клиноподібний дефект
- C. Карієс і некроз емалі
- D. Карієс і ерозія емалі
- E. Гіпоплазія і некроз

7. У хворого Н., 51 року скарги на підвищену больову чутливість зубів від температурних, хімічних, механічних подразників. Біль інтенсивний, але швидко проходить після усунення подразника. Під час обстеження 11 виявлена незначне стирання емалі на жувальній поверхні молярів та різальному краю іклів та різців. Оголений дентин твердий, гладкий, блискучий. ЕОД - 5 мкА. Поставте діагноз:

- A. Ерозія емалі
- B. Гіпоплазія емалі
- C. Клиноподібний дефект
- D. Гіперестезія твердих тканин зуба
- E. Флюороз.

8. Пацієнт 16 років скаржиться на косметичні дефекти у ділянці верхніх фронтальних зубів, які мають вигляд білих плям. Виявлені вони давно і з часом не змінювали свою форму. При обстеженні виявлені білі плями біля різальних країв на вестибулярних поверхнях 11, 12, 21, 22 зубів, а також на вестибулярних і жувальних поверхнях 16, 26, 36, 46 зубів. При зондуванні поверхня плям гладенька, безболісна, реакція на холод безболісна. Плями не забарвлюються 2% розчином метиленового синього. Назвіть найбільш вірогідний діагноз:

- A. Флюороз, плямиста форма
- B. Системна гіпоплазія емалі
- C. Гострий початковий карієс
- D. Ерозія твердих тканин зубів
- E. Місцева гіпоплазія емалі

9. Юнак 17 років скаржиться на наявність на фронтальних зубах косметичного дефекту у вигляді світлих плям. У місцевості, де він проживає вміст фтору у питній воді становить 1 мг/л. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні 11, 12, 21, 22 зубів, горбках 16, 26, 36, 46 зубів виявлені крейдоподібного кольору плями з

блискучою поверхнею. Наявність плям пацієнт відмічає від дня народження. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Системна гіоплазія емалі
- B. Незавершений амелогенез
- C. Численний карієс
- D. Ендемічний флюороз
- E. Ерозія емалі

10. Дівчина 18 років скаржиться на наявність білих плям на різцях верхньої щелепи. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні 11 і 12 зубів ближче до різального краю виявлені симетрично розміщені білуваті плями неправильної форми. Їх поверхня блискуча, безболісна при зондуванні. Вони не забарвлюються барвниками. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Ендемічний флюороз
- B. Гострий початковий карієс
- C. Системна гіоплазія емалі
- D. Місцева гіоплазія емалі
- E. Ерозія емалі

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії:

- навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
  7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
  8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.
  14. Пропедевтика терапевтичної стоматології [Текст]: підруч. для студ. стом. факул. вищ. навч. закл. МОЗ України / Марченко І.Я., Назаренко З.Ю., Павленко С.А. та ін.; під заг. ред. Ткаченко І.М.; ВДНЗУ «УМСА» – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. – 439 с.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №48

### ТЕМА: Фізичні фактори в діагностиці та лікуванні некаріозних уражень зубів

**I.Актуальність теми:** Широке впровадження в стоматологічну практику фізичних методів, дозволяє здійснювати найточнішу діагностику захворювань і контроль ефективності проведеного лікування. Своєчасне і правильне призначення фізіотерапії дає можливість швидко купірувати різні прояви патологічних процесів у щелепно-лицевій ділянці.

#### II.Навчальна мета:

##### 2.1.Студент повинен знати:

- необхідний обсяг та послідовність методів обстеження хворих при ураженнях зубів некаріозного походження;
- класифікацію некаріозних уражень зубів;
- клінічні прояви некаріозних уражень твердих тканин зубів;
- диференційну діагностику уражень зубів некаріозного походження;
- тактику та принципи лікування хворих на дану патологію;
- фізичні методи діагностики некаріозних уражень;
- фізичні методи в комплексному лікуванні некаріозних уражень;
- принципи профілактики та методи диспансерного спостереження за хворими з ураженнями зубів некаріозного походження.

##### 2.2.Вміти:

- діагностувати причину виникнення некаріозних уражень;
- провести диференційну діагностику з захворюваннями, що мають схожі симптоми;
- обґрунтувати та скласти план індивідуального лікування хворих з некаріозними ураженнями різного ступеню важкості;
- виконати терапевтичні маніпуляції по відбілюванню зубів при флюорозі;
- провести терапевтичні маніпуляції по ремінералізуючій терапії після відбілювання зубів та при початкових стадіях некаріозних уражень твердих тканин зубів;
- виконати терапевтичні маніпуляції по реставрації зубів при деструктивних формах некаріозних уражень;
- виконувати терапевтичні маніпуляції по усуненню гіперестезії зубів;
- провести урок гігієни порожнини рота;
- виписувати рецепти;
- заповнювати документацію на хворих.

#### III. Зміст теми:

**Фізіотерапевтична стоматологія** - це одна із гілок сучасної стоматології, яка використовує різні фізіотерапевтичні методи з профілактичною, лікувальною та контрольно-діагностичною ціллю. Для діагностики та лікування некаріозних уражень використовують такі фізіотерапевтичні методи:

#### Електрофорез

Лікарський електрофорез - поєднана дія постійного електричного току и лікарської речовини, введеної з його допомогою. Цей метод зв'язаний зі

здатністю важких речовин дисоціювати в розчиннику на позитивні і негативні іони, що при поміщенні розчину на електрод дозволяє ввести заряджені частинки в тканину. Електрофорез дозволяє звести до мінімуму побічну дію лікарського препарату, так як в тканини вводяться тільки необхідні його складові. Перевагою електрофорезу є те, що з його допомогою можна ввести лікарської речовини в тканини, малодоступні для інших способів введення. Зокрема, в стоматології можна проводити електрофорез в тканині емалі, дентину, пульпи зубів.

#### *Гіпоплазія емалі*

Електрофорез з ремінералізуючими препаратами (10% розчину кальцію глюконату або кальцію хлориду; 2,5% розчину гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів).

#### *Флюороз*

Електрофорез 1-2% розчин натрію фториду на емаль зуба, використовується відразу після застосування аплікацій Са, Р-вмісних препаратів (3-4 сеанси).

#### *Флюктуоризація*

Надає протизапальну, протинабрякову і безпечну дію на хворобливу ділянку людського тіла шляхом використання спрямованих імпульсів електричного струму частоти, що хаотично змінюється, в діапазоні від 20 Гц до 20 кГц метод носить назву флюктуоризація. Даний вид лікування застосовує повністю або періодично випрямлену електроенергію амплітудою до 3 мА/см<sup>2</sup> не високої напруги – до 100 В. Симетричні імпульси електроструму є найбільш прийнятними коливаннями хвиль, які найменше іннервують тканини.

Це обумовлено ефектом, що згладжує, через різну концентрацію заряджених іонів, яка змінюється в залежності від спрямованості електричної хвилі. Для лікування стоматологічних захворювань розроблений ФС 100, оснащений спеціальними електричними провідниками, різного розміру для внутрішньоротової флюктуоризація.

#### *Використання діадинамічного струму*

Діадинамотерапія — лікувальний метод, при якому для фізіотерапевтичного лікування застосовується постійний імпульсний струм напівсинусоїдальної форми з частотою 50 і 100 Гц і їх різними комбінаціями. Цей метод був розроблений і впроваджений в практику французьким лікарем-стоматологом П.Бернаром в 1929 р. Існує діадинамічний струм одноктактний (ОТ - частота 50 Гц), двохтактний (ДТ - частота 100 Гц), одноктактний ритмічний струм—(ОТР - ритм сінкопа), струм, модульований короткими періодами (КП) одноктактного і двохтактного струмів з паузою через 1,5 і 1 сек, струм, модульований довгими періодами (ДП) з поступовим підвищенням та спадом одноктактного і двохтактного струмів з довжиною періодів відповідно через 8 і 4 сек, одноктактний хвильовий струм (ОХ — довжина періоди 12 сек з поступовим підвищенням і зниженням струму), двохтактний хвильовий струм (ДХ - довжина періоду 12 сек з поступовим підвищенням і зниженням струму).

Діадинамофорез — метод поєднаної дії на організм людини діадинамічного струму та ліків, які вводяться за допомогою цього струму.

Діадинамічний струм володіє знеболювальною дією, підвищує

фізіологічну лабільність нервово-м'язового апарату. Під впливом цього струму виникає ритмічне скорочення м'язів, посилюється кровообіг, лімфообіг, стимулюються трофічні та окисно-відновні процеси в тканинах, зменшується симпатичний вплив на судини. Подразнення діадинамічним струмом периферичних нервових закінчень викликає в них парабіотичний стан, розвивається тимчасове зниження збудливості, яке сприяє знеболюванню і розвитку блокади. Знеболююча дія може тривати від 2 до 4 годин. Все нище наведене сприяє прискоренню зворотного розвитку запального процесу, нормалізації функціонального стану органа і тканин, зменшенню або зняттю болю.

#### *УВЧ – терапія.*

Це апаратний метод із використанням електромагнітних полів ультрависокої частоти, в якому створюване тепло передається у тканини та органи людини, і викликає низку фізико-хімічних процесів, в чому і полягає терапевтична дія методу.

#### *Діатермокоагуляція.*

Проводиться з допомогою апаратів ДКГ-1, ДКС-2 та ін.

##### *Покази:*

- для коагуляції вмісту кореневих каналів при пульпіті та періодонтиті;
- для видалення невеликих доброякісних новоутворень слизової оболонки порожнини рота ( гемангіома, папілома, фіброма, епуліс);
- для коагуляції гіпертрофічних ясенних сосочків при хронічних гінгівітах, пародонтиті.

Активним електродом для коагуляції беруть електрод у вигляді голки, а для гінгівектомії – у вигляді тонкої пластинки (ніж). Пасивний електрод закріплюють на передпліччі.

Для діатермокоагуляції використовують діатермічний струм. Змінний електричний струм високої частоти (1-2 МГц), невеликої напруги (150-200 В) і великої сили (від десятих часток до 1-2 А). Коагуляція настає в тканини під дією високої температури, що з'являється в результаті перетворення електричної енергії в теплову

Дарсонвалізація - це електролікування проводиться за допомогою апаратів-генераторів високочастотного змінного струму малої сили, високої напруги, що дає різко загасаючий розряд. Струми Д'арсонваля пригнічують чутливість периферичних нервових рецепторів, роблячи беззаспокійливу дію, зменшують сверблячку в тканинах, розширюють кровоносні судини, поліпшують трофіку тканин, знімають спазм судин, підсилюють міграцію лейкоцитів і т.д. Дарсонвалізація показана при хронічному гінгівіті, генералізованому пародонтиті, пародонтозі.

Лазерна терапія - використання випромінюваних квантовими генераторами електромагнітних хвиль, що володіють монохроматичністю, когерентністю (однофазність хвилі). Найбільш широко застосовується випромінювання гелій неоновому лазера. Таке випромінювання робить лікувальну дію широкого діапазону: протизапальну, тому що нормалізує порушені мікроциркуляцію й проникність судинної стінки; беззаспокійливу; тромболітичну; поліпшує обмінні та окислювально-відновні процеси в тканинах;



стимулює процес регенерації, фактори місцевого й загального імунного захисту організму .

Апліпульстерапія - це метод лікування у фізіотерапії, який полягає у впливу синусоїдального струму середніх частот, модульованого амплітудами з низькими частотами. При частоті 5000 Гц та малому опорі шкіри формується оптимальний режим для проходження струму у глибокі тканини. Володіє: знеболюючою, протизапальною, трофічною, стимулюючою, спазмолітичною дією.

#### *Електроодонтодіагностика(ЕОД)*

ЕОД – це визначення реакції нервових рецепторів пульпи на електричний струм. Методика була розроблена Рубінім Л.Р., але в 1866 р. А. Маїгіо запропонував використовувати електричний струм для діагностики карієсу.

При патології зубів і періодонтальних тканин знижується поріг збудливості в межах 7-60 мкА, що свідчить про патологічний процес в *коронковій пульпі*. Зниження збудливості в межах 60-90 мкА – в *кореневій пульпі*. Реакція на 100 мкА з'являється при нормальному стані періодонта, на 300 мкА і вище – при патологічному процесі в *періодонті*. Зниження збудливості до 101-200 мкА відбувається при загибелі пульпи і реагуванні тактильних рецепторів періодонта. При пародонтозі, невриті іноді відзначається підвищення збудливості до 1,5 – 0,5 мкА, що використовується при диференційній діагностиці.

#### ***Показання до застосування ЕОД:***

- Карієс, пульпіт, періодонтит.
- Пародонтит.
- Радикулярна кіста.
- Травма зубів і щелеп.
- Гайморит.
- Остеомієліт.
- Неврит.
- Пухлина щелеп.

#### ***Техніка та методика електроодонтодіагностики***

**1. Підготувати апарат до роботи:** під'єднати активний і пасивний електрод до відповідних клавіш, заземлити; включити в мережу.

**2. Підготувати пацієнта до процедури:** усадити зручно; пояснити, можливі відчуття під час електроодонтодіагностики; покласти гумовий килимок на підлогу для ізоляції крісла хворого і лікаря; підготувати зуб для дослідження.

Для дослідження зуб необхідно ізолювати від слини, висушити ватним кулькою в напрямку від ріжучого краю до екватора (не можна застосовувати спирт, ефір). За наявності зубних відкладень їх обов'язково видаляють. Якщо зуби каріозні, то необхідно прибрати розм'якшений дентин і просушити порожнину. Для точної діагностики при наявності пломби з амальгами її видаляють, тому що пломба з амальгами – добрий провідник електричного струму, за яким електричний струм добре розгалужується. Щоб уникнути

витоку струму при перевірці збудливості зуба з пломбою, яка має контакт з сусідньою пломбою, необхідно ввести целулоїдну пластину, змащену вазеліном між ними. Розташувати електроди в залежності від використовуваного апарату. Так, пасивний електрод при роботі з апаратом ЕОД-2м розташовується разом з зволоженою прокладкою на тилу кисті і фіксується бинтом; при роботі з апаратом ЕОМ-1 дається хворому в руку.

*Активний електрод розташовують на чутливих точках:*

- середина ріжучого краю фронтальних зубів;
- верхівка переднього бугра у премолярів;
- верхівка переднього щічного бугра у молярів;
- з дна каріозної порожнини в 3-4 точках.

**3. Провести процедуру:** натиснути клавіші «50-200» (перемикання діапазонів), при цьому загоряється сигнальна лампочка «50» або «200». Починають дослідження на діапазоні 50 мкА. При роботі з апаратом ЕОМ-3 після розміщення електродів на пацієнті медсестра плавно і повільно виводить ручку потенціометра вправо до появи відчуття в зубі (тепло, печіння, поштовх), про що пацієнт сповіщає звуком «А-А». Медсестра реєструє порогову силу струму і відпускає ручку потенціометра, вимикає клавішу «Мережа».

При роботі з апаратом ЕОМ-1 після розміщення електродів пацієнт натискає кнопку вимикача і імпульси надходять в ланцюг пацієнта (рука лікаря, що тримає активний електрод, повинна бути в гумовій рукавичці).

При появі мінімальних відчуттів в зубі пацієнт знімає великий палець з кнопки і розмикає ланцюг (перед кожним дослідженням стрілка повертається на нуль). Лікар реєструє порогову силу струму за шкалою міліамперметра. Не можна проводити дослідження електрозбудливості з пломби, прилеглої до ясен, необхідно стежити, щоб не було контакту електротримачі активного електрода зі слизовою оболонкою. Під час процедури зуби періодично висушуються, тому що вони зволожуються при диханні.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Які фізичні фактори використовують для діагностики некаріозних уражень?
2. Які протипокази до фізіотерапії некаріозних уражень?
3. Вкажіть етіологічні, патогенетичні та симптоматичні покази до застосування фізіотерапії некаріозних уражень.
4. Поясніть принципи призначення фізіотерапії пацієнтам із некаріозними ураженнями.
5. Складіть план фізіотерапії пацієнтам із некаріозними ураженнями.
6. Як виписувати направлення у фізіотерапевтичний кабінет?

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Жінка звернулася у клініку зі скаргами на біль від термічних і хімічних подразників у зубах верхньої та нижньої щелеп. При об'єктивному обстеженні на вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці 14, 15, 24, 25, 31, 32, 41, 42 зубів виявлені дефекти твердих тканин зубів. Вони утворені двома майже горизонтальними поверхнями, які сходяться під кутом у межах середньої

третини дентину. Їх стінки гладенькі, вкриті щільним дентином. Який вірогідний діагноз захворювання?

- A. Клиноподібні дефекти
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Хронічний середній карієс
- D. Патологічне стирання твердих тканин зубів
- E. Ерозія емалі

2. У хворого 26 років на вестибулярних поверхнях центральних, латеральних різців та перших молярів верхньої та нижньої щелеп виявлені численні плями молочного кольору. Вони розташовані строго симетрично, безболісні при зондуванні та при дії температурних подразників. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Флюороз
- B. Некроз емалі
- C. Системна гіоплазія емалі
- D. Ерозія емалі
- E. Гострий початковий карієс

3. Хвора С, 20 років, скаржиться на неестетичний вигляд 24 зуба з моменту прорізування. Об'єктивно: в 24 зубі емаль частково відсутня, дентин забарвлений в жовтий колір. У дитинстві 64 молочний зуб неодноразово лікували, незважаючи на часті загострення, появу набряків, нориці на яснах. 64 вимушені були видалити в 9 років. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Локальна гіоплазія емалі
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Аплазія емалі
- D. Флюороз
- E. Системна гіоплазія

4. Пацієнт К., 38 р., звернувся із скаргами на чутливість 31,32 зубів на термічні та хімічні подразники. Об'єктивно: 21 зуб покритий металокерамічною коронкою, виготовленою 1 рік тому, ріжучі краї 31,32 зубів стерті в межах дентину, болючі при зондуванні і термопробі. Яка найбільш імовірна причина появи гіперчутливості?

- A. Дефект 31, 32 зубів некаріозного походження
- B. Каріозний процес на ріжучій поверхні 31, 32 зубів
- C. Стирання 31, 32 зубів металокерамічною коронкою
- D. Травматична оклюзія в ділянці 31, 32 зубів
- E. Зішліфування 31, 32 зубів в процесі припасування коронки

5. Хвора 47 років скаржиться на неможливість приймання холодної та гарячої їжі, а також інтенсивні болі від кислого, солодкого та солоного. Під час огляду виявлена незначна втрата емалі на молярах та різцях. Зондування і холодова проба різко болісні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Ерозія емалі
- B. Гіперестезія твердих тканин зуба
- C. Гіоплазія емалі
- D. Патологічне стирання твердих тканин зуба

### Е. Некроз емалі

6. До стоматолога звернулася жінка 28 років зі скаргами на біль від термічних та хімічних подразників в зубах верхньої і нижньої щелеп. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці різців і ікол верхньої та нижньої щелеп виявлені неправильної форми дефекти твердих тканин зубів у межах емалі (до емалеводентинного з'єднання), виповнені розм'якшеними тканинами. Між якими захворюваннями потрібно провести диференційну діагностику у даному клінічному випадку?

- A. Гіпоплазія і клиноподібний дефект
- B. Ерозія і клиноподібний дефект
- C. Карієс і некроз емалі
- D. Карієс і ерозія емалі
- E. Гіпоплазія і некроз

7. У хворого Н., 51 року скарги на підвищену больову чутливість зубів від температурних, хімічних, механічних подразників. Біль інтенсивний, але швидко проходить після усунення подразника. Під час обстеження 11 виявлена незначне стирання емалі на жувальній поверхні молярів та різальному краю іклів та різців. Оголений дентин твердий, гладкий, блискучий. ЕОД - 5 мкА. Поставте діагноз:

- A. Ерозія емалі
- B. Гіпоплазія емалі
- C. Клиноподібний дефект
- D. Гіперестезія твердих тканин зуба
- E. Флюороз.

8. Пацієнт 16 років скаржиться на косметичні дефекти у ділянці верхніх фронтальних зубів, які мають вигляд білих плям. Виявлені вони давно і з часом не змінювали свою форму. При обстеженні виявлені білі плями біля різальних країв на вестибулярних поверхнях 11, 12, 21, 22 зубів, а також на вестибулярних і жувальних поверхнях 16, 26, 36, 46 зубів. При зондуванні поверхня плям гладенька, безболісна, реакція на холод безболісна. Плями не забарвлюються 2% розчином метиленового синього. Назвіть найбільш вірогідний діагноз:

- A. Флюороз, плямиста форма
- B. Системна гіпоплазія емалі
- C. Гострий початковий карієс
- D. Ерозія твердих тканин зубів
- E. Місцева гіпоплазія емалі

9. Юнак 17 років скаржиться на наявність на фронтальних зубах косметичного дефекту у вигляді світлих плям. У місцевості, де він проживає вміст фтору у питній воді становить 1 мг/л. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні 11, 12, 21, 22 зубів, горбках 16, 26, 36, 46 зубів виявлені крейдоподібного кольору плями з блискучою поверхнею. Наявність плям пацієнт відмічає від дня народження. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Системна гіпоплазія емалі
- B. Незавершений амелогенез
- C. Численний карієс
- D. Ендемічний флюороз

Е. Ерозія емалі

10. Дівчина 18 років скаржиться на наявність білих плям на різцях верхньої щелепи. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні 11 і 12 зубів ближче до різального краю виявлені симетрично розміщені білуваті плями неправильної форми. Їх поверхня блискуча, безболісна при зондуванні. Вони не забарвлюються барвниками. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Ендемічний флюороз
- B. Гострий початковий карієс
- C. Системна гіоплазія емалі
- D. Місцева гіоплазія емалі
- E. Ерозія емалі

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів ІV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Hovorov,

- Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопиho. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.
  14. Пропедевтика терапевтичної стоматології [Текст]: підруч. для студ. stom. факул. вищ. навч. закл. МОЗ України / Марченко І.Я., Назаренко З.Ю., Павленко С.А. та ін.; під заг. ред. Ткаченко І.М.; ВДНЗУ «УМСА» – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. – 439 с.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №49

### ТЕМА: Диференціальна діагностика каріозних уражень твердих тканин зубів.

**I. Актуальність теми:** На сьогоднішній день ступінь поширення карієсу зубів є настільки високим, що супроводжується глобальною соціальною проблемою. Причини даного захворювання досить численні та різноманітні, тому призначити ефективне лікування в даному випадку досить складно. Способи лікування карієсу, в більшості випадків, є симптоматичними і зводяться до оперативних втручань. Слід відмітити, що сучасні пломбувальні матеріали і методики дають можливість досить ефективно провести таке лікування. Проте першочерговим завданням є широке впровадження серед населення профілактичних заходів. Детальне вивчення сучасних методів лікування та профілактики карієсу зубів вимагає постійного поновлення набутих знань.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- основні діагностичні критерії карієсу зубів;
- провести позасиндромну та внутрішньосиндромну диференційну діагностику карієсу зубів;
- знати сучасні методи лікування карієсу зубів;
- знати сучасні методи профілактики карієсу зубів;
- використовувати фізичні фактори для діагностики та лікування карієсу зубів;
- основи естетичної реставрації зуба;

##### 2.2. Вміти:

- володіти методикою суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворих на карієс зубів;
- володіти методами оперативного та консервативного лікування карієсу;
- володіти методами косметичної реставрації зубів;
- провести клінічне обстеження пацієнта;
- провести оперативне та консервативне лікування карієсу зубів;
- провести косметичну реставрацію зубів.

#### III. Зміст теми:

##### *Карієс у стадії плями.*

Очевидні відмінності мають плями при карієсі і ендемічному флюорозі. Це відноситься, як до крейдяноподібної, так і пігментованої каріозної плями. Каріозна пляма звичайно одинична, флюорозні плями - множинні. При флюорозі плями перлинно-білі, на тлі щільної емалі – молочного кольору, локалізуються на так званих «іmunних ділянках» - на губних, язикових поверхнях, ближче до горбів і ріжучих поверхонь зубів, строго симетрично на однойменних зубах правої і лівої сторони, і мають однакову форму і забарвлення.

Каріозні плями звичайно розташовуються на апроксимальних поверхнях зубів, і ділянці фісур і шийок зубів. Навіть якщо вони утворилися на симетричних зубах, відрізняються як формою, так і місцем розташування на зубі. Каріозні плями звичайно виявляються у людей, схильних до карієсу. Такі плями поєднуються з іншими стадіями карієсу, а для флюорозу характерна

виражена стійкість до карієсу. На відміну від карієсу, флюорозні плями особливо часто виявляються на різцях і іклах, зубах, стійких до карієсу. Діагностиці допомагають фарбування зубів розчином метиленового синього: фарбується тільки каріозна пляма.

Необхідно диференціювати від гіпоплазії емалі. При гіпоплазії видно склоподібні плями білого кольору на тлі стоншеної емалі. Плями розташовуються у вигляді «ланцюжків», оперізувальних коронку зуба. Такі ланцюжки бувають одиничними, але можуть розташовуватися по декілька на різних рівнях коронки зуба. Ідентичні формою плямисті ураження локалізуються на симетричних зубах. На відміну від каріозних плям, гіпопластичні не фарбуються метиленовим синім і іншими фарбниками. Формується гіпоплазія ще до прорізування зуба, її розміри і забарвлення в процесі зростання зуба не змінюються.

#### *Поверхневий карієс.*

Поверхневий карієс диференціюють з початковим карієсом. На відміну від початкового, при якому видно пляма, а цілісність поверхні емалі не порушена, для поверхневого карієсу характерний дефект емалі.

Також необхідно проводити діагностику з ерозією емалі. На відміну від поверхневого карієсу, ерозія емалі має форму овалу, довжина якої розташована поперечно на найбільш опуклій частині вестибулярної поверхні коронки. Дно ерозії гладке, блискуче, щільне. Межі дефекту білясті, мають тенденцію до розповсюдження в ширину, а не в глибину, як при карієсі. Ерозія емалі частіше спостерігається у людей середнього віку, одночасно вражаючи декілька зубів, звичайно імунних до карієсу. Нерідко процес захоплює і симетричні зуби. З анамнезу з'ясовується надмірне вживання цитрусових, соків і фруктів, кислої їжі.

Поверхневий карієс диференціюють і з гіпоплазією емалі. При гіпоплазії поверхня зуба гладка, щільна, дефекти локалізуються на різних рівнях симетричних зубів, а не на характерних для карієсу поверхнях коронок зубів.

Ерозійна форма ендемічного флюорозу, як і поверхневий карієс, характеризується дефектом в межах емалі. Відмінності дефектів очевидні. При флюорозі дефекти емалі локалізуються як правило на вестибулярній поверхні коронок передніх зубів, імунних до карієсу. Ерозії, розташовані хаотично на тлі зміненої (плямистої) емалі, відрізняються строгою симетричністю ураження, яка не поєднується з карієсом. Таким зубам не властива гіперестезія. Оскільки ерозійна форма ендемічного флюорозу формується лише при вживанні води з дуже високим вмістом фтору (більше 3 мг/л), то і ознаки флюорозу спостерігаються у більшості жителів регіону.

#### *Середній карієс.*

Середній карієс диференціюють з клиновидним дефектом, який локалізується біля шийки зуба, має щільні стінки і характерну форму клину, протікає безсимптомно; з хронічним верхівковим періодонтитом, який може протікати також безсимптомно, як і середній карієс: відсутність больових відчуттів при зондуванні по емалево-дентинній межі, відсутність реакції на температурні і хімічні подразники. Препарування зуба при середньому карієсі



болюче, а при періодонтиті безболісне, оскільки пульпа некротизована. Пульпа зуба при середньому карієсі реагує на силу струму 2-6 мкА, а при періодонтиті – на струм силою більш 100 мкА. На рентгенограмі при хронічному верхівковому періодонтиті виявляється рівномірне розширення періодонтальної щілини, деструктивні зміни в кістковій тканині у області проекції верхівки кореня.

#### *Глибокий карієс.*

Проводиться з тим захворюваннями зубів, які мають схожу клінічну картину, а саме: з середнім карієсом, для якого характерна менш глибока каріозна порожнина, розташована приблизно в межах власного дентину. Дно і стінки порожнини щільні, зондування болюче по емалево-дентинній межі, тоді як при глибокому карієсі порожнина – в межах навколопульпарного дентину, зондування болюче по всьому дну, температурні подразники викликають біль, що швидко проходить після усунення подразника.

Глибокий карієс необхідно диференціювати з гострим осередковим пульпітом, для якого характерні гострі мимовільні нападоподібні болі, що посилюються увечері і вночі. Зондування дна каріозної порожнини болюче в одній точці, частіше в області проекції вогнища запалення пульпи. При глибокому карієсі зондування дна болюче рівномірно по всій поверхні навколопульпарного дентину, мимовільні і нападоподібні болі відсутні.

Слід також проводити диференціальну діагностику з хронічним фіброзним пульпітом, для нього характерний наявність глибокої каріозної порожнини, заповненої розм'якшеним дентином. При зондуванні дна каріозної порожнини можна виявити сполучення з пульповою камерою, зондування даної ділянки різко болюче, пульпа кровоточить, наголошується зниження збудливості пульпи на силу струму до 25-40 мкА. При глибокому карієсі зондування болюче по всьому дну, пульпа реагує на силу струму 2-12 мкА.



#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Які причини виникнення карієсу зубів?
2. Який патогенез зв'язку карієсу зубів із системними захворюваннями?
3. Особливості обстеження хворих із одонтопатологією.
4. Назвіть ознаки некаріозних уражень зубів.
5. Які некаріозні ураження твердих тканин зубів слід диференціювати з карієсом?
6. Які фізичні фактори використовують для діагностики та лікування карієсу?
7. Дайте характеристику консервативному лікуванню карієсу.
8. Які сучасні методи оперативного лікування карієсу?

9. Які критерії оцінки якості оперативного лікування карієсу?

10. Які основні принципи виконання реставраційних робіт.

11. Охарактеризуйте заходи профілактики карієсу зубів.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було виявлено симетрично розташовані на вестибулярній поверхні фронтальної групи зубів крейдоподібні плями. Поставте попередній діагноз.

A. Гіпоплазія

B. Хронічний середній карієс

C. Гострий початковий карієс

D. Хронічний початковий карієс

E. Гострий середній карієс

2. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом за допомогою зонда на вестибулярній поверхні пришийкової ділянки було виявлено шорстку поверхню емалі 23. Поставте попередній діагноз :

A. Карієс

B. Гіпоплазія

C. Флюороз

D. Ерозія

E. Клиноподібний дефект

3. При стоматологічному огляді пацієнта, визначено наявність коричневого дефекта емалі округлої форми на вестибулярній поверхні 11 зуба. Поставте попередній діагноз:

A. Карієс

B. Гіпоплазія

C. Флюороз

D. Ерозія

E. Клиноподібний дефект

4. При стоматологічному огляді пацієнта на жувальній поверхні 16 визначається каріозна порожнина в межах емалі, краї емалі білого кольору, крихкі. Зондування емалево-дентинного сполучення болісне. Холодова проба і перкусія безболісна. ЕОД - 6 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Гострий середній карієс

B. Гіпоплазія емалі

C. Гострий поверхневий карієс

D. Некроз емалі

E. Ерозія емалі

5. При стоматологічному огляді пацієнта на жувальній поверхні 16 зуба визначається каріозна порожнина в межах емалі, краї емалі білого кольору, крихкі. Зондування емалево-дентинного сполучення болісне. Холодова проба і перкусія безболісна. ЕОД - 6 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Гострий середній карієс

B. Гіпоплазія емалі

C. Гострий поверхневий карієс

D. Некроз емалі

Е. Ерозія емалі

6. Пацієнтка О., 23 років, скаржиться на наявність на жувальних поверхнях зубів плям білуватого кольору, на відчуття оскоми, яке виникає під час вживання кислої їжі. Плями з'явилися близько 3 місяців тому. Об'єктивно: на жувальних поверхнях 46, 36, 27 крейдоподібні плями, які добре забарвлюються 2% метиленовим синім, під час зондування визначається шорсткість. Емаль зубів без дефектів. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий початковий карієс
- B. Гострий поверхневий карієс
- C. Гострий середній карієс
- D. Хронічний середній карієс
- E. Хронічний поверхневий карієс

7. Пацієнт С., 38 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на короткочасну болючість під дією холодного подразника, яка одразу зникає при його усуненні. Об'єктивно: на жувальній поверхні 47 зуба глибока каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним дентином, зондування дна порожнини викликає незначну болючість, термопроба позитивна під час дії подразника, рентгенологічно в периапікальних тканинах змін немає. Поставте діагноз:

- A. Гострий глибокий карієс
- B. Хронічний фіброзний пульпіт
- C. Хронічний гранулюючий періодонтит
- D. Хронічний середній карієс
- E. Гострий середній карієс

8. Пацієнтка В., 37 років, скаржиться на короткочасні болі в ділянці молярів від термічних подразників. Об'єктивно: жувальні поверхні 46, 47 інтактні. Яке додаткове дослідження повинен провести лікар в даній клінічній ситуації?

- A. Рентгенографію
- B. Вітальне забарвлення
- C. Люмінесцентне дослідження
- D. Визначення електроопірності емалі
- E. Електроодонтометрію

9. Хворий О., 20 років, скаржиться на болі в зубі на нижній щелепі зліва, що виникають від солодкого і минають зразу ж після усунення подразника. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 каріозна порожнина в межах емалі, краї емалі білого кольору, крихкі. Зондування емалево-дентинного сполучення болісне. Холодова проба і перкусія безболісна. ЕОД - 6 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий поверхневий карієс
- B. Гіоплазія емалі
- C. Гострий середній карієс
- D. Некроз емалі
- E. Ерозія емалі

10. При профілактичному огляді у хворого 45 років в 23 виявлена каріозна порожнина в межах плащового дентину. Дно і стінки заповнені щільним пігментованим дентином, зондування, реакція на холодіві подразники

безболісні, перкусія 23 безболісна. ЕОД 6 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний середній карієс
- B. Гострий середній карієс
- C. Хронічний глибокий карієс
- D. Гострий глибокий карієс
- E. Хронічний періодонтит

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів ІV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.

9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.
14. Пропедевтика терапевтичної стоматології [Текст]: підруч. для студ. стом. факул. вищ. навч. закл. МОЗ України / Марченко І.Я., Назаренко З.Ю., Павленко С.А. та ін.; під заг. ред. Ткаченко І.М.; ВДНЗУ «УМСА» – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. – 439 с.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №50

### ТЕМА: Сучасні методи лікування та профілактики карієсу зубів

**I. Актуальність теми:** Карієс – патологічний процес, який проявляється після прорізування зубів та характеризується демінералізацією твердих тканин зуба з наступним утворенням дефекту у вигляді порожнини, є результатом поєднання спадкових і середовищних факторів. Сучасні методи лікування та профілактики карієсу потребує від студента певних знань та умінь. Планування лікування та профілактики карієсу з урахуванням етіологічних, патогенетичних чинників, що базуються на клінічних, лабораторних, інструментальних методах дослідження дозволяє планувати та виконувати лікувально-профілактичні заходи.

### II. Навчальна мета:

#### 2.1. Студент повинен знати:

- аналізувати скарги, дані анамнезу, які можуть вказувати на неускладнений карієс зубів;
- провести клінічне обстеження хворих на неускладнений карієс зубів;
- трактувати отримані в результаті обстеження хворого дані;
- сформулювати діагноз неускладненого карієсу у конкретному випадку;
- обґрунтувати сучасний метод лікування та профілактики неускладненого карієсу;
- провести курацію конкретного хворого неускладненим карієсом;
- оформлювати медичну документацію (направлення на дослідження, амбулаторну картку, форму щоденного обліку).

#### 2.2. Вміти:

- заповнювати медичну документацію ( амбулаторна карта, облікові форми, бланки направлення, рецептурні бланки), яка ведеться на стоматологічному прийомі хворих;
- планувати тактику сучасного лікування неускладненого карієсу конкретному хворому;
- планувати тактику сучасної профілактики карієсу конкретному хворому;
- провести лікування та профілактику хворому з неускладненим карієсом;
- заповнити медичну картку амбулаторного хворого Ф- 43/О.

### III. Зміст теми:

Карієс – патологічний процес, який проявляється після прорізування зубів та характеризується демінералізацією твердих тканин зуба з наступним утворенням дефекту у вигляді порожнини.

*Методи лікування карієсу поділяють на консервативні та хірургічні.*

Консервативне лікування неускладненого карієсу можливо завдяки ремінералізації емалі при гострому початковому карієсі. Ремінералізуюча терапія проводиться з використанням аплікацій препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих розчинів, фторвмісних лаків тощо. Також використовують герметизацію (неінвазивна, інвазивна) фісур жувальних зубів (цементами, герметиками хімічної та світлової полімеризації), електрофорез: 1-2% розчин натрію фториду, 2,5% розчин кальцію глюконату, кальцію хлориду, 2,5% гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів), ремінералізуючих препаратів.

Хірургічні методи лікування передбачають повне видалення зруйнованих тканин та пломбування каріозної порожнини. Препарування та пломбування мають свої особливості в залежності від локалізації, глибини, активності процесу, розміщення КП на різних групах зубів, властивостей пломбувального матеріалу, що дозволяє використовувати тунельне препарування, ART – методику препарування та пломбування, адгезивні методики пломбування.

Загальне лікування карієсу показано в стадії гострого початкового карієсу (крейдоподібної плями) і при множинному карієсі.

Загальне лікування передбачає:

1. Нормалізація дієти з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів (не більше 30 г цукру на добу), введення в організм достатньої кількості білків тваринного походження, молокопродуктів. У разі необхідності (наприклад, вагітним) призначення комплексних препаратів кальцію, фтору, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, 2 курси на рік). Останнім часом у клінічній практиці з'явилося багато ефективних протикаріозних комплексів з вітамінами і мікроелементами: «Кальцій – ДЗ Никомед», «Кальцемін», «Кальцій-витрум», «Идеос».
2. Дотримання раціональної гігієни порожнини рота, призначення додаткових індивідуальних засобів гігієни (зубні щітки, флоси), лікувально профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.
3. Профілактика рецидивів: диспансерний нагляд у стоматолога (не рідше одного разу на рік), у разі декомпенсованого перебігу карієсу – частіше.
5. Підвищення неспецифічної резистентності організму, стимуляції діяльності слинних залоз і підтримці визначеного рівня мінеральних речовин і мікроелементів у тканинах і середовищах.

Використання імуномодуючих препаратів для лікування карієсу зубів ефективно тільки при низькій неспецифічній резистентності організму. При ефективній природній резистентності імуномодуюча терапія не має значного впливу на ефективність лікування карієсу зубів. Ефективно і раціонально медикаментозно впливати на регуляцію природної резистентності організму. З цією метою можуть бути використані препарати групи стимуляторів ЦНС (препарати женьшеня, золотого кореня, левзеї, елеутерококу), гормональні препарати (неробол, нераболіл, ретаболіл), солі нуклеїнових кислот (нуклеїнат натрію), пуринові і піримідинові похідні (пентоксил, метилурацил, оротат калію, рибоксин). Перераховані й інші препарати при карієсі призначають курсом.

Нуклеїнат натрію в дозі 0,1 по 2 рази в день. Курс лікування складає 20 днів. Такий же по тривалості курс лікування у вигляді введення в організм оротата калію по 0,5 - 3 рази в день. Пентоксил у дозі 0,2 приймають 3 рази в день протягом 15 днів.

Карієс розвивається при дефіциті фтору. Дорослим необхідно 4-6 мг фтору щодня. Курс лікування фторидами не менш 12-18 місяців. Корисним компонентом загальної терапії гострих форм карієсу може бути штучне ультрафіолетове опромінення, можливість загартування. Непоганий лікувальний ефект робить стимуляція функції слинних залоз. З метою посилення

слиновиділення можуть бути використані лікарські трави (мати-і-мачуха, тернопсис) в день по 1/4 склянки. Настій приймають протягом 3 місяців у році.

Також можуть застосовуватися муколітичні засоби, а саме: бромгексин у вигляді таблеток по 0,004 – 0,008 по 2-3 рази протягом 3-4 тижнів. Показання для призначення засобів, що стимулюють слиновиділення визначають за допомогою проб, що характеризують швидкість слиновиділення і в'язкість слини. Профілактика карієсу проводиться на комунальному, груповому та індивідуальному рівні з обов'язковим залученням санітарно-просвітньої роботи та гігієнічного виховання населення. Необхідним вважається підвищення загальної резистентності організму завдяки попередженню соматичної патології, раціональному харчуванню, насиченню організму фторидами ( фторування води, молока, солі, місцеве фторування емалі). Необхідним є ефективна гігієна порожнини рота та диспансерне спостереження хворих некомпенсованим карієсом.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Які методики лікування неускладненого карієсу вважаються сучасними?
2. Яка класифікація сучасних пломбувальних матеріалів, їх характеристики, показання та протипоказання щодо їх застосування?
3. Які діагностичні ознаки неускладненого карієсу слід враховувати для оптимального пломбування?
4. Які помилки можливі при лікуванні неускладненого карієсу?
5. Які рівні сучасної профілактики карієсу?
6. Сучасна ендогенна та екзогенна профілактика карієсу

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Лікування хронічного початкового карієсу, базується на:
  - A. Ремінералізуючій терапії
  - B. Зішлифовуванні та подальшій обробці поверхні ремінералізуючими засобами
  - C. Зішлифовуванні карборундовими голівками
  - D. Професійному чищенні зуба
  - E. Демінералізуючому впливі кислот на емаль
2. Зішлифовування та подальша обробка поверхні плями ремінералізуючими засобами проводиться при лікуванні:
  - A. Ерозії емалі
  - B. Хронічного початкового карієсу
  - C. Гострого початкового карієсу
  - D. Ерозививній формі флюорозу
  - E. Хронічному середньому карієсі
3. При лікуванні гострого початкового карієсу для ремінералізації використовують:
  - A. 10% розчин лідокаїну
  - B. 10% розчин глюконату кальцію
  - C. 1% розчин перекису водню
  - D. 3% розчин перекису водню
  - E. 2% розчин глюконату кальцію



4. З метою ремінералізуючої терапії при лікуванні гострого початкового карієсу для електрофорезу застосовують:
- A. 2,5% розчин глюконату кальцію
  - B. 20% розчин глюконату кальцію
  - C. 1% розчин перекису водню
  - D. 3% розчин перекису водню
  - E. 10% розчин лідокаїну
5. Глибоке фторування для проведення лікування гострого початкового карієсу передбачає використання:
- A. 10% розчин лідокаїну
  - B. 1-2% розчин фтористого натрію
  - C. «Глуфторед»
  - D. 3% розчин перекису водню
  - E. 10% розчин глюконату кальцію
6. У хворого П., 32 р., що хворіє на важку форму цукрового діабету діагностовано множинний карієс. Порожнина рота була санована. Назвіть міри профілактики рецидивів карієсу.
- A. Призначення антибіотиків всередину
  - B. Призначення антибіотиків місцево
  - C. Підвищення загальної та місцевої резистентності
  - D. Застосування антисептиків місцево
  - E. Застосування біостимуляторів
7. При лікуванні хронічного середнього карієсу важкохворому вибрана ART-методика препарування. Який матеріал слід вибрати для пломбування?
- A. Амальгама
  - B. Компомер
  - C. Фосфат цемент
  - D. Склоіономерний цемент
  - E. Дентин- паста
8. Для лікування гострого початкового карієсу 2.1, 2.2, 2.3 лікар призначив аплікації «Ремоденту» протягом 15-20 хвилин. Який курс лікування?
- A. Постійно
  - B. 1 -2 процедури
  - C. 20-30 процедур
  - D. Лікування тільки хірургічне
  - E. 5-6 процедур
9. Хворому К., 38 років, поставлено діагноз: хронічний середній карієс 3.6. Порожнина II класу за Блеком з ураженням контактної поверхні. Який матеріал краще використати для пломбування?
- A. Текучий композит світлової полімеризації
  - B. Склоіономерний цемент
  - C. Силікофосфатний цемент
  - D. Компомер
  - E. Композитний матеріал світлової полімеризації

10. У хворого 20-ти років виявлена каріозна порожнина в 1.1 в межах навколопульпарного дентину з ушкодженням кута зуба та ріжучого краю. Якому пломбувальному матеріалу слід надати перевагу для відновлення анатомічної форми зуба?

- A. Композиційний матеріал світлового затвердіння
- B. Склоіономерний цемент світлового затвердіння
- C. Композиційний матеріал хімічного затвердіння типу "порошок-рідина"
- D. Силікатний цемент
- E. Композиційний матеріал хімічного затвердіння типу "паста-паста"

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів ІV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Hovorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyreva.

8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.
14. Пропедевтика терапевтичної стоматології [Текст]: підруч. для студ. стом. факул. вищ. навч. закл. МОЗ України / Марченко І.Я., Назаренко З.Ю., Павленко С.А. та ін.; під заг. ред. Ткаченко І.М.; ВДНЗУ «УМСА» – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. – 439 с.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №51

### ТЕМА: Фізичні фактори в діагностиці та лікуванні каріозних уражень зубів

**I. Актуальність теми:** Карієс – патологічний процес нез'ясованої етіології, який проявляється після прорізування зубів та характеризується демінералізацією твердих тканин зуба з наступним утворенням дефекту у вигляді порожнини, є результатом поєднання спадкових і середовищних факторів. Ураженість карієсом складає майже 100% населення, тому своєчасна діагностика попереджає розвиток ускладнень карієсу. У комплексному лікуванні пацієнтів із карієсом суттєве значення мають фізіотерапевтичні методи.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- фізичні фактори, які використовують для діагностики карієсу та його ускладнень;
- протипокази до фізіотерапії каріозних уражень;
- етіологічні, патогенетичні та симптоматичні покази до застосування фізіотерапії каріозних уражень;
- принципи призначення фізіотерапії пацієнтам із каріозними ураженнями;
- складати план фізіотерапії пацієнтам із каріозними ураженнями;
- виписувати направлення у фізіотерапевтичний кабінет.

##### 2.2. Вміти:

- заповнювати медичну документацію ( амбулаторна карта, облікові форми, бланки направлення, рецептурні бланки тощо), яка ведеться на стоматологічному прийомі хворих;
- діагностувати різні форми неускладненого карієсу за допомогою фізіотерапевтичних методів.
- провести диференційну діагностику неускладненого карієсу;
- провести курацію хворого неускладненим карієсом;
- призначити фізіотерапію хворому неускладненим карієсом;
- оцінити ефективність фізіотерапії хворого неускладненим карієсом.

#### III. Зміст теми:

У діагностиці та комплексному лікуванні пацієнтів із неускладненим карієсом суттєве значення мають фізіотерапевтичні методи.

Для діагностики ускладненого карієсу використовують ЕОД, при неускладненому карієсі ЕОД не більш ніж 2-6 мкА. Для диференційної діагностики карієсу і флюорозу вимірюють опір твердих тканин, який при карієсі знижується.

Фізіотерапевтичні методи діагностики дозволяють підтвердити діагноз, а методи лікування дозволяють надати достатньо ефективну і неінвазивну дію на уражену ділянку з мінімальним ризиком виникнення побічних ефектів.

Для безболісного препарування карієсу використовують *електрознеболення* апаратом ЕЛОЗ- 1.

Фізіотерапія дозволяє знизити навантаження на лікаря-стоматолога (фізпроцедури найчастіше відпускає середній медичний персонал).

Фізичні методи терапії, діючи на нейрогуморальні і рефлекторні механізми, стимулюють окисно-відновні процеси в тканинах, відновлюють метаболізм, поліпшують трофіку тканин та обмін речовин. Як результат цього, вони поліпшують крово- і лімфообіг, фагоцитарну активність.

*Переваги фізіотерапії :*

- I. Універсальність дії (один і той же чинник може застосовуватися при різних захворюваннях).
- II. Фізіологічна, має нормалізуючий характер (фізичний чинник, як звичний для організму подразник, викликає м'які компенсаторно-приспособлені реакції).
- III. Відсутність токсичності, алергізуючої дії, побічних ефектів.
- IV. Неінвазивність дії.
- V. Хороша сумісність з іншими лікувальними засобами.
- VI. Тривала післядія (терапевтичний ефект довго зберігається і наростає після закінчення курсу лікування).
- VII. Потенціуюча дія для більшості препаратів.
- VIII. Доступність і порівняльна дешевизна.

Відповідну реакцію організму на дію фізіотерапії визначають:

1. Фізична природа і дозування чинника.
2. Початковий функціональний стан і індивідуальні якості організму.
3. Виборча чутливість організму до конкретного чинника.
4. Характер патологічного процесу.

**Загальні протипоказання до фізіотерапії:**

1. Новоутворення.
2. Системні захворювання крові і схильність до кровотеч.
3. Виражена серцево-судинна і дихальна недостатність.
4. Індивідуальна непереносимість фізичного чинника.
5. Загальне виснаження хворого.
6. Виражений атеросклероз судин головного мозку.
7. Гострий інфекційний процес.
8. Епілепсія, істерія з судорожними нападами, психози з психомоторним збудженням.
9. Вагітність (окрім гідро-, бальнеотерапії, електросну, УФО, лазеротерапії).

**Окремі протипоказання до фізіотерапії:**

*Гальванізація, електрофорез:*

- гострі захворювання шкіри, СОПР;
- гострі запальні процеси, особливо гнійні;
- токсичні стани;
- фармакологічні протипоказання до препарату;
- порушення цілісності покривів в місцях накладання електродів.

*УФА:*

- системний червоний вовчак;
- активний туберкульоз;
- ендокринопатії.

Відповідну реакцію організму на дію фізіотерапії визначають:

1. Фізична природа і дозування чинника.

2. Початковий функціональний стан і індивідуальні якості організму.
3. Виборча чутливість організму до конкретного чинника.
4. Характер патологічного процесу.

*Стадії реакції у відповідь організму на дію фізичного чинника:*

I. Фізична - дія енергії фізичного чинника на біологічну систему в цілому, на тканини, клітини, міжклітинну речовину.

II. Фізико-хімічна:

1. Первинні ефекти (зрушення):
2. Теплоутворення.
3. Зміна концентрації і співвідношення іонів в клітинах і тканинах.
4. Утворення вільних форм БАВ.
5. Генерація вільних радикалів.
6. Зміна просторової структури (конформації) білків.
7. Зміна електричних потенціалів органів, тканин, клітин.

III. Біологічна

- Виникають безпосередні і рефлекторні зміни в органах і тканинах.

*Механізми формування реакції організму на дію фізичного чинника наступні:*

**УНІВЕРСАЛЬНІ:**

Неспецифічні, спрямовані на підвищення загальної резистентності, поліпшення адаптації організму :

- місцеві реакції організму;
- рефлекторно-сегментарні;
- загальні (генералізовані).

**СПЕЦИФІЧНІ:**

Активуються конкретним чинником, мають властиву тільки цьому чиннику дію.

*Помилки призначення фізіотерапії при лікуванні карієсу:*

- Призначення УФО без біодози і схеми прийому;
- Застосування для електрофорезу свинцевих електродів;
- Препарат під час електрофорезу вводиться без урахування полярності;
- Не вибирається оптимальна методика електрофорезу;
- Не враховуються принципи призначення фізіотерапії, особливо комплексність.

*Принципи призначення фізіотерапії:*

Єдність етіологічної, патогенетичної і симптоматичної фізіотерапії, при цьому призначають чинники, що викликають одночасно місцеві, сегментарні і загальні реакції, застосовується індивідуалізація фізіотерапії і поєднання її з психотерапією – проводиться з урахуванням віку, статі, конституції, наявності супутніх захворювань, реактивності і біоритмів організму, індивідуальних протипоказань.

Тривалість курсу визначається динамікою суб'єктивних і об'єктивних показників перебігу захворювання.

Оптимальність лікування полягає в тому, що параметри лікувального чинника, методики застосування повинні відповідати характеру і фазі патологічного процесу.

Динамічність лікування полягає в тому, що фізіотерапія повинна відповідати стану хворого, враховувати клінічну динаміку, послідовно використовувати фізичні фактори, періодично повторювати курси лікування.

*Комплексність лікування полягає в поєднаному і комбінованому застосуванні фізичних чинників:*

- поєднане лікування;
- одночасне призначення декількох фізичних факторів ( електрофорез і УФО).

*Комбіноване лікування – застосування фізичних факторів послідовно з тимчасовим інтервалом 1-2 діб або зміна одного курсу іншим.*

*Патогенетичні покази до фізіотерапії каріозних уражень:*

I. Нормалізація мінерального обміну:

1. Електрофорез препаратів кальцію та фтору з одночасним загальним прийомом Са (2,5% розчин глюконату, гліцерофосфату кальцію, 1-2% фторид натрію, 3% ремодент).

II. Нормалізація неспецифічної резистентності:

1. Загальне УФО № 10-15 взимку.
2. Аероіонізація повітря.
3. Знеболення препарування каріозних порожнин:

**IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Які фізичні фактори використовують для діагностики карієсу та його ускладнень?
2. Які протипоказання до фізіотерапії каріозних уражень?
3. Етіологічні, патогенетичні та симптоматичні покази до застосування фізіотерапії каріозних уражень.
4. Принципи призначення фізіотерапії пацієнтам із каріозними ураженнями.
5. Складіть план фізіотерапії пацієнтам із каріозними ураженнями.
6. Оформлення направлення у фізіотерапевтичний кабінет

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Для диференційної діагностики неускладненого карієсу з хронічним верхівковим періодонтитом застосовують:
  - A. Вітальне фарбування
  - B. Люмінесцентна діагностика
  - C. Трансілюмінація
  - D. Обстеження виходу периферичних гілок трійчастого нерва
  - E. ЕОД
2. Для диференційної діагностики неускладненого карієсу з хронічним пульпітом застосовують:
  - A. ЕОД
  - B. Люмінесцентна діагностика
  - C. Трансілюмінація
  - D. Обстеження виходу периферичних гілок трійчастого нерва
  - E. Вітальне фарбування

3. Для диференційної діагностики початкового карієсу з флюорозом застосовують фізичний метод:
- A. Девітальне фарбування
  - B. Люмінісцентна діагностика
  - C. Визначення омичного електричного опору
  - D. Обстеження виходу периферичних гілок трійчастого нерва
  - E. ЕОД
4. При лікуванні неускладненого карієсу за допомогою апарата ЕЛОЗ-1 застосовують струм:
- A. Діадинамічний
  - B. Постійний
  - C. Модульований
  - D. Токи Д'Арсонваля
  - E. Ультразвук
5. При лікуванні неускладненого карієсу за допомогою апарата ЕЛОЗ-1 застосовують струм силою:
- A. 1-5 мкА
  - B. не більш 30 мкА
  - C. до 50 мА
  - D. до 50 мкА
  - E. не більш 1 мкА
6. Для профілактики карієсу взимку застосовують:
- A. Електрофорез
  - B. Фонофорез
  - C. Загальне УФО № 10-15
  - D. Токи Д'Арсонваля
  - E. Гідротерапію
7. При лікуванні початкового карієсу для електрофорезу застосовують:
- A. Розчини кальцію, фтору
  - B. Розчин гепарину
  - C. Розчини антисептиків
  - D. Біостимулятори
  - E. Вітаміни
8. При неускладненому карієсі зубів ЕОД складає:
- A. 1-5 мА
  - B. від 20 до 30 мкА
  - C. до 50 мА
  - D. до 100 мкА
  - E. не більш 2-6 мкА
9. При множинному карієсі та недостатньому вмісту фтору у воді застосовують електрофорез переважно:
- A. 1-2% фтористого натрію
  - B. 3% «Ремодент»
  - C. «Глуфторед»
  - D. Біостимуляторів



Е. Вітамінів

10. При множинному карієсу та оптимальному вмісту фтору у воді застосовують електрофорез переважно:

- А. 1-2% фтористого натрію
- В. 3% «Ремодент», препаратів кальцію
- С. «Глуфторед»
- Д. Біостимуляторів
- Е. Вітамінів

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-

- методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.
  14. Пропедевтика терапевтичної стоматології [Текст]: підруч. для студ. стом. факул. вищ. навч. закл. МОЗ України / Марченко І.Я., Назаренко З.Ю., Павленко С.А. та ін.; під заг. ред. Ткаченко І.М.; ВДНЗУ «УМСА» – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. – 439 с.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №52

### ТЕМА: Диференціальна діагностика гострих пульпітів.

**I. Актуальність теми:** Проблема лікування захворювань пульпи займає одне з важливих місць в терапевтичній стоматології. Це пов'язане з широкою розповсюдженістю ускладненого карієсу. За даними Є.В. Боровського(1998) кожне третє відвідування лікаря-стоматолога здійснюється з приводу пульпіту та періодонтиту. Ефективність лікування даної патології в значній мірі залежить від методу та якості проведених маніпуляцій. Розширення та поглиблення теоретичних знань з терапевтичної стоматології, сприятиме розвитку у студентів клінічного мислення, дозволить запобігти ускладнень та підвищити ефективність лікування пульпіту.

#### **II. Навчальна мета:**

##### **2.1. Студент повинен знати:**

- клінічні прояви окремих форм гострих пульпітів;
- діагностувати та проводити диференційну діагностику різних форм гострих пульпітів;
- учасні методи лікування гострих пульпітів;
- можливі помилки та ускладнення в діагностиці та лікуванні гострих пульпітів;
- вибрати адекватний метод лікування гострих пульпітів в залежності від клінічної ситуації.

##### **2.2. Вміти:**

- провести суб'єктивне обстеження хворого на наявність захворювання пульпи зуба;
- провести об'єктивне обстеження хворого на наявність захворювання пульпи зуба;
- поставити попередній діагноз;
- призначити додаткові методи обстеження хворому;
- провести диференційну діагностику та поставити остаточний діагноз.

#### **III. Зміст теми:**

##### **Класифікація пульпітів**

Досить поширеною є класифікація Ю.М. Гофунга. Вона побудована з урахуванням того, що різні клінічні прояви пульпіту зв'язує єдиний патологічний процес - запалення пульпи, який переходить у разі гострого перебігу від серозної стадії до гнійної, у разі хронічного - до проліферації або до некрозу. Автор поділяє всі пульпіти на 2 групи.

##### **I. Гострий пульпіт:**

- 1) частковий;
- 2) загальний;
- 3) гнійний.

##### **II. Хронічний пульпіт:**

- 1) простий;
- 2) гіпертрофічний;
- 3) гангренозний.

Класифікація ґрунтується на формах запалення пульпи, які

діагностуються клінічними методами, однак вона має недоліки. Термін «хронічний простий пульпіт» не відображає ні клінічного, ні морфологічного стану пульпи. Крім того, у класифікації відсутні загострені форми пульпіту.

*Американська Асоціація Ендодонтистів та Американська Ендодонтична Рада запропонували наступну термінологію для діагностики пульпітів:*

- зворотній пульпіт (тобто є обґрунтування для консервативного лікування), для якого характерні наступні ознаки: нетривалий приступоподібний біль, який викликається солодкою їжею та температурними подразниками, відсутність змін на рентгенограмі);
- незворотній пульпіт: тривалий приступоподібний біль від холодного та гарячого, болючість при перкусії, іррадіюючий наростаючий нічний біль, зміни в періодонті, які виявляються рентгенологічно, гостре апікальне запалення (пульпіт, ускладнений періодонтитом);
- травматичний пульпіт;
- пульпіт на етапах лікування;
- некроз пульпи.

**Класифікація (О.С. Яворська, Л.І. Урбанович, 1964).** Згідно з нею виділяють такі форми пульпіту.

I. Гострий пульпіт:

- гіперемія пульпи;
- травматичний пульпіт (випадково оголена пульпа, перелом зуба з оголенням пульпи);
- обмежений;
- дифузний (серозний);
- гнійний.

II. Хронічний пульпіт:

- фіброзний;
- гіпертрофічний;
- гангренозний;
- конкрементозний.

III. Загострений хронічний пульпіт

IV. Пульпіт, ускладнений періодонтитом.

*У зарубіжній літературі класифікація пульпіту зводиться до двох форм:*

I. Зворотній пульпіт (стадія функціонально-хімічних змін, що є основою для консервативного лікування), що характеризується не тривалим нападоподібним болем, що переважно викликається солодкою їжею і температурними подразниками, відсутністю змін на рентгенограмі.

II. Незворотній пульпіт (виражені морфологічні зміни у пульпі - передумова для хірургічного лікування): тривалий нападоподібний біль; тривалі болі від холодного і гарячого; чутливість при перкусії; іррадіюючий біль; наростаючий нічний біль; зміни в періодонті, виявлені рентгенологічно.

До необоротних пульпітів також належить гостре апікальне запалення, що відповідає пульпіту, ускладненому періодонтитом.

## Диференціальна діагностика гострих форм пульпітів

Діагностичні тести	Діагноз				
	Гіперемія пульпи	Гострий обмежений пульпіт	Гострий дифузний пульпіт	Гострий гнійний пульпіт	Травматичний пульпіт
Анамнез: опитування хворого, з'ясування скарг	Гострий самовільний біль у ділянці ураженого зуба, що триває 1-2 хв, "світлі" проміжки – 6-24 год. Напади посилюються вночі. Біль виникає від дії усіх подразників триває 1-2 хв після їх усунення. Іррадіація болу відсутня.	Гострий самовільний нападоподібний біль, що триває 5-10 хв, "світлі" проміжки – від 2 год і більше. Напади посилюються вночі. Біль виникає від дії усіх подразників повільно зникає після їх усунення. Інколи іррадіює в сусідні зуби.	Гострий самовільний нападоподібний біль, що триває від 2 год і більше, "світлі" проміжки – 10-30 хв. Іррадіація болу за ходом гілок трійчастого нерва. Біль посилюється вночі; виникає від дії усіх подразників, у горизонтальному положенні хворого, тривало зберігається після усунення подразників.	Самовільний рвучкий пульсівний біль, безперервний, послаблюється на кілька хвилин. Іррадіація за ходом гілок трійчастого нерва. Біль посилюється вночі, а також від дії гарячого; заспокоюється від дії холодного. Будь-які інші подразники спричиняють різкий біль.	У разі поранення пульпи — короткочасний гострий біль. У випадку перелому коронок зуба — гострий біль з іррадіацією за ходом гілок трійчастого нерва. Біль від дії усіх подразників, навіть від руху повітря.
Характер і глибина каріозної порожнини	Середня або глибока. Кількість розм'якшеного дентину пов'язана з характером розвитку карієсу.	Глибока, з великою кількістю розм'якшеного дентину.	Глибока, з великою кількістю розм'якшеного припульпового дентину.	Глибока, заповнена великою кількістю розм'якшеного світлого або пігментованого дентину.	У разі поранення пульпи — зяє рожева пульпа, виходить крапля кров'янистої рідини. У випадку перелому коронки зуба — пульпа значно оголена, червона.
Зондування каріозної порожнини	Болісне на обмеженій ділянці каріозної порожнини, біль зберігається після припинення зондування (недовго).	Болісне в одній точці, біль зберігається після припинення зондування.	Болісне по всьому дну каріозної порожнини, біль зберігається після припинення зондування.	Різко болісне по всьому дну, легко перфорується склепіння порожнини зуба з виділенням краплі гною.	Різко болісне навіть під час поверхневого зондування.
Вертикальна перкусія зуба	Болісна		Болісна		Буває болісною в разі відкритої пульпи.
Температурна проба	Біль від дії холодної води, який зберігається 1-	Болісна реакція від дії холодної або гарячої води, яка	Болісна реакція від дії холодної або гарячої води з іррадіацією за	Біль заспокоюється від дії холодної води на кілька хвилин.	Різко болісна реакція від дії холодної або гарячої води.

	2 хв після усунення подразника.	зберігається після усунення подразника.	ходом гілок трійчастого нерва.	
Електробудливість (із дна каріозної порожнини)	8-12 мкА	15-25 мкА	20-35 мкА	35-45 мкА

#### IV. Контрольні питання до теми заняття:

1. Дайте визначення терміну пульпіт.
2. Як класифікуються пульпіти?
3. Яка етіологія виникнення пульпіту?.
4. Якими анатомічними та фізіологічними особливостями будови пульпи зуба зумовлений больовий синдром при її запаленні?
5. Дайте визначення поняттю «дентикль».
6. Дайте визначення поняттю «петрифікат».
7. Охарактеризуйте клінічну картину гострих пульпітів.
8. Диференційна діагностика гострих форм пульпітів.
9. Охарактеризуйте додаткові методи обстеження при гострих пульпітах.
10. З якими іншими захворюваннями необхідно диференціювати пульпіт?

#### V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:

1. Визначте які болі характерні для гострого часткового пульпіту:
  - A. Ниючий нічний біль.
  - B. Самовільний біль, який продовжується до 30 хвилин з тривалим періодом ремісії.
  - C. Самовільний біль, який продовжується кілька годин з короткими періодами інтермісії.
  - D. Причинні болі, які минають одразу після усунення подразника.
  - E. Безперервний, наростаючий нічний біль.
2. Які рентгенологічні зміни характерні для гострого загального пульпіту?
  - A. Розширення періодонтальної щілини
  - B. Остеопороз кісткової тканини в районі верхівки кореня
  - C. Остеосклероз кісткової тканини біля верхівки кореня
  - D. Деструкція компактної платівки біля верхівки кореня
  - E. Змін не має
3. Пацієнт В., 25 років, скаржиться на гострий самовільний біль в зубі на нижній правій щелепі. Короткочасні приступи болю виникли 3 години тому. Об'єктивно: у 47 глибока каріозна порожнина, зондування дна болісне в одній точці. Відмічається короткочасна реакція на термічний подразник. Визначте діагноз:
  - A. Гострий обмежений пульпіт
  - B. Гострий глибокий карієс
  - C. Гострий дифузний пульпіт
  - D. Хронічний фіброзний пульпіт
  - E. Загострення хронічного пульпіт
4. Хвора К., 44 років, скаржиться на іррадіючі у скроню приступи болю в зубах на верхній щелепі зліва. Зазначені симптоми з'явилися 2 дні тому після переохолодження. Причинний зуб пацієнт не може визначити. Об'єктивно: в 25, 26, 27 пломби, що відповідають усім вимогам. Які додаткові методи дослідження

слід застосувати? З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Гострий дифузний пульпіт
- D. Хронічний фіброзний пульпіт
- E. Загострення хронічного пульпіт

5. Хворий В., 34 років, два дні скаржиться на нічні, іррадіючі по гілках трійчастого нерва приступи білю з короткими проміжками ремісії. Зуб не лікувався. На основі скарг хворого визначте попередній діагноз:

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Гострий дифузний пульпіт
- D. Хронічний фіброзний пульпіт
- E. Загострення хронічного пульпіту

6. Пацієнт Д., 60 років, впродовж тижня скаржиться на ниючий біль в зубі на нижній щелепі зліва, який виникає під час підйому або спуску у ліфті. Рік тому зуб лікувався з приводу гострого глибокого карієсу з використанням одонтотропних паст. Який попередній діагноз у даного хворого?

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Гострий дифузний пульпіт
- D. Хронічний фіброзний пульпіт
- E. Загострення хронічного пульпіту

7. Як реагує зуб на холодний подразник при гострому гнійному пульпіті?

- A. Не реагує
- B. Холод викликає короткочасне посилення болю
- C. Холод зменшує біль на деякий час
- D. Холод викликає біль до кількох годин

8. Вкажіть результати зондування при гострому гнійному пульпіті.

- A. Глибока каріозна порожнина, сполучена з порожниною зуба
- B. Глибока каріозна порожнина, не сполучена з порожниною зуба
- C. Дно каріозної порожнини щільне, пігментоване
- D. Поверхнєве зондування безболісне
- E. Можлива перфорація дна каріозної порожнини зондом з виділенням гнійно-геморагічної рідини.

9. До стоматолога звернувся пацієнт з скаргами на болі в зубі на верхній щелепі, які мали ірадіацію в вухо і продовжувались 2 доби. При об'єктивному обстеженні зондування болісне по дну каріозної порожнини, ЕОД 30 мкА. Був поставлений діагноз гострий дифузний пульпіт. Які ще болі бувають при такому діагнозі:

- A. Самовільні, приступоподібні з іррадіацією
- B. Біль від хімічних подразників
- C. Біль при зміні атмосферного тиску
- D. Ниючий постійний біль

10. В стоматологічний кабінет звернувся пацієнт 28 років зі скаргами на самовільні приступоподібні болі в зубі на нижній щелепі. При об'єктивному обстеженні зондування болісне по дну каріозної порожнини, ЕОД 30 мкА. Був поставлений діагноз гострий дифузний пульпіт. Яка буде реакція зубу на холодний подразник при даній патології:

- A. Виникає приступ болю до кількох годин з іррадіацією
- B. Виникає приступ болю до 30 хвилин
- C. Виникає постійний біль
- D. Біль проходить через 2 хвилини
- E. Зуб не реагує на подразники

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Hovorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.



8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №53

### ТЕМА: Диференціальна діагностика хронічних форм пульпітів.

**I. Актуальність теми:** Проблема лікування захворювань пульпи займає одне з важливих місць в терапевтичній стоматології. Це пов'язане з широкою розповсюдженістю ускладненого карієсу. За даними Є.В. Боровського (1998) кожне третє відвідування лікаря-стоматолога здійснюється з приводу пульпіту та періодонтиту. Ефективність лікування даної патології в значній мірі залежить від методу та якості проведених маніпуляцій. Розширення та поглиблення теоретичних знань з терапевтичної стоматології, сприятиме розвитку у студентів клінічного мислення, дозволить запобігти ускладнень та підвищити ефективність лікування пульпіту.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- класифікацію хронічних форм пульпітів;
- скарги хворого з хронічними формами пульпіту;
- клінічні ознаки з хронічними формами пульпіту;
- патоморфологію хронічного фіброзного пульпіту;
- діагностику хронічних форм пульпітів.

##### 2.2. Вміти:

- аналізувати скарги хворого з хронічними формами пульпіту;
- призначати додаткові методи обстеження хворого з хронічними формами пульпіту;
- діагностувати хронічні форми пульпіту, враховуючи результати основних та додаткових методів обстеження;
- проводити диференційну діагностику хронічних форм пульпіту із захворюваннями, що мають подібний перебіг.

#### III. Зміст теми:

Згідно класифікації О.С. Яворської, Л.І. Урбанович (1964) виділяють наступні форми хронічного пульпіту:

- 1) фіброзний;
- 2) гіпертрофічний;
- 3) гангренозний;
- 4) конкрементозний.

**Хронічний фіброзний пульпіт** – це форма пульпіту, що найбільш часто зустрічається, яка є результатом гострого пульпіту. У людей з низькою реактивністю організму іноді хронічний фіброзний пульпіт може виникнути і без попередньої клінічно вираженої гострої стадії запалення.

**Скарги** – хворі на хронічний фіброзний пульпіт відчують постійну важкість у зубі. Біль з'являється у відповідь на дію термічних, хімічних і механічних подразників, але його інтенсивність залежить від локалізації каріозної порожнини. Якщо порожнина зуба розкрита й каріозна порожнина розташована в центрі, відсмоктування із зуба також спричиняє ниючий біль, який швидко минає. Хронічне запалення пульпи може виникнути в закритій порожнині зуба, минаючи гостру стадію. У таких випадках біль стає ниючим, тягнучим, посилюється від різноманітних подразників і повільно минає після їх

усунення. Характерною ознакою цієї форми запалення є виникнення ниючого болю від зміни навколишньої температури. У хворих на хронічний пульпіт із відкритою порожниною зуба з анамнезу можна встановити наявність гострого болю в минулому; зараз біль виникає у відповідь на дію механічних, хімічних і температурних подразників.

**Об'єктивно:** каріозна порожнина глибока, дентин стінок щільний, на дні – розм'якшений. Оголена пульпа сірувато-бурого кольору, трішки набрякла чи блідо-рожева із синім відтінком. Зондування пульпи спричиняє нерізкий біль і незначну кровотечу, які повільно минають. Реакція на перкусію, як правило, безболісна, але інколи може бути больова реакція періодонта; електробудливість пульпи знижена (30-50 мкА).

**Диференціальна діагностика** хронічного фіброзного пульпіту і глибокого карієсу.

*Загальне:*

1. наявність глибокої каріозної порожнини;
2. скарги на болі від всіх видів подразників.

*Відмінності:*

1. при хронічному фіброзному пульпіті больова реакція на подразник зникає не відразу після усунення причини, а при глибокому карієсі — в той же момент;
2. при хронічному фіброзному пульпіті є сполучення з пульповою камерою, зондування якої різко болюче, а при глибокому карієсі дно каріозної порожнини щільне, зондування болюче рівномірне по всьому дну і дентино-емалевій межі;
3. з анамнезу можна з'ясувати, що при хронічному фіброзному пульпіті зуб хворів раніше, а при глибокому карієсі мимовільних або ниючих болей не було;
4. показники ЕОД при хронічному фіброзному пульпіті – до 35-40 мкА, а при глибокому карієсі – до 12-18 мкА;
5. на рентгенограмі при хронічному фіброзному пульпіті можна виявити сполучення пульпової камери з каріозною порожниною та іноді розширення періодонтальної щілини в області верхівки кореня, чого не буває при глибокому карієсі.

*Диференціальна діагностика хронічного фіброзного пульпіту, що перебігає із закритою порожниною зуба.*

Клінічні ознаки	Діагноз		
	Хронічний фіброзний пульпіт	Гострий глибокий карієс	Гострий обмежений пульпіт
Характер болю	Ниючий, виникає лише від дії подразників, уночі відсутній.	Гострий, короткочасний, виникає від дії подразників.	Гострий, самовільний, нападоподібний, посилюється від дії подразників і вночі.
Тривалість больового нападу	Довго не зникає після усунення подразника (30-40 хв).	Короткочасний, припиняється відразу після усунення подразника.	Протягом дня буває декілька короткочасних нападів із тривалими інтермісіями.

Анамнез захворювання	Наявність у минулому гострого чи ниючого довготривалого болю.	Гострого болю в минулому не було.	Гострий біль, що вперше виник протягом поточної доби.
Електрозбудливість пульпи	30-40 мкА.	10-15 мкА.	15-20 мкА.
Дані рентгенографії	Може бути деформація періодонтальної щілини.	Зміни в періодонті відсутні.	

### **Диференціальна діагностика хронічного фіброзного і хронічного гангренозного пульпітів.**

#### **Загальне:**

1. безсимптомний перебіг в деяких випадках;
2. болі від температурних подразників;
3. наявність глибокої каріозної порожнини, що сполучається з порожниною зуба.

**Відмінності** полягають в тому, що при хронічному гангренозному пульпіті:

1. коронка зуба темніша, ніж при хронічному фіброзному пульпіті;
2. сполучення з порожниною зуба ширше;
3. зондування дна каріозної порожнини, перфораційного отвору і устя кореневого каналу безболісне або слабоболісне, пульпа не кровоточить;
4. зуб реагує більше на гаряче, ніж на холодне, а при хронічному фіброзному пульпіті – на холодне;
5. показники ЕОД при хронічному гангренозному пульпіті – 60-100 мкА, а при хронічному фіброзному пульпіті – 35-40 мкА.

### **Диференціальна діагностика хронічного гіпертрофічного пульпіту і розростання ясенного сосочка.**

**Загальним** для цих захворювань є зовнішній вигляд каріозної порожнини, заповненої тканиною, що розрослася, зондування якої викликає кровотечу і слабку болючість (за винятком поліпа пульпи).

#### **Відмінності:**

1. ясенний сосочок, що розрісся, можна витіснити інструментом або ватною кулькою з каріозної порожнини і виявити його зв'язок з міжзубними яснами, а гіпертрофічна пульпа розростається з перфораційного отвору даху порожнини зуба;
2. на рентгенограмі при пульпіті можна побачити сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба.

### **Диференціальна діагностика хронічного гіпертрофічного пульпіту і грануляцій, що розрослися з перфорації дна порожнини зуба (бі- або трифуркації).**

#### **Загальне:**

- 1) каріозна порожнина заповнена грануляційною тканиною;
- 2) при зондуванні грануляції виникає кровотеча.

#### **Відмінності:**

- 1) зондування в області перфорації менш болюче (подібно до уколу в ясна), ніж при хронічному гіпертрофічному пульпіті;
- 2) рівень перфорації найчастіше знаходиться нижчим за шийку зуба, а при гіпертрофічному пульпіті – вище (на рівні даху пульпової камери);
- 3) при розростанні грануляційної тканини з біфуркації (трифуркації) за наявності в даній області перфорації, як правило, виявляється ускладнена форма карієсу на різних етапах лікування. При частковій некретомії виявляються устя каналів раніше пломбовані або порожні;
- 4) на рентгенограмі визначається сполучення порожнини зуба з періодонтом і розрідження кісткової тканини в цій області, а при гіпертрофічному пульпіті змін в періодонті не виявляється.

**Диференціально-діагностичні ознаки хронічного гангренозного пульпіту та хронічного верхівкового періодонтиту:**

Ознака	Діагноз	
	Гангренозний пульпіт	Верхівковий періодонтит
Характер болю	Відсутній чи ниючий, виникає від дії гарячого.	Відсутній, можливе відчуття дискомфорту під час накушування на зуб.
Зондування	Різко болісне в усті каналу чи в його глибині.	Безболісне, тільки в разі вrostання грануляцій у канал може бути болісним.
Електроодонтодіагностика	40-80 мкА.	100-120 мкА.

**Диференціальна діагностика конкрементозного пульпіту.**

Конкрементозний пульпіт необхідно диференціювати від невралгії трійчастого нерва. Напад болю частіше з'являється вночі, він триваліший, ніж при невралгії. Від болю при невралгії цей біль відрізняється інтенсивністю і повільним, поступовим наростанням частоти нападів (протягом місяців і років).

Під час нападу болю у хворих на пульпіт відсутні ознаки подразнення вегетативної нервової системи, які притаманні невралгії гілок трійчастого нерва. Однак зуб із наявністю конкрементів інколи може бути курковою зоною при невралгії трійчастого нерва. Перкусія такого зуба може спровокувати нападоподібний біль. Остаточний діагноз підтверджується даними рентгенологічного обстеження.

*Диференціальна діагностика хронічного фіброзного пульпіту у стадії загострення і гострого часткового пульпіту.*

**Загальне:**

1. наявність глибокої каріозної порожнини; болюче зондування в одній крапці;
2. провокування холодом викликає тривалий ниючий біль;

**Відмінності:**

1. наявність болю, що іррадіює, при хронічному фіброзному пульпіті у стадії загострення, чого не буває при гострому обмеженому пульпіті;

2. наявність мимовільних або тривалих ниючих болей від різних подразників у минулому, а гострий частковий пульпіт існує не більше 1-2 днів;
3. наявність болючого при зондуванні сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба, а при гострому частковому пульпіті порожнина зуба не розкрита (за винятком травматичного пульпіту);
4. гострий частковий пульпіт зустрічається в осіб з високою реактивністю організму, тобто достатньо рідко;
5. при гострому частковому пульпіті ніколи немає змін в периапікальних тканинах;
6. перкусія при гострому частковому пульпіті завжди не болюча.

*Диференціальна діагностика хронічного фіброзного пульпіту у стадії загострення і гострого дифузного пульпіту.*

**Загальне:**

- 1) скарги на мимовільний ниючий біль, що іррадіює по ходу гілок трійчастого нерва;
- 2) тривалий біль провокують хімічні і температурні подразники;
- 3) наявність глибокої каріозної порожнини, болючої при зондуванні;
- 4) перкусія може бути болючою.

**Відмінності:**

- 1) наявність мимовільних болей у минулому при хронічному фіброзному пульпіті у стадії загострення. Гострий дифузний пульпіт може існувати не більше 2—14 днів;
- 2) зондування при хронічному фіброзному пульпіті у стадії загострення болюче в одній точці, порожнина зуба розкрита. При гострому дифузному пульпіті зондування болюче по всьому дну каріозної порожнини і немає сполучення з порожниною зуба;
- 3) при гострому дифузному пульпіті холод може заспокоїти біль, чого не спостерігається при хронічному фіброзному пульпіті у стадії загострення.

*Диференціальна діагностика хронічного фіброзного пульпіту у стадії загострення і гострого або загострення верхівкового періодонтиту.*

**Загальне:**

- 1) тривалі ниючі болі;
- 2) зуб змінений в кольорі;
- 3) наявність глибокої каріозної порожнини (або зуб під пломбою);
- 4) перкусія болюча.

**Відмінності:**

1. при пульпіті обов'язково наявність "світлих" безбольових проміжків, а при гострих формах періодонтиту біль постійний, наростаючий в часі;
2. при пульпіті біль виникає від температурних подразників, чого не буває при періодонтиті;
3. реакція на перкусію при загостренні хронічного фіброзного пульпіту виражена слабо, лише порівняно зі здоровими зубами, а при гострих формах періодонтиту до зуба боляче доторкнутися;
4. при пульпіті перехідна складка при пальпації не болюча, а при гострих формах періодонтиту вона набрякла, гіперемована, болюча;

5. показники ЕОД при будь-якому періодонтиті більше 100 мкА, що говорить про повну загибель пульпи;

6. дані рентгенографії також допомагають правильно поставити діагноз, при періодонтиті в периапікальних тканинах виявляються деструктивні зміни, за винятком гострого періодонтиту у стадії інтоксикації.

*Диференціальна діагностика хронічного гангренозного пульпіту у стадії загострення і гострого або загострення верхівкового періодонтиту.*

#### **Загальне:**

- 1) наявність тривалих ниючих болей;
- 2) біль при накушуванні, болюча перкусія;
- 3) є сполучення з порожниною зуба, поверхнєве зондування якого безболісно;
- 4) є гнильний запах із зуба;
- 5) на рентгенограмі виявляються зміни в периапікальних тканинах.

#### **Відмінності:**

- 1) болі при пульпіті мають періодичний характер, а при гострих формах верхівкового періодонтиту – наростаючий, без "світлих" проміжків;
- 2) накушування на зуб при даній формі пульпіту не таке болюче, як при гострих формах періодонтиту, коли до зуба боляче навіть доторкнутися, а пальпація перехідної складки різко болюча;
- 3) глибоке зондування при гангренозному пульпіті болюче, а при періодонтиті — безболісне;
- 4) виражена больова реакція на гарячі температурні подразники при гангренозному пульпіті, а при періодонтиті реакції немає;
- 5) показники ЕОД при пульпіті до 100 мкА, а при періодонтиті — більше 100 мкА.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Загальні клінічні ознаки хронічних форм пульпітів.
2. Характерні ознаки для ранньої форми хронічного фіброзного пульпіту.
3. Ознаки характерні для пізньої форми хронічного фіброзного пульпіту.
4. Суб'єктивні та об'єктивні дані при хронічному фіброзному пульпіті.
5. Проведіть диференційну діагностику хронічного фіброзного пульпіту.
6. Форми хронічного гіпертрофічного пульпіту. Суб'єктивні дані.
7. Об'єктивні дані та патанатомічні зміни при хронічному гіпертрофічному пульпіті.
8. Диференційна діагностика хронічного гіпертрофічного пульпіту.
9. Хронічний гангренозний пульпіт. Суб'єктивні дані.
10. Об'єктивні дані та патанатомічні зміни при хронічному гангренозному пульпіті.
11. Диференційна діагностика хронічного гангренозного пульпіту.
12. Клініка конкрементозного пульпіту.
13. Диференційна діагностика конкрементозного пульпіту.
14. Суб'єктивні та об'єктивні дані при загостренні хронічного пульпіту.
15. Пульпіт ускладнений гострим серозним періодонтитом. Клінічні та рентгенологічні ознаки.

16. Пульпіт ускладнений хронічним періодонтитом та загостреним хронічним періодонтитом. Клінічні та рентгенологічні ознаки.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Хворий К., скаржиться на періодичний довготривалий біль у 26, що виникає від термічних, хімічних, механічних подразників, при зміні температури навколишнього середовища, відчуття дискомфорту. В анамнезі: зуб пломбований з приводу глибокого карієсу, пломба випала рік тому. Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба в ділянці передньощічного рогу пульпи, перкусія безболісна, при зондуванні відзначається незначний біль у перфорованій точці та кровотеча. ЕОД – 50 мкА, термодіагностика болісна, біль триває деякий час. Поставте діагноз:

A. Хронічний фіброзний періодонтит

B. Гострий глибокий карієс

C. Некроз пульпи

D. Хронічний простий пульпіт

E. Хронічний глибокий карієс

2. Хворий К., скаржиться на періодичний тривалий біль в 16 зубі, що виникає при прийомі холодної їжі. В анамнезі: зуб пломбований з приводу глибокого карієсу, пломба випала місяць тому. Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, перкусія безболісна, зондування болісне по всьому дну каріозної порожнини, ЕОД – 45 мкА, термодіагностика болісна, довготривала. Поставте діагноз:

A. Хронічний фіброзний періодонтит

B. Хронічний глибокий карієс

C. Хронічний простий пульпіт

D. Гострий глибокий карієс

E. Некроз пульпи

3. Хворий Д., скаржиться на неприємні відчуття та кровотечу з зуба під час прийому їжі. Каріозна порожнина 36 з'явилася давно, за допомогою хворий не звертався, під час нічного болю приймав анальгетики. Об'єктивно: в 36 глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. В каріозній порожнині - розростання грануляційної тканини. Перкусія, пальпація, зондування безболісне, термодіагностика чутлива. ЕОД – 30 мкА. Поставте діагноз:

A. Хронічний гранулюючий періодонтит

B. Хронічний гранулематозний періодонтит

C. Хронічний гіпертрофічний пульпіт

D. Хронічний маргінальний періодонтит

E. Хронічний гіпертрофічний папіліт

4. Хворий А., 28 років, скаржиться на довготривалий, ниючий біль у 37 при вживанні гарячої їжі. При огляді 37 змінений в кольорі, на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба, дентин дна та стінок розм'якшений. Поверхнєве зондування в перфораційній точці безболісне, коронкова пульпа сіро-чорного кольору, відчувається неприємний



запах. Глибоке зондування кореневої пульпи болюче, перкусія чутлива, ЕОД – 80 мкА. Поставте діагноз:

- A. Хронічний фіброзний пульпіт
- B. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- C. Загострення хронічного пульпіту
- D. Хронічний гангренозний пульпіт
- E. Хронічний фіброзний періодонтит

5. Хворий А., 45 років, скаржиться на ниючий, тривалий біль у 46, який з'являється під дією температурних і хімічних подразників. Півроку тому спостерігався приступоподібний, мимовільний біль. За медичною допомогою не звертався. При огляді в 46 на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, дентин дна та стінок розм'якшений. Зондування болісне, порожнина зуба закрита. При вживанні холодної води з'являється повільно наростаючий ниючий біль. Поставте діагноз:

- A. Хронічний фіброзний пульпіт
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Хронічний глибокий карієс
- D. Хронічний гангренозний пульпіт
- E. Хронічний фіброзний періодонтит

6. Хворий С., 28 років, скаржиться на самовільний, сильний, пульсуючий біль на нижній щелепі зліва, який іррадіює в ділянку вуха, скроні, посилюється від гарячого, дещо зменшується від холодного подразника. При огляді в 36 – глибока каріозна порожнина, дентин розм'якшений, при зондуванні сталася перфорація порожнини зуба, з'явилась крапля гною з домішкою крові, інтенсивність болю знизилась. Поставте діагноз:

- A. Гострий гнійний пульпіт
- B. Гострий частковий пульпіт
- C. Гострий загальний серозний пульпіт
- D. Загострення хронічного пульпіту
- E. Гострий глибокий карієс

7. Хворий А., 20 р. скаржиться на біль та кровотечу в зубі на нижній щелепі зліва при вживанні твердої їжі. Об'єктивно: на медіально-жувальній поверхні 36 зуба велика каріозна порожнина, виповнена грануляційною тканиною, зондування викликає кровотечу та біль в ділянці сполучення каріозної порожнини з пульповою камерою. Перкусія безболісна. ЕОД – 40 мкА. Встановіть діагноз:

- A. Хронічний гангренозний пульпіт
- B. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- C. Гіпертрофічний папіліт
- D. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- E. Фіброматоз ясен

8. У пацієнтки А., 34 роки, після зняття коронки з метою зміни конструкції протеза, в 46 у каріозній порожнині виявлена грануляційна тканина. При зондуванні під грануляційною тканиною виявлено сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба, при цьому виникла кровотеча та незначна болючість. Реакція на холодний подразник слабо болюча, на рентгенограмі у

періапикальних тканинах 46 змін немає. Ясна блідо-рожеві, вологі. Результатом якого захворювання стало вrostання грануляційної тканини в каріозну порожнину?

А. Розростання грануляційної тканини з перфораційного отвору по біфуркації коренів 46

В. Загострення хронічного простого пульпіту

С. Хронічний гіпертрофічний пульпіт

Д. Гіпертрофія ясенного сосочка

Е. Гранулюючий періодонтит

9. Хвора, 25 років, скаржиться на ниючий біль у зубі на верхній щелепі зліва та кровотечу, що виникає при жуванні твердої їжі. При огляді в 26 зубі глибока каріозна порожнина, заповнена грануляційною тканиною. Остання легко кровоточить при зондуванні. Перкусія – безболісна. ЕОД – 40 мкА. Поставте діагноз:

А. Поліп ясен

В. Хронічний фіброзний пульпіт

С. Грануляції з ділянки біфуркації

Д. Гіпертрофічний гінгівіт

Е. Хронічний гіпертрофічний пульпіт

10. Чоловік 27 років скаржиться на тривалий ниючий біль у 15 зубі під час їжі, особливо холодної. Іноді відзначає біль при зміні температури навколишнього середовища. Об'єктивно: у 15 зубі на дистальній поверхні каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним дентином. При зондуванні по дну каріозної порожнини відзначається біль. Електрозбудливість пульпи – 35 мкА. Який найбільш імовірний діагноз при даній клінічній ситуації?

А. Гострий середній карієс

В. Гострий глибокий карієс

С. Хронічний простий пульпіт

Д. Гіперемія пульпи

Е. Хронічний пульпіт, ускладнений періодонтитом

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №54

### ТЕМА: Дистрофічні зміни в пульпі при загальних захворюваннях організму

**I. Актуальність теми:** Проблема лікування захворювань пульпи займає одне з важливих місць в терапевтичній стоматології. Це пов'язане з широкою розповсюдженістю ускладненого карієсу. Ефективність лікування даної патології в значній мірі залежить від методу та якості проведених маніпуляцій. Розширення та поглиблення теоретичних знань з терапевтичної стоматології, сприятиме розвитку у студентів клінічного мислення, дозволить запобігти ускладнень та підвищити ефективність лікування пульпіту.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- клінічні прояви пульпітів при загальних захворюваннях;
- вміти діагностувати та проводити диференційну діагностику пульпітів на тлі загальних захворювань;
- знати сучасні методи лікування пульпітів при загальній патології;
- знати можливі помилки та ускладнення в діагностиці та лікуванні пульпітів на тлі загальних захворювань;
- вміти вибрати адекватний метод лікування пульпіту при загальних захворюваннях в залежності від клінічної ситуації;
- визначити вид і послідовність проведення необхідних лікарських маніпуляцій;
- обґрунтувати заходи щодо запобігання можливих ускладнень.

##### 2.2. Вміти:

- провести суб'єктивне обстеження хворого на наявність захворювання пульпи зуба;
- провести об'єктивне обстеження хворого на наявність захворювання пульпи зуба;
- поставити попередній діагноз;
- призначити додаткові методи обстеження хворому;
- провести диференційну діагностику та поставити остаточний діагноз;
- вибрати адекватний метод лікування хворого в залежності від клінічної ситуації та провести лікування;
- заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

#### III. Зміст теми:

Пульпа зуба - спеціалізована пухка волокниста сполучна тканина, яка заповнює коронкову та кореневу частини порожнини зуба. Коронкова пульпа має виступи відповідно до виступів порожнини зуба в напрямку оклюзійної поверхні. Це - роги пульпи; їх верхівки в зубах досягають рівня екватора і відповідають проекції горбиків премолярів та молярів.

Тканину пульпи утворюють основна речовина, клітини, волокнисті елементи, судини і нерви. Міжклітинна речовина містить у своєму складі основну речовину та волокна. Основну речовину утворюють глікозаміноглікани, глікопротеїди та інші сполуки кислих мукополісахаридів. Біохімічна активність основної речовини проявляється динамікою процесів полімеризації та

деполімеризації як у нормі, так і в прояві патологічних процесів, старіння та ін.

Строму пульпи зуба складають колагенові та ретикулярні волокна. Колагенові волокна містять колаген I типу, вони утворюють у коронковій частині сіточку, а в кореневій - згруповані в пучки. Ретикулярні волокна містять колаген III типу, розміщуються по всій пульпі у вигляді сіточки, їхня кількість зростає в процесі утворення дентину, між одонтоблантами вони стають товщими, сіточка - густішою. Ретикулярні волокна у периферичному шарі пульпи називаються волокнами Корфа.

### Функції пульпи

Пульпа є важливим органом зуба, що виконує низку функцій, найважливішою серед яких є дентиноутворення. Цю функцію забезпечують високодиференційовані клітини пульпи —одонтобласти (дентинобласти), які постійно поповнюються за рахунок малодиференційованих клітин субодонтобластного й центрального шарів. Пластична функція пульпи проявляється під час формування зуба і не припиняється після його прорізування. У разі виникнення патологічних змін твердих тканин зубів, наприклад карієсу, пульпа відповідає на них утворенням вторинного дентину. Дентиногенез продовжується доти, доки малодиференційовані клітини пульпи здатні до диференціації в одонтобласти.

Іншою важливою функцією пульпи є трофічна, тобто живлення дентину та емалі зубів. Ці тверді тканини зуба отримують поживні речовини з трансудатом із капілярів, по дентинних відростках одонтобластів (волокнах Томса). Через пульпу регулюються нейрогуморальні процеси в усіх тканинах зуба, і їх порушення можуть призвести до дистрофічних процесів у дентині та емалі.

Клітини пульпи, особливо одонтобласти, регулюють трофічну функцію та регенераторну здатність дентину. Наявність у пульпі елементів ретикулоендотеліальної тканини (осілих макрофагоцитів) підвищує її захисну, бар'єрну, функцію. Установлено, що клітини пульпи мають високу фагоцитарну здатність, що перешкоджає проникненню мікробів у періапикальні тканини, інактивуючи їх.

Бар'єрна функція пульпи посилюється наявністю в ній гіалуронової кислоти та багатой капілярної мережі кровоносних і лімфатичних судин, які створюють умови для відтоку ексудату. Важливе значення має також і багата іннервація пульпи.

Пульпа зуба має значний потенціал до регенерації як тканина судинно-сполучнотканинного типу. Вона забезпечується значною кількістю малодиференційованих клітин, здатних швидко трансформуватися в одонтобласти. Ці особливості будови та функції пульпи забезпечують специфічну клінічну картину в разі її запалення; на них ґрунтується вибір методів лікування.

**Вікові зміни.** Різницю в будові пульпи молодой і старої людини видно навіть макроскопічно.

В молодому віці пульпа добре постачається кров'ю і займає більший об'єм, в похилому віці вона зменшується і стає анемічною. Під мікроскопом

виявляється зменшення клітин, збільшення волокон, склероз основної речовини і судин.

До вікових змін треба віднести утворення замісного дентину, яке може призвести до повної облітерації каналу.

### ***Зміни пульпи при супутній патології***

*При гіповітамінозі С* кількість одонтобластів в периферійному шарі пульпи зменшується. Клітини гублять свою орієнтацію, деформуються. В середині клітин утворюються вакуолі, які зливаються і утворюють кісти. В пульпі настає жирова дистрофія. Судини переповнюються кров'ю з наступними крововиливами. Ендотелій і адвентицій судин набрякає. Виникає інтенсивне утворення замісного дентину. Але клінічних проявів цих явищ немає.

*При гіпертонічній хворобі* в одонтоблестах відбувається жирове і вакуольне переродження, вони зменшуються в розмірах, розташовуються безладно. В коронковій пульпі - склероз, сітчата атрофія, в кореневій - петрифікати.

*При клиновидних дефектах* утворення заміщуючого дентину під дефектом, а іноді і на протилежному боці. В пульпі спостерігається розширення судин і збільшення числа єднально-тканинних елементів.

*При гіпертиреозі* - гіперемія, крововилив.

*При карієсі* зміни відбуваються в одонтоблестах, розлад кровообігу. При глибокому карієсі спостерігається гіперемія судин пульпи у всій коронковій частині, не тільки під шаром одонтобластів, але й в більш глибоких шарах.

*При захворюваннях пародонту:* вакуолізація одонтобластів, їх загибель, а на їх місці утворюються кісти.

### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Дайте визначення терміну пульпіт.
2. Як класифікуються пульпіти?
3. Яка етіологія виникнення пульпіту?
4. Якими анатомічними та фізіологічними особливостями будови пульпи зуба зумовлений больовий синдром при її запаленні?
5. Дайте визначення поняттю «дентикл».
6. Дайте визначення поняттю «петрифікат».

1. Хворий К., скаржиться на періодичний довготривалий біль у 26, що виникає від термічних, хімічних, механічних подразників, при зміні температури навколишнього середовища, відчуття дискомфорту. В анамнезі: зуб пломбований з приводу глибокого карієсу, пломба випала рік тому. Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба в ділянці передньощічного рогу пульпи, перкусія безболісна, при зондуванні відзначається незначний біль у перфорованій точці та кровотеча. ЕОД – 50 мкА, термодіагностика болісна, біль триває деякий час. Поставте діагноз:

- A. Хронічний фіброзний періодонтит
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Некроз пульпи
- D. Хронічний простий пульпіт
- E. Хронічний глибокий карієс

2. Хворий К., скаржиться на періодичний тривалий біль в 16 зубі, що виникає при прийомі холодної їжі. В анамнезі: зуб пломбований з приводу глибокого карієсу, пломба випала місяць тому. Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, перкусія безболісна, зондування болісне по всьому дну каріозної порожнини, ЕОД– 45 мкА, термодіагностика болісна, довготривала. Поставте діагноз:

- A. Хронічний фіброзний періодонтит
- B. Хронічний глибокий карієс
- C. Хронічний простий пульпіт
- D. Гострий глибокий карієс
- E. Некроз пульпи

3. Хворий Д., скаржиться на неприємні відчуття та кровотечу з зуба під час прийому їжі. Каріозна порожнина в 36 з'явилася давно, за допомогою хворий не звертався, під час нічного болю приймав анальгетики. Об'єктивно: в 36 глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. В каріозній порожнині - розростання грануляційної тканини. Перкусія, пальпація, зондування безболісне, термодіагностика чутлива. ЕОД – 30 мкА. Поставте діагноз:

- A. Хронічний гранулюючий періодонтит
- B. Хронічний гранулематозний періодонтит
- C. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- D. Хронічний маргінальний періодонтит
- E. Хронічний гіпертрофічний папіліт

4. Хворий А., 28 років, скаржиться на довготривалий, ниючий біль у 37 при вживанні гарячої їжі. При огляді 37 змінений в кольорі, на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба, дентин дна та стінок розм'якшений. Поверхнєве зондування в перфораційній точці безболісне, коронкова пульпа сіро-чорного кольору, відчувається неприємний запах. Глибоке зондування кореневої пульпи болюче, перкусія чутлива, ЕОД – 80 мкА. Поставте діагноз:

- A. Хронічний фіброзний пульпіт
- B. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- C. Загострення хронічного пульпіту
- D. Хронічний гангренозний пульпіт
- E. Хронічний фіброзний періодонтит

5. Хворий А., 45 років, скаржиться на ниючий, тривалий біль у 46, який з'являється під дією температурних і хімічних подразників. Півроку тому спостерігався приступоподібний, мимовільний біль. За медичною допомогою не звертався. При огляді в 46 на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, дентин дна та стінок розм'якшений. Зондування болісне, порожнина зуба закрита. При вживанні холодної води з'являється повільно наростаючий ниючий біль. Поставте діагноз:

- A. Хронічний фіброзний пульпіт
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Хронічний глибокий карієс

D. Хронічний гангренозний пульпіт

E. Хронічний фіброзний періодонтит

6. Хворий С., 28 років, скаржиться на самовільний, сильний, пульсуючий біль на нижній щелепі зліва, який іррадіює в ділянку вуха, скроні, посилюється від гарячого, дещо зменшується від холодного подразника. При огляді в 36 – глибока каріозна порожнина, дентин розм'якшений, при зондуванні сталася перфорація порожнини зуба, з'явилась крапля гною з домішкою крові, інтенсивність болю знизилась. Поставте діагноз:

A. Гострий гнійний пульпіт

B. Гострий частковий пульпіт

C. Гострий загальний серозний пульпіт

D. Загострення хронічного пульпіту

E. Гострий глибокий карієс

7. Хворий А., 20 р. скаржиться на біль та кровотечу в зубі на нижній щелепі зліва при вживанні твердої їжі. Об'єктивно: на медіально-жувальній поверхні 36 зуба велика каріозна порожнина, виповнена грануляційною тканиною, зондування викликає кровотечу та біль в ділянці сполучення каріозної порожнини з пульповою камерою. Перкусія безболісна. ЕОД – 40 мкА. Встановіть діагноз:

A. Хронічний гангренозний пульпіт

B. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт

C. Гіпертрофічний папіліт

D. Хронічний гіпертрофічний пульпіт

E. Фіброматоз ясен

8. У пацієнтки А., 34 роки, після зняття коронки з метою зміни конструкції протеза, в 46 у каріозній порожнині виявлена грануляційна тканина. При зондуванні під грануляційною тканиною виявлено сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба, при цьому виникла кровотеча та незначна болючість. Реакція на холодний подразник слабо болюча, на рентгенограмі у періапикальних тканинах 46 змін немає. Ясна блідо-рожеві, вологі. Результатом якого захворювання стало вrostання грануляційної тканини в каріозну порожнину?

A. Розростання грануляційної тканини з перфораційного отвору по біфуркації коренів 46

B. Загострення хронічного простого пульпіту

C. Хронічний гіпертрофічний пульпіт

D. Гіпертрофія ясенного сосочка

E. Гранулюючий періодонтит

9. Хвора, 25 років, скаржиться на ниючий біль у зубі на верхній щелепі зліва та кровотечу, що виникає при жуванні твердої їжі. При огляді в 26 зубі глибока каріозна порожнина, заповнена грануляційною тканиною. Остання легко кровоточить при зондуванні. Перкусія – безболісна. ЕОД – 40 мкА. Поставте діагноз:

A. Поліп ясен

B. Хронічний фіброзний пульпіт

C. Грануляції з ділянки біфуркації



Д. Гіпертрофічний гінгівіт

Е. Хронічний гіпертрофічний пульпіт

10. Чоловік 27 років скаржиться на тривалий ниючий біль у 15 зубі під час їжі, особливо холодної. Іноді відзначає біль при зміні температури навколишнього середовища. Об'єктивно: у 15 зубі на дистальній поверхні каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним дентином. При зондуванні по дну каріозної порожнини відзначається біль. Електрозбудливість пульпи – 35 мкА. Який найбільш імовірний діагноз при даній клінічній ситуації?

А. Гострий середній карієс

В. Гострий глибокий карієс

С. Хронічний простий пульпіт

Д. Гіперемія пульпи

Е. Хронічний пульпіт, ускладнений періодонтитом

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава,

2021. – 176 с.

7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №55

### ТЕМА: Диференціальна діагностика періодонтитів.

**I. Актуальність теми:** Необхідність у детальному вивченні періодонтитів обумовлена великою поширеністю карієсу та його ускладнень. Періодонтити є основною причиною гострих одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, які вимагають стаціонарного лікування. Тому знання цієї теми необхідні для встановлення правильного діагнозу, лікування та попередження ускладнень.

### II. Навчальна мета:

#### 2.1. Студент повинен знати:

- знати патофізіологічні процеси, які виникають в тканинах періодонту при різних формах гострого та хронічного верхівкового періодонтиту;
- знати етіологію, патогенез, клініку, діагностику та класифікації верхівкових періодонтитів за І.Г. Лукомським і С.І. Вайндрухом;
- знати особливості та діагностичні можливості клініко-рентгенологічних методів обстеження хворих на періодонтит;
- мати уявлення про можливість розвитку одонтогенних ускладнень.

#### 2.2. Вміти:

- провести обстеження хворого з одонтопатологією;
- провести пальпацію лімфатичних вузлів та перехідної складки в ділянці верхівки кореня;
- визначити симптом вазопарезу, Мармассе, Дюпюїтрена;
- провести електроодонтодіагностику;
- виписати направлення для проведення рентгенологічного дослідження та прочитати рентгенограму;
- провести диференціальну діагностику гострих верхівкових періодонтитів;
- провести диференціальну діагностику хронічних верхівкових періодонтитів;
- провести диференціальну діагностику загостреного хронічного періодонтиту.

### III. Зміст теми:

**Періодонтит** — це захворювання, що виникає в тканинах періодонта під впливом різних чинників і проявляється локальним запаленням, яке може призвести до пошкодження зв'язувального апарату зуба і навіть до втрати зуба.

#### *Класифікація періодонтитів (Лукомський І. Г.)*

#### **Гострий періодонтит**

- серозний
- гнійний

#### **Хронічний періодонтит**

- фіброзний
- гранулюючий
- гранулематозний

#### **Загострений хронічний періодонтит**

**Діагностична термінологія, схвалена американською Асоціацією ендодонтистів і Американською радою ендодонтії**

### *Апікальні діагнози*

**1. Нормальні апікальні тканини** — не чутливі до перкусії чи пальпації, рентгенографічно пластинка твердої оболонки, що оточує корінь, є інтактною, а простір періодонтальної зв'язки однорідний.

**2. Симптоматичний апікальний періодонтит** — являє собою запалення, як правило, апікального періодонту, що супроводжується болючою реакцією під час жування та під час перкусії та пальпації. Це може супроводжуватися або не супроводжуватися рентгенографічними змінами (тобто, залежно від стадії захворювання, може бути нормальна ширина періодонтальної зв'язки або може бути периапікальна рентгенопрозорість). Сильний біль при перкусії або пальпації вказує на дегенерацію пульпи, тому необхідне лікування кореневого каналу.

**3. Безсимптомний апікальний періодонтит** — це запалення та деструкція апікального періодонту пульпарного походження. Він виглядає як апікальна рентгенопрозорість і не має клінічних симптомів (наприклад, немає болю при перкусії або пальпації).

**4. Хронічний апікальний абсцес** — це запальна реакція на інфекцію пульпи та некроз, що характеризується поступовим початком, незначним дискомфортом або без нього, та періодичним виділенням гною через суміжні пазухи. Рентгенологічно зазвичай спостерігаються ознаки кісткової деструкції, такі як рентгенопрозорість.

**5. Гострий апікальний абсцес** — це запальна реакція на інфекцію пульпи та некроз, що характеризується швидким початком, спонтанним болем, надзвичайною чутливістю зуба під час тиску, утворенням гною та набряком прилеглих тканин. Рентгенологічних ознак деструкції може не бути, і пацієнт часто відчуває нездужання, лихоманку та лімфаденопатію.

**6. Конденсуючий остейт** — це дифузне рентгеноконтрастне ураження, яке представляє локалізовану кісткову реакцію на запальний процес низького ступеня, подразник зазвичай спостерігається на верхівці зуба.

**7. Вогнищевий остеопетроз (периапікальний остеосклероз)** — це не справжнє ураження ендодонтичного походження. Перебіг безсимптомний. Пульп- і термотест реагують нормально. Перкусія та пальпація, як правило, не чутливі. Рентгенологічно зуб буде мати підвищену радіющільність і непрозорість навколо одного чи кількох коренів. Лікування не потрібне, зуб потрібно просто спостерігати під час періодичного виклику.

### *Етіологія періодонтиту*

**1. Інфекційні фактори**

**2. Неінфекційні фактори:**

- травматичні,
- медикаментозні,
- алергічні.

**Інфекційний періодонтит** — найпоширеніший у стоматологічній практиці. Головною причиною його розвитку є дія різних мікроорганізмів, які наявні в каріозній порожнині, порожнині зуба, корневих каналах, та їх токсинів.

Мікроорганізми та їх токсини потрапляють у періодонт різними шляхами:

1. Найпоширеніший (головний) шлях — через кореневий канал.
2. Маргінальний шлях. Найчастіше він реалізується в пацієнтів із захворюваннями пародонта.
3. Контактний шлях. У хворих на остеомієліт або синусит інфекція з патологічного вогнища переходить на контактні розташовані зуби.
4. Гематогенний або лімфогенний шлях. Таким шляхом інфекція потрапляє в періодонт у пацієнтів з інфекційними захворюваннями.

До інфекційних належить і так званий перифокальний періодонтит, який був описаний І.Г. Лукомським. Він розвивається у хворих на гострий і хронічний пульпіт, гангрену пульпи чи інші захворювання, коли інфекція є в каналі кореня зуба і в ньому розташований фокус — вогнище патологічного процесу.

**Неінфекційний періодонтит** — спричинений дією на періодонт різних місцевих і загальних чинників. Найпоширенішою причиною розвитку такого періодонтиту є травматичні чинники, головним чином механічна травма — гостра або хронічна.

До другої великої групи належить хіміко-токсичний періодонтит. Запалення періодонта можуть спричинювати алергійні чинники.

**Диференціально-діагностичні ознаки гострого серозного та гострого гнійного періодонтитів**

Діагноз	Клінічні ознаки		
	Анамнез	Зовнішні ознаки і загальний стан здоров'я	Стан регіонарних лімфатичних вузлів
<b>Гострий серозний періодонтит</b>	Зуб заболів уперше, була травма, болі продовжуються добу.	Загальний стан здоров'я незмінений або змінений незначно, шкіра нормального кольору, $T^0$ тіла не підвищена.	Можуть бути збільшені або незмінені.
<b>Гострий гнійний періодонтит</b>	Зуб заболів уперше, тривалість захворювання - декілька днів.	Підвищення $T^0$ тіла до $38-40^{\circ}\text{C}$ , нездужання, дратівливість, головний біль, порушення сну, збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, обличчя асиметричне. Хворий апатичний.	Збільшені, болісні при пальпації.
<b>Гострий гнійний пульпіт, ускладнений перифокальним періодонтитом</b>	У зубі була наявна каріозна порожнина або лікувався раніше з приводу карієсу.	Зміни загального стану незначні, $T^0$ нормальна, шкіра нормального кольору.	Можуть бути болісні. Рідко незмінені.

<b>Гострий періостит</b>	В анамнезі - загострений Pt або кіста, що нагноїлася, абсцедуюча форма пародонтиту тощо.	Шкіра гіперемована, напружена, головний біль, підвищення $T^0$ тіла, колатеральний набряк, асиметрія обличчя.	Збільшені, болісні при пальпації.
<b>Гострий одонтогенний остеомієліт</b>	Раніше були наявні захворювання каріозного походження або інші захворювання зубо-щелепної системи на тлі зниженого імунітету.	Значне порушення загального стану здоров'я, блідість, млявість, підвищення $T^0$ тіла $>38^{\circ}\text{C}$ , ШОЕ, лейкоцитоз.	Збільшені, болісні, можуть з'єднуватися в пакети.
<b>Білякоренева кіста, що нагноїлася</b>	В анамнезі наявний зуб, який раніше болів чи лікувався, або травма. На Rh-грамі знайдена кіста.	Загальний стан здоров'я може бути порушеним, головний біль, підвищення $T^0$ тіла, збільшення ШОЕ, лейкоцитоз.	Збільшені, болісні при пальпації.
<b>Гострий одонтогенний гайморит</b>	В анамнезі-незадовільне лікування або наявність зруйнованих зубів, які межують з гайморовою пазухою.	Загальний стан здоров'я порушується, зниження апетиту, порушення сну, підвищення $T^0$ тіла до $39^{\circ}\text{C}$ , затруднення дихання, виділення слизу з носа, збільшення ШОЕ, лейкоцитоз.	Збільшені, болісні при пальпації.
<b>Альвеоліт</b>	Видалення зуба 2-4 дні тому.	Загальний стан здоров'я порушується, підвищення $T^0$ тіла до $37-38^{\circ}\text{C}$ , порушення сну, збільшення ШОЕ, лейкоцитоз.	Збільшені, болісні при пальпації.

<b>Діагноз</b>	<b>Клінічні ознаки</b>	
	<b>Характер болю</b>	<b>Стан слизової оболонки біля причинного зуба</b>
<b>Гострий серозний</b>	Постійний ниючий біль, який підсилюється при	Ясна в ділянці причинного зуба набряклі перехідна складка

<b>періодонтит</b>	накушуванні. Хворий точно вказує на уражений зуб. Немає іррадіації.	гіперемована, згладжена, болісна при пальпації.
<b>Гострий гнійний періодонтит</b>	Пульсуючий, рвучкий біль. Відчуття зуба, що виріс, рот напіввідкритий, слинотеча. Іррадіює вздовж гілок трійчастого нерва. Не реагує на термічні подразники.	Ясна гіперемовані, набряклі, перехідна складка різко болісна при пальпації, згладжена не тільки в ділянці причинного зуба, але і в ділянці розташованих поруч зубів.
<b>Загострений гнійний пульпіт, ускладнений перифокальним періодонтитом</b>	Нападоподібний біль, котрий іррадіює. Підсилюється під впливом термічних подразників.	Зміни незначні. Може спостерігатися болісність при пальпації в ділянці причинного зуба.
<b>Гострий періостит</b>	Пульсуючий, рвучкий біль, котрий швидко посилюється.	Ясна гіперемовані, набряклі. Перехідна складка згладжена в ділянці 2-3 зубів. Пальпація болісна.
<b>Гострий одонтогенний остеомієліт</b>	Пульсуючий, рвучкий біль, котрий швидко посилюється.	Перехідна складка згладжена з обох сторін альвеолярного паростка. В центрі набряклих тканин формується інфільтрат. Може спостерігатися тризм.
<b>Білякоренева кіста, що нагноїлася</b>	Біль постійний, ниючий, іррадіює вздовж гілок трійчастого нерва.	Слизова оболонка в ділянці кісти набрякла, інфільтрація оточуючих тканин . Позитивний симптом "пергаментного хрусту". Пізніше симптом флуктуації.
<b>Гострий одонтогенний гайморит</b>	Біль і важкість у відповідній половині обличчя. Біль іррадіює в лобну, потиличну, скронеvu ділянку і верхні зуби, а також іррадіює вздовж гілок трійчастого нерва.	Перехідна складка може бути набряклою і згладженою.
<b>Альвеоліт</b>	Біль постійний, ниючий. Іррадіює вздовж гілок трійчастого нерва.	Ясна біля рани набряклі, гіперемовані, різкоболісні при дотику. Стінки лунки оголені,

		вкриті грязно-сірим нальотом. Гризм.
--	--	---

Діагноз	Клінічні ознаки	
	Стан причинного зуба	Дані рентгенограми та ЕОД
<b>Гострий серозний періодонтит</b>	Зуб може бути інтактним у випадку травми, запломбованим або ураженим карієсом. Вертикальна перкусія болісна.	Змін на рентгенограмі немає. ЕОД >100 мкА.
<b>Гострий гнійний періодонтит</b>	Вертикальна і горизонтальна перкусія різко болісні. Зуб рухливий. Зондування безболісне.	Зміни у вигляді завуальованості кісткової структури альвеолярного відростка у ділянці верхівки або розширення періодонтальної щілини при наявності великої кількості гною. ЕОД >100 мкА.
<b>Загострений хронічний періодонтит</b>	Вертикальна перкусія різко болісна. Зуб може бути рухливим. Зондування устя кореневого каналу безболісне. Змінений у кольорі.	Ознаки однієї з хронічних форм періодонтиту (частіше симптому "язиків полум'я"). ЕОД >100 мкА.
<b>Гострий гнійний пульпіт, загострений перифокальним періодонтитом</b>	Глибоке зондування дна каріозної порожнини різко болісно. Горизонтальна перкусія болісна. Зуб нерухливий.	Зміни в періапікальній ділянці на рентгенограмі відсутні. ЕОД – 60-80 мкА.
<b>Гострий періостит</b>	Зуб має каріозну порожнину або запломбований. Перкусія болісна в ділянці декількох зубів. Може бути рухливим.	Завуальованість, втрата чіткості кісткового малюнка.
<b>Гострий одонтогенний остеомієліт</b>	Зуб (або зуби) зруйновані каріозним процесом, змінений в кольорі, може бути рухливим.	На рентгенограмі протягом перших 5 діб зміни не визначаються, якщо до того не було хронічного періодонтиту, кісти, пародонтита, пізніше



	Перкусія викликає різкий біль трійчастого нерва.	осередок розрідження з нечіткими контурами.
<b>Білякоренева кіста, що нагноїлася</b>	Зуб змінений у кольорі, рухливий, вертикальна перкусія болісна. Симптом "тремтіння кореня".	Осередок розрідження контуру кісткової тканини > 0,5 см у ділянці верхівки кореня причинного зуба з нечіткими нечіткими контурами.
<b>Гострий гайморит</b>	Зуби, які прилягають до верхньої гайморової пазухи, зруйновані, змінені в кольорі. Перкусія викликає різкий біль з іррадіацією на відповідну половину щелепно-лицевої ділянки.	На рентгенограмі альвеолярного відростка помітні явища хронічного періодонтиту, кістогранульома. Структура кісткової перегородки між осередком запалення у верхівки зуба і дном верхньощелепної пазухи порушена. На рентгенограмі верхньощелепної пазухи визначається завуальованість або затемнення верхньощелепної пазухи.
<b>Альвеоліт</b>	Зуб відсутній.	Дефект кісткової тканини відповідає формі лунки видаленого зуба або фрагмент не видаленого кореня зуба.

**Диференціально-діагностичні ознаки хронічних періодонтитів**

<b>Ознаки</b>	<b>Фіброзний періодонтит</b>	<b>Гранулюючий періодонтит</b>	<b>Гранулематозний періодонтит</b>
<b>Скарги, характер болю</b>	Наявність каріозної порожнини.	Слабкий, ниючий біль, важкість і розпирання в ділянці ураженого зуба, особливо під час навантаження.	Безсимптомний перебіг або ниючий біль, біль при накушуванні та натисканні на ясна в проекції верхівки кореня.
<b>Загальний стан</b>	Не порушений		

<b>Анамнез</b>	Зуб лікований раніше (пломба) або ні, хронічна травма.	Зуб турбує тривалий період, він лікувався раніше з приводу ускладненого карієсу або ні. Больові відчуття непостійні, можлива поява набряку, нориці.	Зуб раніше лікувався з приводу ускладненого карієсу або травма інтактного зуба. При активному жуванні або при простудних захворюваннях відчуття тяжкості, тупого болю в ділянці верхівки кореня.
<b>Лімфовузли</b>	Не збільшені.	Регіонарні збільшені, при пальпації болючі.	Регіонарні збільшені, болючі.
<b>Зуб</b>	Колір коронки зуба змінений. Глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Можливо, кореневі канали після лікування пульпіту запломбовані.	Змінений в кольорі, вкритий нальотом. Каріозна порожнина сполучається з порожниною зуба. Якщо зуб раніше лікувався — пломба чи неякісно запломбовані кореневі канали.	Зуб інтактний (коронка зміненого кольору), пломба після лікування ускладненого карієсу, або каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба.
<b>Зондування, реакція на термічні подразники</b>	Безболісні		
<b>Перкусія</b>	Безболісна.	Вертикальна слабко чутлива. Симптом тремтіння (Marmasse I) — при прикладанні пальця в проекції верхівки кореня відчувається вібрація грануляційної тканини та вестибулярної стінки альвеоли.	Безболісна, іноді чутлива. Симптом тремтіння верхівки кореня, відбитого удару — при прикладанні пальця в проекції верхівки кореня і легкому ударі по коронці зуба відчувається вібрація кореня (в ділянці однокорневих зубів).

<b>Рухомість причинного зуба</b>	Відсутня або незначна.	Присутня.	Відсутня або незначна.
<b>Зміни ясен</b>	Відсутні.	Слизова в проекції верхівки кореня застійно гіперемована, часто — нориця або рубець.	Без змін або слабо виражена набряклість.
	Безболісна.	Чутлива, можливе відчуття дефекту кортикальної пластинки щелепи. Симптом вазопарезу (Лукомського) — при надавлюванні на ясна в ділянці проекції верхівки кореня великим штопфером утворюється стійка ямка, а в ній спочатку побіління (до 20 с), потім стійка гіперемія. Симптом прихованої гіперемії (Marmasse I) — після 5-10 погладжувань по перехідній складці у верхівок декількох зубів гіперемія з'являється в проекції причинного зуба.	Випинання кісткової стінки в ділянці проекції верхівки кореня. При радикулярних кістах значних розмірів — симптом пергаментного хрусту (Дюпюїтрена).
<b>ЕОД</b>	Більше 100 мкА.		

<b>Рентген-дослідження</b>	Нерівномірне розширення періодонтальної щілини в ділянці верхівки кореня. Іноді гіперцементоз кореня, звуження періодонтальної щілини.	В апікальній ділянці кореня деструкція кісткової тканини з нечіткими контурами (у вигляді язиків полум'я). Верхівка кореня може бути вкорочена внаслідок резорбції.	В ділянці верхівки осередок деструкції кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами, навколо — незмінена кісткова тканина. При загостренні контури стають нечіткими за рахунок остеопорузу.
----------------------------	--	---	---

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Яка класифікація періодонтитів є загально визнаною?
2. Охарактеризуйте рентгенологічну класифікацію хронічних верхівкових періодонтитів за С.І. Вайндрухом.
3. Назвіть клінічні ознаки гострих форм періодонтитів.
4. Назвіть клінічні ознаки хронічних форм періодонтитів.
5. Назвіть рентгенологічні признаки хронічних форм періодонтитів.
6. Назвіть клініко-рентгенологічні ознаки загостреного хронічного періодонтиту.
7. Проведіть диференціальну діагностику гострих періодонтитів.
8. Проведіть диференціальну діагностику хронічних періодонтитів.
9. Проведіть диференціальну діагностику загостреного хронічного періодонтиту.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Хворий П., 46 р., скаржиться на постійний ниючий біль в 15 зубі, який посилюється при накушуванні. При огляді: на дистальній поверхні 15 каріозна порожнина в межах порожнини зуба, при зондуванні з кореневого каналу з'явився гній. Яке обстеження треба провести для встановлення діагнозу?
  - A. Бактеріологічне дослідження.
  - B. Люмінісцентне дослідження.
  - C. Рентгенологічне дослідження.
  - D. Термопробу.
  - E. ЕОД.
2. Хворий О., 35 р., скаржиться на дискомфорт в 11 зубі, на зміну кольору зуба. Об'єктивно: в 11 на медіальній поверхні глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба. Зондування не болюче, реакція на термічні подразники відсутня. На рентгенограмі: вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими межами, округлої форми, розміром 0,5 см в діаметрі. Встановіть діагноз:
  - A. Хронічний фіброзний періодонтит.
  - B. Хронічний гранулюючий періодонтит.
  - C. Хронічний гранулематозний періодонтит.
  - D. Хронічний фіброзний пульпіт.
  - E. Хронічний гангренозний пульпіт.

3. Хвора Х., 20 р., звернулась зі скаргами на дискомфорт при жуванні в 35. Об'єктивно: в 35 глибока каріозна порожнина, що з'єднується з порожниною зуба. При подальшому клінічному обстеженні діагностовано 11 хронічний гангренозний пульпіт 35. Який з перерахованих методів дослідження є найбільш інформативним при диференційній діагностиці захворювання з хронічним гранулюючим періодонтитом?

- A. Холодова проба.
- B. Глибоке зондування.
- C. Вертикальна перкусія.
- D. Горизонтальна перкусія.
- E. Визначення симптому вазопарезу.

4. Пацієнтка, 24 р., скаржиться на біль у зубі, що посилюється під час накушування на нього. Об'єктивно: у 36 глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба. Реакція на термічний подразник, зондування безболісні, перкусія болісна. На рентгенограмі змін немає. Встановіть діагноз:

- A. Гострий загальний пульпіт 36.
- B. Гострий гнійний пульпіт 36.
- C. Гострий гнійний періодонтит 36.
- D. Гострий серозний періодонтит 36.
- E. Загострення хронічного періодонтиту 36.

5. Хворий М., 25 р., звернувся до лікаря з метою планового огляду. Скарж немає. При огляді виявлено, що 16 лікований, змінений в кольорі, на яснах у ділянці зуба визначено норицю. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний простий пульпіт 16.
- B. Хронічний гангренозний пульпіт 16.
- C. Хронічний фіброзний періодонтит 16.
- D. Хронічний гранулюючий періодонтит 16.
- E. Хронічний гранулематозний періодонтит 16.

6. Чоловік, 30 р., скаржиться на наявність каріозної порожнини. Об'єктивно: колір 27 змінений, глибока каріозна порожнина, сполучена з порожниною зуба. Зондування і перкусія безболісні. ЕОД 100 мкА. На рентгенограмі 27: розширення періодонтальної щілини. Яким є найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний глибокий карієс 27.
- B. Хронічний гангренозний пульпіт 27.
- C. Хронічний фіброзний періодонтит 27.
- D. Хронічний гранулюючий періодонтит 27.
- E. Хронічний гранулематозний періодонтит 27.

7. Дівчина 16 р., скаржиться на ниючий біль в зубі, що посилюється при накушуванні на зуб. Місяць тому зуб лікувався з приводу пульпіту. Об'єктивно: в 36 пломба, перкусія різко болісна, слизова оболонка в ділянці 36 гіперемійована, набрякла. На рентгенограмі змін немає. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний кореневий пульпіт 36.
- B. Загострення хронічного пульпіту 36.
- C. Гострий серозний періодонтит 36.

D. Загострення хронічного періодонтиту 36

E. Хронічний фіброзний періодонтит 36.

8. Хворий С., 43 років, скаржиться на попадання їжі в зуб. Місяць тому спостерігав біля зуба норицю. В 46 коронка сіруватого кольору, глибока каріозна порожнина. Зондування в устях кореневих каналів безболісне. Перкусія чутлива. ЕОД 100 мкА. Дані якого розділу дослідження допомогли лікарю встановити діагноз?

A. Бактеріологічне дослідження.

B. Люмінесцентне дослідження.

C. Рентгенологічне дослідження.

D. Термопробу.

E. ЕОД

9. Хворий М., 27 років, скаржиться на постійний інтенсивний пульсуючий біль в ділянці 36 зуба. Об'єктивно: слизова оболонка навколо 36 гіперемійована, набрякла, пальпація перехідної складки в проекції верхівки кореня болісна. Пломба в зубі збережена, перкусія різко болісна. Який попередній діагноз?

A. Гострий загальний пульпіт 36.

B. Гострий гнійний пульпіт 36.

C. Гострий гнійний періодонтит 36.

D. Гострий серозний періодонтит 36.

E. Загострення хронічного періодонтиту 36

10. Жінка, 39 р., при зверненні в клініку скаржиться на випадання пломби з 22. Пломба випала два дні тому, хоча протягом останнього місяця зміщалась при змиканні зубів. Об'єктивно: на медіальній поверхні 22 глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба; дентин дна і стінок щільний, пігментований. Зондування, реакція на холод, перкусія безболісні. Ясна в області 22 без змін. Між якими захворюваннями треба провести диференційну діагностику в даному випадку?

A. Хронічний глибокий карієс.

B. Хронічний гангренозний пульпіт 22.

C. Хронічний фіброзний періодонтит 22.

D. Хронічний гранулюючий періодонтит 22.

E. Хронічний гранулематозний періодонтит 22.

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В.

Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### **Додаткова:**

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №56

### ТЕМА: Рентгенологічна діагностика періодонтитів.

**I. Актуальність теми:** Необхідність у детальному вивченні періодонтитів обумовлена великою поширеністю карієсу та його ускладнень. Періодонтити є основною причиною гострих одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, які вимагають стаціонарного лікування. Тому знання цієї теми необхідні для встановлення правильного діагнозу, лікування та попередження ускладнень.

### II. Навчальна мета:

#### 2.1. Студент повинен знати:

- знати патофізіологічні процеси, які виникають в тканинах періодонту при різних формах гострого та хронічного верхівкового періодонтиту;
- знати етіологію, патогенез, клініку, діагностику та класифікації верхівкових періодонтитів за І.Г. Лукомським і С.І. Вайндрухом;
- знати особливості та діагностичні можливості клініко-рентгенологічних методів обстеження хворих на періодонтит;
- мати уявлення про можливість розвитку одонтогенних ускладнень.

#### 2.2. Вміти:

- провести обстеження хворого з одонтопатологією;
- провести пальпацію лімфатичних вузлів та перехідної складки в ділянці верхівки кореня;
- визначити симптом вазопарезу, Мармассе, Дюпюїтрена;
- провести електроодонтодіагностику;
- виписати направлення для проведення рентгенологічного дослідження та прочитати рентгенограму;
- провести диференціальну діагностику гострих верхівкових періодонтитів.
- провести диференціальну діагностику хронічних верхівкових періодонтитів;
- провести диференціальну діагностику загостреного хронічного періодонтиту;
- визначити заключний діагноз у хворого з одонтопатологією;
- заповнити медичну картку амбулаторного хворого (ф.0-43).

### III. Зміст теми:

При гострому процесі на рентгенограмі патологічні зміни в періодонті можуть не виявлятися або виявляється розширення періодонтальної щілини. При загостренні хронічного процесу виникають ті зміни, що характерні для гранулюючого, гранульоматозного, рідко фіброзного періодонтитів.

Хронічний періодонтит може бути або наслідком гострого періодонтиту, або з самого початку виникає як повільний безболісний процес. Особливого значення під час діагностики хронічних верхівкових періодонтитів набуває рентгенологічне дослідження, оскільки ці процеси зустрічаються частіше, а клінічна картина їх не завжди виражена або зовсім відсутня.

При апікальному гранулюючому періодонтиті відзначаються зміни у вигляді розширення лінії періодонту біля верхівки зуба в результаті розсмоктування стінок лунки. Виявляється також розрідження кістки з



нерівними контурами. Обриси верхівки кореня можуть бути нерівними за рахунок резорбції цементу й дентину зуба.

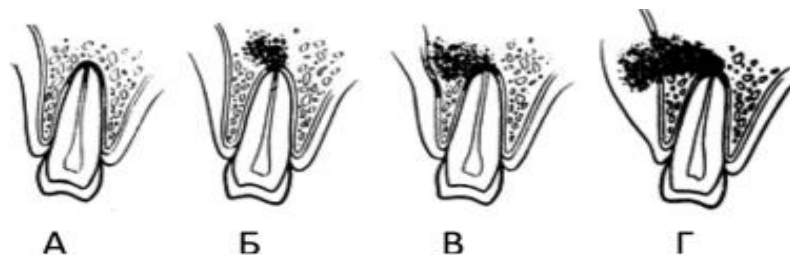
При наявності одонтогенних гранулом у м'яких тканинах деструктивне вогнище біля верхівки кореня завжди має незначні розміри. У хворих на маргінальний гранулюючий періодонтит аналогічні зміни виявляються в маргінальному періодонті, де відбувається резорбція кістки як по горизонталі, так і по вертикалі.

На рентгенограмі при гранулематозному періодонтиті в периапікальній ділянці визначається округле вогнище розрідження кісткової тканини із чіткими рівними межами. При неактивному перебігу гранулематозного періодонтиту вогнище розрідження біля верхівки кореня оточено зоною склерозованої кістки.

На рентгенограмі для фіброзного періодонтиту характерно розширення лінії періодонту, головним чином біля верхівки кореня зуба. Іноді в результаті гіперцементозу виявляється значне стовщення апікальної частини кореня. Кісткова пластинка, що обмежує розширену лінію періодонту, нерідко стовщена, склерозована.

При гострому гнійному періодонтиті рентгенологічна картина за E. Wahpenmachen різниться залежно від фази.

Розрізняють 4 фази, які послідовно розвиваються: А — періодонтальна фаза; Б — ендостальна фаза; В — субперіостальний абсцес; Г — субмукозний абсцес.



А. Періодонтальна фаза — гнійний процес обмежений межами періодонту. Розвивається абсцес. Альвеолярна кістка втягується в реактивне запалення.

Б. Ендостальна фаза — гній проникає в альвеолярну кістку й інфільтрує кістковомозковий простір губчастої речовини.

В. Субперіостальна фаза — гній зосереджується під окістям, утворюється субперіостальний абсцес.

Г. Субмукозна фаза — є результатом руйнування періоста і проникнення гною в м'які тканини. Утворюється субмукозний абсцес.

#### **Рентгенологічні ознаки, які оцінюються при хронічному періодонтиті:**

1. Ширина періодонтальної щілини — розширення, звуження.
2. Зміни кортикальної пластинки — остеопороз, остеосклероз, деструкція, ширина.
3. Стан губчастої речовини — остеопороз, остеосклероз, деструкція.
4. Зміни кореня — резорбція, гіперцементоз.

### Рентгенологічна діагностика періодонтитів

Форма періодонтитів	Гострий серозний періодонтит	Гострий гнійний періодонтит	Хронічний фіброзний періодонтит	Хронічний гранульоматозний періодонтит	Хронічний гранулюючий періодонтит	Загострений хронічний періодонтит
Дані рентгенограми	Змін на Р-грамі немає.	Розширення періодонтальної щілини, завуальованість кісткового малюнка.	Рівномірне розширення періодонтальної щілини.	Наявність вогнища деструкції кісткової тканини в ділянці верхівки кореня з чіткими межами, розміром до 0,5 см.	Наявність вогнища деструкції кісткової тканини в ділянці верхівки кореня з нечіткими контурами у вигляді «язиків полум'я».	Рентгенологічна картина відповідає картині попереднього хронічного періодонтиту.

Існує рентгенологічна класифікація періодонтитів, запропонована С.А. Вайндрухом. Вона враховує активність перебігу патологічного процесу (фази чи стадії) та патоморфологічні зміни (форми) запалення періодонту.

#### Класифікація хронічних верхівкових періодонтитів за С.А. Вайндрухом

Фаза або стадія розвитку процесу	Форми періодонтиту	
	Проліферативні (грануляційні)	Гнійні
Активна (прогресуюча)	А. І. Гранулюючий	Б. І. Абсцедуючий
Стабілізована (відмежована)	А. ІІ. Гранульома	Б. ІІ. Відмежований
Регенеративна (відновлення)	А. ІІІ. Фіброзний	Б. ІІІ. Гнійний у фазі регенерації

На основі клініко-рентгенологічної характеристики хронічних верхівкових періодонтитів і загальноприйнятої в рентгенології оцінки даних рентгенограм (контури осередку – чіткі, нечіткі, склерозовані та інтенсивності тіні — слабка, інтенсивна) С.А. Вайндрух виділив дві форми хронічних верхівкових періодонтитів — проліферативну (грануляційну) та гнійну.

#### **ІV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Яка класифікація періодонтитів є загальноновизнаною?
2. Назвіть клініко-рентгенологічні признаки хронічних форм періодонтитів?
3. Охарактеризуйте рентгенологічну класифікацію хронічних верхівкових періодонтитів С.І. Вайндруха.
4. Назвіть клінічні ознаки гострих форм періодонтитів.
5. Назвіть клінічні ознаки хронічних форм періодонтитів.
6. Назвіть рентгенологічні признаки хронічних форм періодонтитів.
7. Назвіть клініко-рентгенологічні ознаки загостреного хронічного періодонтиту

### V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:

1. Пацієнт М., 47 років, лікується у стоматолога, діагноз: хронічний періодонтит 16. На рентгенограмі в проекції верхівки кореня 16 відмічається деструкція кісткової тканини круглої форми з чіткими рівними краями 7 розміром 0,6 x 0,8 см. В результаті продуктивного хронічного запалення утворюється:

- A. Кіста
- B. Кістогранульома
- C. Гранульома
- D. Одонтома
- E. Остеома

2. Пацієнт О., 43 роки, скаржиться на гострий біль постійного характеру, який посилюється при вживанні їжі, відчуття вирослого зуба на правій верхній щелепі. Об'єктивно: в зубі 15 глибока каріозна порожнина, яка сполучена з порожниною зуба, перкусія різко болісна, слизова оболонка в проекції верхівки кореня гіперемована, пальпації болісна. На рентгенограмі змін не виявлено. Визначити діагноз:

- A. Гострий одонтогенний остеомієліт
- B. Гострий дифузний пульпіт
- C. Загострення хронічного періодонтиту
- D. Гострий серозний періостит
- E. Гострий гнійний періодонтит

3. Пацієнт Р., 35 років, впродовж року скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі верхньої лівої щелепи. В стоматолога не лікувався. Об'єктивно: колір 24 змінений, глибока каріозна порожнина, яка з'єднана з порожниною зуба. Зондування та перкусія безболісні. На рентгенограмі розширення періодонтальної щілини слабкої інтенсивності з чіткими краями. Визначте діагноз:

- A. Хронічний гранулематозний періодонтит
- B. Хронічний гранулюючий періодонтит
- C. Хронічний фіброзний періодонтит
- D. Хронічний гангренозний пульпіт
- E. Хронічний глибокий карієс

4. Пацієнт Т., 35 років, впродовж тижня скаржиться на постійний ниючий біль в зубі верхньої правої щелепи. Біль посилюється під час вживання їжі. В стоматолога не лікувався. Об'єктивно: в зубі 16 каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, перкусія різко болісна. В проекції верхівки кореня слизова набрякла, гіперемована. При глибокому зондуванні з'явилася крапля гною. Який метод дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A. Бактеріологічне дослідження
- B. Цитологічне дослідження
- C. Термопроба
- D. Рентгенологічне дослідження
- E. Гістологічне дослідження

5. Пацієнт М., 27 років, впродовж тижня скаржиться на постійний біль, який посилюється під час вживання їжі. В зубі верхньої правої щелепи каріозна порожнина з'явилася місяць тому. У стоматолога не лікувався. Об'єктивно: в 17 глибока каріозна порожнина, яка з'єднується з порожниною зуба. Під час зондування дна каріозної порожнини біль відсутній, перкусія болісна, на рентгенограмі змін не виявлено. Визначити діагноз:

- A. Гострий гнійний періодонтит
- B. Загострення хронічного пульпіту
- C. Гострий серозний періодонтит
- D. Гострий дифузний пульпіт
- E. Загострення хронічного періодонтиту

6. Пацієнт С., 43 роки, скаржиться на головний біль правої ділянки обличчя та верхньої щелепи. Три дні тому пацієнт зазнав значного переохолодження. Рік тому лікувався у стоматолога з приводу ускладненого карієсу зуба на верхній правій щелепі. Об'єктивно: обличчя симетричне, утруднене дихання через правий носовий хід, відмічаються серозно-гнійні виділення. Пальпація правої підочної ділянки та перехідної складки у проекції 14, 15, 16 болісна, перкусія безболісна. В зубі 16 відмічається дефект пломби. На рентгенограмі визначається зниження пневматизації правої верхньощелепної пазухи, значна інтенсивність тіні поблизу верхівок коренів 16 з нечіткими межами. Визначити діагноз:

- A. Гострий періодонтит 15
- B. Гострий періодонтит 16
- C. Загострення хронічного періодонтиту 16
- D. Хронічний періодонтит 16
- E. Загострення хронічного одонтогенного гаймориту

7. Пацієнт К., 47 років, впродовж трьох днів скаржиться на гострий біль в зубі верхньої лівої щелепи, під час вживання їжі біль різко посилюється. Рік тому відмічає появу каріозної порожнини. В стоматолога не лікувався. Об'єктивно: підщелепні лімфовузли збільшені, безболісні під час пальпації. Перехідна складка в ділянці проекції верхівок коренів 26 зуба гіперемована, пальпація болісна. Вертикальна і горизонтальна перкусія зуба різко болісна, зондування безболісне. На рентгенограмі періодонт без виражених патологічних змін. Визначити діагноз:

- A. Загострення хронічного періодонтиту
- B. Гострий гнійний періодонтит
- C. Гострий дифузний пульпіт
- D. Загострення хронічного пульпіту
- E. Гострий серозний періодонтит

8. Пацієнт Д., 27 років, звернулася до стоматолога з метою санації порожнини рота. Встановлено діагноз: хронічний гранулюючий періодонтит 35. Які рентгенологічні зміни будемо спостерігати в ділянці верхівки кореня ?

- A. Деструкція кісткової тканини з нечіткими контурами
- B. Остеопороз кісткової тканини
- C. Деструкція кісткової тканини з чіткими контурами
- D. Розширення періодонтальної щілини

Е. Контури періодонтальної щілини деформовані

9. Пацієнт С., 45 років, скаржиться на потемніння короноки фронтального зуба на верхній щелепі. Два роки тому під час ремонту автомобіля пацієнт травмував зуб. Об'єктивно: коронка 11 має природну форму, колір змінений до сірого, перкусія безболісна. Слизова оболонка проекції верхівки кореня без змін. На прицільній рентгенограмі в ділянці верхівки кореня округла зона деструкції кісткової тканини розміром 0,5 x 0,4 мм з чіткими межами. Призначити лікування:

- А. Антибіотикотерапія
- В. Електрофорез кореневого каналу
- С. Видалення зуба
- Д. Пломбування кореневого каналу
- Е. Резекція верхівки кореня

10. Хвора В., 52 роки, впродовж тижня скаржиться на ниючий біль та періодичну появу нориці в ділянці зуба нижньої лівої щелепи. Зуб лікований два роки тому з приводу ускладненого карієсу. Об'єктивно: в зубі 35 відмічається дефект пломби, слизова проекції верхівки кореня 35 гіперемована, набрякла, при пальпації виділяється гнійний ексудат, перкусія болісна. На прицільній рентгенограмі в ділянці верхівки кореня деструкція кісткової тканини з нечіткими контурами інтенсивної тіні, кореневий канал не запломбований. Визначте діагноз:

- А. Загострення гранулюючого періодонтиту
- В. Хронічний гранулюючий періодонтит
- С. Гострий гнійний періодонтит
- Д. Радикулярна кіста
- Е. Загострення гранулематозного періодонтиту.

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О.

- Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
  3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
  4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
  5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
  6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
  7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
  8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №57

**ТЕМА: Помилки та ускладнення в діагностиці пульпітів та періодонтитів.**

**I. Актуальність теми:** Необхідність у детальному вивченні періодонтитів обумовлена великою поширеністю карієсу та його ускладнень. Періодонтити є основною причиною гострих одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, які вимагають стаціонарного лікування. Тому знання цієї теми необхідні для встановлення правильного діагнозу, лікування та попередження ускладнень.

**II. Навчальна мета:**

**2.1. Студент повинен знати:**

- помилки, які допускають при діагностиці пульпітів, періодонтитів;
- помилки та ускладнення, які допускають при лікуванні пульпітів, періодонтитів;
- методи профілактики та усунення помилок і ускладнень, які виникають при лікуванні пульпітів та періодонтитів.

**2.2. Вміти:**

- провести обстеження хворого з одонтопатологією;
- провести пальпацію лімфатичних вузлів та перехідної складки в ділянці верхівки кореня;
- визначити симптом вазопарезу, Мармассе, Дюпюїтрена;
- провести електроодонтодіагностику;
- виписати направлення для проведення рентгенологічного дослідження та прочитати рентгенограму;
- провести диференціальну діагностику гострих верхівкових періодонтитів;
- провести диференціальну діагностику хронічних верхівкових періодонтитів;
- провести диференціальну діагностику загостреного хронічного періодонтиту.

**III. Зміст теми:**

### **Діагностичні помилки**

Діагностичні помилки найчастіше виникають при читанні рентгенограм. Рентгенологічна картина при періодонтитах обох щелеп буває найбільш об'єктивна на знімках, що зроблені в ортогональній позиції із напрямком центрального променя через верхівку кореня для апікальних періодонтитів і через верхній край альвеолярного відростка - для маргінальних. Недотримання цього правила в багатьох випадках може ввести в оману, особливо при наявності яких-небудь особливостей лицевого скелету, які можуть імітувати періодонтити.

Помилки інтерпретації рентгенограм ділянки верхньої щелепи, можуть бути пов'язані з проекціями серединного шва, різцевого отвору гайморової пазухи, носових отворів і носової перегородки. Вони можуть нашаровуватися на корені зубів, даючи неправильне уявлення про хронічний періодонтит, деструкцію кістки чи кісту. У ділянці нижньої щелепи тінь нижньощелепного каналу, що у нормі проектується в області кореневих верхівок 34, 35, 44, 45 зубів, яка має круглу або овальну форму і нашаровується на апекси вказаних зубів, створюючи помилкову картину хронічного періодонтиту. У зв'язку з цим, треба

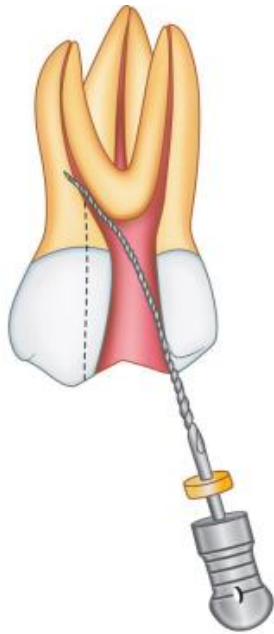
зробити ряд знімків в інших проекціях і зіставити дані рентгенографії з результатами клінічного обстеження. Подібні помилки можуть виникати при крупнокомірковій структурі кістки, коли окрема більш значна за розміром комірка накладається на кореневу верхівку. Аналіз особливостей кісткової структури, що оточує явно інтактні зуби, а також зіставлення з даними клінічного обстеження і електророзбудливістю зубів допоможуть встановити точний діагноз.

**Помилки та ускладнення, що виникають при виконанні етапів лікування**

1. Препарування каріозної порожнини та розкриття порожнини зуба може ускладнитися перфорацією її дна або стінки. Це ускладнення є наслідком поганого знання лікарем топографії порожнини зуба та товщини його твердих тканин у різних частинах, особливо в дітей та пацієнтів похилого віку.
2. Під час лікування періодонтиту в зубах з вузькими та викривленими каналами в разі застосування розширювальних інструментів може трапитися їхнє відломлювання.
3. У разі використання для розширення кореневого каналу машинного дрільбора можлива перфорація стінки кореня.
4. Необережно проведене, без ретельного попереднього знешкодження путридних мас інструментальне оброблення кореневого каналу часто є причиною загострення запального процесу. Це пов'язано з проштовхуванням розпаду за верхівковий отвір чи з ураженням періодонта.
5. Під час оброблення кореневого каналу сильними антисептиками (формалін, антиформін та ін.), вони подразнюють апікальний періодонт.
6. Інколи в процесі лікування хронічного верхівкового періодонтиту виявляється таке ускладнення, як загострення з активацією ексудативних процесів у періодонті.
7. Виведення значної кількості пломбувального матеріалу в періапікальну ділянку може спричинити загострення патологічного процесу — біль під час накушування, самовільний ниючий біль, припухлість м'яких тканин. Ці явища звичайно ліквідуються після призначення УВЧ-, НВЧ-терапії, протизапальних полоскань і анальгетиків усередину.
8. Одним із найважчих, але рідкісних ускладнень є потрапляння пломбувальної маси в нижньощелепний канал під час пломбування каналів нижніх премолярів і молярів.
9. Неповноцінне пломбування кореневого каналу без obturaції верхівкового отвору та розгалужень каналу може призвести до реінфікування періодонта і стати причиною загострення запального процесу в періапікальній ділянці.

Своєчасне рентгенографічне дослідження визначить ступінь заповнення кореневого каналу пломбувальною масою, щільність її прилягання до стінок каналу, особливо в апікальній частині, характер пломбувального матеріалу, прохідність каналів. Після цього видаляють пломбувальну масу із кореневого каналу, останній пломбують знову з obturaцією апікального отвору і рентгенологічним контролем якості проведеного лікування.

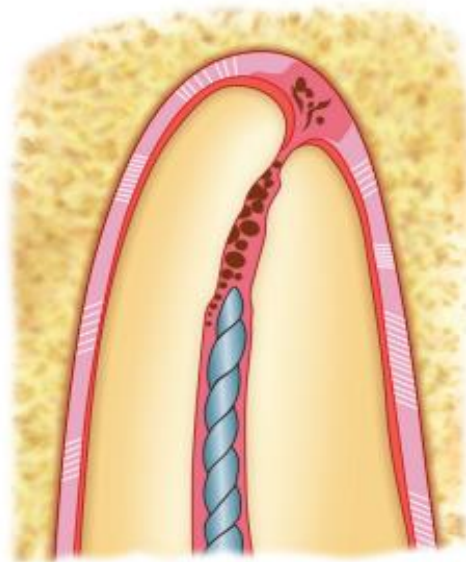




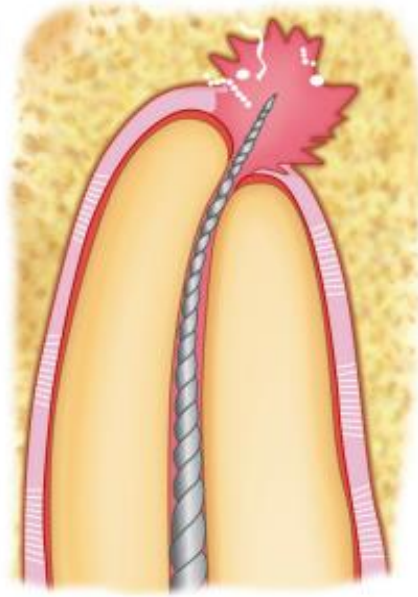
Неправильне відкриття доступу



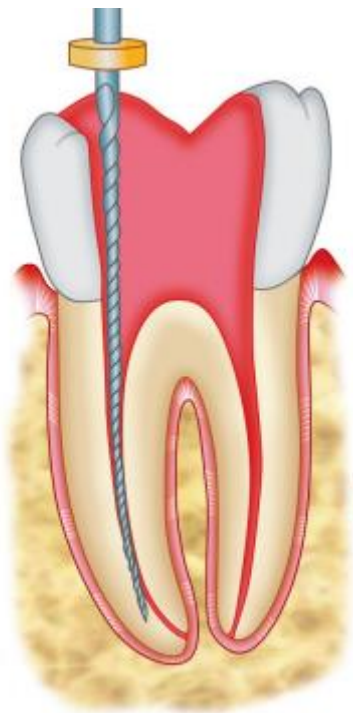
Ятрогенна помилка: перфорація



Неповне очищення каналу. Апікальна 1/3 каналу не оброблена, що призводить до потрапляння мікроорганізмів та їх залишків у кореневу систему.



Надмірне інструментальне проходження каналу, що може спричинити травмування периапікальних тканин, розповсюдження бактерій в периапікальну ділянку.



Формування уступу в кореновому каналі.

#### **Ускладнення, що виникають після лікування періодонтиту**

1. У різні терміни після лікування періодонтиту можливе безсимптомне прогресування патологічного процесу в періодонті, яке може призвести до хронічного остеомієліту, одонтогенних кіст та ін. Найчастіше це ускладнення виникає в пацієнтів зі зниженим імунітетом, індивідуальною реакцією на пломбувальний матеріал або в разі розсмоктування матеріалу.

2. Досить частим ускладненням хронічного періодонтиту є одонтогенний гайморит. Причиною його розвитку можуть бути руйнування губчастої речовини альвеолярного відростка патологічним процесом, інфікування верхньощелепної пазухи, травма її під час інструментального оброблення кореневих каналів 765 | 567 зубів, виведення пломбувального матеріалу в порожнину синуса.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Помилки у діагностиці пульпітів, диференційній діагностиці з іншими захворюваннями та у виборі методу лікування.
2. Помилки та ускладнення при проведенні знеболення під час лікування пульпітів та періодонтитів.
3. Помилки та ускладнення при виконанні біологічного методу лікування пульпітів.
4. Помилки та ускладнення в процесі виконання вітальної ампутації та екстирпації.
5. Засоби для зупинки кровотечі з кореневого каналу.
6. Помилки та ускладнення при виборі та виконанні девітальних методів лікування пульпітів.
7. Ускладнення, що виникають у віддалені терміни після лікування пульпітів.
8. Ускладнення, які виникають внаслідок неповного видалення пульпи чи пугричних мас. Шляхи усунення.
9. Перелічити чинники, які призводять до помилок у діагностиці та диференційній діагностиці періодонтитів.
10. Помилки та ускладнення при виборі методу лікування гострих періодонтитів.
11. Помилки та ускладнення при виборі методу лікування хронічних періодонтитів.
12. Ускладнення, що виникають внаслідок недотримання асептики при лікуванні періодонтитів.
13. Помилки, що виникають внаслідок недостатнього розкриття верхівкового отвору при лікуванні періодонтитів.
14. Ускладнення, що виникають внаслідок некоректного медикаментозного опрацювання кореневих каналів при лікуванні періодонтитів

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Хвора 45-ти років скаржиться на біль від температурних подразників, самовільний біль у 26 зубі. Тиждень тому зуб лікували з приводу пульпіту. Об'єктивно: 26 зуб під пломбою, перкусія чутлива, реакція на температурний подразник – біль, який повільно підсилюється, тривалий. На рентгенограмі – піднебінний канал запломбовано на 2/3, в щічних каналах матеріал не прослідковується. Що із перерахованого є імовірною причиною даного ускладнення:

- A. Неповна екстирпація пульпи
- B. Неадекватне пломбування каналів
- C. Розвиток інфекції
- D. Розвиток запалення в періодонті
- E. Травма тканини періодонта.

2. Жінка 50 років звернулася зі скаргами на застрягання їжі в 45 зубі. Об'єктивно: на дистально-жувальній поверхні 45 зуба наявна глибока каріозна порожнина, заповнена щільним пігментованим дентином, яка не сполучається з порожниною зуба. Був встановлений діагноз: хронічний глибокий карієс. На основі якого дослідження лікарем був виключений діагноз хронічний періодонтит?

- A. Зондування
- B. Пальпація проекції верхівки кореня
- C. Перкусії
- D. Електрооднотометрії
- E. Холодової проби

4. Пацієнт скаржиться на біль в 15 зубі, що посилюється при накушуванні. Із анамнезу: хворий лікувався з приводу пульпіту 15 зуба, було накладено девіталізуючу пасту, на повторний прийом хворий не з'явився. Об'єктивно: каріозна порожнина в 15 зубі закрита пов'язкою із дентину. Реакція на перкусію болюча. Слизова оболонка в проекції верхівки кореня 15 зуба гіперемійована, набрякла, болюча при пальпації. Встановіть діагноз:

- A. Гострий інфекційний періодонтит
- B. Гострий токсичний періодонтит
- C. Пульпіт, ускладнений фокальним періодонтитом
- D. Загострення хронічного періодонтиту
- E. Гострий гнійний пульпіт.

5. Хворий М., 25 р., звернувся до лікаря з метою планового огляду. Скарг немає. При огляді виявлено, що 16 лікований, змінений в кольорі, на яснах у ділянці зуба визначено норіцю. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний простий пульпіт 16.
- B. Хронічний гангренозний пульпіт 16.
- C. Хронічний фіброзний періодонтит 16.
- D. Хронічний гранулюючий періодонтит 16.
- E. Хронічний гранулематозний періодонтит 16.

6. Чоловік, 30 р., скаржиться на наявність каріозної порожнини. Об'єктивно: колір 27 змінений, глибока каріозна порожнина, сполучена з порожниною зуба. Зондування і перкусія безболісні. ЕОД 100 мкА. На рентгенограмі 27: розширення періодонтальної щілини. Яким є найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний глибокий карієс 27.
- B. Хронічний гангренозний пульпіт 27.
- C. Хронічний фіброзний періодонтит 27.
- D. Хронічний гранулюючий періодонтит 27.
- E. Хронічний гранулематозний періодонтит 27.

7. Дівчина 16 р., скаржиться на ниючий біль в зубі, що посилюється при накушуванні на зуб. Місяць тому зуб лікувався з приводу пульпіту. Об'єктивно: в 36 пломба, перкусія різко болісна, слизова оболонка в ділянці 36 гіперемійована, набрякла. На рентгенограмі змін немає. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний кореневий пульпіт 36.
- B. Загострення хронічного пульпіту 36.

- С. Гострий серозний періодонтит 36.  
 D. Загострення хронічного періодонтиту 36  
 E. Хронічний фіброзний періодонтит 36.
8. Хворий С., 43 років, скаржиться на попадання їжі в зуб. Місяць тому спостерігав біля зуба норицю. В 46 зубі коронка сіруватого кольору, глибока каріозна порожнина. Зондування в устях кореневих каналів безболісне. Перкусія чутлива. ЕОД 100 мкА. Дані якого розділу дослідження допомогли лікарю встановити діагноз?  
 A. Бактеріологічне дослідження.  
 B. Люмінесцентне дослідження.  
 C. Рентгенологічне дослідження.  
 D. Термопробу.  
 E. ЕОД
9. Хворий М., 27 років, скаржиться на постійний інтенсивний пульсуючий біль в ділянці 36 зуба. Об'єктивно: слизова оболонка навколо 36 гіперемійована, набрякла, пальпація перехідної складки в проекції верхівки кореня болісна. Пломба в зубі збережена, перкусія різко болісна. Який попередній діагноз?  
 A. Гострий загальний пульпіт 36.  
 B. Гострий гнійний пульпіт 36.  
 C. Гострий гнійний періодонтит 36.  
 D. Гострий серозний періодонтит 36.  
 E. Загострення хронічного періодонтиту 36
10. Жінка, 39 р., при зверненні в клініку скаржиться на випадання пломби з 22. Пломба випала два дні тому, хоча протягом останнього місяця зміщалась при змиканні зубів. Об'єктивно: на медіальній поверхні 22 глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба; дентин дна і стінок щільний, пігментований. Зондування, реакція на холод, перкусія безболісні. Ясна в області 22 без змін. Між якими захворюваннями треба провести диференційну діагностику в даному випадку?  
 A. Хронічний глибокий карієс.  
 B. Хронічний гангренозний пульпіт 22.  
 C. Хронічний фіброзний періодонтит 22.  
 D. Хронічний гранулюючий періодонтит 22.  
 E. Хронічний гранулематозний періодонтит 22.

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.

3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### **Додаткова:**

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №58

### ТЕМА: Сучасні технології лікування пульпітів.

**I. Актуальність теми:** Успіх лікування та завершення запального процесу в пульпі залежать від загального стану організму, віку хворого, локалізації та розвитку каріозного процесу, вірулентності мікроорганізмів каріозної порожнини, шляхів проникнення інфекції в пульпу, характеру перебігу, тривалості та форми запалення, топографоанатомічних особливостей порожнини зуба і корневих каналів, стану періодонта тощо. Усе це необхідно враховувати під час вибору методу лікування пульпіту.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- принципи лікування різних форм пульпітів;
- сучасний інструментарій для обробки корневих каналів;
- сучасні технології інструментальної обробки корневих каналів;
- медикаментозні засоби для лікування пульпітів, методи їх застосування;
- методи і засоби для obturaції корневих каналів.

##### 2.2. Вміти:

- вибрати адекватний метод лікування пульпіту в залежності від клінічної ситуації;
- проводити терапевтичні маніпуляції;
- обґрунтувати заходи щодо запобігання можливих ускладнень;
- надавати допомогу при виникненні ускладнень і допущенні помилок в процесі лікування.

#### III. Зміст теми:

##### Методи лікування пульпітів:

- консервативний (біологічний): пряме покриття, непряме покриття;
- часткове збереження пульпи: пульпотомія;
- повне видалення пульпи: пульпектомія.

**Біологічний метод** дозволяє ліквідувати запалення пульпи, стимулюючи дентиноутворення, зберегти бар'єр від проникнення мікроорганізмів у тканини періодонту, зберенти зуб інтактним.

**Показання** до застосування методу: гіперемія пульпи; гострий обмежений пульпіт; гострий травматичний пульпіт без ураженням пульпи.

**Відносні показання:** при незакінченому формуванні коренів зубів у дітей і підлітків.

##### Протипоказання до використання методу:

- вік старший за 30-35 р.;
- загальні соматичні захворювання (гіпертонічна хвороба, атеросклероз, цукровий діабет тощо) при зниженому імунітеті;
- наявність гострих респіраторних захворювань; висока інтенсивність каріозного процесу (КПВ 7 і вище);
- локалізація каріозної порожнини у пришийковій ділянці; хронічні захворювання СОПР; хронічні захворювання пародонту; вагітність;
- зниження електростимуляції пульпи до 25-30 мкА і більше;
- необхідність покриття зуба штучною коронкою або його використання під

опору мостоподібного протезу; якщо з моменту виникнення болю минуло більше 48 годин;

- несприятлива попередня дія на пульпу (самолікування);
- наявність алергічної реакції на лікарські засоби, що необхідно застосовувати в процесі використання біологічного методу;
- поганий гігієнічний стан ротової порожнини.

**Непряме покриття пульпи.** Двохетапне поступове лікування карієсу, або цілеспрямоване покриття навколопульпарного дентину після повного видалення каріозного дентину із порожнини зуба при глибокому карієсі. При глибокому карієсі можна проводити повну, покрокову або часткову ексавацію дентину.

Покровову ексавацію дентину виконують за два відвідування, на першому відвідуванні дентин, ближчий до пульпи зуба, не видаляють, а покривають прокладкою з гідроокисом кальцію і тимчасовою пломбою на 2-3 місяці. За сприятливого перебігу пульпа реагує продукуванням третинного дентину, і на наступному відвідуванні виконують повну ексавацію дентину, що завершується постійним пломбуванням.

**Пряме покриття пульпи** – передбачає нанесення лікарських засобів на відкриту поверхню пульпи. Під час прямого покриття пульпи і пульпотомії кровотеча має бути зупинена за 3-5 хв у тимчасових зубах і за 5 хв – у постійних, тобто ці методи лікування залежать від гемостазу: пульпа, яка сильно кровить, вважається запаленою, і її видаляють. Vjørndal та ін. виділяють два класи прямого покриття пульпи.

Перший клас проводиться при випадковому розкритті пульпи не більше 1 мм і клінічно здоровій пульпі, другий клас – при зворотному пульпіті. Протокол для першого класу передбачає гемостаз фізіологічним розчином і накладання МТА, для другого класу – гемостаз 5,25% гіпохлоритом натрію й аплікацію цементу типу МТА під контролем ендодонтичного мікроскопа.

Для біологічного лікування застосовують комплекс лікувальних речовин з такими фармакологічними властивостями, як:

- протимікробна,
- протизапальна,
- стимулююча біологічні процеси (обмін речовин, трофіку, пластичні та захисні): антибіотики, сульфаніламід, похідні оксихіноліну, нітрофурані; протизапальні речовини стероїдного та не стероїдного походження; препарати на основі оксиду кальцію, препарати глюкозаміногліканів, похідні піримідинових основ, нуклеїнат натрію, вітаміни (А, D, E), анаболізатори та ін.

В останні роки для біологічного методу використовують препарати на основі гідроокису кальцію: Calcimol, Calcimol LC, Calcicur (VOCO), Calcium Hydroxide (Degussa), Alkaliner MiniTip (ESPE 3M), Septocalcine Ultra, Septocal LC (Septodont), Life (Kerr), Dycal (Dentsply), Ultra-blend (Ultra-dent), Lica (Dentamerica).

Показником успішного лікування біологічним методом є:

- нормалізація реакції зуба на електрострум,
- температурні подразники,
- відсутність болю – в найближчі терміни.



ЕОД проводиться через 1, 6, 12 місяців. За цей термін показники ЕОД повинні відновитись до 2-12 мкА. При підозрі на загибель пульпи зуб підлягає ендодонтичному лікуванню.

У віддалених термінах (1-1,5 роки) ефективність лікування пульпіту біологічним методом оцінюється за такими критеріями:

- відсутність болю;
- нормалізація електрозбудливості;
- спокійна реакція періодонту;
- відсутність на рентгенограмі змін у периапікальній ділянці;
- збереження якості пломби.

#### **Вітальний ампутаційний метод**

Даний метод використовують при:

- будь-якій локалізації каріозної порожнини;
- гострому дифузному пульпіті, якщо реакція з боку періодонту слабо виражена;
- хронічному фіброзному пульпіті;
- хронічному гіпертрофічному пульпіті;
- ЕОД до 40 мкА;
- наявності хронічного захворювання слизової оболонки порожнини рота;
- гострому та хронічному пульпіті тимчасових зубів у період резорбції коренів і постійних зубів із несформованими коренями;
- неефективності біологічного методу лікування пульпіту.

**Протипоказання** - пульпотомію не рекомендується здійснювати в однокоренових зубах, бо у них немає чіткого розмежування між коронковою і кореневою пульпою.

Метод базується на здатності кореневої пульпи до пластичних і репаративних процесів. Він передбачає вилучення запальної коронкової і устевої пульпи і збереження кореневої пульпи, для якої створюються необхідні умови для відновлення нормальної життєдіяльності.

**Вітальна екстирпація, або вітальна пульпектомія** – повне вилучення пульпи під анестезією. Цей метод лікування при правильному виконанні дає найменший відсоток ускладнень.

Переваги вітальної екстирпації:

- відсутність токсичної дії на тканини періодонту препаратів миш'яку;
- лікування здійснюється в один сеанс.

Недоліки методу:

- ризик ускладнень при проведенні анестезії (непереносимість анестетика, дія вазоконстриктора, внутрішньосудинне введення та ін.);
- кровотеча із каналу, яка може виникнути при відриві судинно-нервового пучка від тканин періодонту;
- відсутність реакцій пацієнта під час ендодонтичних маніпуляцій;
- виникнення болю при накушуванні в результаті утворення гематоми; в периапікальній ділянці або виведення пломбувального матеріалу за верхівку кореня;
- розвиток залишкового кореневого пульпіту, бо пульпа вилучається лише із макроканалу, а в мікроканалах вона може залишатися живою.

**Покази до вітальної екстирпації:**

- всі тотальні форми пульпітів: гострий дифузний, гострий гнійний, гострий травматичний із пораненням пульпи, хронічний фіброзний (пізня форма), хронічний гангренозний, хронічний гіпертрофічний, хронічний конкрементозний;
- ретроградний пульпіт, пульпіт, ускладнений фокальним періодонтитом, загострення хронічного пульпіту;
- пульпіт, ускладнений періодонтитом, лімфаденітом;
- пульпіти, що лікувались біологічними методами, але виникло ускладнення;
- у випадках, коли діагноз дозволяє застосовувати біологічні методи лікування, але є інші протипоказання, тобто пульпіт будь-якої форми за наявності соматичних захворювань;
- при локалізації каріозної порожнини в пришийковій ділянці або в цементі кореня зуба;
- інтактні зуби, які необхідно депульпувати за ортопедичними чи ортодонтичними показаннями;
- при лікуванні зубів, які будуть опорними під мостоподібні протези;
- генералізований пародонтит II і III ступенів важкості, особливо перед хірургічним втручанням.

**Протипокази до методу вітальної екстирпації:**

- непереносимість анестетиків;
- важкий соматичний стан хворого, похилий вік;
- у хворих із порушеною психікою;
- в останні та в перші (якщо є загроза викидня) тижні вагітності;
- у хворих із вірусними і бактеріальними інфекціями СОПР і носоглотки;
- тимчасові та постійні зуби у дітей із незавершеним формуванням коренів;
- анатомічні особливості коренів (викривлення, загин) деяких груп зубів.

**IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Клініко-анатомічні особливості будови порожнини зубів різних груп.
2. Клінічні прояви різних форм пульпіту.
3. Показання до застосування методу вітальної ампутації пульпи.
4. Будова, класифікація та застосування лікувальних паст та тимчасових пломбувальних матеріалів.
5. Техніка ампутації коронкової пульпи
6. Техніка накладання лікувальних прокладок.
7. Назвіть принципи лікування гострих пульпітів.
8. Назвіть принципи лікування хронічних пульпітів.
9. Опишіть лікування пульпітів хірургічним методом.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Виберіть анестетик, який доцільно використовувати при лікуванні пульпіту у вагітної жінки?
  - A. Септонест
  - B. Артифрин
  - C. Убістезин
  - D. Лідокаїн

Е. Мепівастезин

2. В яких випадках використовується біологічний метод лікування пульпіту?

А. Для всіх пацієнтів

В. Тільки у людей після 30 років

С. У пацієнтів із захворюваннями ШКТ

Д. У молодих людей без супутньої патології

Е. У дітей до 14 років

3. Виберіть та вкажіть, якими із вказаних розчинів можливо зупинити кровотечу із кореневого каналу при лікуванні пульпіту вітальним методом:

А. Унітіол

В. Капрамін

С. Хлорамін

Д. Резорцин

Е. Гідроперит

4. Які інструменти не можна повертати в кореновому каналі?

А. К-файли

В. Pro-файли

С. H-файли

Д. К-рімери

Е. Гейтс-глідени

5. Яким чином можна запобігти ускладнення у вигляді залишкового пульпіту при лікуванні вітальним методом?

А. Визначення довжини каналу за допомогою апекс-локатора

В. Визначення довжини каналу рентгенологічним методом

С. Проведення діатермокоагуляції на робочій довжині каналу

Д. Медикаментозна обробка каналу 5,25% розчином гіпохлориту натрію

Е. Медикаментозна обробка каналу 0,06% розчином хлоргексидину

6. Пацієнту, 20 років, з діагнозом: гострий травматичний пульпіт 36 зуба, було проведено лікування методом вітальної ампутації. В чому суть методу вітальної ампутації?

А. Збереження пульпи зуба

В. Видалення пульпи повністю під анестезію

С. Видалення частини пульпи після її попередньої девіталізації

Д. Видалення пульпи під анестезією у добре прохідних кореневих каналах

Е. Видалення коронкової пульпи під анестезією, накладання лікувальної пасти на кореневу пульпу, пломбування

7. Хворому 46 р., після обстеження встановлено діагноз: хронічний конкрементозний пульпіт 27 зуба. На рентгенограмі виявлено, що конкремент знаходиться в коронковій частині порожнини зуба, займає близько 1/4 її об'єму. Виберіть адекватний метод лікування:

А. Біологічний метод

В. Вітальна ампутація пульпи

С. Вітальна екстирпація пульпи

Д. Девітальна ампутація пульпи

Е. Девітальна екстирпація пульпи

8. Хворий 72 р., в анамнезі гіпертонічна хвороба, 2 тижні тому переніс гіпертонічний криз. Стоматологом встановлений діагноз: хронічний фіброзний пульпіт 35 зуба. Який метод лікування пульпіту доцільно обрати у даному випадку?

- A. Девітальна екстирпація пульпи
- B. Біологічний метод
- C. Вітальна ампутація пульпи
- D. Девітальна ампутація пульпи
- E. Вітальна екстирпація пульпи

9. Хворому Б., 43 років, встановлено діагноз: гострий дифузний пульпіт 15 зуба, ускладнений гострим фокальним періодонтитом. Який із методів лікування повинен обрати лікар?

- A. Біологічний метод
- B. Вітальна екстирпація пульпи
- C. Вітальна ампутація пульпи
- D. Девітальна ампутація пульпи
- E. Девітальна екстирпація пульпи

10. Хворий С., 24 р., скаржиться на ниючий біль в 11 зубі, який посилюється при накушуванні на зуб. Два дні тому зуб був запломбований з приводу пульпіту. На температурні подразники зуб не реагує, вертикальна перкусія болісна. На рентгенограмі: пломбувальний матеріал виведений на 1 мм за верхівку кореня 11 зуба. Яке ускладнення виникло після лікування пульпіту?

- A. Гострий гнійний періодонтит
- B. Загострення хронічного періодонтиту
- C. Гострий локалізований пародонтит
- D. Гострий токсичний періодонтит
- E. Гострий травматичний періодонтит

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу:

- навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
  3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
  4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
  5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
  6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
  7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
  8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №59

### ТЕМА: Сучасні технології лікування періодонтитів. Фізичні фактори в лікуванні ускладненого карієса.

**I. Актуальність теми:** Високий ступінь поширеності ускладнень карієсу зубів (пульпіту та періодонтиту) обумовлює потребу їх якісного лікування. Вирішення завдання збереження зуба як повноцінно функціонуючого органу та профілактики одонтогенної інфекції стало можливим завдяки можливості ендодонтичного лікування. Вибір раціонального методу лікування залежить від клінічного перебігу та особливостей ураження періодонту.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- принципи лікування різних форм періодонтитів;
- сучасний інструментарій для обробки кореневих каналів;
- сучасні технології інструментальної обробки кореневих каналів;
- медикаментозні засоби для лікування верхівкових періодонтитів, методи їх застосування;
- методи і засоби для obturaції кореневих каналів;
- показання до застосування фізіотерапевтичних методів в комплексному лікуванні верхівкових періодонтитів;
- можливі помилки та ускладнення в діагностиці та лікуванні періодонтитів.

##### 2.2. Вміти:

- вибрати адекватний метод лікування пульпіту в залежності від клінічної ситуації;
- проводити терапевтичні маніпуляції;
- обґрунтувати заходи щодо запобігання можливих ускладнень;
- надавати допомогу при виникненні ускладнень і допущенні помилок в процесі лікування;

#### III. Зміст теми:

Наявні методи лікування періодонтиту досить умовно можна поділити на 4 групи:

- 1) **консервативний** — спрямований на збереження анатомічної та функціональної цінності хворого зуба;
- 2) **консервативно-хірургічний** — спрямований на збереження основних функцій зуба. Передбачає видалення частини кореня або навколокореневих тканин, зруйнованих патологічним процесом, які не підлягають лікуванню;
- 3) **хірургічний** — видалення хворого зуба та патологічно зміненої альвеолярної кістки;
- 4) **фізичний**.

**Завдання консервативного методу:** усунення вогнища інфікування періодонту (патологічно змінених тканин пульпи, дентину, мікрофлори кореневого каналу та мікроканалців) шляхом ретельного інструментального, медикаментозного оброблення кореневих каналів та їх obturaції, що створює умови для регенерації тканин періодонта і периапікальної ділянки.

Лікування гострого серозного верхівкового періодонтиту проводиться в залежності від фази запалення (стадії інтоксикації або вираженого ексудативного процесу) у 2-3 відвідування.

Лікування гострого серозного періодонтиту в стадії ексудації передбачає в перше відвідування проведення знеболювання, препарування каріозної порожнини і порожнини зуба, розширення усть корневих каналів, поетапне видалення путридного розпаду, проведення медикаментозної обробки корневих каналів.

Однак, для того, щоб зняти біль і запобігти подальшому поширенню запального процесу на інші відділи щелепно-лицьової області, зуб необхідно на кілька днів (3-5) залишити відкритим для створення відтоку ексудату через кореневий канал. Для цього важливо розширити верхівковий отвір кореня зуба. Критерієм контролю відкриття верхівкового отвору є поява ексудату в просвіті кореневого каналу або його сліди на ватяній турунді.

В друге відвідування проводять:

- збір анамнезу (чи болів зуб, чи виникали болі при пережовуванні їжі);
- оцінюють об'єктивний статус: стан слизової оболонки в ділянці хворого зуба, лімфатичних вузлів, дані перкусії, наявність або відсутність ексудату в кореновому каналі.

При відсутності скарг і задовільному місцевому стані проводять:

1. Евакуацію путридних мас.
2. Розширення кореневого каналу ендодонтичним інструментарієм.
3. У кореновому каналі залишають ватну турунду з антисептиком, антибіотиком, ферментом, гормональним, сульфаніламідним препаратом або їх сполученням на 24-48 годин під герметичною пов'язкою.

У третє відвідування при відсутності болючих відчуттів і задовільному місцевому стані проводять:

1. Видалення герметичної пов'язки.
2. Антисептичну обробку кореневого каналу.
3. Пломбування кореневого каналу до верхівкового отвору.
4. Контрольну рентгенограму.
5. Накладення постійної пломби.

### **Лікування гострого гнійного верхівкового періодонтиту**

У перше відвідування задача терапевтичного втручання зводиться до усунення болючих відчуттів, створенню відтоку ексудату і припиненню подальшого розвитку запального процесу. Це досягається:

1. Попереднім рентгенологічним обстеженням.
2. Знеболюванням з використанням вискоєфективних анестетиків (2-4% розчин ультракаїну, 4% розчин альфакаїну, 4% розчин септонеста й ін.).
3. Препаруванням каріозної порожнини і порожнини зуба з застосуванням турбінних наконечників і гострих борів (алмазних, твердосплавних) і фіксації хворого зуба великим і вказівним пальцем лівої руки. Іноді після перфорації порожнини зуба в ній з'являється гнійний або геморагічний ексудат.
4. Розширенням устя корневих каналів.
5. Визначенням робочої довжини каналу.

Після евакуації гнильних мас часто відзначається вихід гнійного ексудату. При відсутності ексудату приступають до розкриття верхівкового отвору. Цю операцію роблять обережно К-римерами.

При наявності підокістного або під'ясеневого абсцесу евакуація гною через кореневий канал недостатня. Щоб забезпечити відтік гнійного ексудату роблять розкриття абсцесу. Під інфільтраційною анестезією 2-4% розчину альфакаїну, ультракаїну проводять розтин слизової оболонки з обов'язковим розтинком окістя по перехідній складці не менш ніж на 2 см. Для запобігання злипанню країв рани в ділянці розтину залишають дренажну смужку. Можна проводити розтин і при абсцесах, що дозрівають, для зменшення тиску в м'яких тканинах, створення відтоку застійної крові і надалі поліпшенню виходу ексудату через розріз.

**Лікування травматичного періодонтиту.** Гострий періодонтит, що виникає внаслідок помилок й ускладнень лікування пульпіту, утворення гематоми в разі екстирпації пульпи, виведення силерів за верхівку кореня, перфорації кореня тощо, лікують переважно за допомогою фізичних методів: електрофорезу 1 % розчину калію йодиду, 10 % розчину кальцію хлориду, УВЧ, лазеротерапії.

Якщо після проведення 5 — 6 сеансів лікування біль не зменшується, а навіть наростає, необхідно розпломбувати кореневий канал і провести лікування зуба за методикою лікування гострого інфекційного періодонтиту.

**Головні завдання лікування хронічного періодонтиту** — ліквідація вогнища інфікування періодонта й подальша дія на мікрофлору корневих каналів та їх розгалужень, ліквідація впливу токсинів і біогенних амінів — продуктів розпаду тканинних білків; ліквідація або зменшення запалення в періодонті; забезпечення умов для регенерації всіх компонентів періодонта; десенсибілізація організму хворого.

Хронічний періодонтит лікують як за одне, так і за кілька відвідувань, але незалежно від їх кількості лікування складається з низки етапів. Тільки в разі сумлінного виконання кожного етапу можна досягти успіху при лікуванні цієї складної патології зубів.

### **Фізіотерапевтичні методи лікування періодонтиту**

*Ультразвукова трансканальна обробка* — ендоканальний ультрафонофорез УЗ володіє вираженим бактерицидним ефектом. Дія УЗ на біологічний об'єкт проходить через акустичне середовище (розчини антисептиків, антибіотиків, ферментів та ін.). Ефективність дії залежить від їх фізикохімічних властивостей. Для ендодонтичної обробки каналів спільно з УЗ використовують розчин гіпохлориту натрію. Також УЗ активізує ріжучу здатність файлів за рахунок просторового згладжування стінок каналу.

*Поле УВЧ:*

- при серозному періодонтиті, коли ще немає показань для створення відтоку;
- при гострих гнійних та загострених хронічних періодонтитах при наявності відтоку ексудату сприяє прискоренню перебігу запального процесу і обмеженню вогнища, відторгненню некротичних мас і розсмоктуванню інфільтрату.

*Вакуумна терапія :*



- при гострих гнійних та загострених хронічних періодонтитах. Дренування вмісту кореневого каналу та ексудату з навколо верхівкового вогнища, стимулює репаративні процеси в тканинах періодонту

*Трансканальна анод гальванізація :*

- при гострих та загострених хронічних періодонтитах. З метою зменшення запальних явищ, дегідратації і зменшення набряку тканин.

*Електрофорез:*

— р-ну йоду, йодиду калію (з катоду), р-ну трипсину трансканально. Дозволяє вводити фармакологічні препарати безпосередньо в періапікальні тканини, в тому числі при непрохідних корневих каналах. Застосовується після ліквідації гострих явищ. При деструктивних формах періодонтиту, нормалізує мікроциркуляцію і трофіку в періапікальних тканинах, стимулює репаративні процеси. При гострому та загостреному хронічному періодонтиті для розрідження і поліпшення відтоку ексудату, стимулює місцеву фагоцитарну реакцію.

*Діатермокоагуляція*

- при хронічному гранулюючому та грануломатозному, загостреному періодонтитах, кістах, кістогрануломах. Для зменшення небезпеки проштовхування вмісту каналу за верхівку, пригнічення мікрофлори в каналах, стимуляції репаративних процесів в періодонті. Знеболююча і гемокоагулююча дія:

- гострі періодонтити, біль після пломбування, що зумовлений виходом пломбувального матеріалу за верхівку кореня. Знижуючи чутливість нервових закінчень, діють беззаспокійливо.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Назвіть протипоказання до консервативного лікування періодонтитів.
2. Назвіть принципи лікування гострих періодонтитів.
3. Назвіть принципи лікування хронічних періодонтитів.
4. Назвіть принципи лікування загостреного хронічного періодонтиту.
5. Назвіть принципи лікування періодонтитів медикаментозного походження.
6. Назвіть лікарські засоби для медикаментозної обробки корневих каналів.
7. Які види матеріалів для пломбування корневих каналів?
8. Які вимоги до матеріалів для пломбування корневих каналів.
9. Назвіть методи обтурації корневих каналів.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Хворий скаржиться на постійний ниючий біль, відчуття “вирослого зуба”, що турбують протягом 3 днів. Об'єктивно: на жувальній поверхні 26 зуба є каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Вертикальна і горизонтальна перкусія різко болісні. Зуб рухомий - II ст. Слизова оболонка в області проекції верхівки кореня гіперемована, пальпація болісна. Назвіть найбільш раціональний шлях відтоку ексудату.

- A. Через лунку видаленого зуба
- B. Через розріз по перехідній складці
- C. Через кореневі канали
- D. Через періодонтальну щілину

Е. Через розріз циркулярної зв'язки

2. Чоловік, скаржився на постійний пульсуючий біль в області зубів верхньої щелепи справа, що різко посилюється при змиканні зубів. Вперше постійний ниючий біль з'явився в 45 зубі три дні тому. Об'єктивно: в 45 глибока каріозна порожнина, не з'єднана з порожниною зуба. Зондування та реакція на холододовий подразник безболісні, реакція на перкусію різко болюча. На рентгенограмі періодонтальна щілина різко розширена в області верхівки кореня. Слизова оболонка в ділянці 45 гіперемована, набрякла. Яка першочергова мета терапії?

- А. Проведення активної заапикальної терапії
- В. Створення умов для відтоку ексудату
- С. Стимуляція репаративних процесів у періодонті
- Д. Відновлення анатомічної форми зуба
- Е. Ліквідація косметичного дефекту

3. Хворий 38 р. скаржиться на зміну кольору коронки 23 зуба. З анамнезу виявлено, що кореневий канал цього зуба пломбували. Об'єктивно: коронка 23 зуба рожевого кольору. Який пломбувальний матеріал міг викликати подібну зміну кольору?

- А. Евгедент
- В. Ендометазон
- С. Форедент
- Д. Апексід.
- Е. Фосфат-цемент.

4. Студентка Н., 25 років, скаржиться на наявність каріозної порожнини у 22 зубі. Раніше зуб був лікований з приводу пульпіту, пломба випала місяць тому. Об'єктивно: Коронка 22 зуба забарвлена у рожевий колір. На піднебінно-медіальній поверхні 22 зуба є каріозна порожнина, частково заповнена пломбою. Устя кореневого каналу закрито пломбувальним матеріалом. На рентгенограмі у ділянці верхівки кореня 22 зуба виявлене вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми з чіткими межами, діаметром 0,3 мм. Кореневий канал на 2/3 заповнений пломбувальним матеріалом. Встановіть діагноз:

- А. Гострий інфекційний періодонтит
- В. Хронічний гранулюючий періодонтит
- С. Пульпіт, ускладнений фокальним періодонтитом
- Д. Загострення хронічного періодонтиту
- Е. Хронічний гранулематозний періодонтит

5. Хвора А., 20-ти років, звернулася із скаргами на потемніння коронок 11-го і 21-го зубів. Близько року тому хвора отримала спортивну травму. Об'єктивно: коронки 11-го і 21-го зубів темно-сірого кольору, інтактні, при перкусії безболісні. Слизова порожнини рота не змінена. На рентгенограмі в ділянці верхівок коренів виявляється вогнище деструкції кісткової тканини, округлої форми розміром 0,5 мм в діаметрі з чіткими межами. Поставте діагноз:

- А. Гострий інфекційний періодонтит
- В. Хронічний гранулюючий періодонтит
- С. Пульпіт, ускладнений фокальним періодонтитом
- Д. Загострення хронічного періодонтиту

Е. Хронічний гранулематозний періодонтит

6. Хворий С., 24 років, скаржиться на ниючий біль в 11 зубі, який посилюється при накушуванні на зуб. Два дні тому зуб був запломбований з приводу пульпіту. На температурні подразники зуб не реагує, вертикальна перкусія болісна. На рентгенограмі пломбувальний матеріал виведений на 1 мм за верхівку кореня 11 зуба. Яке ускладнення виникло після лікування пульпіту?

- А. Гострий інфекційний періодонтит
- В. Гострий токсичний періодонтит
- С. Пульпіт, ускладнений фокальним періодонтитом
- Д. Загострення хронічного періодонтиту
- Е. Гострий гнійний пульпіт.

7. Хворий, 43 років, страждає на ревматоїдний поліартрит. Звернувся до стоматолога зі скаргами на біль у 36 зубі. Під час рентгенологічного обстеження виявлено: в ділянці верхівки медіального кореня деструкція кісткової тканини діаметром 5 мм із чіткими контурами, в каналі — уламок ендодонтичного інструменту, дистальний канал запломбований до верхівки.. Який метод лікування доцільно застосувати в даному випадку?

- А. Повторне ендодонтичне лікування із вилученням інструменту
- В. Проведення активної заапикальної терапії
- С. Створення умов для відтоку ексудату
- Д. Стимуляція репаративних процесів у періодонті

8. У хворої 45 років під час рентгенографічного обстеження з приводу протезування відсутніх 25, 24 зубів у ділянці верхівки кореня 23 зуба виявлене округле вогнище деструкції кісткової тканини невеликих розмірів з чіткими контурами. Кореневий канал запломбований на 2/3, тінь від пломбувального матеріалу нечітка. Об'єктивно: на піднебінно-дистальній поверхні 23 зуба є постійна пломба без дефектів. Перкусія 23 зуба безболісна, слизова оболонка в ділянці цього зуба без па час лікування лікар ненавмисно перфорував дно порожнини зуба. Яка причина помилки?

- А. Гострий інфекційний періодонтит
- В. Хронічний гранулюючий періодонтит
- С. Пульпіт, ускладнений фокальним періодонтитом
- Д. Загострення хронічного періодонтиту
- Е. Хронічний гранулематозний періодонтит

9. Хвора 45 років, звернулась до стоматолога зі скаргами на появу нориці на яснах біля зуба на верхній щелепі справа, а також на наявність каріозної порожнини в зубі. Зуб неодноразово лікувався, іноді болів. Об'єктивно: 15 зуб сіруватого кольору, має глибоку каріозну порожнину, яка сполучається з порожниною зуба, зондування безболісне, перкусія зуба чутлива, ясна гіперемовані з синюшним відтінком, у ділянці проекції верхівки кореня — нориця, пальпація ясен слабо болісна. Поставте попередній діагноз:

- А. Гострий інфекційний періодонтит
- В. Хронічний гранулюючий періодонтит
- С. Пульпіт, ускладнений фокальним періодонтитом
- Д. Загострення хронічного періодонтиту

Е. Хронічний гранулематозний періодонтит

10. Які рухи проводяться ендодонтичними інструментами під час файлінгу кореневого каналу?

А. При введенні прокручування на 90-180 % , при виведенні рухи пилячі, скоблящі

В. Вертикальні (зішкрябуючі) рухи без прокручування

С. При введенні прокручування на 180-360 %

Д. Оборотно-поступальні рухи

Е. Обертання за та проти годинникової стрілки на 90%

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Hovorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-

- методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №61

**ТЕМА: Диференціальна діагностика катарального та гіпертрофічного гінгівітів. Лікування та профілактика. Використання фізичних факторів в діагностиці та лікуванні. Диференціальна діагностика виразково-некротичного гінгівіта. Лікування та профілактика. Використання фізичних факторів в діагностиці та лікуванні.**

**I. Актуальність теми:** Широке розповсюдження запальних захворювань пародонта, різноманітність їх клінічних форм обумовлені дією різних негативних факторів. Рання діагностика та своєчасне виявлення причинних факторів захворювання, проведення необхідних профілактичних заходів сприяє успішному лікуванню. З цієї точки зору важливою є своєчасна діагностика та диференціація запальних захворювань від інших патологічних змін пародонта. Це забезпечує вибір етіологічно та патогенетично обґрунтованого лікування.

**II. Навчальна мета:**

**2.1. Студент повинен знати:**

- етіологію, патогенез катарального, гіпертрофічного гінгівіту;
- патоморфологічні зміни тканин пародонта при катаральному гінгівіті та гіпертрофічному гінгівіті;
- клінічні ознаки катарального гінгівіту;
- клінічні ознаки гіпертрофічного гінгівіту;
- диференціальна діагностика виразково-некротичного гінгівіта;
- лабораторні та рентгенологічні методи обстеження пацієнтів з катаральним гінгівітом та гіпертрофічним гінгівітом;
- принципи лікування та профілактики гінгівітів;

**2.2. Вміти:**

- проводити суб'єктивне обстеження пацієнта з гінгівітами;
- проводити об'єктивне обстеження хворого;
- проводити індексну оцінку гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта хворого, інтерпретувати та аналізувати отримані дані;
- виявляти місцеві подразнювальні фактори тканин пародонта;
- інтерпретувати та аналізувати дані лабораторного та рентгенологічного обстеження хворого;
- диференціювати катаральний, гіпертрофічний та виразково-некротичний гінгівіти за перебігом та з іншими захворюваннями пародонта;

**III. Зміст теми:**

*Катаральний гінгівіт* – ексудативне запалення ясен, яке розвивається під впливом комплексу несприятливих загальних та місцевих факторів. Перебіг процесу може бути гострим та хронічним. Гострий катаральний гінгівіт характеризується гіперемією, набряком ясен, болем, порушенням функції жувального апарату. Хворі скаржаться на біль, кровоточивість, відчуття печії в ділянці ясен. Об'єктивно відмічається яскрава гіперемія та набряк краю ясен (крайовий гінгівіт) або на всьому їх протязі. Сосочки ясен втрачають характерну для них гостру форму, верхівки стають куполоподібними. При пальпації ясна болісні, легко кровоточать.



*Хронічний катаральний гінгівіт* характеризується менш вираженою симптоматикою, тому захворювання можна помітити, в основному, під час профілактичних оглядів при санації порожнини рота. Лише при ретельному опитування хворі вказують на свербіж, кровоточивість ясен при їх механічному подразненні (чищення зубів). При огляді ясна гіперемійовані з ціанотичним відтінком, сосочки ясен пухкі, часто спостерігаються валикоподібні стовщення ясенного краю. При загостренні хронічного катарального гінгівіту клініка захворювання подібна до гострого катарального гінгівіту.

Гіпертрофічний гінгівіт – хронічний запальний процес, що супроводжується реактивним розростанням волокнистих елементів сполучнотканинної основи та базальних клітин епітелію ясен. За клініко-морфологічними змінами розрізняють гранулюючу та фіброзну форму захворювання. Для гранулюючої форми характерні значна кровоточивість, болючість, пухка консистенція ясен. Сосочки ясен набряклі, гіперемійовані, різко виявлений ціаноз. По периферії сосочків відмічається десквамація епітелію (ексфолюативний гіпертрофічний гінгівіт).

В результаті вираженого набряку та гіперплазії утворюються різної глибини ясенні кишени. При фіброзній формі гіпертрофічного гінгівіту колір ясен незначно змінений, болісність та кровотеча ясен при подразненні незначні або відсутні. Відмічається ущільнення, з'являється так звана слоновість ясен, що турбує хворого лише косметично. Ясна мають вигляд потовщеного в основі валика, сосочки ясен округленої форми, гіперплазовані. В залежності від розміру розростання ясен розрізняють I, II та III ступінь гіпертрофії. Гіпертрофічний гінгівіт може бути як самостійне захворювання, так і симптомом генералізованого пародонтиту.



### Диференційна діагностика запальних хвороб пародонта

	Катаральний гінгівіт	Гіпертрофічний гінгівіт	Виразковий гінгівіт	Локалізований пародонтит
<b>Етіологія</b>	Мікрофлора зубного нальоту, перенесені інфекційні хвороби, вплив стресорних факторів, дефіцит вітамінів і мікроелементів, патологія внутрішніх органів, надмірне вживання алкоголю і паління	Ендокринні хвороби, вагітність, період статевого дозрівання, менопауза, хвороби крові (лейкемії), вживання деяких лікарських препаратів (дифеніламіну, циклоспорину).	Фузоспірилярний симбіоз	Механічна травма(помилки під час препарування та фіксації незнімних ортопедичних конструкцій), оклюзійна травма(патологія прикусу, передчасне видалення молярів) та ін.
<b>Колір ясен</b>	Застійна гіперемія при хронічному перебігу, яскрава – при гострому	Застійна гіперемія при гранулюючій формі, відсутність – при фіброзній формі	Яскрава гіперемія та набряк	Застійна гіперемія при хронічному перебігу, яскрава – при гострому
<b>Кровоточи вість ясен</b>		Під час чищення зубів при		



	Під час чищення зубів та вживання твердої їжі	гранулюючій формі, відсутня –при фіброзній формі	Симптом “кривавої роси”	Легка кровоточивість та болючість при доторкуванні
<b>Зубні нашарування</b>	Над’ясенні	Над’ясенні	Над’ясенні	Над- і під’ясенні
<b>Оголення коренів</b>	Не оголені	Не оголені	Не оголені	Оголені відповідно ступеня тяжкості
<b>Пародонтальна кишеня</b>	Ясенна кишеня за рахунок набряку	Ясенна кишеня за рахунок гіпертрофії	Відсутня	Пародонтальна кишеня різної глибини
<b>Рухомість зубів</b>	Відсутня	Відсутня	Відсутня	Патологічна рухомість I-III ст.
<b>Стан регіонарних лімфатичних вузлів</b>	Не змінені	Не змінені	Збільшені, болючі під час пальпації	Збільшені, болючі під час пальпації за умов гострого перебігу
<b>Загальний стан</b>	Загальна слабкість, підвищення температури тіла за умов гострого перебігу	Без змін	Підвищення температури тіла, головний біль, слабкість, порушення сну, апетиту.	Задовільний
<b>Дані додаткових досліджень</b>	Без особливостей	Без особливостей	Лейкоцитоз, прискорення ШОЕ; фузоспірилярний симбіоз при бактеріоскопії мазка	На R-грамі - деструкція компактної пластинки, резорбція міжальвеолярних перегородок на обмеженій ділянці щелепи

### **Фізичні методи лікування при гінгівіті**

#### *Загострення катарального гінгівіту:*

Медикаментозне зрошування (гідротерапія) — 8-12 відвідувань (у воду для проведення процедури додають фурацилін, відвари, настоянки лікувальних трав, застосовують зрошування водою, насиченою вуглекислою, та ін.);

КУФ — опромінення — курс лікування 5-6 відвідувань (розпочинають опромінення з 1-2 біодоз, збільшуючи тривалість кожної подальшої дії на 1/2 — 1 біодозу, максимальна доза опромінення ясен до 3-5 біодоз).

Гідротерапію доцільно поєднувати з КУФ — опроміненням, після зняття запальних явищ — з дарсонвалізацією ясен.

Гідроіонотерапія (проводять інгаляції зі знеболювальними і протизапальними засобами). Лазерне опромінення (у параметрах, що мають протизапальну дію, — щільність потужності 100-200 мВт/см<sup>2</sup>, експозиція — 2-4 хвилини на зону опромінення, апарат ЛГ— 75).

При загостренні гінгівіту можна застосовувати флюктуоризацію.

#### *Хронічний катаральний гінгівіт*

Враховуючи тривалість захворювання, при хронічному гінгівіті необхідно проводити 2-3 курси лікування фізичними чинниками в рік.

#### **Застосовується:**

- гідротерапія — зрошування проводять водою, насиченою вуглекислим газом, киснем. В умовах санаторію можна проводити мінеральними, сульфідними, морськими, родоновими водами 10-15 відвідувань, призначаються ротові ванночки з 0,06 % розчином хлоргексидину по 3 хвилини уранці і увечері після чищення зубів на період навчання гігієні порожнини рота (7-10 днів);
- КУФ — опромінення — 10-15 відвідувань через день у поєднанні з гідротерапією (опромінення розпочинають з ½ біодози, поступово збільшують до 3-4 біодоз до кінця лікування);
- електрофорез — курс лікування до 15-20 відвідувань, призначається після усунення активного запалення (для електрофорезу використовується 10 % розчин хлористого кальцію, 5% розчин аскорбінової кислоти, 1% розчин вітаміну Р, 5% розчин за наявності кровоточивості і явищі ексудації);
- дарсонвалізація — курс лікування до 10-20 процедур щодня або через день;
- діадинамофорез — курс лікування 4-5 процедур щодня або через день;
- вакуум-терапія — при кожному сеансі на різних ділянках ясен роблять 4-6 гематом, наступне відвідування через 3-4 дні, коли гематоми розсмоктуються.

#### *Лікування гіпертрофічного гінгівіту.*

#### **Набрякова форма:**

- Гідротерапія — застосовується зрошування водою, насиченою вуглекислим газом, киснем з додаванням антисептика, полоскання розчином хлориду натрію, відваром ромашки, фурациліном.
- Електрофорез рекомендується проводити з 10% розчином кальцію хлориду поперемінно(з анода і катода), що забезпечує протизапальний ефект. Для впливу на процеси ексудації застосовується електрофорез з 5% розчином аскорбінової кислоти, 1% розчином вітаміну Р, розчинів трипсину, рибонуклеази (1мг/мл) з анода, з катода рекомендується вводити водні розчини екстракту алое, 1% розчин нікотинової кислоти, розчин гепарину 1: 15.
- КУФ-випромінення — курс лікування 8-10 процедур (розпочинають процедуру з однієї біодози, збільшуючи кожне подальше опромінення на 1/2 біодози доводячи до 3-4 біодоз до кінця курсу).
- Дарсонвалізація — курс лікування 10-20 відвідувань для боротьби з проліферативною реакцією тканин ясен (застосовується короткою іскрою, кожен сосочок обробляється одну хвилину, в одне відвідування обробляється 4-5 сосочків, рекомендується проводити процедуру один раз в 4-5 днів).
- Фонофорез 15% розчину дибунола в соняшниковій олії (12 процедур впродовж 10 хвилин). Інтенсивність звукових коливань при проведенні перших двох

процедур має бути 0,25 Вт/см<sup>2</sup> у безперервному режимі, подальші — в режимі 0,4 Вт/см<sup>2</sup>.

### **Фібозна форма:**

- точкова діатермокоагуляція ясенних сосочків (коренева голка вводиться в тканину ясенного сосочка на глибину 3-5 мм, коагуляція проводиться впродовж 2-3 хвилин з потужністю струму 6-7 Вт. Одночасно коагулюють 3-4 сосочки, за один прийом здійснюється коагуляція 4-5 сосочків під анестезією;
- гідротерапія — полоскання слабкими розчинами антисептиків (0,25% розчин хлораміну, 0,1% розчин декаміна);
- лікування парафіном — курс лікування 10-15 сеансів (розплавлений парафін накладається на висушені ясна з боку присінка спеціальним шприцем або серветками (8-10 шарів марлі на 10 хвилин));
- кріодеструкція — проводиться при гіпертрофічному гінгівіті 3-го ступеню (температура дії — 60-140 С, експозиція — 35-44 с).

### **Лікування виразково-некротичного гінгівіту.**

Фізичні методи впливу застосовуються в комплексі з іншими заходами, спрямованими на усунення загальної інтоксикації організму. Лікувальні маніпуляції розпочинають із зрошування водою, насиченою вуглекислим газом, киснем, до яких додаються антисептичні речовини (фурацилін, етакридин лактад та ін.) для видалення некротичних ділянок тканин. Зрошування з розпилювача розчинами антисептиків проводять після механічного видалення розпаду тканин.

Призначають полоскання додому 0,25 % розчином хлораміну 4-6 раз на день, 0,05% - розчин хлоргексидину біглюконата;

- КУФ-опромінення ясен поєднують із зрошуванням водою в це ж відвідування (розпочинають опромінення з однієї біодози, збільшуючи на 1/2 біодозу кожне подальше опромінення доводячи загальну біодозу до 4 біодоз. Курс лікування — 6-8 дій);
- аерозольтерапія — застосовують інгаліпт в аерозольному варіанті (перед зрошуванням необхідно прополоскати рот теплою водою, зняти некротичний наліт, тримати препарат в порожнині рота 5-7 хвилин);
- електричне поле УВЧ в атермічній дозі або мікрохвилі потужністю 1-3 Вт, тривалістю 5-7 хвилин за наявності реакції з боку лімфатичних вузлів;
- лазер-терапія.

### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Визначте поняття „гінгівіт”.
2. Назвіть етіологічні чинники та патогенез запальних хвороб пародонта.
3. Проведіть диференційну діагностику катарального гінгівіту.
4. Проведіть диференційну діагностику гіпертрофічного гінгівіту.
5. Проведіть диференційну діагностику виразкового гінгівіту.
6. Вкажіть принципи лікування захворювань пародонта.
7. Назвіть лікарські засоби та способи їх застосування для місцевого лікування запальних хвороб пародонта.
8. Назвіть показання та лікарські засоби для загального лікування запальних хвороб пародонта.
9. Вкажіть заходи профілактики гінгівіту та локалізованого пародонтиту.

10. Опишіть фізичні методи, які використовуються в комплексному лікуванні гінгівітів.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Хвора К., 20 років звернулась до лікаря-стоматолога зі скаргами на біль та кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, погіршення загального стану. Зазначені симптоми з'явилися 5 днів тому. Хвора перенесла ГРВІ. Об'єктивно: регіонарні лімфовузли збільшені, болісні при пальпації. Ясна яскраво-червоного кольору, набряклі, кровоточать при доторкуванні, болісні. Відзначається наліт на зубах. Визначте попередній діагноз:

- A. Гострий виразковий гінгівіт
- B. Гострий герпетичний стоматит
- C. Гострий катаральний гінгівіт
- D. Гіпертрофічний гінгівіт
- E. Хронічний катаральний гінгівіт

2. На прийом до лікаря-стоматолога звернувся хворий М., 37 років, зі скаргами на відчуття напруженості в яснах, кровоточивість при прийомі їжі і чищенні зубів. Об'єктивно: визначається набряк, гіперемія ясен з ціанотичним відтінком, згладженість ясенних сосочків. Який попередній діагноз?

- A. Гострий виразковий гінгівіт
- B. Гострий герпетичний стоматит
- C. Гострий катаральний гінгівіт
- D. Гіпертрофічний гінгівіт
- E. Хронічний катаральний гінгівіт

3. Вагітна 23 років, звернулася зі скаргами на розростання ясен. Об'єктивно: ясенні сосочки в ділянці нижніх і верхніх фронтальних зубів гіперемовані, набряклі, вкривають 1/3 висоти коронок зубів. Проба Парма негативна. Показники загального аналізу крові у межах норми. Який діагноз найвірогідніший?

- A. Гіповітаміноз С
- B. Гінгівіт вагітних
- C. Гострий катаральний гінгівіт
- D. Зміни в тканинах пародонта при лейкемії
- E. Хронічний катаральний гінгівіт

4. Хворий С., скаржить на гострий біль у роті, що утруднює вживання їжі, підвищення температури тіла до 37,5°C. Захворів після переохолодження 2 доби тому. Об'єктивно: ясна у ділянці нижніх фронтальних зубів гіперемовані, набряклі, визначається некроз ясенного краю і збільшення підщелепних лімфовузлів. Аналіз крові: Ер.- 4,5×10<sup>12</sup>/л; Л. - 10,2×10<sup>9</sup> /л; ШОЕ – 18 мм/год. Виберіть лікарські препарати для загального лікування:

- A. 0, 05 % р-н хлоргексидину, обліпіхова олія, вітамін С
- B. Метронідазол, цетрин, вітамін С
- C. Цетрин, вітамін С, 1 % р-н перекису водню
- D. 0, 05 % р-н хлоргексидину, 10 % метилурацилова мазь
- E. Метронідазол, кларитин, 5% завис анестезину

5. Хворий скаржиться на болючість, кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, кволість, підвищення температури тіла. Об'єктивно: ясна у ділянці верхньої і нижньої щелеп вкриті брудно-сірим некротичним нальотом, на зубах велика кількість м'яких та твердих зубних відкладень. Яка мікрофлора буде виявлена при бактеріоскопії з елементів уражень?

- A. Гриби роду *Candida*
- B. Бактерії
- C. Фузобактерії і спірохети Венсана
- D. Стафілококи
- E. Трихомонади

6. До стоматолога звернувся хворий Р., 25 р., зі скаргами на незвичайний вигляд ясен. Пацієнт перебуває на диспансерному обліку в психоневрологічному диспансері з приводу епілепсії. Після обстеження лікарем-стоматологом був встановлений діагноз: гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма. Вкажіть найбільш імовірну причину захворювання:

- A. Зубні відкладення
- B. Судинні порушення
- C. Нейротрофічні розлади
- D. Прийом дифеніну
- E. Ендокринні розлади

7. Хворий К., звернувся зі скаргами на кровоточивість і біль ясен протягом року. Об'єктивно: у ділянці нижніх фронтальних зубів ясенні сосочки гіперемовані, набряклі, болісні при пальпації. На зубах велика кількість зубних відкладень. На рентгенограмі змін у кістковій тканині альвеолярного відростка не виявлено. Який фізіотерапевтичний метод лікування показаний хворому?

- A. Електрофорез 5 % р-ну аскорбінової кислоти
- B. Гідромасаж ясен
- C. Дарсонвалізація, контактна методика
- D. УВЧ-терапія
- E. Дарсонвалізація, іскрова методика

8. Дівчина 20 років звернулася до лікаря-стоматолога зі скаргами на біль та кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, погіршення загального стану. Об'єктивно: регіонарні лімфовузли збільшені, болісні при пальпації. Ясна яскравочервоного кольору. Ясенний край вкритий некротичним нальотом. Визначається позитивний симптом „кривавої роси”. Які додаткові методи необхідно призначити для встановлення діагнозу?

- A. Загальний аналіз крові, мікробіологічне дослідження
- B. Біохімічний аналіз крові, мікробіологічне дослідження
- C. Цитологічне дослідження, загальний аналіз крові
- D. Загальний аналіз сечі, аналіз крові на вміст глюкози
- E. Вірусологічне дослідження, загальний аналіз сечі

9. Хворий С., 32 років, звернувся зі скаргами на незвичайний вигляд ясен та кровоточивість при чищенні зубів. При об'єктивному дослідженні встановлена скупченість зубів у фронтальній ділянці нижньої щелепи, гіперемія та

розростання ясенного краю у ділянці 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубів. Які додаткові методи дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу?

А. Проба Шиллера-Писарева, реопародонтографія

В. Гігієнічні індекси, бензидинова проба

С. Індекс СРІТН, проба Олдрича

Д. Пародонтальні індекси, проба Кулаженка

Е. Проба Парма, ортопантомографія

10. Для прискорення одужання хворому на гострий виразковий гінгівіт призначено препарат, який підвищує неспецифічну резистентність організму та сприяє нормалізації мікрофлори ротової порожнини. Вкажіть цей препарат:

А. Імудон

В. Імунал

С. Ангілекс

Д. Хлоргексидин

Е. Клотримазол

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів ІV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / О.V. Rybalov Т.А. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець

- Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyryeva.
  8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №62

**ТЕМА: Диференціальна діагностика локалізованого пародонтиту.**

**Використання фізичних факторів в діагностиці та лікуванні.**

**Диференціальна діагностика пародонтиту. Сучасні методи лікування та профілактики.**

**I. Актуальність теми:** Серед стоматологічних захворювань одне з перших місць за частотою і поширеністю займають ураження тканин пародонта. За даними ВООЗ, у різних вікових групах захворюваність на гінгівіт і пародонтит досягає 80 %-100 %. В Україні запальні хвороби пародонта – це актуальна, не тільки медична проблема, а й соціальна. Рівень поширеності основних стоматологічних хвороб залежить від віку. Структура стоматологічної захворюваності населення різних територій України свідчить про високу частоту запальних хвороб пародонта, яка істотно варіює залежно від віку пацієнтів і пов'язана із сезонними ритмами, а також несприятливими факторами навколишнього середовища .

**II. Навчальна мета:**

**2.1. Студент повинен знати:**

- етіологію, патогенез локалізованого та генералізованого пародонтиту;
- патоморфологічні зміни тканин пародонта при локалізованому, генералізованому пародонтитах;
- клініко-рентгенологічні ознаки пародонтиту різного ступеня розвитку та перебігу;
- лабораторні та рентгенологічні методи обстеження пацієнтів з пародонтитом;
- диференційну діагностику пародонтитів;
- принципи сучасного лікування та профілактики захворювань пародонту;
- застосування фізичних методів в комплексному лікуванні.

**2.2. Вміти:**

- проводити суб'єктивне обстеження хворого;
- проводити індексну оцінку гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта хворого, інтерпретувати та аналізувати отримані дані;
- виявляти місцеві подразнювальні фактори тканин пародонта;
- обґрунтувати індивідуальний план обстеження хворого;
- інтерпретувати та аналізувати дані лабораторного та рентгенологічного обстеження хворого;
- диференціювати локалізований пародонтит за перебігом, ступенем розвитку та з іншими захворюваннями пародонта.

**III. Зміст теми:**

**Локалізований пародонтит** - це захворювання, що характеризується запаленням та прогресуючою деструкцією тканин пародонта (ясен, періодонта, міжальвеолярної перегородки, цементу кореня) в області одного, або декількох зубів, та може призвести до втрати уражених зубів. В залежності від причини, яка викликала захворювання за характером перебігу локалізований пародонтит може бути гострим, хронічним та загостреним.

До дистрофічно-запальних захворювань пародонту належать:



**Генералізований пародонтит (*parodontitis generalisata*)**

*Перебіг:* хронічний, загострений, стабілізація.

*Ступені розвитку:* початковий ступінь, I ступінь, II ступінь, III ступінь.

*Поширеність:* дифузний.

**Пародонтоз (*parodontosis*)**

*Перебіг:* хронічний.

*Ступені розвитку:* початковий ступінь, I ступінь, II ступінь, III ступінь.

*Поширеність:* дифузний.

Здоровий зуб – гінгівіт – пародонтоз – пародонтит



Генералізований пародонтит є своєрідним дистрофічно-запальним процесом (судинно-нервовою дистрофією тканин пародонту), що виникає внаслідок поєданого впливу екзогенних і ендогенних чинників та поступово призводить до повного руйнування комплексу тканин пародонту з наступною втратою зубів.

Пародонтоз є винятково дистрофічним процесом, запальні зміни практично не виражені.

**Пародонтит*****Симптомокомплекс при пародонтиті:***

- симптоматичний гінгівіт
- пародонтальна кишень
- під'ясенний зубний камінь
- травматична оклюзія
- прогресуюча резорбція альвеолярної кістки.

***Симптоматичний гінгівіт.***

Найчастіше проявляється у вигляді катарального гінгівіту – приблизно у 70% хворих. Симптоматичний катаральний гінгівіт може проявлятися хронічним або загостреним перебігом.

Якщо у пацієнта проявляється симптоматичний гіпертрофічний гінгівіт – спостерігається гранулююча (набрякова) його форма. За перебігом найчастіше

хронічний, але можливе загострення, при якому спостерігаються більш виражені ознаки запалення ясен.

При розвитку симптоматичного виразкового гінгівіту спостерігається найчастіше його хронічний перебіг, при цьому відзначається незначний некроз вершин ясенних сосочків або маргінального краю ясен. Некротичні поверхні відмежовані від оточуючої слизової оболонки ясен демаркаційною лінією у вигляді гіперемійованої смужки. Інколи спостерігається загострений перебіг з більш вираженими некротичними явищами та формуванням глибоких пародонтальних кишень з серозно-гнійним або гнійним ексудатом.

*Пародонтальна кишеня.* Є обов'язковою ознакою пародонтиту.

При початковому ступені пародонтиту начебто збережена цілісність зубоясенного з'єднання, однак патогістологічні дослідження виявляють порушення його цілісності. В клініці це можна підтвердити формаліновою пробою Parma (Kotzchke 2).

В подальшому внаслідок руйнування циркулярної зв'язки зуба між цементом зуба та внутрішньою поверхнею ясен формуються заглиблення різної глибини – пародонтальні кишені. Глибина їх коливається від 2 до 10 мм. Внаслідок руйнування з'єднання епітелію прикріплення з кутикулою зуба втрачаються механізми, що стримують проліферацію і дозрівання незрілого епітелію прикріплення. Внаслідок цього відбувається вrostання епітелію в глибину сполучної тканини ясен та його диференціація до багатошарового плоского епітелію ясен. На дні пародонтальної кишені проліферує грануляційна тканина. Пародонтальна кишеня заповнюється ексудатом – серозним, серозно-гнійним або гнійним.

Отже, стінки пародонтальної кишені: цемент зуба, врослий багатошаровий епітелій ясен, грануляційна тканина на дні.

Вміст пародонтальної кишені: ексудат, під'ясенний зубний камінь, зубна бляшка.

*Травматична оклюзія.*

Первинна травматична оклюзія – розвивається на фоні інтактного пародонту внаслідок дії надмірного за величиною або незвичного за напрямком жувального тиску.

Вторинна травматична оклюзія розвивається на фоні захворювань пародонту, коли навіть звичайне оклюзійне навантаження перевищує компенсаторні можливості пародонту, перетворюючись у травмуючий чинник. Внаслідок рухомості під час дії жувального тиску зуби відхиляються, внаслідок чого не відбувається їх фізіологічне стирання. Отже, зуби з інтактним пародонтом стираються, в той час як на ділянках з ураженим пародонтом у зубів зберігаються горбики жувальної поверхні та ріжучого краю. Таким чином, ці горбики при змиканні зубних рядів першими вступають в контакт з зубами-антагоністами, що викликає травматичне перевантаження таких зубів і призводить до формування так званих травматичних вузлів.

Рухомість зубів призводить до зміщення зубів вестибулярно або орально та висуванню їх з лунок. Змінюються рухи нижньої щелепи, оскільки пацієнт рефлекторно оберігає рухомі або зміщені зуби від дії жувального тиску. Це

призводить до порушення тонусу жувальних м'язів та змін у скронево-нижньощелепному суглобі.

Переміщення зубів призводять до втрати міжзубних контактів та порушення цілісності зубних рядів. Зубні ряди перестають функціонувати як єдина система.

Ступінь рухомості зубів не завжди відповідає ступеню важкості пародонтиту. При хронічному перебігу – ступінь рухомості, як правило, співпадає зі ступенем важкості захворювання (I ступінь рухомості при I ступені важкості і т.д.). При загостреному перебігу генералізованого пародонтиту ступінь рухомості завжди вища ступеню важкості (при I ступеню важкості пародонтиту рухомість може досягати II або навіть III ступеню).

*Прогресуюча резорбція альвеолярної кістки* (рентгенологічні ознаки пародонтиту).

#### **Основні рентгенологічні симптоми пародонтиту:**

- деструкція вершин міжальвеолярних перетинок
- руйнування кортикальної пластинки міжальвеолярних перетинок
- зниження висоти міжальвеолярних перетинок
- нерівномірна резорбція міжальвеолярних перетинок в різних відділах
- вертикальна, горизонтальна і лакуарна резорбція
- остеопороз кістки альвеолярного паростка
- крупнопетлистий малюнок кісткової тканини
- розширення періодонтальної щілини, особливо у маргінальних відділах
- формування кісткових кишень.

Ступінь важкості пародонтиту ставлять виключно за даними рентгенограми:

- при початковому ступені - руйнування кортикальної пластинки міжальвеолярних перетинок і незначне зниження їх висоти (до  $\frac{1}{4}$ )
- при I ступені - зниження висоти міжальвеолярних перетинок до  $\frac{1}{3}$  їх висоти
- при II ступені - зниження висоти міжальвеолярних перетинок в межах  $\frac{1}{3}$ - $\frac{2}{3}$  їх висоти
- при III ступені - зниження висоти міжальвеолярних перетинок на  $\frac{2}{3}$  їх висоти і більше.

#### **Відмінності при хронічному та загостреному перебігу пародонтиту.**

##### *Хронічний перебіг.*

Характеризується розвитком хронічного симптоматичного гінгівіту. В пародонтальних кишнях серозний або серозно-гнійний ексудат. Рухомість зубів, як правило, відповідає ступеню резорбції кістки. Загальний стан організму без змін. Рентгенологічно – резорбція альвеолярної кістки більш рівномірна, без формування глибоких кісткових кишень. Явища остеопорозу виражені слабо.

##### *Загострення пародонтиту.*

Відбувається при зниженні реактивності організму (наприклад, на фоні супутніх захворювань). Клінічно спостерігається загострення симптоматичного гінгівіту, що супроводжується вираженим болем, набряком, гіперемією, кровоточивістю. Зростає кількість виділень з пародонтальної кишені, вони

носять гнійний характер. Інколи на фоні формування глибоких кісткових кишень у м'яких тканинах формуються поодинокі або множинні пародонтальні абсцеси. З'являються симптоми загальної інтоксикації (підвищення температури тіла, головний біль, нездужання тощо). Рентгенологічно: нерівномірна прогресуюча резорбція альвеолярної кістки, формування кісткових кишень, виражений остеопороз кістки. Періодонтальна щілина розширена на значному протязі.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Проведіть диференційну діагностику генералізованого пародонтиту I та II ступеня за результатами клінічних та рентгенологічних даних.
2. Назвіть клінічні прояви генералізованого пародонтиту III ступеня.
3. Порівняйте клінічні ознаки пародонтиту різного перебігу: хронічного, загострення, абсцедування, ремісії.
4. Проведіть диференційну діагностику генералізованого і локалізованого пародонтиту.
5. Визначте план лікування хворого на пародонтит.
6. Дайте визначення терміну “вектор-терапія”, “вектор-скейлінг”. Назвіть показання та протипоказання до їх застосування
7. Назвати та пояснити основні принципи лікування і профілактики хвороб пародонту. Оформлення документації
8. Вміти інтерпритувати отримані результати рентгенологічного обстеження з метою проведення диференційної діагностики хвороб пародонта

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. При встановленні ступеня розвитку локалізованого пародонтиту орієнтуються на:
  - A. Ступінь резорбції міжальвеолярних перегородок
  - B. Глибину пародонтальної кишені
  - C. Скарги хворого на інтенсивність больового відчуття
  - D. Інтенсивність кровоточивості ясен
  - E. Ступінь тяжкості симптоматичного гінгівіту
2. При встановленні діагнозу «Локалізований пародонтит» розрізняють такі ступені розвитку:
  - A. Початковий, I, II, III ступінь
  - B. Початковий, I, II ступінь
  - C. Легкий, середній, тяжкий
  - D. I, II, III ступінь
  - E. Початковий, I-II, II-III ступінь
3. Які форми гінгівіту, супроводжують локалізований пародонтит:
  - A. Катаральний, гіпертрофічний, виразковий, атрофічний
  - B. Катаральний, гіпертрофічний, виразково-некротичний
  - C. Катаральний, гіпертрофічний, виразковий
  - D. Катаральний, виразковий, V-подібний, атрофічний
  - E. Катаральний, гіпертрофічний, виразковий, десквамативний
4. Визначте правильну послідовність розвитку патологічного процесу в тканинах пародонта при локалізованому пародонтиті:

- А. Первинним є запалення ясен, далі процес розповсюджується на кісткову тканину
- В. Первинно виникає дистрофія кісткової тканини, потім процес охоплює ясна
- С. Запальний процес одночасно розвивається в кістковій тканині та яснах
- Д. Запальний процес локалізований в яснах, кісткова тканина не вражається
- Е. Первинно виникає дистрофія кісткової тканини, ясна можуть лишатися неушкодженими
5. Перерахуйте ознаки локалізованого пародонтиту:
- А. Гінгівіт (папіліт), пародонтальна кишень, резорбція коміркової кістки на обмеженій ділянці щелеп
- В. Гінгівіт (папіліт), пародонтальна кишень, резорбція коміркової кістки
- С. Гінгівіт (папіліт), резорбція коміркової кістки на обмеженій ділянці щелеп
- Д. Порушення цілісності зубоепітеліального з'єднання, пародонтальна кишень, резорбція коміркової кістки на обмеженій ділянці щелеп
- Е. Гінгівіт (папіліт), пародонтальна кишень
6. Хворому П., 20-ти років, встановлено діагноз «Локалізований пародонтит, II ступінь тяжкості, хронічний перебіг, симптоматичний гіпертрофічний папіліт, гранулююча форма, II ступінь». Назвіть рентгенологічні ознаки, що відповідають даному захворюванню:
- А. Деструкція кортикальної пластинки, резорбція міжальвеолярної перетинки на  $\frac{1}{2}$  висоти кореня, розширення періодонтальної щілини, остеопороз в зоні ураження
- В. Деструкція кортикальної пластинки, резорбція міжальвеолярних перетинок на  $\frac{2}{3}$  висоти кореня, розширення періодонтальних щілин, остеопороз губчастої речовини тіла щелепи
- С. Розширення періодонтальної щілини, резорбція міжальвеолярних перетинок на  $\frac{2}{3}$  висоти кореня, остеопороз
- Д. Деструкція кортикальної пластинки, резорбція міжальвеолярних перетинок на  $\frac{1}{2}$  висоти кореня, розширення періодонтальних щілин, остеосклероз
- Е. Процес локалізований, зміни кісткової тканини відсутні .
7. Хворій 39 років діагностовано хронічний генералізований пародонтит II ступеню, загострений перебіг. Який із методів загального лікування повинен бути призначений у першу чергу?
- А. Стимулююча терапія
- В. Вітамінотерапія
- С. Гіпосенсибілізуюча терапія
- Д. Антибіотикотерапія
- Е. Фізіотерапія
8. Під час обстеження хворого А., 42 років, лікар-пародонтолог рентгенологічно виявив повну деструкцію кортикальної пластинки коміркового відростка, розширення періодонтальної щілини на вершинах, остеопороз губчастої речовини і резорбцію в ділянках верхньої третини міжкоміркових перегородок. Якому захворюванню відповідають вказані рентгенологічні зміни?
- А. Генералізований пародонтит, I ступінь
- В. Пародонтоз, I ступінь

- С. Генералізований катаральний гінгівіт  
 Д. Генералізований пародонтит, II ступінь  
 Е. Пародонтоз, II ступінь
9. У пацієнта об'єктивно виявлена наявність пародонтальних кишень завглибшки до 5 мм, резорбція міжзубних перетинок на рентгенологічному знімку досягає до ½ їх висоти, рухливість зубів I-II ступеню. Поставте діагноз:  
 А. Пародонтит II ступеня тяжкості  
 В. Пародонтит початкового ступеню тяжкості  
 С. Гінгівіт  
 Д. Пародонтоз II ступеня тяжкості  
 Е. Пародонтит III ступеня тяжкості
10. Хворому Ш. 35 р., встановлений діагноз: генералізований пародонтит, I ст. тяжкості, хронічний перебіг. З якої маніпуляції Ви розпочнете лікування?  
 А. Тимчасове шинкування  
 В. Зрошення антисептичними засобами і видалення зубних відкладень  
 С. Гінгівотомія  
 Д. Виявлення та усунення травматичної оклюзії  
 Е. Провести відкритий кюретаж.

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії:

- навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
  7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyreva.
  8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №63

### ТЕМА: Диференціальна діагностика пародонтозу. Сучасні методи лікування та профілактики. Використання фізичних факторів в діагностиці та лікуванні дистрофічно-запальних та дистрофічних хвороб пародонта.

**I. Актуальність теми:** Пародонтоз – це дистрофічне захворювання тканин пародонта, що складає 5-8% в структурі дистрофічно-запальних захворювань. Характеризується безсимптомним перебігом та повільним прогресуванням. Його специфічні клінічні прояви лікар-стоматолог повинен знати для постановки діагнозу, раціонального складання плану лікування та профілактичних заходів.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- етіологію та патогенетичні механізми розвитку пародонтозу;
- методи обстеження хворих на пародонтоз;
- класифікувати та систематизувати пародонтоз за ступенем тяжкості та перебігом;
- клінічні прояви пародонтозу в залежності від ступеня тяжкості та перебігу;
- скласти та обґрунтувати план обстеження та план лікування хворого на пародонтоз;
- аналізувати й трактувати результати суб'єктивних та об'єктивних методів дослідження під час обстеження хворих на пародонтоз.

##### 2.2. Вміти:

- працювати з медичною документацією (пародонтологічна карта, амбулаторна карта, облікові форми, бланки, направлення, тощо), яка ведеться на пародонтологічному прийомі хворих.
- заповнити пародонтологічну карту пацієнта та визначити попередній діагноз.
- провести прийом пацієнтів з ознаками пародонтозу та визначити необхідний план обстеження.
- оцінити результати рентгенологічного обстеження.
- скласти план комплексного лікування пародонтозу.

#### III. Зміст теми:

Пародонтоз являє собою дистрофічне захворювання пародонту, зустрічається доволі рідко (5-8% від дистрофічно-запальних захворювань пародонту). Розпочинається непомітно, розвивається та прогресує повільно, триває роками.

Характерні ознаки:

- симптоматичний атрофічний гінгівіт
- оголення шийок та коренів зубів
- утворення клиноподібних дефектів
- помірно виражена травматична оклюзія
- відсутність пародонтальних кишень
- патологічна рухомість не розвивається протягом тривалого часу, проявляється лише у пізніх (II-III) ступенях розвитку захворювання.





### **Основні рентгенологічні симптоми пародонтозу:**

- остеосклероз кістки альвеолярного паростка;
- дрібнопетлистий малюнок кісткової тканини;
- рівномірне зниження висоти міжальвеолярних перетинок (горизонтальна резорбція);
- склероз порожнини зуба, формування дентиклів, петрифікатів;
- гіперцементоз біля верхівок коренів;
- протягом тривалого часу зберігається кортикальна пластинка.

### **Початковий ступінь.**

*Скарги.* Має не виражену клінічну симптоматику: окремі хворі скаржаться на свербіння, відчуття ломути в яснах, гіперестезію твердих тканин зубів.

*Об'єктивно.* Слизова оболонка ясен бліда, відсутній її нормальний блиск. Притуплення вершин окремих ясенних сосочків, найчастіше в ділянці фронтальних зубів. Ясна щільні, безболісні, не кровоточать при обстеженні. Незначне (до 1 мм) оголення шийок зубів, але порушення цілісності зубоясенного з'єднання не спостерігається. Підвищена чутливість твердих тканин до всіх видів подразників (хімічні, температурні, механічні). Незначна травматична оклюзія. Рухомість зубів не спостерігається. Проба Шиллера Писарева негативна.

*Рентгенологічно.* Ділянки остеопорозу поєднуються з ділянками остеосклерозу. Рівномірне зниження висоти міжальвеолярних перетинок до  $\frac{1}{4}$  їх висоти. Періодонтальна щілина без змін. Кортикальна пластинка збережена на всьому протязі.

### **I ступінь.**

*Скарги.* Більш виражені ознаки свербіжжю, відчуття ломути в яснах, гіперестезія твердих тканин зубів.

*Об'єктивно.* Ясна бліді, тьмяні, щільні та безболісні. Оголення шийок на 1-1,5 мм. Зяяння міжзубних проміжків. Формування не глибоких клиноподібних дефектів на фронтальних зубах. Травматична оклюзія, перевантаження окремих зубів. Рухомість зубів не спостерігається. Проба Шиллера-Писарева негативна.

*Рентгенологічно.* Остеосклероз альвеолярної кістки. Рівномірне зниження висоти міжальвеолярних перетинок до  $\frac{1}{3}$  їх висоти. Періодонтальна щілина без змін. Кортикальна пластинка збережена на всьому протязі.

### **II ступінь.**

*Скарги* – аналогічно.

*Об'єктивно.* Ясна бліді, тьмяні, щільні та безболісні. Оголення коренів зубів до 5-6 мм. Міжзубні проміжки зяють. Розвиток клиноподібних дефектів на вестибулярній поверхні зубів. Гіперестезія твердих тканин зуба. Незначне відкладання над'ясенного зубного каменю та пігментованого нальоту. Травматична оклюзія, перевантаження окремих зубів. Рухомість зубів може виявлятися I ступеню. Проба Шиллера-Писарева негативна.

*Рентгенологічно.* Остеосклероз альвеолярної кістки. Рівномірне зниження висоти міжальвеолярних перетинок до 2/3 їх висоти. Періодонтальна щілина без змін. Кортикальна пластинка збережена на всьому протязі.

### **III ступінь.**

*Скарги* на підвищену чутливість оголених шийок зубів. Зміщення і розходження зубів.

*Об'єктивно.* Ясна щільні, анемічні, не кровоточить – атрофічний гінгівіт найбільш яскраво виражений. Незначне відкладання над'ясенного зубного каменю та пігментованого нальоту. Шийки зубів можуть бути оголені на 5-8 мм. Патологічна рухомість або відсутня взагалі, або спостерігається рухомість I-II ступеню. Можливе віялоподібне розходження фронтальних зубів. На вестибулярних поверхнях зубів розвиваються клиноподібні дефекти. Проба Шиллера Писарева негативна.

*Рентгенологічно.* Остеосклероз альвеолярної кістки. Рівномірне зниження висоти міжальвеолярних перетинок на 2/3 їх висоти та більше. Періодонтальна щілина без змін. Кортикальна пластинка збережена на всьому протязі.

**Диференційна діагностика** проводиться з атрофічним гінгівітом, передчасною та старечою атрофією пародонту.

### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Назвіть клінічні прояви пародонтозу.
2. Назвіть основні відмінності пародонтозу та пародонтиту.
3. Дайте порівняльну рентгенологічну характеристику пародонтозу I, II, III ступеня тяжкості.
4. Визначте клінічні методи обстеження хворого на пародонтоз.
5. Проведіть диференційну діагностику пародонтозу.
6. Назвіть допоміжні методи обстеження хворого на пародонтоз.
7. Доцільність та ефективність використання фізичних факторів в діагностиці та лікуванні дистрофічно-запальних та дистрофічних хвороб пародонта.

### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Яка із клініко-морфологічних форм гінгівіту є симптоматичною для пародонтозу?
  - A. Виразковий
  - B. Катаральний
  - C. Атрофічний
  - D. Гіпертрофічний, гранулююча форма
  - E. Гіпертрофічний, фіброзна форма
2. Назвіть додатковий метод дослідження для підтвердження діагнозу «пародонтоз»?
  - A. Біопсія

- В. Ортопантомографія
  - С. Змив за Ясиновським
  - Д. Проба Кулаженко
  - Е. Загальний аналіз крові
3. Який метод дослідження дає можливість виявити підвищення тонічного напруження судин ?
- А. Реопародонтографія
  - В. Стоматоскопія
  - С. Капіляроскопія
  - Д. Біомікроскопія
  - Е. Фотоплатизмографія
4. Який метод дослідження дає можливість виявити порушення енергетичних процесів у мікроциркуляторному руслі при пародонтозі?
- А. Поляррографія
  - В. Стоматоскопія
  - С. Капіляроскопія
  - Д. Біомікроскопія
  - Е. Фотоплатизмографія
5. Яке некаріозне ураження часто спостерігається у пацієнтів з пародонтозом?
- А. Флюороз
  - В. Системна гіоплазія емалі
  - С. Ерозія емалі
  - Д. Кислотний некроз емалі
  - Е. Клиноподібний дефект
6. До стоматолога звернувся пацієнт В., 54 роки, зі скаргами на підвищену чутливість зубів до хімічних та термічних подразників, свербіж у яснах. Під час обстеження: ясна блідо-рожевого кольору, корені зубів оголені на 1/3 довжини. Незначні нашарування. В 2.4, 1.4, 3.4 - клиноподібні дефекти. Зондування оголених шийок зубів болісне. Яким буде Ваш попередній діагноз?
- А. Атрофічний гінгівіт
  - В. Пародонтоз I ступеня
  - С. Пародонтоз II ступеня
  - Д. Пародонтоз III ступеня
  - Е. Пародонтит II ступеня
7. Пацієнт П., 57 років, скаржиться на підвищену чутливість зубів до хімічних, температурних подразників. Об'єктивно: корені зубів оголені, ясна блідо-рожеві. В ділянці 1.4, 1.3, 2.4, 2.6 зубів клиновидні дефекти. Рухомості зубів немає. На рентгенограмі: горизонтальний тип патологічної резорбції альвеолярного відростку до 1/2 довжини коренів зубів. Визначте діагноз?
- А. Пародонтит II ступеня
  - В. Пародонтоз I ступеня
  - С. Пародонтоз II ступеня
  - Д. Пародонтоз III ступеня
  - Е. Атрофічний гінгівіт

8 До стоматолога звернувся пацієнт Т., 65 років, зі скаргами на підвищену чутливість зубів до хімічних та термічних подразників, оголення коренів зубів, свербіж у яснах. Під час обстеження: ясна блідо-рожевого кольору, корені зубів оголені на 2/3 довжини. Незначні нашарування. В 2.4, 1.4, 1.3, 3.4 - клиноподібні дефекти. Зондування оголених коренів зубів болісне. Визначте попередній діагноз?

- A. Атрофічний гінгівіт
- B. Пародонтоз I ступеня
- C. Пародонтоз II ступеня
- D. Пародонтоз III ступеня
- E. Пародонтит II ступеня

9. Пацієнтка Д., 37 років, скаржиться на підвищену чутливість зубів до хімічних, температурних подразників, оголення зубів. Знаходиться на обліку у психоневрологічному диспансері з приводу неврозу, часто хворіє на ГРВІ. Об'єктивно: корені зубів оголені до 1/3 довжини, ясна блідо-рожеві. В ділянці 1.4, 1.3, 2.4, 2.6 зубів наявні клиновидні дефекти. Рухомості зубів не має. Оберіть найімовірніший чинник виникнення захворювання у конкретної хворої?

- A. Спадковий
- B. Бактеріальний
- C. Вірусний
- D. Травматичний
- E. Нейросудинний

10. Пацієнт К., 57 років, скаржиться на підвищену чутливість зубів до хімічних, температурних подразників, оголення коренів зубів. З анамнезу: тривалий час знаходилась на лікуванні у терапевтичному відділенні з приводу вегето-судинної дистонії. Об'єктивно: корені зубів оголені до 2/3 довжини, ясна блідо-рожеві. В ділянці 1.4, 1.3, 2.4, 2.6 зубів наявні клиновидні дефекти. Рухомості зубів не має. Які рентгенологічні зміни характерні для даного діагнозу?

- A. Остеосклероз, горизонтальна резорбція
- B. Остеопороз, горизонтальна резорбція
- C. Остеосклероз, вертикальна резорбція
- D. Остеопороз, вертикальна резорбція
- E. Остеосклероз, змішана резорбція .

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка.

– К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №64.

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ СОПР. ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ СОПР.

**I.Актуальність теми:** Слизова оболонка порожнини рота підлягає дії різноманітних механічних, термічних, хімічних та фізичних чинників. Якщо ці чинники невеликі по силі дії, то слизова оболонка порожнини рота не змінюється. Однак при більш сильній дії на СОПР можуть виникнути патологічні зміни. Знання етіології, механізму розвитку, клінічних проявів травматичних ушкоджень СОПР сприяє проведенню якісної діагностики, диференційної діагностики, встановлення діагнозу та призначення ефективного лікування.

#### **II. Навчальна мета:**

##### **2.1.Студент повинен знати:**

- етіологію і патогенез первинних травматичних стоматитів;
- провести аналіз клінічних проявів механічних травм, хімічних пошкоджень, термічних травм та уражень СОПР;
- провести диференційну діагностику травматичних уражень;
- скласти план обстеження хворого із травматичним стоматитом;
- знати фізичні методи, які використовуються в діагностиці та лікуванні травматичних уражень СОПР;
- скласти схему лікування при механічній,хімічній та фізичній травмі.

##### **2.2.Вміти:**

- провести клінічне обстеження хворого з травматичним ураженням СОПР;
- призначити додаткові методи обстеження хворому з травмою СОПР;
- провести диференційну діагностику та поставити діагноз травматичного стоматиту;
- скласти план лікування хворого з травматичним ураженням СОПР;
- провести профілактичні заходи для попередження виникнення травм СОПР;
- заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

#### **III. Зміст теми:**

##### **Класифікація травматичних уражень:**

<b>За етіологією</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- механічні</li> <li>- хімічні</li> <li>- фізичні</li> <li>- лейкоплакія</li> </ul>
<b>За перебігом</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-гострі</li> <li>-хронічні</li> </ul>

<b>За морфологічними ознаками</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- катаральні</li> <li>- ерозивні</li> <li>- виразкові</li> </ul>
<b>За локалізацією</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- хейліт</li> <li>- стоматит</li> <li>- глосит</li> </ul>

Під первинними травматичними стоматитами слід розуміти запальні хвороби, етіологічний чинник яких діє безпосередньо на слизову оболонку порожнини рота. Різноманітність клініко-морфологічних ознак цієї групи стоматитів залежить від характеру подразника, його сили, тривалості дії, стану реактивності організму, місцевого імунітету СОПР та індивідуальних особливостей будови слизової оболонки порожнини рота. Виділяють такі види травматичних чинників: механічні, хімічні (дія луг та кислот), термічні (вплив високих та низьких температур), електричні, променеві (при терапії новоутворень щелепно-лицевої ділянки). За формою травматичний стоматит може бути катаральним, ерозивним та виразковим, за перебігом – гострим та хронічним, за ступенем тяжкості – легким, середнім та важким. В залежності від травмуючого чинника та місця його дії ставлять діагноз: декубітальна виразка СОПР, термічний, хімічний, електричний, променевий стоматит.

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



**Хронічна механічна** травма СО трапляється досить часто. Вона може бути спричинена гострими краями зубів, патологією прикусу, неякісно

виготовленими ортопедичними та ортодонтичними конструкціями, зубним каменем та шкідливими звичками. Частіше це буває у людей похилого віку, тому що в них знижений тургор СО, занижена висота прикусу внаслідок патологічного стирання зубів, їх відсутності або зміщення. Хворі не відразу скаржаться на біль, але з часом з'являється відчуття дискомфорту і болю, припухлість, часте прикушування чи наявність виразки. При огляді СО може спостерігатися катаральне запалення (набряк, гіперемія), порушення цілісності (ерозія, виразка), проліферативні зміни (папіломатоз піднебіння), підвищення ороговіння (лейкоплакія). Поряд з механічною травмою СО підлягає дії мікрофлори, яка впливає на клінічну картину стоматиту. Слід приділити увагу особливостям клінічних проявів виразки, яка виникає від тривалої дії механічної травми і називається **декубітальною**. Локалізується вона, в основному, на бічній поверхні язика, слизовій оболонці губ, щік по лінії змикання зубів, а також у межах протезного ложа. Як правило, вона поодинокa, болюча, оточена запальним інфільтратом, краї гіперемійовані, болючі при пальпації, дно вкрите фібринозним нальотом. Глибина може досягати м'язового шару. Регіонарні лімфовузли збільшені, болючі при пальпації. Декубітальна виразка може ускладнюватися фузоспірилярною мікрофлорою або кандидозом, а при тривалості 2-3 міс. може малігнізуватися. Декубітальну виразку необхідно диференціювати з раковою виразкою, трофічною, міліарно-виразковим туберкульозом, твердим шанкром. Для декубітальної виразки характерні наявність подразнюючого чинника, болючість ділянки ураження, існування запального інфільтрату, відсутність специфічних змін при цитологічному дослідженні. Після усунення травмуючого чинника, як правило, за 5-6 днів виразка загоюється.



**Лікування гострих травматичних стоматитів** включає усунення чинника, обробку СОПР антисептиками (фурацилін, етоній, 1% р-н перекису водню, відвар листків шавлії, ромашки, ротокан, 1% р-н цитралю та ін.), призначення штучного лізоциму, а при наявності ерозій – аплікації кератопластичних засобів (3,44 % р-н ретинолу ацетату, аекол, каротолін, вінілін та ін.). Якщо виразки інфіковані, вкриті нальотом, мають інфільтрат, то для лікування застосовують протеолітичні ферменти у поєднанні з антисептичними засобами або антибіотиками, а з появою чистих грануляцій – препарати, що



поліпшують репаративні властивості тканин (метацил, солкосерил та інші кератоластики).

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

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

**Хімічні травми СОПР** виникають у разі потрапляння на слизову оболонку хімічних речовин досить високої концентрації. Найчастіше це буває при помилковому застосуванні їх у побуті, на виробництві, під час прийому у стоматолога. Опіки виникають при контакті з кислотами, лугами, застосуванні миш'яковистої пасти, фенолу, формаліну, нітрату срібла. Опік кислотами призводить до виникнення коагуляційного некрозу – щільної плівки, яка має характерний колір: при опіку сірчаною кислотою – бурий, азотною – жовтий, іншими кислотами – сіро-білуватий. Навколо плівки спостерігаються значно виражені явища запалення з набряком і гіперемією. Опік лугами призводить до колікваційного некрозу СО без утворення щільної плівки. Від дії лугів ураження більш глибоке, ніж при опіках кислотами, і може захоплювати всі шари СО. Після відторгнення некротизованих тканин оголюються болючі ерозивні чи виразкові поверхні, які загоюються дуже повільно.



**Лікування хімічної травми** передбачає усунення хімічної речовини, промивання ротової порожнини слабким розчином антидоту. При кислотних опіках можна використовувати мильну воду, палену магнезію, 0,1% р-н нашатирного спирту (15 крапель на 1 склянку води). Луги нейтралізують 0,5% р-ном оцтової або лимонної кислоти, а також 0,1% р-ном хлористоводневої кислоти (10 крапель на 1 склянку води), чим зупиняють подальше проникнення хімічної речовини в тканини. При опіках нітратом срібла місце ураження

обробляють 2-3% р-ном хлориду натрію або р-ном Люголя, а при ураженні фенолом – рициновою олією чи 50% етиловим спиртом. Далі призначають знеболюючі засоби, антисептичні препарати та кератопластики (5% метилурацилова мазь, мазі левоміколь, левосин, аерозолі гіпозоль, левовінізоль, оксіциклозоль, пантенол та інші).

**Фізична травма** виникає від дії високих та низьких температур, ураження електричним струмом (опіки, гальваноз) та променевого ураження (при локальному впливі великих доз іонізуючого випромінювання). Під дією гарячої води чи пари виникає гострий катаральний стоматит, який супроводжується болем, гіперемією СОПР, мацерацією епітелію. При сильному опіку епітелій злущується великими шарами або виникають пухирі, а потім поширені ерозії чи поверхневі виразки. При приєднанні вторинної інфекції перебіг стоматиту ускладнюється. В лікуванні застосовують місцеві анестетики, протизапальні, протимікробні та кератопластичні препарати. Вплив низьких температур можливий при кріотерапії та кріодеструкції захворювань СОПР. При цьому в осередку втручання одразу виникає різке локальне катаральне запалення, яке через 1-2 доби переходить в некроз. У післяопераційний період з перших годин після кріодеструкції призначають ротові ванночки чи полоскання антисептиками, а з розвитком некрозу проводять лікування, як при виразково-некротичному стоматиті.

При наявності металевих включень в порожнині рота можливе таке явище, як **гальваноз**. Це патологічні зміни місцевого і загального характеру, що з'являються внаслідок електрохімічної взаємодії між металевими включеннями в порожнині рота. При гальванозі хворі скаржаться на металевий присмак у роті, спотворення смакових відчуттів, печію та біль в язиці, щоках, сухість або гіперсаливацію, легку подразливість, слабкість, головний біль. Гальванічні струми можуть викликати гіперкератоз або опіки окремих ділянок СОПР, які клінічно проявляються катаральним чи ерозивно-виразковим стоматитом з локалізацією на кінчику та бічних поверхнях язика, щоках по лінії змикання зубів, слизовій губ, піднебіння.

Для встановлення діагнозу „гальваноз” необхідна наявність 5 критеріїв: скарги хворого на металевий присмак у роті, більша виразність суб'єктивних симптомів вранці і збереження їх протягом дня, наявність у порожнині рота 2-х металевих включень і більше, визначення різниці потенціалів між включеннями, поліпшення самопочуття хворого після видалення протезів з порожнини рота. Лікування полягає у видаленні з порожнини рота протезів та пломб з неоднорідних металів, застосуванні протизапальних та антисептичних засобів, анестетиків та кератопластиків.

**Променевий стоматит** виникає у людей, яким проводять променеву терапію новоутворень щелепно-лицевої ділянки. Хворі скаржаться на постійно зростаючу сухість в порожнині рота та втрату смакових відчуттів, а також поколювання, іноді печію в кінчику язика. При об'єктивному обстеженні має місце гіперемія та набряк слизової оболонки щік, дна порожнини рота, м'якого піднебіння, потім вони внаслідок ороговіння мутніють, нагадують картину лейкоплакії. При подальшому опромінюванні відбувається вогнищеве

відторгнення зроговілого епітелію, з'являються ерозії, вкриті клейким некротичним нальотом – вогнищевий плівчастий радіомукозит. Якщо він поширюється на інші ділянки та зливається, виникає зливний плівчастий радіомукозит. Розвиток процесу ускладнюється ураженням слинних залоз. В перші 3-5 діб слиновиділення посилене, а потім настає стійка гіпосалівація. Через 12-14 діб розвивається ксеростомія, дисфагія та дисгевзія. Променеві ураження набувають зворотнього розвитку через 2-3 тижні.



В профілактиці променевого стоматитів важливе значення має санація порожнини рота. Не пізніше 3-5 діб до початку променевої терапії проводять видалення рухомих і зруйнованих зубів з хронічними вогнищами, видалення зубного каменю, кюретаж пародонтальних кишень, пломбування каріозних порожнин. Знімають металеві протези та замінюють амальгамові пломби на композиті чи цементні. При початкових проявах променевого стоматиту призначають полоскання порожнини рота 1% р-ном перекису водню, фурациліном (1:5000), 2% р-ном борної кислоти, ротоканом та іншими антисептиками. У розпалі захворювання використовують місцеві анестетики, кератопластичні препарати.

Фізичні методи лікування: електрофорез, ультрафонофрез, ультрафіолетове та лазерне опромінення.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

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

6. Визначте методи діагностики і лікування термічних та електричних ушкоджень СОПР.
7. Назвіть клінічні прояви променевих уражень СОПР.
8. Визначте методи діагностики і лікування променевих уражень СОПР.
9. Опишіть фізичні методи діагностики та лікування травматичних ушкоджень СОПР.
10. Вкажіть заходи профілактики травматичних стоматитів.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Визначте, як називається виразка, що виникає на СОПР від дії хронічної механічної травми:
  - A. Трофічна
  - B. Ракова
  - C. Декубітальна
  - D. Твердий шанкер
  - E. Туберкульозна
2. Виберіть та вкажіть медикаментозний препарат, який використовують в стоматології для нейтралізації миш'яковистої кислоти:
  - A. 0,5% р-н лимонної кислоти
  - B. 3-5% р-н хлориду натрію
  - C. 0,1% р-н нашатирного спирту
  - D. 5% р-н унітіолу
  - E. 0,1% р-н соляної кислоти
3. Виберіть та вкажіть медикаментозні препарати, які необхідно застосувати при опіках лугами:
  - A. 0,5% р-н лимонної кислоти
  - B. 0,1% р-н нашатирного спирту
  - C. 5% р-н унітіолу
  - D. Р-н Люголю
  - E. 0,5% р-н оцтової кислоти
4. Під час профілактичного огляду у юнака на СО щоки по лінії змикання зубів виявлені нашарування сіро-білого кольору, які не знімаються. Слизова злегка гіперемована, безболісна при пальпації. Юнак емоційно неврівноважений, закушує щоки. Який найбільш імовірний діагноз?
  - A. Червоний плесканий лишай;
  - B. М'яка форма лейкоплакії
  - C. Кандидозний стоматит
  - D. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит
  - E. Багатоформна ексудативна еритема
5. Які симптоми не характерні для проявів гальванозу в порожнині рота?
  - A. Скарги хворого на металевий присмак у роті
  - B. Наявність у порожнині рота мікротоків 8-10 мкА
  - C. Наявність у порожнині рота 2-х металевих включень
  - D. Блідо-рожевий колір слизової оболонки
  - E. Поліпшення самопочуття після видалення протезів

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

- A. Імудон
- B. Імунал
- C. Лізак
- D. Бібіформ
- E. Хлоргексидин

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

- A. Термінове зняття мостоподібного протезу
- B. Змастити поверхню язика розчином анестетика
- C. Змастити язик розчином ретинолу
- D. Провести корекцію протезу
- E. Лікування не потребує

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

- A. Хімічна травма
- B. Механічна травма
- C. Електротравма
- D. Фізична травма
- E. Променева травма

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

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

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

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

11. Дівчина 27 років скаржиться на біль в губі, що посилюється під час прийому їжі, розмові. Об'єктивно: на слизовій оболонці нижньої губи ерозія розміром

0,3×0,2 см у діаметрі. Поверхня без нальоту. У 32 зубі каріозна порожнина. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Виразковий стоматит
- B. Герпетичний стоматит
- C. Травматичний стоматит
- D. Сифілітичний стоматит
- E. Ящур

12. Хвора Д., 56 років, скаржиться на біль у ділянці мостоподібного протезу. Після зняття протезу на альвеолярному відростку спостерігається виразка розміром 0,3х0,5 см., слабо болісна, м'яка, оточуюча слизова гіперемована, підщелепні лімфовузли не збільшені. Який препарат слід призначити для швидкого загоєння виразки ?

- A. Холісал
- B. Хлоргексидин
- C. Ваготил
- D. Каротолін
- E. Анестезинова суміш

13. Хвора 25 років скаржиться на біль у язиці при прийомі їжі, при розмові протягом 2-х тижнів. При огляді на слизовій оболонці бокової поверхні язика справа виразка, вкрита некротичним нальотом. Слизова навколо гіперемована. В 46, 47 зубах каріозні порожнини з гострими краями. Виберіть етіотропне лікування:

- A. Пломбування каріозних порожнин
- B. Знеболювання вогнища ураження
- C. Застосування протизапальних засобів
- D. Видалення зубів
- E. Зішліфовування гострих країв

14. Під час лікування карієсу у хворого 57 років, що палить, на слизовій оболонці щоки по лінії змикання зубів біля кута рота виявлені вогнища зроговіння епітелію білуватого кольору, безболісні при доторкуванні, які не знімаються шпателем. Визначте попередній діагноз:

- A. Червоний плесканий лишай
- B. Лейкоплакія
- C. Травматичний стоматит
- D. Червоний вовчак
- E. Хронічний гіперпластичний кандидоз

15. Під час лікування пульпіту 46 зубу у хворої Л., 59 років, була застосована миш'яковиста паста. У друге відвідування лікар-стоматолог помітив ділянку некрозу ясенного сосочка між 45 та 46 зубами. Який медикаментозний препарат слід застосувати в якості антидоту?

- A. 0,5% р-н лимонної кислоти
- B. 3-5% р-н хлориду натрію
- C. 0,1% р-н нашатирного спирту
- D. 0,1% р-н соляної кислоти
- E. 1% р-н йодиду калію

16. Хворий Н., 67 років., скаржиться на болісність у порожнині роті та наявність ерозивних поверхонь на піднебінні. Тиждень тому пройшов курс променевої терапії з приводу лікування новоутворення щелепно-лицевої ділянки. До якого виду уражень відносять дані зміни СОПР?

- А. Фізична травма
- В. Механічна травма
- С. Хімічна травма
- Д. Термічна травма
- Е. Інфекційне ураження СОПР

17. Пацієнт 45 років скаржиться на зміну кольору нижньої губи, які він відмітив близько 3 місяців тому. Об'єктивно: на червоній облямівці нижньої губи визначається неправильної форми однорідна ділянка сірувато-білого кольору розміром 1х1,5 см, яка не підвищується над її рівнем, безболісна при пальпації, навколишні тканини не змінені. Які найбільш імовірна етіологія ураження?

- А. Інфекційна
- В. Алергічна
- С. Травматична
- Д. Аномалія розвитку
- Е. Не з'ясованої етіології

18. У хворого 53-х років на слизовій оболонці правої щоки визначається білувато-рожева пляма неправильної форми розмірами 2,5х1,5 см. На фоні плями мають місце тріщини, ерозії. Яке дослідження слід провести для постановки діагнозу?

- А. Загальний аналіз крові
- В. Мікробіологічне
- С. Алергологічні проби
- Д. Цитологічне
- Е. Біохімічний аналіз крові
- Е. Прикушування щоки

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.



## **МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №65**

### **ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПЕРВИННИХ (АУТОІНФЕКЦІЙНИХ) УРАЖЕНЬ СОПР. ГОСТРИЙ ГЕРПЕТИЧНИЙ СТОМАТИТ. СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПЕРВИННИХ (АУТОІНФЕКЦІЙНИХ) УРАЖЕНЬ СОПР. ГОСТРИЙ АФТОЗНИЙ СТОМАТИТ.СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ.**

**I. Актуальність теми:** Аутоінфекційні захворювання виникають внаслідок дії умовнопатогенних мікроорганізмів, які вегетують в порожнині рота при зниженні реактивності слизової оболонки і організму в цілому. Провокуючими факторами для виникнення аутоінфекційних стоматитів (гострого афтозного та герпетичного, гострого виразково-некротичного стоматиту), є недостатня гігієна порожнини рота, неповноцінне харчування, травма СОПР, утруднене прорізування зуба мудрості, переохолодження організму хворого. Ці захворювання найчастіше зустрічаються на амбулаторному прийомі стоматолога, мають середній та тяжкий перебіг, потребують комплексного обстеження, ретельно проведеної диференційної діагностики з поглибленням клінічного мислення лікаря, призначення лікарських препаратів з метою комплексного лікування та профілактичних заходів

#### **II. Навчальна мета:**

##### **2.1.Студент повинен знати:**

- аналізувати частоту виникнення аутоінфекційних стоматитів серед хвороб СОПР ;
- скарги, анамнез хвороби при гострому герпетичному стоматиті;
- класифікувати аутоінфекційні ураження СОПР;
- провести диференційну діагностику клінічного перебігу гострого герпетичного стоматиту та гострого афтозного стоматиту;
- трактувати результати додаткових методів дослідження (цитологічне, гістологічне, дані аналізу крові і т.д.);
- трактувати роль профілактики в запобіганні виникнення гострого герпетичного стоматиту;
- проаналізувати принципи лікування гострого герпетичного стоматиту;
- скласти схеми діагностики, лікування та профілактики;
- проаналізувати принципи лікування афтозного стоматиту.

##### **2.2.Вміти:**

- володіти методами обстеження стоматологічного хворого з патологією СОПР;
- визначати попередній діагноз, відобразити схематично методи діагностики, лікування та профілактики;
- ідентифікувати результати мікробіологічних досліджень;
- працювати з медичною документацією (амбулаторна карта, облікові форми;

- направлення в лабораторію ), яка ведеться на прийомі хворих з патологією СОПР;
- коректно заповнювати медичну документацію.

### III. Зміст теми:

Різновиди аутоінфекційних стоматитів:

- гострий катаральний стоматит;
- гострий герпетичний стоматит;
- гострий афтозний;
- виразково-некротичний.

#### *Гострий герпетичний стоматит.*

Характерний елемент ураження — згруповані пухирці, які частіше локалізуються на червоній облямівці та СО губ, на піднебінні, слизовій щік, ясен. Пухирці швидко лопаються, утворюючи ерозії полігональної форми.

Вірус простого герпесу, проникнувши в організм через СО порожнини рота і носової частини глотки ще в ранньому дитинстві, залишається персистувати в організмі переважно у латентній формі, не викликаючи клінічних ознак захворювання.

Клінічні прояви герпетичної хвороби у людини багатогранні. Для герпетичної хвороби характерна поява на обмежених ділянках шкіри і СО везикулярного висипу. В пухирцях вірус зберігається до 48 год.



*Описані 4 стадії розвитку герпетичного пухирця:*

- I — поява гіперемійованої ділянки на шкірі й СО, що супроводжується більшою чи меншою мірою вираженим відчуттям печіння, свербіння чи поколювання.
- II — утворення пухирців через декілька годин після появи гіперемії. Пухирці мають напівкулясту форму і вповнені прозорою рідиною, яка потім мутнішає. Ця везикулярна стадія триває 4—7 діб і нерідко супроводжується болем або аденопатією різного ступеня.
- III — утворення кірочок з відшарованого епітелію після розриву пухирця і звільнення його від рідини. Ділянка пухирця гіперемійована, інколи набрякла. На СО залишаються ерозії, які можуть вторинно інфікуватися.
- IV — одужання. Кірочки відокремлюються і відпадають. На місцях висипу залишається почервоніння, яке швидко минає.

При герпетичних ураженнях СОПР нерідко розвиваються різні загальні симптоми: ще за декілька годин до появи висипу з'являються відчуття розбитості й нездужання, свербіж та печіння в місцях майбутнього ураження, невралгічний біль та артралгія, гарячка (до 40—41 °С), більшою чи меншою мірою виражена аденопатія.

Вірус простого герпесу може зумовити 2 форми патології в порожнині рота: первинну герпетичну інфекцію і рецидивну — хронічний рецидивний герпес.

При первинній формі гострого герпетичного стоматиту (*stomatitis herpetica acuta*) відбувається первинний контакт губ та СОПР з вірусом герпесу. Первинний герпес частіше виникає у дітей віком 6 міс — 3 роки, коли зникають специфічні до вірусу герпесу антитіла, отримані з кров'ю матері. У більшості випадків первинний герпес має субклінічний перебіг і лише у 1—10% інфікованих розвиваються клінічно виражені симптоми гострого герпетичного стоматиту, що являють собою первинну імунну відповідь на вторгнення вірусу.

Клінічно виражена первинна герпетична інфекція на СОПР — гострий герпетичний стоматит — найчастіше спостерігається у дітей віком до 3 років. Особливо схильні до захворювання ослаблені діти, і саме серед них відзначається досить висока летальність (до 27%), яка зумовлена здебільшого дисемінацією вірусу. При цьому, як правило, уражається і печінка. Інкубаційний період гострого герпетичного стоматиту становить 6—8 діб. Захворювання розпочинається гостро — із загального нездужання, болю голови, підвищення температури тіла до 37—41 °С. До цих симптомів протягом 24—48 год приєднується біль у порожнині рота, що посилюється при розмові та вживанні їжі. СО стає гіперемійованою, набряклого. У ділянці губ, щік, язика, дна порожнини рота, піднебінних дужок з'являються дрібні (з просяне зерно) пухирці, що розміщуються групами (від 2—3 до десятків пухирців). Вони наповнені прозорою рідиною, яка згодом мутнішає. Пухирці можуть зливатися в 1—2 пухирі і через 2—3 доби лопаються, утворюючи поширені ерозії яскраво-червоного кольору, з дрібнофестончастими обрисами, вкриті нальотом.

Герпетичний стоматит супроводжується змінами в пародонті і характеризується катаральним, а часом і виразковим гінгівітом. Виділення слини збільшується, вона стає в'язкою. Поряд з цим нерідко уражаються червона кайма губ, а також шкіра, що межує з нею. поширеності процесу, температурної реакції та інтоксикації виділяють легку, середньої тяжкості та тяжку форми.

Перебіг первинної герпетичної інфекції переважно становить 3—5 діб, інколи затягується до 10—14 діб. Ерозії гояться без рубців.

*Діагностика* герпетичних уражень СОПР ґрунтується на їх клінічній характеристиці та даних лабораторних досліджень.

У лабораторній діагностиці головним є виділення герпес-вірусу та визначення підвищення титрів вірус специфічних антитіл у крові, ПЛР, а також виявлення клітин балонуючої дистрофії при цитологічному дослідженні.

#### *Лікування.*

З метою терапії вірусних уражень СОПР слід вжити таких заходів:

- 1) нейтралізувати вірус і запобігти новим висипанням елементів ураження;

- 2) усунути ознаки загальної інтоксикації;
- 3) посилити рівень імунологічної опірності організму і СОПР;
- 4) усунути біль, прискорити очищення ерозій, зворотній розвиток запальної реакції та епітелізацію елементів ураження СОПР.
- 5) використання противірусних препаратів (бонафтон, ацикловір, інтерферон, рідодоксол, теброфен, флореналь, алпізарин, госипол, оксолін, полудан, арбідол, зовіракс), дія яких спрямована на блокування репродукції вірусів у клітинах і на елімінацію їх з організму.

Використовуючи противірусні засоби, слід зважати на такі особливості лікування ними:

- 1) противірусні засоби ефективні лише в перші 2—3 доби захворювання;
- 2) застосовувати їх треба якомога раніше, щоб запобігти проникненню вірусу в інші клітини і обмежити поширення ураження;
- 3) незалежно від кількості елементів ураження, противірусними засобами обробляють всю поверхню СОПР.

Місцеве застосування противірусних засобів проводять на фоні попереднього оброблення знеболювальними, протимікробними, некролізуючими та протизапальними засобами у поєднанні з препаратами, що підвищують імунобіологічні властивості СОПР (лізоцим, інтерферон, Тактивін та ін). З 3-4 -ї доби застосовують протимікробні, протизапальні, імунокоригуючі засоби та препарати кератопластичної дії.

Після епітелізації ерозій проводять санацію порожнини рота.

*Гострий афтозний стоматит* - аутоінфекційне захворювання, яке виникає під впливом умовно-патогенної стрепто-стафілококової мікрофлори порожнини рота на фоні зниженої реактивності організму. У розвитку захворювання має значення сенсibilізація організму стрепто-стафілококової мікрофлори. Як наслідок розвивається імунна реакція уповільненого типу (по типу феномена Артюса) з утворенням афт.



Захворювання починається з загального нездужання, підвищення температури тіла до 39-40° С, головного болю, болю в горлі. У період розвитку захворювання на тлі розлитої гіперемії з'являються численні елементи ураження - афти, які мають округлу форму, вкриті фібринозним нальотом, оточені віночком (смужкою) гіперемії та локалізуються на слизовій оболонці губ, щік, м'якого піднебіння, бічній поверхні язика. Афти дуже болючі.

*Диференціальна діагностика:*

- вірусні ураження слизової оболонки (гострий герпетичний стоматит, герпангіна, ящур, оперізуючий лишай);
- алергічні ураження СОПР;
- багатоформна ексудативна еритема ;
- гострий виразково-некротичний стоматит.

У цитограмі знаходять: -стрепто-стафілококи, нитки фібрину, зруйнований епітелій і лейкоцити. В аналізі периферичної крові: лейкоцитоз, прискорення ШОЕ. В імунограмі: збільшення титру антистрептококових антитіл, поява плазматичних клітин.

*Лікування гострого афтозного стоматиту* проводиться за схемою, яка була представлена для терапії гострого герпетичного стоматиту з переважним призначенням антибактеріальних препаратів (антибіотики, сульфаніламід). При асоціації з вірусною інфекцією додатково призначають противірусні препарати.

#### **IV.Контрольні питання до теми заняття:**

1. Аутоінфекційні стоматити. Поняття. Фактори розвитку аутоінфекційних уражень.
2. Вкажіть етіологічні чинники та патогенез гострого герпетичного стоматиту, гострого афтозного стоматиту.
3. Назвіть клінічні прояви гострого герпетичного стоматиту, гострого афтозного стоматиту.
4. Назвіть особливості додаткових методів дослідження.
5. Назвіть суб'єктивні клінічні методи обстеження хворих з гострим герпетичним стоматитом та гострим афтозним стоматитом.
6. Назвіть об'єктивні клінічні методи обстеження хворих з гострим герпетичним та гострого афтозного стоматитів.
7. Вкажіть схему лікування хворих з гострим герпетичним, афтозним стоматитом.
8. Назвіть групи препаратів для загального лікування гострого герпетичного та гострого афтозного стоматитів.
9. Розкрийте механізм дії лікарських засобів, які застосовуються при місцевому лікуванні .
10. Вкажіть заходи профілактики аутоінфекційних стоматитів, зокрема, гострого герпетичного та афтозного стоматитів.

#### **V.Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Хворий М., 32 р., скаржиться на появу висипань у порожнині рота, на межі твердого та м'якого піднебіння, загальну слабкість, підвищення температури тіла. Вважає себе хворим протягом останніх 3-х днів після переохолодження. Об'єктивно: на гіперемованій і набряклій слизовій оболонці рота є пухирці та ерозії. Попередній діагноз: гострий герпетичний стоматит. Які результати додаткових досліджень допоможуть встановити діагноз?

- А. Цитологічне, гігантські багатоядерні клітини
- В. Аналіз крові загальний, еозинофілія
- С. Аналіз крові загальний, баластні клітини на все поле зору
- Д. Мікробіологічне дослідження, гриби роду кандіда у великій кількості

Е. Цитологічне, клітини Тцанка

2. Пацієнт К., 27 років звернувся до стоматолога зі скаргами на появу вперше пухирців та ерозій на слизовій оболонці 1/3 піднебіння, біль під час прийому їжі, підвищення температури тіла до 38,2 °С. З анамнезу захворювання: висипання з'явилися вчора, має листок непрацездатності з приводу ГРЗ, відкритий 3 дні тому. Об'єктивно: на слизовій оболонці твердого піднебіння наявні ерозії неправильної форми, 4-6 мм в діаметрі, болісні при пальпації. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації. Встановіть діагноз:

- А. Гострий герпетичний стоматит
- В. Гострий афтозний стоматит
- С. Гострий виразково-некротичний стоматит
- Д. Хронічний герпетичний стоматит
- Е. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

3. Пацієнтка В, 21 року звернувся до стоматолога зі скаргами на появу пухирців на верхній губі, які з'явилися 3 дні тому. З анамнезу: висипання з'являються періодично протягом декількох років. Об'єктивно: червона облямівка верхньої губи набрякла, на межі червоної облямівки та шкіри губи наявні групові висипання пухирців, навколо гіперемія, болючість при пальпації. У порожнині рота СОПР без патологічних змін. Встановлено діагноз – герпетичний хейліт. Який патологічний процес лежить в основі пошкодження багат шарового плоского епітелію?

- А. Акантоз
- В. Балонуюча дистрофія
- С. Акантоліз
- Д. Паракератоз
- Е. Дискератоз

4. Пацієнту К, 28 років, лікар стоматолог встановив діагноз гострий герпетичний стоматит. Які медичні препарати використовують для місцевого лікування цього захворювання:

- А. Зовіракс, вратизолін
- В. Метрогіл, доксациклін
- С. Іруксол, зовіракс
- Д. Леворінова та клотримазолова мазь
- Е. Метацил-анестезинова мазь

5. Пацієнт М., 34 р., звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на появу пухирців на губах, які з'явилися 2 дні тому. Об'єктивно: червона кайма губ набрякла, на межі червоної кайми і шкіри груповані висипання пухирців, навколо висипань відмічається гіперемія та болючість при пальпації. Слизова оболонка порожнини рота без змін. Збудником цього захворювання є:

- А. Вірус простого герпесу
- В. Паличка Лефлера
- С. Вірус Епштейна-Барра
- Д. Вірус, що фільтрується
- Е. Вірус грипу

6. До лікаря-стоматолога звернулася пацієнтка, 21 р., зі скаргами на появу напередодні ввечері висипів на червоній облямівці нижньої губи зліва, відчуття свербіжу та болісності. Об'єктивно: на червоній облямівці нижньої губи справа на фоні гіперемії виявлені згруповані пухирці з серозним вмістом. Який медичний препарат слід використати для місцевого лікування цього захворювання?

А. Мазь «Ацикловір»

В. Гідрокортизонова мазь

С. Гепаринова мазь

Д. Клотримазолова мазь

Е. Еритромицинова мазь

7. Хворий З., 23 р., звернувся на другу добу від початку захворювання. Був поставлений діагноз: гострий герпетичний стоматит, середній ступінь тяжкості. Яку мазь для обробки елементів ураження необхідно призначити у першу чергу?

А. Мазь з протеолітичними ферментами

В. Мазь з антибіотиками

С. Мазь з кортикостероїдами

Д. Мазь з сульфаніламидами

Е. Противірусну

8. Хворому Н., 34 р., було поставлено діагноз: гострий герпетичний стоматит. Який засіб потрібно призначити у перші дні захворювання для місцевого лікування?

А. Ацикловір

В. Солкосерил

С. Бутадіон

Д. Метилурацил

Е. Лінімент алоє

9. У клініку звернувся пацієнт К., 35 р., зі скаргами на загальне нездужання, підвищення температури, біль під час прийому їжі. Було визначено герпетичне ураження слизової оболонки. Який характер змін слизової оболонки спостерігався?

А. Згруповані пухирці, ерозії, кірки

В. Зливні ерозії, симптом перифокального відшарування епітелію

С. Ерозії, обривки внутрішньоепітеліальних пухирів

Д. Обривки пухирів, виразки

Е. Поодинокі афти правильної форми

10. Хворий 16-ти років звернувся зі скаргами на біль у порожнині рота, появу виразок, підвищення температури тіла до 38,0 °С, головний біль. Об'єктивно: СОПР гіперемійована, набрякла. На твердому піднебінні, яснах, губах велика кількість ерозій, які зливаються з неправильними обрисами, що вкриті сірувато-білим нальотом. Цитологічно з ділянок ураження виявлені гігантські багатоядерні клітини герпеса. Встановіть діагноз:

А. Гострий герпетичний стоматит

В. Гострий афтозний стоматит

С. Гострий виразково-некротичний стоматит

Д. Хронічний герпетичний стоматит

Е. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

11. Жінку 33-х років періодично протягом 2-х років турбують виразки в порожнині рота та біль, особливо під час їжі. Із загальних супутніх захворювань відзначає гостре респіраторне захворювання протягом 2 днів, підвищення температури тіла до 37,7 °С, головний біль, нежить. Об'єктивно: на слизовій оболонці піднебіння справа від серединного шва, 2 ерозії неправильної форми, розміром 4-5 мм в діаметрі, покриті білувато-сірим нальотом, різко болісні при пальпації. Поставте діагноз:

А. Хронічний герпетичний стоматит

В. Гострий афтозний стоматит

С. Гострий виразково-некротичний стоматит

Д. Гострий герпетичний стоматит

Е. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

12. Хворий П., 16 р., звернувся зі скаргами на біль у порожнині рота, появу виразок, підвищення температури тіла до 38,0 °С, головний біль. Об'єктивно: СОПР гіперемійована, набрякла. На твердому піднебінні, яснах, губах велика кількість ерозій, які зливаються з неправильними обрисами, та вкриті сірувато-білим нальотом. Цитологічно з ділянок ураження виявлені гігантські багатоядерні клітини. Встановіть діагноз:

А. Гострий герпетичний стоматит

В. Гострий афтозний стоматит

С. Гострий виразково-некротичний стоматит

Д. Хронічний герпетичний стоматит

Е. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

13. Пацієнтка М., 23 р., студентка, скаржиться на появу виразки в порожнині рота та біль, особливо під час їжі. Із загальних супутніх захворювань відзначає гостре респіраторне захворювання протягом 2 днів, підвищення температури тіла до 37,7 °С, головний біль, нежить. В анамнезі: недосипання, стресова ситуація в зв'язку зі складанням іспитів. Об'єктивно: на слизовій оболонці піднебіння зліва від серединного шва, поодинокі ерозії неправильної форми, розміром 5-6 мм в діаметрі, покриті білувато-сірим нальотом, болісні при пальпації. Поставте діагноз:

А. Хронічний герпетичний стоматит

В. Гострий афтозний стоматит

С. Гострий виразково-некротичний стоматит

Д. Гострий герпетичний стоматит

Е. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

14. Хворий П., 62 р., звернувся зі скаргами на підвищення температури до 37,4° С і болючість губ. Вказані симптоми з'явилися добу тому назад. Відмічає досить часті рецидиви цього захворювання. Об'єктивно: на межі червоної кайми і шкіри верхньої губи зліва є згруповані пухирці з серозним вмістом. Встановлено діагноз: хронічний рецидивуючий герпес. Які лікувальні препарати треба призначити цьому хворому між рецидивний період?

А. Протигерпетичну полівакцину



В. Антигістамінні засоби

С. Вітамінотерапію

Д. Антибіотики широкого спектру

Е. Препарати саліцилової кислоти

15. Хворий Е., 18 р., скаржиться на біль у порожнині рота, появу виразок, підвищення температури тіла до 38,0 °С, головний біль. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемована, набрякла. На слизовій твердого піднебіння, ясен, губ є численні округлі ерозії, які зливаються між собою і вкриті сірувато-білуватим нальотом. Симптом Нікольського негативний, аналіз крові без змін. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Ящур

В. Багатоформна ексудативна еритема

С. Вульгарна пухирчатка

Д. Гострий герпетичний стоматит

Е. Алергічний стоматит

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / О.V. Rybalov Т.А. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець

- Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyryeva.
  8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №66

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПЕРВИННИХ (АУТОІНФЕКЦІЙНИХ) УРАЖЕНЬ СОПР. ГОСТРИЙ ВИРАЗКОВО- НЕКРОТИЧНИЙ СТОМАТИТ. СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ.

**I. Актуальність теми:** Аутоінфекційні захворювання виникають внаслідок дії умовнопатогенних мікроорганізмів, які вегетують в порожнині рота при зниженні реактивності слизової оболонки і організму в цілому. Провокуючими факторами для виникнення аутоінфекційних стоматитів (гострого афтозного та герпетичного, гострого виразково-некротичного стоматиту), є недостатня гігієна порожнини рота, неповноцінне харчування, травма СОПР, утруднене прорізування зуба мудрості, переохолодження організму хворого. Ці захворювання найчастіше зустрічаються на амбулаторному прийомі стоматолога, мають середній та тяжкий перебіг, потребують комплексного обстеження, ретельно проведеної диференційної діагностики з поглибленням клінічного мислення лікаря, призначення лікарських препаратів з метою комплексного лікування та профілактичних заходів.

#### **II. Навчальна мета:**

##### **2.1. Студент повинен знати:**

- класифікувати аутоінфекційні ураження СОПР;
- знати етіологію, патогенез, клініку гострого виразково-некротичного стоматиту;
- провести диференційну діагностику клінічного перебігу гострого та хронічного виразково-некротичного стоматиту;
- вміти трактувати результати додаткових методів дослідження (цитологічне, гістологічне, дані аналізу крові);
- трактувати роль профілактики в запобіганні виникнення виразково-некротичного стоматиту;
- проаналізувати принципи лікування.

##### **2.2. Вміти:**

- працювати з медичною документацією (амбулаторна карта, облікові форми; направлення в лабораторію), яка ведеться на прийомі хворих з патологією СОПР;
- коректно заповнювати медичну документацію.

#### **III. Зміст теми:**

Виразково-некротичний стоматит має перебіг типу гіперергічного запалення, виражені ознаки альтерації СОПР, характеризується утворенням виразок, кровотечею з ясен, вираженим болем у ділянках ураження, гарячкою та інтоксикацією організму. Хвороба виникає у віці 18-30 р., частіше хворіють чоловіки. Виникненню хвороби сприяють переохолодження організму, травми СОПР, порушення гігієни ПР.

У патогенезі велике значення має сенсibilізація організму до стрептококової мікрофлори. Перебіг стоматиту має ознаки інфекційної хвороби.

Турбує головний біль, млявість, субфебрильна температура тіла, ломота в суглобах. В порожнині рота – кровотеча з ясен, пекучість, сухість СО.

У наступній фазі розгорнутих клінічних проявів хворі скаржаться на посилення загальної слабкості, підвищення температури тіла, головний біль, зниження працездатності. Біль у ПР різко посилюється від найменшого дотику. Вживання їжі і мовлення, догляд за ротовою порожниною дуже болючі. Посилюється саливація, збільшуються регіонарні л/в і біль в них, з'являється гнильний запах з ПР, виражена кровотеча з ясен. Якщо ураження локалізується в ретромолярному просторі при порушенні прорізування 3.8., 4.8., то до скарг приєднується тризм – обмежене відкривання рота.

Настрій пригнічений, шкіра обличчя бліда, покрита дрібними капельками поту, червона кайма губ суха. Відчувається смердючий запах з рота, викликаний розпадом білка виразкової тканини з виділенням сірководню та аміаку, виражена гіперсаливація, язик обкладений, регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болючі, тверді на дотик.

Ясна і СОПР яскраво гіперемовані, набряклі, легко кровоточать при дотику. Спочатку верхівки, а потім і тіло міжзубних сосочків покриваються некрозом у вигляді біло-сіруватого, сіро-білого або сірого нальоту, який легко знімається тампоном із поверхні ясенних сосочків, після чого вони мають вигляд зрізаних (симптом зрізаних сосочків), а кровотеча з них виглядає як краплина роси (симптом кривавої роси). Іноді можлива спонтанна кровотеча. Характерно однобічність ураження.

Виразково-некротичне ураження частіше локалізується на СО щік у ретромолярному просторі, по лінії змикання зубів, на боковій поверхні язика, на СО губ та дна порожнини рота. У разі недостатнього лікування гострий виразково-некротичний стоматит здатний до рецидиву і переходу в хронічну форму. Якщо виразково-некротичне ураження поширюється на піднебіння та мигдалики, тоді діагностують ангіну Симановського Венсана. Характерно однобічність ураження, біль під час ковтання, неприємний запах з порожнини рота та несанована порожнина рота.

Може мати 2 форми: виразкова та псевдо плівчаста (дифтероїдна). Об'єктивно виявляють жовтувато-білий чи сірувато-брудний наліт на запаленому і набряклому мигдалику (дифтероїдна форма), після зняття якого виявляється виразкова поверхня до 5-6 см. з нерівними та м'якими краями. Дно покрите нальотом зеленувато-сірого кольору, який має гнильний запах. СО навколо виразки гіперемована, набрякла. Виразки можуть бути поодинокі та численні, різного розміру та глибини. Тривалість хвороби 2-3 тижні.



### **Діагностика.**

У поверхневих шарах виявляється змішана мікрофлора, а у глибших – фузобактерії та спірохети. ЗАК змінюється незначно – можливе підвищення лейкоцитів, біла кров характеризується невеликим зрушенням уліво, іноді значний лімфоцитоз – до 70%. ШОЕ – від 15-20 до 30-40 мм/год. У сечі іноді буває білок.

### **Лікування.**

Місцеве – хірургічна обробка інфекційної рани – видалення некротизованих тканин та усунення місцевих подразнюючих чинників при постійному зрошуванні операційного поля розчинами антисептиків.

У фазі гідратації знеболення, обробка ПР та осередків ураження засобами, що знижують анаеробну мікрофлору.

У фазі дегідратації використовують препарати, які стимулюють репаративні процеси. Загальна терапія – антибіотики, протизапальні (аспірин, бутадіон), гіпосенсибілізуючі.

Фізіотерапевтичне лікування: КУФ, лазерне опромінювання.

Профілактика: гігієна порожнини рота, регулярна санація ПР і своєчасне лікування хвороб, які призводять до зниження імунітету.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Аутоінфекційні стоматити. Визначення. Провокуючі фактори розвитку аутоінфекційних уражень.
2. Описати етіологію та патогенез гострого виразково-некротичного стоматиту.
3. Назвати та описати клінічні прояви та диференційну діагностику.
4. Додаткові методи дослідження.
5. Назвати об'єктивні клінічні методи обстеження хворих з гострим та хронічним виразково-некротичним стоматитом.
6. Описати схему лікування виразково-некротичного стоматиту.
7. Принципи загального лікування виразково-некротичного стоматиту.
8. Заходи профілактики аутоінфекційних стоматитів

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Хворий скаржиться на болючість, кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, кволість, підвищення температури тіла. Об'єктивно: ясна верхньої і нижньої щелеп вкриті брудно-сірим некротичним нальотом, на зубах велика кількість м'яких та твердих зубних відкладень. Яка мікрофлора у великій кількості буде виявлена при бактеріоскопії з елементів ураження?

А. Трихомонади

В. Гриби роду *Candida*

С. Бактероїди

Д. Стафілококи

Е. Фузобактерії і спірохети Венсана

2. Дівчина 18 років, скаржиться на біль та кровоточивість ясен під час чищення зубів і вживання їжі, неприємний запах з рота. Протягом останнього тижня хворіла на грип. Об'єктивно: ясна в ділянці фронтальних зубів нижньої щелепи набряклі, гіперемовані, кровоточать при дотику. Ясенні сосочки вкриті сірим

нальотом, виразкуваті. Прикус глибокий. Відмічається значна кількість зубних відкладень. Визначте попередній діагноз:

- А. Гострий виразковий гінгівіт
- В. Генералізований пародонтит
- С. Гострий катаральний гінгівіт
- Д. Гіпертрофічний гінгівіт
- Е. Локалізований пародонтит

3. Хворий С., 22 років, звернувся зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури, біль в яснах, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясенні сосочки та ясенний край сіруваті, пухкі, наліт легко видаляється з оголенням виразкової, різко болючої поверхні. Слизова оболонка щоки зліва набрякла, гіперемована. В дистальній ділянці на рівні 38 зуба виразка полігональної форми з некротичним нальотом, болісна при пальпації. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Гострий виразковий гінгівіт
- В. Гострий виразковий стоматит
- С. Гостра лейкемія
- Д. Цинготний стоматит
- Е. Хронічний виразковий стоматит

4. Хворий 25-ти років скаржиться на біль у порожнині рота, слабкість, стомленість, підвищення температури тіла до 38°C. Об'єктивно: хворий блідий, адинамічний. Ясна нижньої щелепи гіперемовані, набряклі, на вершинах ясенних сосочків ділянки некротичного нальоту, після зняття якого оголюється виразкова поверхня, що кровоточить. Лімфатичні вузли збільшені, м'які, болісні. Встановіть діагноз:

- А. Агранулоцитоз
- В. Виразково-некротичний стоматит Венсана
- С. Міліарно-виразковий туберкульоз
- Д. Гостра лейкемія
- Е. Хронічна лейкемія

5. Хворому М., 23 років, із діагнозом: гострий виразковий стоматит, лікар-стоматолог призначив комплексне лікування. Виберіть лікарські препарати для загального лікування хворого:

- А. Метронідазол, кларитин, токоферол
- В. Делагіл, аскорбінова кислота, трихопол
- С. Цетрин, вітамін С, преднізолон
- Д. Флуконазол, нейровітан, вітамін D
- Е. Метронідазол, цетрин, вітамін С

6. Юнак 20 років скаржиться на біль та кровоточивість ясен під час чищення зубів і вживання їжі, неприємний запах з рота. Протягом останнього тижня хворів на ГРВІ. Об'єктивно: ясна в ділянці фронтальних зубів нижньої щелепи набряклі, гіперемовані, кровоточать при дотику. Ясенні сосочки вкриті сірим нальотом, виразкуваті. Які зміни в загальному аналізі крові характерні для даного захворювання?

- А. Атипові мононуклеари
- В. Лейкопенія, збільшення ШОЕ, зсув лейкоцитарної формули вліво

С. Еозинофілія

Д. Лейкемічний провал

Е. Лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, зсув лейкоцитарної формули вліво

7. Хворому М., 23 років, лікарем-стоматологом встановлений діагноз: гострий виразковий стоматит. Виберіть лікарські препарати для місцевого лікування хворого у фазі дегідратації:

А. Метронідазол, цетрин, вітамін С

В. 0, 05 % р-н хлоргексидину, обліпихова олія, вітамін С

С. 0, 05 % р-н хлоргексидину, 10 % метилурацилова мазь

Д. Цетрин, вітамін С, 1 % р-н перекису водню

Е. Метронідазол, кларитин, 5% завис анестезину

8. Пацієнт Я., 21 рік, скаржиться на біль, неприємний запах, обмежене відкривання рота, підвищення температури. Хворіє протягом 4 діб. Об'єктивно: тризм II ступеня. У ретромоллярній ділянці навколо 38 і по лінії змикання зубів виразка з нерівними краями, болюча при дотику, кровоточить, вкрита брудно-сірим нальотом. Підщелепні лімфовузли збільшені, болісні. Аналіз крові: Ер. –  $4 \times 10^{12}/л$ , Нб 120 г/л, Л.– $11 \times 10^9/л$ , ШОЕ – 19 мм/год. Встановіть найбільш імовірний діагноз:

А. Агранулоцитоз

В. Виразково-некротичний стоматит Венсана

С. Міліарно-виразковий туберкульоз

Д. Гостра лейкемія

Е. Хронічна лейкемія

9. Хворий В., 19 років скаржиться на нездужання, лихоманку, біль в порожнині рота. Захворів 2 дні тому. Об'єктивно: температура тіла  $38,8^{\circ}C$ , регіонарні лімфовузли збільшені, болісні, рухомі. Слизова оболонка порожнини рота гіперемована, набрякла, ясенні сосочки кровоточать, на ясенному краї сірувато-білий наліт, на слизовій оболонці щоки виразки з нерівними краями, болісні, вкриті некротичним нальотом. Яка мікрофлора найбільш імовірно буде виявлена при мікробіологічному дослідженні?

А. Бліда спірохета

В. Вірус простого герпесу

С. Дріжджеподібні клітини гриба роду Кандіда

Д. Фузо-спірилярний симбіоз

Е. Дифтерійна паличка

10. Пацієнт К., 23 років, після перенесеного гострого респіраторного захворювання скаржиться на загальну слабкість, інтенсивний біль в роті, кровоточивість ясен, неприємний запах. Об'єктивно: підщелепні лімфовузли збільшені і болючі, СОПР гіперемована, набрякла, спостерігаються численні виразкові вогнища, вкриті сірим некротичним нальотом. Вкажіть результат мікроскопічного дослідження зішкрябу з уражених ділянок.

А. Змішана флора із значною кількістю фузобактерій і спірохет

В. Нейтрофіли в стадії розпаду, епітеліальні клітини, стафілококи

С. Стрептококи, стафілококи, лактобацили, епітеліальні клітини

Д. Нейсерії, вейлонели, колі-бактерії, епітеліальні клітини

Е. Значна кількість еритроцитів, актиноміцети

11. У пацієнта 25 років виявлені вогнища некрозу впродовж ясенного краю на обох щелепах. Веде безладний образ життя, вживає наркотики. Протягом останніх трьох днів відзначає слабкість, підвищення температури тіла до 37,8°C. Шкіра обличчя із землистим відтінком. Підщелепні лімфовузли збільшені, болісні, рухливі. ГІ за Федоровим-Володкіною 2,6 балів. Визначте імовірну причину захворювання:

- А. Фузо-спірілярний симбіоз
- В. Шкідливі звички
- С. Переохолодження
- Д. Погана гігієна порожнини рота
- Е. Порушення режиму дня

12. Пацієнт 22 років скаржиться на підвищення температури до 39°C, головний біль та біль у горлі, особливо при ковтанні. Об'єктивно: слизова оболонка ротової порожнини набрякла, гіперемована. На щоці зліва в ретромоллярному просторі на фоні гіперемії спостерігається виразка, вкрита нальотом сірого кольору. Регіонарні лімфовузли значно збільшені, болісні при пальпації. Виберіть препарат для етіотропної терапії:

- А. Еріус
- В. Метронідазол
- С. Аскорбінова кислота
- Д. Сорбекс
- Е. Ібупрофен

13. Дівчина 15 років хворіє протягом 3 днів, відмовляється від їжі, млява, слабка. Відзначається підвищення температури тіла до 38,°C, болісні „виразки” у ротовій порожнині. Об'єктивно: на ясенному краї – некротична кайма, на СО щоки зліва та піднебінні виявлені полігональні виразки розміром 2×2,5 см, розташовані на гіперемованому фоні, вкриті некротичним нальотом. Регіонарні лімфовузли збільшені, болісні при пальпації. Поставте діагноз:

- А. Гострий афтозний стоматит
- В. Гострий катаральний стоматит
- С. Гострий герпетичний стоматит
- Д. Гострий виразково-некротичний стоматит Венсана
- Е. Кандидозний стоматит

14. Хворий П., 23 років, скаржиться на біль у порожнині рота, неприємний запах, підвищення температури до 38°C. Захворювання пов'язує із утрудненим прорізуванням 46 зуба. Пацієнт блідий, адинамічний, регіонарні лімфовузли збільшені, болісні. Міжзубні сосочки та маргінальна частина ясен набрякла, гіперемована, вкрита некротичним нальотом, на зубах велика кількість зубних відкладень. Поставте діагноз:

- А. Агранулоцитоз
- В. Гостра лейкемія
- С. Гонорейний стоматит
- Д. Гострий виразково-некротичний стоматит Венсана
- Е. Гострий герпетичний стоматит



15. Хворому Р., 22 років, встановлений діагноз: гострий виразково-некротичний стоматит Венсана. Під час обробки поверхонь виразок некротичний наліт видаляється важко. Після видалення нальоту з верхівок ясенних сосочків міжзубні проміжки „зіяють”. Вкажіть симптом, характерний для даного захворювання:

- А. Зрізаних сосочків
- В. Кривавої роси
- С. Яблучного желе
- Д. Скошеної луки
- Е. Фартуха

16. Хворий Н., 25 років, скаржиться на біль, кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, підвищення температури до  $37,6^{\circ}\text{C}$ , загальну слабкість. Хворіє три дні. Об'єктивно: слизова порожнина рота гіперемована, ясеневі сосочки набряклі з ділянками некротичного нальоту, який легко знімається, наявний симптом „кривавої роси”, підщелепний лімфаденіт. Вкажіть етіологічний чинник захворювання:

- А. Фузо-спірілярний симбіоз
- В. Вірус простого герпесу
- С. Дріжджеподібні клітини гриба роду Кандіда
- Д. Бліда спірохета
- Е. Дифтерійна паличка

17. У дівчини 25 років діагностовано тяжку форму гострого виразково-некротичного стоматиту Венсана, період згасання хвороби. Якими лікарськими засобами необхідно доповнити лікування пацієнтки у цей період?

- А. Знеболюючі
- В. Протеолітичні ферменти
- С. Противірусні
- Д. Протигрибкові
- Е. Кератопластичні

18. Хворий П., 18 років, скаржиться на болісність у порожнині рота при прийомі їжі. Скарги з'явилися вперше 4 дні тому. В анамнезі – хронічний холецистит. Об'єктивно: на боковій поверхні язика та на ясенному краю на тлі набряклої і гіперемованої слизової оболонки визначаються виразкові поверхні вкриті нальотом сіруватого кольору, болісні при пальпації. В ділянці 38 зуба слизова оболонка гіперемована, набрякла, нависає над коронкою. Вкажіть фактор, який провокує захворювання:

- А. Молодий вік
- В. Хронічний холецистит
- С. Утруднене прорізування 8 зуба
- Д. Стрепто-стафілококова мікрофлора
- Е. Некротичний наліт

19. Хворий скаржиться на гострий біль у роті, горлі, що утруднює вживання їжі, підвищення температури тіла до  $37,8^{\circ}\text{C}$ . Захворів після переохолодження добу тому. Об'єктивно: ясна у ділянці нижніх фронтальних зубів гіперемовані,

набряклі, визначається некроз ясенного краю і збільшення лімфатичних вузлів. Призначте додаткові методи дослідження:

- А. Загальний аналіз крові, бактеріоскопія зішкрябу з ясен
- В. Біохімічний аналіз крові
- С. Цитологічне дослідження
- Д. Алергологічні тести
- Е. Аналіз крові на ВІЛ

20. Після перенесеного ГРВІ хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на болі в яснах, неприємний запах з рота, неможливість приймати їжу, загальну слабкість. Об'єктивно: ясна гіперемовані, набряклі, вкриті некротичним грязно-сірим нальотом, при знятті якого виникає кровоточивість. Мікробіологічне дослідження зішкрябу виявило велику кількість коків, паличок, фузобактерій та спірохет. Вкажіть препарат етіотропної дії для місцевого лікування захворювання:

- А. Пеніцилінова суспензія
- В. Метацил-анестезинова суспензія
- С. Каротолін
- Д. Трипсин
- Е. Солкосерил

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.

5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin l. Ya. Bobyрева.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №67.

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРОЯВІВ ГРИПУ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА. ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА.

**1. Актуальність теми:** Вірусні захворювання є актуальною проблемою в медицині. Грип має часто прояви в ротовій порожнині і раннє діагностування його допомагає коректному лікуванню і попередженню ускладнень.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- етіологію, патогенез, загальноклінічні прояви та прояви на СОПР;
- діагностувати у хворих симптоми вірусу грипу;
- провести диференційну діагностику;
- призначати додаткові методи обстеження хворих при проявах на слизовій оболонці порожнини рота грипу;
- пояснити основні принципи лікування та профілактики грипу.

##### 2.2. Вміти:

- провести клінічне обстеження хворого із проявами вірусних інфекцій у порожнині рота;
- призначити додаткові методи обстеження хворому;
- оцінити результати лабораторних методів обстеження хворого із проявами вірусних інфекцій у порожнині рота;
- скласти план лікування хворого із проявами грипу;
- застосовувати препарати для лікування проявів вірусних інфекцій у порожнині рота;
- надати пацієнту рекомендації щодо гігієни порожнини рота;
- заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

#### III. Зміст теми:

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

##### *Етіологія, патогенез.*

Зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом від прямого контакту із хворою людиною, яка є джерелом інфекції з останніх годин інкубаційного періоду до 4-7 доби захворювання. Для грипу характерна сезонність (зимово-весняний період), перебіг у вигляді епідемій. Збудники грипу належать до сімейства ортоміксовірусів, яке охоплює три антигенні типи – А, В, С. Ворота інфекції – верхні відділи респіраторного тракту. Віруси ушкоджують слизову оболонку дихальних шляхів, розмножуючись в епітеліальних клітинах. Відбуваються дегенеративні зміни циліндричного епітелію, що супроводжується зниженням бар'єрної функції слизової оболонки. Проникнення вірусу та його токсинів у кров спричиняє підвищення проникності та ламкості судинних стінок (розвиток геморагічного синдрому), токсичне ураження різних відділів центральної і вегетативної нервової системи.

Грипозна інфекція обумовлює появу імунodefіциту, що призводить до вторинних бактеріальних ускладнень та загострення супутніх хронічних захворювань. Але з перших годин в інфікованих клітинах утворюється

інтерферон, який обмежує поширення грипозного вірусу. До кінця тижня хвороби з'являються і підвищуються титри гуморальних антитіл. Тяжкість хвороби визначається вірулентністю вірусу грипу та станом імунної системи хворого.

### Клініка.

Інкубаційний період триває від 12 до 48 годин. Типовий грип розпочинається гостро. Хворі скаржаться на гарячку, підвищення температури тіла, слабкість, біль у м'язах, суглобах, очах, пітливість, сильний головний біль, можливо сухість, неприємні відчуття у горлі.



*Рис.1 Посилений судинний рисунок, точкові крововиливи на м'якому піднебінні при інфекції, спричиненій вірусом грипу типу В.*

Катаральний синдром із боку слизових оболонок верхніх дихальних шляхів може розвинути як через декілька годин після початку захворювання, так і на 2-у добу, що проявляється у вигляді нежитю, кашлю. Під час огляду виявляють гіперемію обличчя, підвищене потовиділення, температуру тіла, зниження артеріального тиску. Можливі риніт, фарингіт, трахеїт, ларингіт.

Ураження слизової оболонки порожнини рота неспецифічні і залежать від виду вірусу, реактивності організму, місцевого імунітету. Так, на початковій стадії грипу з'являються яскрава гіперемія слизової оболонки м'якого піднебіння, піднебінних дужок, глотки, іноді слизової оболонки щік і ясен.

Одночасно на ділянці м'якого піднебіння виявляють просоподібні зернисті висипи червоного кольору, які утворюються внаслідок гіперплазії епітелію вивідних проток слинних залоз. Через декілька днів вищезазначені ураження слизової оболонки змінюються посиленням судинного малюнку, появою петехій на слизовій рота, десквамацій епітелію та сіруватого нальоту на язиці, загостренням хронічних захворювань тканин пародонта, якщо вони були до грипу. Розвивається катаральний стоматит. Різка зниження імунітету, характерне для гострої вірусної інфекції, поганий гігієнічний догляд за зубами можуть призвести до активізації резидентної мікрофлори порожнин рота.

Нашарування вторинної інфекції може спричинити розвиток гострого герпетичного, виразково-некротичного, афтозного, кандидозного стоматиту.

Як ускладнення інколи виникають неврити трійчастого, лицевого нервів. Одужання в таких випадках затримується на 2-3 тижні.

Периферична кров характеризується лейкопенією, еозинофілією, нейтропенією, відносним моноцитозом, лімфоцитозом, ШОЕ може бути підвищена.

Імунофлюоресцентною діагностикою збудник грипу виявляють у слизу носа або зіву. Підтвердження діагнозу можливе і методами серологічної діагностики (дослідження парних сироваток хворих, взятих з інтервалом 5-7 діб). Важливий аналіз епідеміологічної ситуації.

За неускладненого перебігу грипу вірус із організму зникає на 4-5 добу, гарячка загалом триває до 4 діб, працездатність відновлюється через 7-10 діб. Якщо форма грипу ускладнена, то наявність збудника реєструють в організмі до 2-х тижнів.

Перебіг захворювання у таких випадках може ускладнитись бактеріальною інфекцією, виникненням фронтиту, гаймориту, отиту, пневмоній, токсичними ураженнями міокарда, головного мозку. Імунітет після перенесеного грипу нестійкий, оскільки мінливість імуногенних властивостей різних типів, підтипів та варіантів вірусу грипу дуже висока,



*Рис.2. Зерниста енантема при катаральному стоматиті, спричиненому вірусом грипу типу В.*

*Лікування.* Хворого ізолюють та призначають загальне протигрипозне лікування (дезінтоксикаційна, протівірусна, загальнозміцнювальна та симптоматична терапія). Необхідний старанний гігієнічний догляд за порожниною рота.

Місцеві втручання за наявності змін на слизовій оболонці порожнини рота визначаються типом виникаючого стоматиту (катаральний, герпетичний, афтозний, виразково-некротичний, кандидозний та ін.) та спрямовані на запобігання приєднанню вторинної інфекції (застосування місцевих антисептичних засобів).

*Профілактика.* Для специфічної профілактики грипу показана протигрипозна вакцинація, яка проводиться в перед епідемічний період.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Описати етіологічні чинники та патогенез грипу.
2. Які найбільш характерні клінічні прояви грипу на слизовій оболонці порожнини рота?
3. Призначити додаткові методи обстеження.
4. Провести диференційну діагностику вірусних захворювань.
5. Назвати препарати для загального лікування.
6. Скласти схему місцевого лікування.
7. Застосування фізичних методів в діагностиці та лікуванні грипу.

8. Принципи профілактики грипу.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Який провідний етіологічний фактор розвитку грипу?

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

2. Які зміни на СОПР спостерігаються при захворюванні грипом?

- A. Яскрава гіперемія, зернистість піднебіння, петехії
- B. Пухирці та пухирі
- C. Полігональні папули
- D. Кератоз, еритема, рубцева атрофія
- E. Плівчатий наліт, щільно спаяний з підлеглими тканинами

3. При діагностиці вірусних захворювань основне лікування проводить:

- A. Ендокринолог
- B. Гастроентеролог
- C. Інфекціоніст
- D. Алерголог
- E. Стоматолог

4. Лікар-стоматолог при проявах вірусних захворювань на слизовій оболонці порожнини рота призначив симптоматичне лікування. Це:

- A. Хлоргексидин, олія обліпихи
- B. Метронідазол, асвіт
- C. Азитроміцин, лоратидин
- D. Преднізолон, полівітаміни
- E. Флуконазол, полівітаміни

5. Які заходи слід застосувати для профілактики грипу?

- A. Ізоляція хворого
- B. Кип'ятити молоко, піддавати м'ясо ретельній термічній обробці
- C. Профілактики не потребує
- D. Проводити роз'яснювальну роботу
- E. Використати для обробки СОПР мазь Ацикловір

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

- A. Грип
- B. Хронічна лейкемія
- C. Гостра лейкемія
- D. Поліцитемія
- E. Тромбоцитопенічна пурпура

7. Пацієнтка 40 років звернулася до стоматолога з приводу косметичного дефекту на зубах 11,12. В анамнезі 3 дні тому відчула нездужання, викликала

сімейного лікаря, був поставлений діагноз грип, зараз на лікарняному. Об'єктивно: хвора ослаблена, астеничної статури температура 37,0С. У порожнині рота на м'якому і твердому піднебінні петехії, геморагії, судинний малюнок добре виражений. Ясенні сосочки набряклі, ціанотичні, легко кровоточать при пальпації. Яка тактика лікаря стоматолога?

- A. Зняти зубні відкладення і провести реставрацію
- B. Призначити загальне лікування з приводу грипу
- C. Відкласти реставрацію до повного видужання
- D. Провести реставрацію
- E. Призначити додаткове обстеження на СНІД

8. Хвора, 27 років, скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури тіла, головний біль. Об'єктивно: підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації, температура тіла 37,8 °С, слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. На слизовій оболонці порожнини рота на м'якому і твердому піднебінні петехії, геморагії, судинний малюнок добре виражений. Поставлений діагноз грип. Які шляхи передачі даного захворювання?

- A. Трасмісивний
- B. Повітряно-крапельний
- C. Контактний
- D. Вертикальний
- E. Гемоконтактний

9. Пацієнт П., 28 років скаржиться на біль, припухлість і кровоточивість ясен. Протягом останнього тижня він хворіє на грип. Об'єктивно: слизова оболонка ясен в ділянці передніх зубів верхньої та нижньої щелеп набрякла, яскраво гіперемійована, болісна при пальпації. Ясенні сосочки та ясенний край припухлі, легко кровоточать при дотику. Відзначається регіонарний лімфаденіт. Визначте попередній діагноз:

- A. Катаральний стоматит
- B. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- C. Гострий катаральний гінгівіт
- D. Гострий афтозний стоматит
- E. Гострий виразковий гінгівіт

10. Хворий П., 21 рік, скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури тіла, головний біль. Хворіє другу добу. Об'єктивно: підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації, температура тіла 37,8 °С, слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. На слизовій оболонці порожнини рота на м'якому і твердому піднебінні петехії, геморагії, судинний малюнок добре виражений. Ясенні сосочки набряклі, ціанотичні, легко кровоточать при зондуванні. Встановлено діагноз: грип. Які заходи призначить лікар?

- A. Професійна гігієна, санація ротової порожнини
- B. Професійна гігієна, фізіотерапевтичні процедури
- C. Рациональне використання антибіотиків, безвуглеводна дієта
- D. Вакцинація
- E. Дезінтоксикаційна, гіпосенсибілізуюча, симптоматична терапія



11. У пацієнта А., 32 років, після гострого респіраторного захворювання загальна слабкість, неприємний запах з рота, інтенсивний біль у яснах та їх кровоточивість. Об'єктивно: збільшення та болісність лімфовузлів, ясна гіперемовані, набряклі, множинні виразки, вкриті сірим фіброзним нальотом. Яке дослідження обов'язково повинен призначити лікар?

- A. Загальний аналіз крові
- B. Рентгенограма
- C. Алергологічні проби
- D. Стійкість капілярів за Кулаженко
- E. Загальний аналіз сечі

12. Хворий Б., 32 роки, скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури тіла, головний біль протягом декількох днів. Об'єктивно: підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації, температура тіла 38,2 °С, слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. На слизовій оболонці порожнини рота на м'якому і твердому піднебінні петехії, геморагії, судинний малюнок добре виражений. Ясенні сосочки набряклі, ціанотичні, легко кровоточать при зондуванні. Встановлено діагноз: грип. Яке лікування має призначити лікар-стоматолог?

- A. Антибіотикотерапію
- B. Протигрибкове
- C. Професійну гігієну
- D. Симптоматичне
- E. Вакцинацію.

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О.

- Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
  4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
  5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
  6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
  7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
  8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА № 68.

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРОЯВІВ СНІДУ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА. ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА.

**I. Актуальність теми:** СНІД - це широко розповсюджене вірусне захворювання, первинні прояви якого, дуже часто зустрічаються в ротовій порожнині. Це вимагає від лікаря стоматолога чітких знань симптоматики, як з метою запобігання самозараження, так із метою своєчасної діагностики та подальшого лікування хворого із профільними лікарями.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- сучасні уявлення про етіологію, патогенез СНІДу;
- загальну клінічну симптоматику та прояви на СОПР;
- основні та додаткові методи діагностики;
- принципи лікування та профілактики СНІДу.

##### 2.2 Вміти:

- провести повне клінічне обстеження хворого;
- призначити додаткові методи обстеження та правильно інтерпретувати їх;
- провести диференційну діагностику;
- провести місцеве лікування проявів на СОПР;
- направити пацієнта до суміжних спеціалістів.

#### III. Зміст теми:

##### *СНІД.*

Синдром набутого імунodefіциту – антропонозне вірусне захворювання, яке характеризується виникненням та повільним прогресуванням дефіциту імунної системи, що призводить до загибелі хворого від вторинних інфекцій та новоутворень.

СНІД – це термінальна стадія ВІЛ-інфекції, яка настає у більшості випадків через 5-10 років після зараження.

##### *Етіологія, патогенез.*

Епідеміологічну ситуацію у світі з ВІЛ-інфекцією, чумою ХХ століття, характеризують як пандемію. Перше повідомлення про СНІД з'явилося у 1981 році. На кінець минулого сторіччя у світі кожної хвилини відбувалось інфікування 6 осіб, а помирало від СНІДу 5 хворих. Смертність людей молодого віку від СНІДу посідає перше місце серед усіх причин смертності даної вікової категорії населення.

Джерелом ВІЛ-інфекції є хвора на СНІД людина або вірусносії. Вірус може існувати у всіх біологічних рідинах (кров, сперма, вагінальний секрет, спинномозкова рідина, грудне молоко, слина, слюзи, піт та ін.), долає трансплацентарний бар'єр. Інфікуюча доза вірусу складає 10 тисяч віріонів.

Передача вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ) здійснюється двома механізмами – природним (контактним, вертикальним, горизонтальним) і штучним (ін'єкційним, гемотрансфузійним, трансплантаційним та ін.).

ВІЛ належить до роду *Lentivirus* (повільних вірусів, що обумовлює тривалий інкубаційний період) сімейства *Retroviridae* (у складі віріонів ретровірусів є

фермент зворотна транскриптаза). Уперше ВІЛ був виділений із лейкоцитів крові пацієнта із лімфаденопатією (передбачали носія збудника СНІДу) у 1983 р. у Франції в інституті Пастера. Описані два основні типи збудника – ВІЛ-1 (найбільш розповсюджений) та ВІЛ-2 (циркулює переважно у країнах Центральної Африки).

ВІЛ малостійкий у зовнішньому середовищі і гине при температурі 56° С через 30 хвилин, 70° С – через 10 хвилин, інактивується дезінфікуючими засобами. У той же час у висушеному стані при кімнатній температурі зберігає свою активність 3-6 діб, витримує низькі температури (до – 273°С), стійкий до іонізуючої радіації та ультрафіолетового опромінення. У крові для переливання вірус може жити роками, а в замороженій сироватці його активність зберігається до 10 років.

У патогенезі ВІЛ-інфекції виділяють 3 стадії:

1. Рання вірусемічна стадія:

- серонегативний період – із моменту проникнення ВІЛ в організм і до появи у крові перших специфічних антитіл до антигенів ВІЛ (близько 45 діб);
- серопозитивний період (сероконверсії) – поява і збільшення кількості у крові антигенспецифічних антитіл (анти-gp120, анти-gp 41 та ін.), зникнення у крові ВІЛ, збільшення кількості Т-хелперів, нормалізація їхньої кількості.

2. Безсимптомна стадія:

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

3. Стадія імунодепресії:

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

#### *Клініка.*

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

#### *Класифікації*

Класифікація за В.І. Покровським (2000), згідно з якою виділяють 4 стадії ВІЛ-інфекції:

- І стадія – інкубація;
- А – гостра інфекція;

- Б – безсимптомна інфекція;
- II – персистуюча генералізована лімфаденопатія;
- III – стадія вторинних захворювань;
- А – перехідна стадія від персистуючої генералізованої лімфаденопатії до СНІД-асоційованого комплексу.
- Б – за клінічним проявом близька до поняття СНІД-асоційований комплекс;
- В – розгорнута клінічна картина СНІД;
- IV – термінальна стадія.

Описано до 40 різних уражень тканин рота. Найбільш повна їх систематика складена у Центрі контролю за захворюваннями США (1995).

***Виділяють 3 групи уражень:***

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

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

*II. Ураження рідше пов'язані із ВІЛ:*

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

*III. Ураження ймовірно пов'язані із ВІЛ:*

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

Клінічний прояв всіх чисельних захворювань порожнини рота при ВІЛ інфекції не є специфічним і дуже схожий із однойменними самостійними нозологічними формами.



*Рис.1 Папіломатозне ураження верхньої та нижньої губи у ВІЛ-пацієнта*

*Рис.2 Саркома Капоші*

*Рис.3 ВІЛ-кандидозний глосит*

Діагноз ВІЛ-інфекції виставляють на основі епідеміологічних, клінічних і лабораторних даних. Матеріалом для лабораторної діагностики є кров. Використовують специфічні (серологічні, вірусологічні та молекулярно-генетичні) і неспецифічні методи.

Серологічна діагностика включає виявлення антитіл до ВІЛ імуноферментним аналізом (ІФА) та наступне підтвердження їх специфічності імуноблотінговим тестом (ІБ). Достовірним критерієм інфікованості ВІЛ, що є достовірним, навіть у серонегативному періоді захворювання, являється виділення та ідентифікації культури ВІЛ. Але таке вірусологічне дослідження можливе лише в складних для діагностики випадках і в умовах крупної вірусологічної лабораторії. Аналогічною високою інформативною цінністю характеризуються молекулярно-генетичні методи, що включають і ПЛР (полімеразну ланцюгову реакцію), і дозволяють розраховувати кількість копій РНК ВІЛ у плазмі. Неспецифічна лабораторна діагностика, що дозволяє запідозрити ВІЛ-інфекцію, базується на визначенні абсолютного вмісту у крові Т-хелперів (CD4), Т-супресорів (CD8) з послідуєчим розрахунком індексу імунорегуляції. У здорових людей коефіцієнт співвідношення CD4/CD8 складає 1,8-2,2, на стадії СНІДу – 1,0 та нижче.

Важливо оцінити зміни периферичної крові у ВІЛ-інфікованих, особливо на стадії СНІДу, які характеризуються лімфоцитопенією, анемією, ретикулоцитопенією, нейтропенією, тромбоцитопенією, моноцитопенією.

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

### Лікування.

Головні принципи терапії – своєчасний початок етіотропного лікування хворих, профілактика СНІД-асоційованих інфекцій та своєчасна патогенетична терапія вторинних хвороб для запобігання розвитку загрозливих для життя уражень. Етіотропне лікування ВІЛ-інфекції охоплює 3 групи препаратів: інгібітори вірусних ферментів;  $\alpha$ -інтерферони; препарати, що взаємодіють із регуляторними білками ВІЛ.

Профілактична терапія СНІД-асоційованих хвороб проводиться антибіотиками, хіміопрепаратами, імуноглобулінами за індивідуальними схемами. Імуностимулятори в цьому разі протипоказані.



Стоматологічна допомога ВІЛ-інфікованим полягає в санації порожнини рота, спільному лікуванні разом із інфекціоністами наявних уражень у щелепно-лицевій ділянці.



### *Профілактика.*

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, профілактика ВІЛ інфекції має проводитися на трьох рівнях:

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

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

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

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

1. Запобігання статевій передачі ВІЛ – формування здорового способу життя, сексуальної культури, навчання безпечній статевій поведінці, запобігання і лікування хвороб, що передаються статевим шляхом.
2. Запобігання передачі ВІЛ через кров – забезпечення безпечними трансплантаційними органами, створення асептичних умов для інвазійних маніпуляцій, які виконуються в хірургічній, стоматологічній, косметологічній практиці.
3. Запобігання перинатальній передачі ВІЛ – розповсюдження інформації про шляхи інфікування ВІЛ, планування родини, консультації та медична допомога жінкам, які заражені ВІЛ.
4. Організація соціальної підтримки та медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, їхнім родинам та оточенню. Ураховуючи високий ризик професійного інфікування медичних працівників стоматологічних закладів, необхідно дотримуватись певних вимог.

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

Під час роботи різальними та колючими інструментами слід уникати пошкоджень рукавичок, порізів та уколів рук. Якщо таке пошкодження відбулося, необхідно негайно обробити рукавички дезінфікуючим розчином,



зняти їх робочою поверхнею всередину, выдавити кров із рани, під проточною водою ретельно вимити руки із милом, обробити їх 70% розчином етилового спирту, змазати ранку 5% розчином йоду, накласти на неї лейкопластир. Якщо хворий був ВІЛ-інфікований, потрібно терміново попередити керівництво лікувального закладу для реєстрації випадку та проведення екстреної профілактики ВІЛ. Забруднені кров'ю руки негайно, протягом не менше 30 сек. обробляють антисептиком для шкіри (70% спирт, 3% розчин хлораміну, стериліум, хлоргексидин та ін.), двічі миють теплою проточною водою із милом, насухо витирають індивідуальною серветкою.

Якщо кров чи інші біологічні рідини потрапили на слизову оболонку очей, їх негайно промивають водою або обробляють 1% розчином борної кислоти; слизову носа - 1% розчином протарголу; слизову рота - 70% спиртом, 0,05% розчином перманганату калію чи 1% розчином борної кислоти. Уникати процедури відновлення дихання хворого на ВІЛ/СНІД методом рот у рот.

Прополіскування рота пацієнтом перед процедурами значно зменшує кількість мікроорганізмів в аерозолях, що утворюються під час процедур (за використання води – на 75 %, спеціальних ополіскувачів – на 98 %). Медичний працівник повинен ставитися до крові та інших біологічних рідин організму пацієнтів як до потенційно заразного матеріалу.

У роботі стоматолога максимально застосовувати інструменти і матеріали одноразового використання, після чого знезаражувати їх. Дезінфекцію і стерилізацію повторно застосованих інструментів слід виконувати, чітко дотримуючись санітарних вимог галузевих стандартів.

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

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

#### **ІV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Етіологія та патогенез СНІДу.
2. Класифікації клінічних проявів.
3. Прояви в ротовій порожнині та основний симптомокомплекс загальних проявів.
4. Диференційна діагностика СНІДу.
5. Додаткові методи обстеження.
6. Яка тактика лікаря-стоматолога у випадку звернення пацієнта з підозрою на ВІЛ-інфекцію?

7. Які заходи безпеки слід застосувати при прийомі ВІЛ-інфікованого пацієнта?
8. Обсяг стоматологічних втручань у пацієнтів при СНІДі
9. Принципи лікування СНІДу.
10. Профілактика та групи ризику.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Чоловік 24 років скаржиться на біль, неприємний запах з рота, збільшення температури тіла до 38,0 °С. Чоловік блідий адинамічний. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації. Ясна набряклі, гіперемійовані, вкриті некротичний нальотом. На зубах – велика кількість зубного каменю. Який додатковий метод дослідження необхідно провести в першу чергу?
  - A. Загальний розгорнутий клінічний аналіз крові
  - B. Аналіз крові на цукор
  - C. Бактеріоскопічний
  - D. Гістологічний
  - E. Ортопантомографію
2. Хворому 23 років встановлено діагноз хронічний гіперпластичний кандидозний стоматит, генералізована лімфаденопатія. В анамнезі протягом року хворіє хронічним рецидивуючим герпетичним стоматитом. Температура тіла постійно підвищується до 37,4-37,5 °С, вага тіла за останній місяць зменшилась на 8 кг. Який діагноз можна запідозрити у хворого?
  - A. Гостра лейкемія
  - B. Інфекційний мононуклеоз
  - C. СНІД
  - D. Хронічна лейкемія
  - E. Ящур
3. Під час диспансерного огляду студента А., 20 років виявлена генералізована лімфаденопатія. Температура тіла 37,5 °С, вага тіла за останній місяць знизилась на 7 кг. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, набряклі, кровоточать при зондуванні. На спинці язика велика кількість жовтувато-сірого нальоту. Який попередній діагноз можна поставити хворому?
  - A. Агранулоцитоз
  - B. Інфекційний мононуклеоз
  - C. Гостра лейкемія
  - D. Хронічна лейкемія
  - E. Синдром набутого імунодефіциту
4. На прийом до стоматолога звернувся хворий В., 29 років, зі скаргами на біль в яснах неприємний запах з рота, неможливість прийому їжі. В анамнезі пацієнт відмічає що дані симптоми з'явилися близько 5 місяців, за допомогою не звертався. Крім того, відмічає зниження маси тіла на 13 кг, хронічну діарею та субфебрильну температуру за цей період. Вживає наркотики протягом 4 років. Вкажіть з яких субстратів можна виділити збудника ВІЛ?
  - A. Кров
  - B. Плазма
  - C. Слина
  - D. Пунктати лімфатичних вузлів

Е. Всіх

5. У хворого 21 року клінічні прояви виразкового стоматиту. Упродовж 3 місяців відмічає слабкість, підвищення температури до 37,5 °С, різке зниження ваги. Обличчя бліде, підщелепні лімфатичні вузли збільшені. Поставте попередній діагноз:

А. СНІД

В. Гостра лейкемія

С. Виразково-некротичний стоматит Венсана

Д. Гіповітаміноз С

Е. Агранулоцитоз

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

А. Хронічний гіперпластичний кандидоз СОПР

В. Генералізована лімфаденопатія

С. Температура тіла 37,4-37,70 °С

Д. Постійна гарячка, зменшення маси тіла, хронічна діарея

Е. Хронічна діарея тривалістю 1,5 місяців

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

А. Загальний клінічний аналіз крові

В. Аналіз крові на вміст глюкози

С. Аналіз крові на RW

Д. Аналіз крові на ВІЛ

Е. Аналіз крові на ревмопроби

8. При огляді хворого 23-х років виявлено хронічний кандидоз слизової оболонки порожнини рота, генералізована лімфаденопатія. В анамнезі на протязі року хворіє герпесом. Температура тіла постійно підвищується до 37,4-37,5 °С, вага тіла за останній місяць зменшилась на 8 кг. Про яке захворювання може свідчити цей симптомокомплекс?

А. Інфекційний мононуклеоз

В. СНІД

С. Гострий лейкоз

Д. Хронічний лейкоз

Е. Кандидоз СОПР

9. На прийом до стоматолога звернувся хворий К., 26 років зі скаргами на біль та печіння в порожнині рота. В анамнезі пацієнт відмічає, що дані симптоми з'явилися близько 5 місяців, за допомогою до лікаря не звертався. Крім того, відмічає зниження маси тіла на 13 кг, хронічну діарею та субфебрильну температуру за цей період. Вживає наркотики протягом 6-7 років. Об'єктивно:

слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, вкрита м'яким білим нальотом. Яке захворювання можна запідозрити у хворого?

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

10. Хворий П., 25 років звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 37,50 °С, проноси, кровоточивість ясен під час чищення зубів та прийому твердої їжі. Вживає наркотики протягом 4 років, палить. Об'єктивно: обличчя бліде, підщелепні лімфатичні вузли збільшені, безболісні, рухомі, ясна гіперемійовані, набряклі, вкриті виразками. Який попередній діагноз можна поставити хворому?

- A. Агранулоцитоз
- B. Інфекційний мононуклеоз
- C. Гостра лейкемія
- D. ВІЛ-інфекція.
- E. Хронічна лейкемія

11. Хворий Л., 32 років звернувся до стоматолога зі скаргами на гарячку, слабкість, загальне нездужання, діарею, біль в порожнині рота під час прийому гострої та солоної їжі. Об'єктивно: хворий худорлявий, обличчя бліде, підщелепні та шийні лімфатичні вузли збільшені, безболісні, не спаяні між собою та з оточуючими тканинами. Ясна гіперемійовані, набряклі, різко кровоточать при зондуванні. Слизова оболонка спинки язика гіперемійована, вкрита великою кількістю сірого нальоту, на боковій поверхні виявлено відбитки зубів. Який найімовірніший попередній діагноз?

- A. ВІЛ-інфекція, серонегативний період
- B. Гостра лейкемія
- C. Виразково-некротичний стоматит Венсана
- D. Гіповітаміноз С
- E. Агранулоцитоз.

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

**Додаткова:**

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №69**  
**ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРОЯВІВ**  
**ЯЩУРУ, ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ. ТАКТИКА ЛІКАРЯ-**  
**СТОМАТОЛОГА.**

**I. Актуальність теми:** Проблема вірусних захворювань є однією з актуальних проблем в медицині. Досить часто спостерігаються інфекційні вірусні захворювання такі як інфекційний мононуклеоз та ящур. Вони мають прояви в порожнині рота та можуть мати тяжкий перебіг, що визначає проблему в ранній діагностиці і тактиці лікування для лікарів-стоматологів.

**II. Навчальна мета:**

**2.1. Студент повинен знати:**

- навчити сучасним уявленням про етіологію та патогенез симптоматичних вірусних захворювань;
- аналізувати клінічні прояви вірусних інфекцій в щелепно-лицевій ділянці;
- навчити діагностувати у хворих симптоматичні вірусні захворювання (інфекційний мононуклеоз, ящур);
- призначати додаткові методи обстеження хворих при проявах на слизовій оболонці порожнини рота ящуру, інфекційного мононуклеозу;
- пояснити основні принципи лікування та профілактики ящуру, інфекційного мононуклеозу.

**2.2 Вміти:**

- провести клінічне обстеження хворого із проявами вірусних інфекцій у порожнині рота;
- призначити додаткові методи обстеження хворому;
- оцінити результати лабораторних методів обстеження хворого із проявами вірусних інфекцій у порожнині рота;
- скласти план лікування хворого із проявами ящура, інфекційного мононуклеозу;
- застосувати препарати для лікування проявів вірусних інфекцій у порожнині рота;
- надати пацієнту рекомендації щодо гігієни порожнини рота;
- заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

**III. Зміст теми:**

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

*Етіологія, патогенез.*

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

Людина інфікується у разі вживання сирих молочних продуктів, м'яса, що не пройшли належну кулінарну обробку. Кип'ятіння, пастеризація молока

знищують вірус. Зараження може відбутись і від безпосереднього контакту із хворою твариною під час догляду за нею. Захворювання від людини до людини не передається. Найбільш чутливі до вірусу діти.

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

#### *Клініка.*

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

З анамнезу важливо оцінити епідеміологічну ситуацію (контакт із хворою твариною, вживання сирого молока, епізоотологічний статус). Від моменту появи вторинних ефектів – висипання нових пухирців гарячковий стан припиняється. Вони з'являються у порожнині рота, біля кутів рота, в міжпальцевих складках, біля основи нігтьового ложа, на статевих органах, іноді на кон'юнктиві.

Слизова оболонка порожнини рота набрякла, гіперемійована, язик вкритий білувато-жовтим нальотом, підвищується слиновиділення, з'являється неприємний запах з рота. Численні пухирці діаметром 2-4 мм, наповнені молочно-білим ексудатом, виникають на всій слизовій, але їх більше на губах, язиці, піднебінні. Вони порівняно товстостінні і тому зберігаються в порожнині рота 1-2 дні, а потім лопаються з утворенням болючих поверхневих ерозій, оточених яскраво-червоним обідком. На губах такі ерозії вкриваються кірками. Але після зниження температури тіла самопочуття хворого не покращується. Підвищена саливація (до 4-5 л за добу), болючі патологічні елементи ураження в порожнині рота, набряк язика утруднюють ковтання їжі, навіть рідкої, вимову слів.

Регіональні лімфовузли збільшуються, стають болючими при пальпації. Висипання пухирців на шкірі супроводжується печією, свербінням у ділянках кистей та стоп. Ерозії на слизових епітелізуються через 3-5 діб, не залишаючи рубцевих змін, після цього нормалізується загальний стан хворого і настає період реконвалесценції, що триває 10-15 діб. Можливі рецидиви висипів елементів уражень на шкірі та слизових оболонках, які зводяться до декількох місяців.

У дітей захворювання супроводжується вираженими шлунково-кишковими розладами і характеризується тяжким перебігом.

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

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

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



*Рис.1 Поява везикул на піднебінні.*

*Рис.2 Везикулярне висипання на долоні*

*Рис.3 Наявність афт на СОПР*

### **Лікування.**

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

### **Профілактика.**

Виконання рекомендацій санітарно-ветеринарної служби по боротьбі із ящуром серед домашніх тварин (вакцинація, карантинні заходи, дезінфекція).

Дотримання заходів безпеки при догляді за хворими тваринами. Не можна користуватись молочними і м'ясними продуктами від хворих або підозрілих тварин. Для попередження зараження через продукти молоко слід кип'ятити протягом 5 хвилин або пастеризувати при температурі 85°C 30 хвилин, м'ясо піддавати ретельній термічній обробці. Забороняється працювати у господарствах, де можливі епізоотії по ящурі, вагітним, підліткам, особам із мікротравмами рук.

### **Інфекційний мононуклеоз.**

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

*Етіологія, патогенез.*



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

Збудник інфекційного мононуклеозу – вірус герпесу людини типу 4 (вірус Епштейна-Барр), який володіє тропізмом до В-лімфоцитів. Може тривалий час персистувати у клітинах хазяїна у вигляді латентної інфекції.

Ворота інфекції – слизова оболонка верхніх дихальних шляхів, звідки лімфогенним та гематогенним шляхом інфекція поширюється в організмі. Збудник вибірково ушкоджує лімфоїдну і ретикулярну тканину, що призводить до генералізованої лімфаденопатії, збільшення печінки, селезінки, змін у крові. У патогенезі важлива роль відведена нашаруванню вторинної інфекції, особливо у хворих із некротичними змінами зів.

### **Клініка.**

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

Спочатку збільшуються шийні лімфатичні вузли (за нижньою щелепою, по задньому краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза), підщелепні, рідше – пахові. Вузли іноді досягають розмірів курячого яйця, рухомі, слабо болючі, щільно еластичні, не спаяні між собою і з прилеглими тканинами. Навколо шийних вузлів може бути колатеральний набряк, однак шкіра лишається без ознак запалення. На 3-5 добу в 1/4 хворих виявляється екзантема – поява висипу на шкірі тулуба, кінцівок, що має макуло-папульозний характер, дрібно плямистий, розеолезний, папульозний або петехіальний. Елементи ураження через 1-3 доби безслідно зникають. Поряд з цим значно збільшуються і стають щільними печінка та селезінка. Зів хворих різко гіперемійований, виявляється гіперплазія мигдаликів. Тонзиліт розвивається на різних стадіях інфекційного мононуклеозу і може бути катаральним, лакунарним, виразково-некротичним з утворенням фібринозних плівок, що нагадують дифтерійні. Він має стійкий тривалий перебіг і не піддається лікуванню антибіотиками. На 3-4 добу захворювання на межі твердого і м'якого піднебіння з'являються петехії, можливий розвиток катарального, герпетичного або виразково-некротичного стоматиту. Язик обкладений сірувато-білим нальотом, виражена гіперплазія язикового мигдалика, грибоподібних сосочків.

У периферичній крові виявляється лейкоцитоз, лейкопенія, нейтропенія, збільшення лімфоцитів, моноцитів, еозинофілів. Характерна поява атипівих мононуклеарів до 15-30 % усіх лейкоцитів (клітини, що мають ядро великого лімфоцита і широку базофільну з фіолетовим відтінком цитоплазму з вираженим

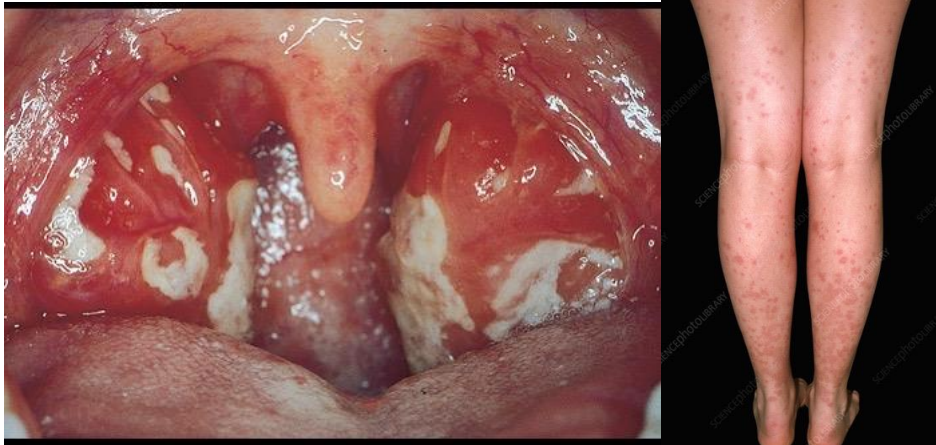
перинуклеарним просвітлінням), які можуть існувати декілька місяців. Вміст еритроцитів, гемоглобіну суттєво не змінюється, ШОЕ становить 20-30 мм/год.

Існують вірусоспецифічні серологічні дослідження, які виконують у складних для діагностики випадках. Вони становлять собою модифікації реакції гетерогемаглютинації. Специфічним підтвердженням діагнозу інфекційного мононуклеозу є виявлення збільшення титру антитіл у 4 рази і більше до вірусу Епштейна-Барр.

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

Прогноз захворювання сприятливий. Але в тяжких випадках можливе ускладнення у вигляді розриву селезінки, гострого гепатиту, гемолітичної анемії, агранулоцитозу, енцефаліту, пневмонії.

Диспансерного нагляду хворі потребують протягом 6-12 місяців.



### **Лікування.**

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

### **Профілактика.**

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

### **IV. Контрольні питання до теми :**

1. Етіологічні чинники та патогенез ящуру, інфекційного мононуклеозу.
2. Які найбільш характерні клінічні прояви ящуру, інфекційного мононуклеозу на слизовій оболонці порожнини рота?
3. Визначте методи діагностики та лікування симптоматичних вірусних захворювань.
4. Проведіть диференційну діагностику з іншими вірусними захворюваннями.
5. Профілактичні заходи при симптоматичних вірусних захворюваннях (ящур, інфекційний мононуклеоз).

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. В аналізі крові атипові мононуклеари вказують на:
  - A. Ящур
  - B. Герпетиформний дерматит Дюрінга
  - C. Гострий герпетичний стоматит
  - D. Інфекційний мононуклеоз
  - E. Грип
2. Пухирці з прозорим вмістом на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі в міжпальцевих складках – везикулярні висипання характеризують:
  - A. Ящур
  - B. Грип
  - C. Інфекційний мононуклеоз
  - D. Кандидоз
  - E. Туберкульоз
3. Вкажіть збудника інфекційного мононуклеозу:
  - A. Паличка Коха
  - B. Бліда спірохета
  - C. Вірус герпесу людини типу 4 (вірус Епштейна-Барр)
  - D. Гриби рода Candida
  - E. Стрепто-стафілококова інфекція
4. Які заходи слід застосувати для профілактики ящуру?
  - A. Ізоляція хворого
  - B. Піддавати м'ясо-молочні продукти ретельній термічній обробці
  - C. Профілактики не потребує
  - D. Проводити роз'яснювальну роботу
  - E. Використати для обробки СОПР мазь «Ацикловір»
5. Чергового лікаря-стоматолога викликали у інфекційне відділення клінічної лікарні до хворого 36 років, госпіталізованого добу назад. 2 дні тому вживав молочні продукти, які купив на ринку. Хворий скаржиться на нудоту, сильний головний біль, печіння у роті, неможливість прийому їжі. Об'єктивно: температура тіла 39°C. На фоні гіперемійованої та набряклої слизової оболонки порожнини рота виявлені численні пухирці та ерозії, виражена гіперсалівація. На шкірі в міжпальцевих складках – везикулярні висипання. Встановіть попередній діагноз:
  - A. Герпетиформний дерматит Дюрінга
  - B. Ящур
  - C. Гострий герпетичний стоматит
  - D. Синдром Бехчета
  - E. Оперізуєчий лишай
6. Хвора М., 32 років, скаржиться на погіршення загального стану, болісне ковтання їжі. Об'єктивно: підщелепні та шийні лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації. Язик обкладений сірувато-білим нальотом, зів різко гіперемійований, мигдалики гіперплазовані. Відмічається катаральний стоматит. У клінічному аналізі крові – лейкоцитоз, поява плазматичних клітин та атипових мононуклеарів. Поставте вірогідний діагноз:

А. Ангіна Симановського-Венсана

В. СНІД

С. Гостра лейкемія

Д. Хронічна лейкемія

Е. Інфекційний мононуклеоз

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

А. Вірус

В. Алерген

С. Мікроорганізм

Д. Гриби рода *Candida*

Е. Важкий метал

8. Жінка 35 років, ветеринар, скаржиться на підвищення температури тіла до 39° С, озноб, слабкість, біль у м'язах, суглобах, почервоніння очей, збільшення слиновиділення, біль та пекучість у роті. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота виявлені численні ерозії діаметром 2-4 мм, кров'янисті кірки на губах. В міжпальцевих складках, біля основи нігтьового ложа, на слизовій очей – дрібні пухирці з мутним вмістом. Поставте попередній діагноз:

А. Гострий герпетичний стоматит

В. Ящур

С. Оперізуєчий лишай

Д. Алергічний стоматит

Е. Пухирчатка

9. При огляді порожнини рота хворого А., 43 років, лікарем-стоматологом виявлені численні пухирці та ерозії, розташовані на гіпереміованому фоні. Виражена гіперсалівація. На шкірі міжпальцевих складок – везикульозні висипання. Відомо, що 5 днів тому хворий вживав молочні продукти, які купив на ринку. Після обстеження лікар запідозрив наявність вірусного захворювання. Які результати лабораторних досліджень найбільш вірогідні?

А. Підвищення титру антитіл до вірусу грипу типу А

В. Підвищення титру антитіл до вірусу простого герпесу

С. Підвищення титру антитіл до пікорнавірусу ящура

Д. Підвищення титру антитіл до ВІЛ

Е. Підвищення титру антитіл до вірусу Епштейна-Барр

10. Хворий В., 18 років, скаржиться на біль в горлі, підвищення температури тіла до 39°С, біль в ділянці печінки та селезінки. Захворів 7 днів тому, самостійно приймав Грипоцитрон, полегшення не відмічає. Об'єктивно: піднебінні дужки різко гіпереміовані, мигдалики гіперплазовані, а на межі твердого і м'якого піднебіння петехії, язик обкладений сірувато-білим нальотом, виражена гіперплазія грибоподібних сосочків. На шкірі тулуба, кінцівок макуло-

папульозні висипи. В аналізі крові: лейкоцитоз, лімфоцитоз, моноцитоз, ШОЕ – 28 мм/год., атипові мононуклеари. Поставте діагноз:

- A. Грип
- B. Інфекційний мононуклеоз
- C. Ящур
- D. СНІД
- E. Кір

11. Після обстеження хворого К., 20 років, лікар-стоматолог запідозрив діагноз: інфекційний мононуклеоз. Яка подальша тактика лікаря стоматолога?

- A. Направити хворого на консультацію до дерматовенеролога
- B. Видати лікарняний лист
- C. Провести санацію порожнини рота
- D. Направити хворого на консультацію до інфекціоніста
- E. Призначити обстеження на ВІЛ-інфекцію

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів ІV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. –

176 с.

7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №70

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРОЯВІВ ДИФТЕРІЇ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА. ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА.

**I.Актуальність теми:** В зв'язку з тим, що дифтерія має початкові прояви на слизових оболонках порожнини рота, тому від лікаря - стоматолога вимагається чітких клінічних знань загальних та місцевих проявів, як з метою запобігання самозараження, так і з метою своєчасного лікування хворого разом із спеціалістами-інфекціоністами.

#### **II.Навчальна мета:**

##### **2.1.Студент повинен знати:**

- етіологію та патогенез дифтерії;
- характеристика збудника та його стійкість в навколишньому середовищі;
- шляхи зараження при дифтерії;
- загальні ознаки інфекційних захворювань;
- особливості клінічних проявів на слизовій оболонці;
- своєчасні методи діагностики бактеріальних захворювань;
- тактику лікаря-стоматолога при виявленні дифтерії.

##### **2.2.Вміти:**

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

#### **III.Зміст теми:**

##### **Дифтерія**

Дифтерія - гостре інфекційне захворювання (антропонозна інфекція). Збудником є грампозитивна нерухома паличка Леффлера - *Corynebacterium diphtheriae*. Найбільш токсичний і отруйний тип дифтерійної палички - тип *gravis*, який виділяється у хворих з токсичною формою інфекції. Джерелом інфекції є бактеріоносії токсигенних штамів, хвора на дифтерію людина з останніх днів інкубаційного періоду і протягом усього періоду розпаду. Основний шлях передачі інфекції - повітряно-крапельний. Однак, з огляду на високу стійкість палички Леффлера в навколишньому середовищі, можлива передача дифтерії через предмети побуту хворого або через третіх осіб. Існує небезпека аліментарного шляхи зараження через інфіковані продукти харчування (молоко, молочні продукти і вироби з них).

##### *Клінічна картина.*

Інкубаційний період триває 2-10 днів. У залежності від локалізації місцевого процесу розрізняють дифтерію ротоглотки (порожнини рота, зіву, піднебінних мигдалин), носоглотки, носа, гортані, трахеї, бронхів, очей, вух, статевих органів, ранових поверхонь.

Дифтерія ротоглотки буває локалізованою, поширеною, токсичною і гіпертоксичною.

У дітей локалізована форма дифтерії протікає в трьох варіантах - острівкової, плівчастої і катаральної (атипової).

*Острівкова форма* характеризується появою щільно спаяних з поверхнею слизової оболонки білуватих або біло-сірих фібринозних або частково фібринозних острівців нальоту розміром 1-4 мм з неправильними краями. Основна маса нальоту локалізується на мигдалинах, які виглядають збільшеними, гіперемованими. Загальний стан дітей при даній формі дифтерії порушено мало, симптоми інтоксикації короткочасні, температурна реакція - від субфебрилітету до 39 °С. Провідним місцевим симптомом є біль при ковтанні.

*Плівчата (тонзиллярна) форма* дифтерії характеризується більш гострим початком - підвищенням температури тіла до 38-39 °С, розвитком виражених симптомів інтоксикації, різким болем при ковтанні. Слизова оболонка мигдаликів, піднебінних дужок, язичка, ретромолярній ділянці, паратонзиллярних тканин набрякла, гіперемована, з ціанотичним відтінком.

Мигдалики збільшуються рівномірно, їх поверхня вирівнюється, вони набувають форму кульок. Температура тіла через 2-3 дня знижується. У більш пізні терміни в ході розвитку захворювання виникають біло-сірі або білуваті нальоти у формі плівок з гладкою або хвилястою поверхнею на слизовій оболонці мигдаликів. Поступово плівчасті нальоти стають більш щільними, спаяні з підлеглими тканинами, набуваючи рис фібринозних. При знятті нальоту оголюється кровоточива ерозивна поверхня. Наліт залишається ще 4-5 днів після зниження температури.

*Катаральна (атипова) форма* дифтерії характеризується незначною виразністю загальних і місцевих симптомів. Слизова оболонка зіву гіперемована, з ціанотичним відтінком, мигдалини трохи збільшені, температура тіла субфебрильна. Поширена форма дифтерії відрізняється від локалізованої виразністю симптомів інтоксикації внаслідок більш інтенсивного впливу токсину. Температура тіла 38-39 °С тримається протягом 2-3 днів. Відзначаються головний біль, виражена слабкість, анорексія, біль при ковтанні, регіонарний лімфаденіт. Особливістю місцевих симптомів при даній формі дифтерії є поширення процесу за межі мигдаликів - на піднебінні дужки, язичок, ретромолярну ділянку, бічні і задні стінки глотки. При цьому уражені ділянки слизової оболонки набряклі, ціанотичні, покриті сіро-білим або брудно-сірим хвилястим нальотом, щільно спаяні з підлеглими тканинами. Можлива асиметрія в розвитку патологічного процесу. Наліт зберігається до 10-12 днів. У більшості випадків перебіг поширеної форми дифтерії досить сприятливий, без розвитку важких ускладнень.

*Токсична дифтерія* ротоглотки характеризується дуже швидким розвитком місцевих і загальних симптомів інфекції. Початок гострий, з підвищенням температури тіла до 40-41 °С і вираженими симптомами інтоксикації. Протягом перших 2 діб від початку захворювання (початковий період) відзначається значний набряк мигдалин, потім - всіх тканин ротоглотки (дужок, язичка, м'якого і твердого піднебіння). Наліт на тлі гіперемійованих, з



ціанотичним відтінком мигдалин спочатку легко знімається, але досить швидко просочується фібрином і стає щільним. Дуже рано виникають симптоми регіонарного лімфаденіту. При цьому хворі відзначають виражену біль в області ший, а лімфатичні вузли досягають значних розмірів. Чим важча форма дифтерії, тим раніше і значніше симптоми лімфаденіту. Відзначається осиплість голоса аж до афонії.

Період розпалу захворювання (2-3-й день) - поява солодко-гнильного запаху з рота, відчутного на відстані (токсична форма II, III ступеня, гіпертоксична).

При токсичній формі наліт спостерігається переважно на мигдалинах, а при гіпертрофічній - наліт поширюється за їх межі.

#### *Диференціальна діагностика.*

Локалізовані форми захворювання слід диференціювати від різних форм ангіни - лакунарної або фолікулярної стрептококової, стафілококової, грибкової, фузоспірилярної етіології.

Лікування хворих на дифтерію здійснюють тільки в умовах стаціонару. В якості специфічної терапії використовують антитоксичну протидифтерійну сироватку. Слід особливо підкреслити, що успішність лікування хворих на дифтерію забезпечується раннім введенням сироватки, дозу якої визначають відповідно до форми дифтерії і ступенем вираженості токсикозу.

До складу комплексної терапії хворих на дифтерію включають антибіотики (еритроміцин, рифампіцин, напівсинтетичні антибіотики пеніцилінового і цефалоспоринового ряду). Патогенетична терапія спрямована на детоксикацію, нормалізацію показників гемодинаміки, десенсибілізацію.

Місцеве лікування полягає в раціональному знеболенні, гігієнічній обробці слизової оболонки порожнини рота розчинами антисептиків, антибіотиків в поєднанні з ферментними препаратами.



#### *Ускладнення дифтерії*

Ускладнення дифтерії найчастіше виявляються при важких формах захворювання або при несвоєчасно розпочатому лікуванні. Для токсичних форм дифтерії найбільш типовим ускладненням є міокардит, при цьому чим раніше з'явиться міокардит, тим важче він буде протікати.

Блискавична форма міокардиту як реакція на дифтерію небезпечна тим, що часто призводить до летального результату, тоді як форма хвороби, яка

проявилася через кілька тижнів після початку дифтерії, має набагато більш сприятливий прогноз.

Неврологічні розлади як реакція на дифтерію обумовлені впливом токсину на нервові закінчення. Спектр таких розладів досить різноманітний: у пацієнта може розвинутися косоокість, парези кінцівок, асиметрія обличчя, з важких неврологічних ускладнень можливий параліч дихальних м'язів або діафрагми.

#### *Профілактика.*

Специфічна профілактика здійснюється планово всьому населенню. Всі діти в усьому світі повинні бути імунізовані проти дифтерії. Прищеплюються діти у 2 місяці (перше щеплення), у 4 місяці (друге щеплення), у 6 місяців (третє щеплення) та у 18 місяців (четверте щеплення). Вакцинація проводиться вакциною кашлюково-дифтерійно-правцевою адсорбованою (АКДП-вакцина).

Ревакцинацію проти дифтерії проводять у 6 років анатоксином дифтерійно-правцевим (АДП), наступну у 16 років — анатоксином дифтерійно-правцевим зі зменшеним вмістом антигену (АДП-М).

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Етіологія та патогенез дифтерії
2. Характеристика збудника та його стійкість в навколишньому середовищі
3. Шляхи зараження при дифтерії
4. Охарактеризувати загальну симптоматику інфекційних захворювань
5. Особливості клінічних проявів на слизовій оболонці
6. Сучасні методи діагностики бактеріальних захворювань
7. Тактику лікаря-стоматолога при виявленні дифтерії.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. У пацієнта запідозрили дифтерію. Яка буде Ваша тактика?

- A. Викликати швидку
- B. Направити до інфекціоніста
- C. Направити до фтизіатра
- D. Направити до сімейного лікаря
- E. Призначити лікування

2. Сімейний лікар оглядає на дому хворого, у якого протягом 3-х днів спостерігаються болі в горлі, слабкість, підвищення температури. При огляді: температура тіла 38 °С, шкіра бліда. Піднебінні мигдалики збільшені, гіперемійовані, з ціанотичним відтінком, на їх поверхні сірувато-білі плівки, не знімаються. Ваш попередній діагноз?

- A. Дифтерія
- B. Лакунарна ангіна
- C. Інфекційний моноклеоз
- D. Аденовірусна інфекція
- E. Ангіна Симановського-Венсана

3. Хвору 52 років впродовж 3-х днів турбує біль в горлі при ковтанні, більше ліворуч, Т - 37-38 °С, слабкість. Змащувала слизову оболонку ротоглотки розчином йоду. При огляді ротоглотки : слизова оболонка гіперемійована з ціанотичним відтінком, мигдалини гіпертрофовані, на правій - суцільний сірий наліт, що поширюється на передню дужку і язичок, на лівій мигдалині - острівцець

нальоту до 7 мм в діаметрі, пальпуються збільшені і хворобливі підщелепні лімфовузли. Ваш діагноз?

- A. Дифтерія ротоглотки
- B. Інфекційний мононуклеоз
- C. Сифілітичне ураження ротоглотки
- D. Опік слизової оболонки
- E. Ангіна Симановського-Венсана

4. Хвора 29 років, захворіла гостро - озноб, головний біль, ломота в тілі, біль у горлі, температура 38 °С. На 2-й день температура - 39,5 °С., відмічала слабкість, запаморочення. У той же день була оглянута лікарем, що виявив нальоти у виді сірих щільних плівок на обох мигдаликах, збільшення і болісність підщелепних лімфатичних вузлів. Встановіть попередній діагноз:

- A. Ангіна Симановського-Венсана
- B. Інфекційний мононуклеоз
- C. Дифтерія
- D. Опік кислотами
- E. Сифіліс

5. До стоматолога звернувся пацієнт 18 р., зі скаргами на загальне нездужання, підвищення температури тіла, біль при ковтанні. Об'єктивно: запалення СОПР в ділянці зіву, піднебінних дужок та язичка. На мигдаликах фібринозні плівки, які щільно спаяні з підлеглими тканинами. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болючі. Визначте попередній діагноз:

- A. Виразковий стоматит Венсана
- B. Дифтерійний стоматит
- C. Алергічний стоматит
- D. Агранулоцитоз
- E. Гонорейний стоматит

6. До стоматолога звернувся хворий С., 34 р., зі скаргами на загальне нездужання, підвищення температури тіла, біль при ковтанні. Об'єктивно: запалення СОПР в ділянці зіву, піднебінних дужок та язичка, набряк мигдаликів. Масивний фібринозний плівчастий наліт щільно спаяний з тканинами і поширюється на м'яке та тверде піднебіння. Плівки розміщуються також на яснах і язиці. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болючі. Вкажіть збудника даного захворювання:

- A. Паличка Лефлера
- B. Бліда трепонема
- C. Фузоспірилярний симбіоз
- D. Гонокок
- E. Паличка Коха.

7. До стоматолога звернувся хворий С., 34 р., зі скаргами на загальне нездужання, підвищення температури тіла, біль при ковтанні. Об'єктивно: запалення СОПР в ділянці зіву, піднебінних дужок та язичка, набряк мигдаликів. Масивний фібринозний плівчастий наліт, щільно спаяний з тканинами і поширюється на м'яке та тверде піднебіння. Плівки розміщуються також на яснах і язиці.

- A. Дифтерія

- В. Лакунарна ангіна
  - С. Інфекційний моноклеоз
  - Д. Аденовірусна інфекція
  - Е. Ангіна Симановського-Венсана
8. Які зміни на СОПР спостерігаються при захворюванні дифтерією?
- А. Яскрава гіперемія, зернистість піднебіння, петехії
  - В. Пухирці та пухирі
  - С. Полігональні папули
  - Д. Кератоз, еритема, рубцева атрофія
  - Е. Плівчатий наліт, щільно спаяний з підлеглими тканинами
9. Хворий звернувся до лікаря, у якого протягом 3-х днів спостерігаються болі в горлі, слабкість, підвищення температури. При огляді: температура тіла 38 °С, шкіра бліда. Піднебінні мигдалики збільшені, гіперемійовані, з ціанотичним відтінком, на їх поверхні сірувато-білі плівки, не знімаються. Поставлений попередній діагноз дифтерія. Які шляхи передачі даного захворювання?
- А. Трасмісивний
  - В. Повітряно-крапельний
  - С. Контактний
  - Д. Вертикальний
  - Е. Гемоконтактний
10. При підозрі у хворого захворювання дифтерію основне лікування проводить:
- А. Ендокринолог
  - В. Гастроентеролог
  - С. Інфекціоніст
  - Д. Алерголог
  - Е. Стоматолог

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.

2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №71**  
**ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРОЯВІВ**  
**ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА.**  
**ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА.**

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

**II. Навчальна мета:**

**2.1. Студент повинен знати:**

- сучасне уявлення про етіологію та патогенез туберкульозу на слизовій оболонці порожнини рота;
- використовувати сучасні методи обстеження хворих при проявах на слизовій оболонці порожнини рота туберкульозу;
- основні принципи лікування та профілактики туберкульозу у хворих.

**2.2. Вміти:**

- провести огляд хворого;
- під час проведення клінічного обстеження хворого встановити попередній діагноз;
- надати рекомендації щодо гігієни порожнини рота у хворого з туберкульозом.

**III. Зміст теми:**

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

Первинного ураження СОПР практично не буває. Здебільшого це вторинне ураження порожнини рота. Мікобактерії туберкульозу потрапляють у слизову оболонку рота як ендогенним шляхом (гематогенним, лімфогенним, *per continuitatem*), так і екзогенним. Якщо виникає ураження слизової оболонки рота, то клінічні форми хвороби залежать насамперед від загального перебігу туберкульозного процесу й імунологічного статусу організму.

У патогенезі туберкульозу чимале значення мають характер харчування, нервово-ендокринні розлади та ін.

Туберкульозне ураження слизової рота буває у вигляді:

- туберкульозного вовчака;
- скрофулодерми ;
- міліарно-виразкового туберкульозу.

Найчастіша форма туберкульозних уражень – *туберкульозний вовчак* (*lupus vulgaris*). Ця хвороба має тривалий хронічний перебіг із рецидивами.



Ураження туберкульозного вовчача локалізується переважно на шкірі обличчя у вигляді “метелика”. Найулюбленішою локалізацією цього процесу на СОПР – червона облямівка верхньої губи, слизова оболонка верхньої губи, альвеолярний відросток верхньої щелепи в ділянці фронтальних зубів, тверде і м'яке піднебіння.

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

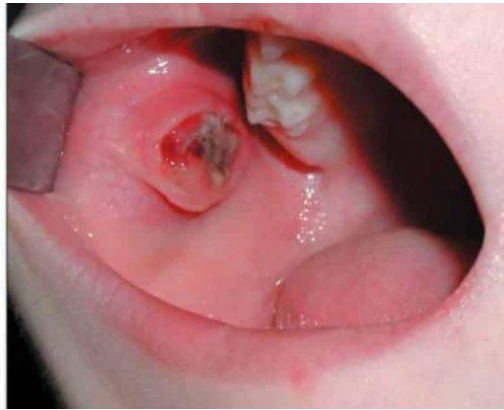
Основним первинним елементом ураження є люпома – специфічний туберкульозний горбик (*tuberculum*). На інфільтративній стадії розвитку горбики мало помітні. Їх виявити допомагає симптом “яблучного желе”. Після натискання склом вони знекровлюються, при цьому зникає червона кайма люпоми і стає добре помітною сама люпома, яка має жовто-бурий чи воскоподібний колір, що нагадує колір яблучного желе.



Другий діагностичний метод полягає в натисканні гудзиком зондом на люпому, при цьому зонд легко провалюється (симптом Пospelова), бо в люпомі руйнуються еластичні та колагенові волокна.

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

У третій період, якщо не проводилося лікування, починається розпад люпом (із центру), після чого утворюються виразки. Вони мають м'які, нерівні, підриті, набряклі, трохи болючі краї, дно їхнє покрите жовточервоними папіломатозними малиноподібними розростаннями, які легко кровоточать. Після завершення третьої стадії утворюються рубці.



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

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

*Клінічна картина* туберкульозного вовчача залежно від локалізації має свої особливості й ускладнення. Так, за виразкового ураження ясен услід за появою виразок починається розсмоктування кістки альвеолярного відростка, що призводить до розхитування і зміщення зубів. У тяжких випадках альвеолярний відросток зовсім зникає, зуби випадають, а після рубцювання можуть зростися слизові оболонки верхньої губи і піднебіння. Процес, локалізований у задній третині піднебіння, переходить на піднебінні дужки, глотку і горло. Уражений язичок стає набряклим, потовщеним, безформним, нерідко горбистим, із зернистою поверхнею. У разі деструктивного процесу язичок деформується і навіть повністю зникає. На язиці процес розвивається в ділянці його кореня або спинки, не уражуючи країв і кінчика. Під час клінічного обстеження на язиці знаходять дифузно розсіяні горбики здатні розпадатися.

Іноді на місці ураження виникають верукозні та папіломатозні патологічні елементи ураження. Суб'єктивні відчуття відсутні.

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

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

*Діагностика* хвороби полегшується наявністю характерних симптомів “яблучного желе” при діаскопії в інфільтративній фазі та симптомом провалювання зонда в люпому (симптом Поспелова). Реакція Манту позитивна, але у виділеннях із виразок, як правило, мікобактерій не знаходять.

Гістологічним дослідженням у сітчастому шарі сполучної тканини виявляється горбик, в якому містяться гігантські клітини Пирогова Лангханса, плазматичні, епітеліоїдні клітини, навколо них – лімфоцити. Казеозний некроз відсутній або слабо виражений.



### **Диференційна діагностика.**

Прояви туберкульозного вовчака слід відрізняти від горбкуватого сифіліду, проявів лепри та червоного вовчака.

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

Лімфатичні вузли на початку утворення виразки можуть не пальпуватись, а згодом збільшуватися, ставати щільно-еластичними, болючими. Якщо виразка розташована на яснах, можливе ураження кісткової тканини, внаслідок чого зуби розхитуються і випадають.

### **Діагностика.**

Має велике значення загальний стан хворих: він дуже тяжкий, хворі схудлі, в них посилені пітливість, слиновиділення, задишка, підвищена температура тіла.

У крові – лейкоцитоз, лімфоцитоз. У зіскрібках із виразки виявляють гігантські клітини Пирогова-Лангханса та епітеліоїдні клітини.

У бактеріоскопічному дослідженні виявляють бацили Коха.

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

*Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма).* Рідкісна форма вторинного туберкульозу. Типова ознака цієї форми – утворення у глибоких шарах слизової оболонки вузлів, які з часом розпадаються. При цьому виникають виразки неправильної форми, м'якої консистенції, зі з'їденими, підритими краями та в'ялими грануляціями на дні. Виразка слабоболюча, після її загоєння утворюються нерівні рубці.

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

### **Лікування і профілактика.**

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

Лікують хворих у туберкульозних диспансерах, тому що прояви туберкульозу на слизовій оболонці рота – це наслідок загальної туберкульозної інфекції.

Лікар-стоматолог проводить санацію порожнини рота й антисептичне полоскання, використовуючи для місцевого лікування специфічні протитуберкульозні препарати: ізоніазид, салюзид, метагид, знеболювальні, рифампіцин, гентаміцин тощо.

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

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Анатомо-фізіологічні особливості будови слизової оболонки порожнини рота.
2. Етіологія та патогенез туберкульозу.
3. Клінічна картина туберкульозу.
4. Найбільш характерні клінічні прояви туберкульозу на слизовій оболонці порожнини рота.
5. Основні принципи лікування туберкульозу.
6. Тактика лікаря-стоматолога при підозрі туберкульозу у пацієнта.
7. Принципи місцевого лікування.
8. Заходи при лікуванні хворого на туберкульоз.
9. Принципи профілактики туберкульозу.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

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

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

2. Хворий Т., 37 років працює в теплицях зрошувальником, курить, скарги на загальну слабкість із-за неможливості повноцінного харчування, спричиненого болісною виразкою лівої щоки. Виразка, незважаючи на різні “полоскання”, продовжує повільно прогресує півтора місяця. Об'єктивно: хворий худорлявий, на слизова оболонка лівої щоки в ретромолярній ділянці, поширюючись на глотку, виявляється неглибока виразка, неправильної форми, вкрита сірувато-жовтим нальотом, болісна, з в'ялими грануляціями на дні та жовтими крапками – на периферії. Запальна реакція по периферії виразки слабо виразна. Лімфатичні підщелепні вузли м'якої консистенції, спаяні між собою. Ваш попередній діагноз:

- A. Актиномікоз

- В. Рак слизової оболонки лівої щоки
- С. Міліарно-виразковий туберкульоз
- Д. Агранулоцитарна ангіна
- Е. Ангіна Симановського-Венсана

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

- А. Туберкульозний вовчак
- В. Гумозна виразка
- С. Рак
- Д. Міліарно-виразковий туберкульоз
- Е. Червоний вовчак

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

- А. Паличка Коха
- В. Паличка Гансена
- С. Спірохета Венсана
- Д. Паличка Леффлера
- Е. Гонокок

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

- А. Міліарно-виразковий туберкульоз
- В. Ракова виразка
- С. Афти Сеттона
- Д. Декубітальна виразка
- Е. Трофічна виразка

6. До стоматолога амбулаторії звернувся хворий Н., 40 років зі скаргами на болісну виразку в роті. Під час огляду в ротовій порожнині на слизовій оболонці піднебіння різко болісна виразка 1,5 на 2 см, вкрита жовтуватим нальотом, з м'якими підритими краями та ободком запалення блідно-червоного кольору. Дно виразки нерівне, сірого кольору. Назвіть попередній найбільш вірогідний діагноз?

- А. Актиномікоз
- В. Рак слизової оболонки піднебіння
- С. Первинний сифіліс
- Д. Туберкульозна виразка
- Е. Виразково-некротичний стоматит

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

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

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

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

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

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

10. Хворого непокоїть наявність в підщелепній ділянці збільшених лімфатичних вузлів протягом декількох місяців. Проведена біопсія лімфовузлів. В центрі вогнища виявлені епітеліодні та гігантські клітини Пирогова-Лангханса, ділянки сирнистого некрозу. Для якого захворювання характерні такі результати цитологічного дослідження?

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

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

12. Пацієнт Н., 29 років скаржиться на болісну виразку на язиці, погіршення загального стану. Вважає себе хворим місяць. Перебуває на обліку у нарколога.

Об'єктивно: колір шкіри блідий, хворий худорлявої статури. На фоні гіперемованої слизової оболонки спинки язика виявлена неглибока виразка, з нерівними підритими м'якими краями, зернистим дном, покрита жовтувато-сірим нальотом, розміром 10 x 15 мм. Регіонарні лімфовузли збільшені, ущільнені, спаяні між собою і болісні при пальпації. Яке захворювання передусім повинен запідозрити стоматолог?

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

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

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

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ "Медицина", 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю "Стоматологія" Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ "Медицина", 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів ІV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. –

260 с.

4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №72****ТЕМА:ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРОЯВІВ НА СЛИЗОВІЙ  
ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА СИФІЛІСУ, ГОНОРЕЇ. ТАКТИКА  
ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА.**

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

**II. Навчальна мета:****2.1.Студент повинен знати:**

- збудників захворювання;
- можливі шляхи зараження сифілісом населення;
- загальні ознаки інфекційного захворювання;
- особливості клінічного прояву сифіліса на слизовій оболонці порожнини рота;
- своєчасні методи діагностики захворювання;
- тактику лікаря-стоматолога при виявленні цього захворювання;
- сучасне уявлення про етіологію та патогенез гонореї;
- використовувати методи обстеження хворих при проявах на слизовій оболонці порожнини рота гонореї.

**2.2.Вміти:**

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

**III. Зміст теми:**

*Сифіліс* - це хронічна інфекційна хвороба, яку викликає бліда спірохета (*spirocheta pallida*). Ураження виникає після проникнення *Treponema pallida* через шкіру або слизові оболонки. Можливе внесення інфекції у кров'яне русло (трансфузійний, уроджений сифіліс).

Джерело розповсюдження інфекції - хворі на первинний і вторинний сифіліс із характерними висипами на шкірі та слизових оболонках. Ураження виникає також від статевого контакту з хворим на ранній прихований сифіліс. У порожнину рота інфекція потрапляє позастатевим шляхом за наявності ушкодження епітелію (ерозії, тріщини тощо). Зараження відбувається безпосередньо, наприклад, через поцілунок, як наслідок нетрадиційних форм статевих контактів і нетрадиційної сексуальної орієнтації тощо або безпосередньо - через заражені предмети, якими користується хворий на сифіліс, наприклад, через зубну щітку та ін. Описані випадки зараження під час екстракції через заражені шприци, щипці, інфіковані голки і т. ін. Із моменту проникнення блідої трепонеми в організм людини незалежно від шляху ураження сифіліс стає загальною інфекційною хворобою. Експериментальними дослідженнями встановлено, що вже через кілька хвилин після ураження, бліда трепонема з'являється у лімфатичних вузлах і крові. Перебіг процесу має певну закономірність, зумовлену імунологічними зсувами, що відбуваються внаслідок взаємодії блідої трепонеми й організму хворого.

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

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

### ***Первинний період сифілісу.***

#### ***Клініка.***

Тривалість цього періоду сифілісу - від 6 до 8 тижнів. Починається він із появи на місці проникнення блідої трепонеми твердого шанкру (*ulcus durum*; синоніми: "первинний афект", "первинна сифілома", "первинний склероз"). Термін "шанкр" походить від французького слова "chancre" - виразка. У порожнині рота твердий шанкер частіше локалізується на червоній каймі губ (78%), на язиці (8,2 %), мигдаликах, яснах, у кутах рота. Розвиток твердого шанкру на губах або на слизовій оболонці порожнини рота починається з появи осередку обмеженого почервоніння, який протягом 2-3-х тижнів ущільнюється внаслідок запального інфільтрату. Поступово це ущільнення збільшується до 1—2 см у діаметрі. У центрі ураження виникає некроз і утворюється ерозія м'ясо-червоного кольору, рідше - виразка. Коли шанкр досягає повного розвитку протягом 1-2 тижнів, на слизовій оболонці порожнини рота він має вигляд круглої або овальної ерозії, неbolючої, м'ясо-червоного кольору, або виразки з блюдцеподібними краями діаметром від 3 мм (карликовий шанкер) до 1,5 см, зі щільноеластичним інфільтратом в основі. Іноді ерозії покриті сірувато-білим нальотом. Виразкові шанкери на червоній каймі губ можуть мати нерівне дно, покриватися серозно-геморагічними кірками, після видалення яких виникає сильна кровотеча. Нерідко на губах унаслідок наростаючого інфільтрату формуються гіпертрофічні шанкери діаметром 2-3 см, напівсферичної форми і щільноеластичної консистенції. Вони, як капелюшки грибів, піднімаються над навколишніми тканинами. Їхня гладенька та блискуча поверхня ерозивна, іноді наявна виразка, з якої виділяється незначний серозний ексудат. Унаслідок



інфільтрату нижня губа звисає, а шанкер тримається довше, ніж на інших місцях слизової рота. У кутах рота і на перехідній складці твердий шанкер має вигляд тріщини, але після розтягування складок, в яких знаходиться твердий шанкер, видно його овальні контури. Твердий шанкер у кутах рота нагадує стрептококову або кандидозну заїду, але відрізняється від неї щільністю і підщелепним лімфаденітом. На язиці твердий шанкер буває одиночним і виникає частіше в середній третині, іноді на латеральній поверхні. Він може бути типовим, а іноді нагадувати герпетичну чи травматичну ерозію. Крім ерозивної та виразкової форм, у осіб зі складчастим язиком у разі локалізації твердого шанкеру вздовж складок може виникнути щілиноподібна форма. У зв'язку з вираженим інфільтратом твердий шанкер різко виступає над навколишніми тканинами, на його поверхні наявна м'ясо-червона ерозія. Запальні процеси навколо відсутні й немає болю.



На яснах твердий шанкер має вигляд яскраво-червоної гладенької ерозії, яка у вигляді півмісяця оточує один або два зуби. Виразкова форма твердого шанкеру схожа з банальним виразковим гінгівітом. Твердий шанкер, локалізований на мигдаликах, має три різновиди: ерозивний, виразковий і ангіноподібний (шанкер-амигдаліт).

Ерозивний шанкер мигдалика невеликого діаметра (від 3 до 10 мм), круглої форми, з чіткими межами. Дно гладеньке і рівне, відтворює рельєф мигдалика з його пазухами і виступами. Ущільнення прощупується не завжди. Колір може бути різний: червоний, сіруватий, опаловий і навіть строкатий, коли червоні ділянки чергуються з сірими. Суб'єктивні відчуття відсутні. Поверхня мигдалика навколо ерозивного шанкеру не змінюється. Виразковий шанкер мигдаликів більший, ніж ерозивний (діаметр доходить до 1,5-2,0 см), іноді поширюється на всю поверхню мигдалика, контури нерівні, межі стерті, дно нерівне, темно-червоного кольору, покрите сіруватим нальотом. Пальпаторно виявляється ущільнення різного ступеня вираженості. Іноді буває відчуття дискомфорту і болю під час ковтання і в осередку регіонарного лімфаденіту.

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



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

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

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

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

*Діагностика.* Через 5-7 днів після утворення твердого шанкеру на поверхні його дна та в лімфатичних вузлах на мікробіологічному обстеженні знаходять бліді трепонеми.

У кінці 3-го тижня первинного сифілісу в крові за допомогою серологічних реакцій (реакція Вассермана, осадові реакції) знаходять антитіла, які утворюються після проникнення блідих трепонем у кров. Також використовують реакцію імунофлуоресценції (РІФ), а також реакцію іммобілізації блідих трепонем (РІБТ або РІТ). З 4-го тижня класичні серологічні реакції стають позитивними, в зв'язку з чим первинний період сифілісу поділяють на серонегативний (з моменту появи твердого шанкеру до моменту переходу серологічних реакцій із негативних у позитивні) і первинний серопозитивний.

#### **Диференційна діагностика.**

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

#### **Вторинний період сифілісу.**

##### **Клінічні прояви.**

Починається через 6-7 тижнів після появи твердого шанкеру. Вторинний період сифілісу триває 3-5 років. Для нього характерний хвилеподібний перебіг,

коли періоди активного прояву хвороби змінюються періодами прихованого, безсимптомного перебігу. Слизова оболонка порожнини рота часто стає місцем, де локалізуються сифіліди вторинного сифілісу. При вторинному рецидивному сифілісі висипи в порожнині рота можуть бути єдиним клінічним проявом хвороби. Ураження слизової оболонки порожнини рота при вторинному сифілісі можуть мати вигляд розеольозних, папульозних, рідше пустульозних висипів.

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

Слизова набрякла, хворі відчують незручність під час ковтання, біль, але суб'єктивні відчуття можуть бути відсутні. Завершення процесу починається з центральної частини. Папульозні висипи - найчастіші прояви вторинного сифілісу на слизовій порожнині рота. Вони можуть виникати в різних відділах слизової рота та особливо на мигдаликах, дужках, м'якому піднебінні, де вони зливаються в суцільні осередки ураження (папульозна ангіна). Нерідко папули виникають на язиці, слизовій оболонці щік, особливо по лінії змикання зубів, на яснах. Вигляд папул залежить від давності їх виникнення. Спочатку папула - це різко обмежений темно-червоний осередок діаметром до 1 см із невеликим інфільтратом в основі. Через деякий час унаслідок запалення утворюється ексудат, який просочує епітелій, що покриває папулу, і вона набуває характерного вигляду. Папули стають щільними, круглими, розміром 3 мм, неболючими, відмежованими від нормальної слизової оболонки, мають сірувато-білий колір, навколо - вузький гіперемований щільний вінчик. Папула може не виступати над слизовою оболонкою. Після зішкрібання шпателем нальоту, який покриває папулу, виникає м'ясо-червоного кольору ерозія. Іноді папули можуть перетворюватись у виразку. В цих випадках унаслідок приєднання вторинної інфекції з'являється болючість і розширюється зона гіперемії навколо папули.

Частіше на слизовій оболонці буває декілька папул на різних стадіях розвитку. В такому випадку спостерігається псевдополіморфізм висипів. Папульозні елементи спочатку розташовуються фокусно, а потім унаслідок постійного травмування розростаються на периферію і зливаються у бляшки, які піднімаються над слизовою оболонкою. Ниткоподібні сосочки папул, розташованих на спинці язика, гіпертрофуються або атрофуються, і папули набувають форми кільцеподібних дисків. Унаслідок атрофії сосочків утворюються овальні, ніби відполіровані, гладенькі, блискучі поверхні, розташовані нижче рівня прилеглої слизової оболонки ("лосячі папули", або бляшки "скошеної луки"). При злоякісному перебігу сифілісу на м'якому піднебінні та мигдаликах, рідше на інших ділянках слизової утворюються пустульозні, виразкові сифіліди. Спочатку вони мають вигляд великих набряклих інфільтратів, які швидко розпадаються і перетворюються в глибокі виразки, покриті ділянками некротизованої тканини і гноєм. Виразки можуть

призвести до руйнування частини м'якого піднебіння. Утворення виразок супроводжується гарячкою та утрудненим ковтанням.

#### *Діагностика.*

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

#### *Диференційна діагностика.*

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

#### *Третинний період сифілісу.*

Клінічні прояви його в порожнині рота спостерігаються часто. Вони виникають іноді за порівняно короткий час (через 4-6 місяців) після вторинного сифілісу, якщо не проводилася профілактична терапія. Частіше третинний сифіліс розвивається через кілька років (3-4), іноді навіть через 10-15, 40-50 років після первинного зараження сифілісом. У порожнині рота третинний сифіліс проявляється у вигляді гуми, рідше - у вигляді горбикового сифілісу. Найчастіше він локалізується на м'якому і твердому піднебінні та на язиці, рідше третинний сифіліс виявляється на губах, щоках, дуже рідко - на яснах. Загалом третинний сифіліс буває головним чином у місцях, які зазнають подразнень (куріння, алкоголь, протези тощо). Гуми в порожнині рота зустрічаються звичайно у вигляді поодиноких уражень. Рідше в порожнині рота виявляється кілька гум і надзвичайно рідко спостерігаються численні ураження, характерні для вторинного сифілісу. Гумозний період супроводжується глибокими ушкодженнями тканин. Найчастіша локалізація гум - м'яке та тверде піднебіння і язик. У разі локалізації на твердому піднебінні ушкоджуються не тільки слизова оболонка і підслизова тканина, але й кістка. Початок розвитку гум завжди непомітний для хворого. Глибокі вузли, що розвиваються, неbolючі, вони повільно збільшуються, ущільнюються і досягають 3 см і більше в діаметрі.

Ураження від гумозного сифілісу, локалізованого на твердому піднебінні, розміщуються по середній лінії. Гумозний процес, що починається на слизовій оболонці, порівняно швидко досягає окістя піднебінного відростка щелепи.

Спочатку гума твердого піднебіння має вигляд невеликого вузла, який чітко виступає над рівнем слизової. Вузол завбільшки приблизно з квасолину, червоного кольору, щільної консистенції. Поступово колір його змінюється, набираючи синюшного відтінку. Інфільтрат, що виникає навколо вузла, поступово розм'якшується, й оголюється підлегла кістка. Через деякий час настає некроз кістки і на більшій чи меншій протяжності - її секвестрація. Секвестр відшаровується, й утворюється сполучення між порожнинами рота і носа. Від появи гуми до часу її розпаду, утворення секвестру і його відшарування минає 3-4 місяці. Значні деформації супроводжуються функціональними порушеннями. Їжа, особливо рідка, з порожнини рота потрапляє в порожнину носа. Настають

розлади мовлення, воно стає невиразним. Гумозні ураження на м'якому піднебінні мають дві клінічні форми. Частіше відбувається дифузна інфільтрація всієї або частки піднебінної завіски й утворюються крупні вузлуваті гуми, іноді на фоні дифузної інфільтрації, яка супроводжується почервонінням і набряком. Гуми в язичку швидко розпадаються, що призводить до його руйнування і перфорації м'якого піднебіння. Після рубцювання уражень м'якого піднебіння часто виникає деформація піднебінних парусів, зрощення їх зі стінками глотки, скорочення.

Гуми на язиці спостерігаються переважно на спинці і на бокових поверхнях, дуже рідко - на нижній поверхні. Вони бувають поверхневими і глибокими, закладеними у м'язах язика. Вузли спочатку щільні, потім розм'якшуються і розпадаються з утворенням виразок. Гумозні виразки мають характерні особливості - похилі та щільні краї.

Виразки порівняно глибокі, неболючі, кратероподібні, з брудно-сірим дном і незначними жовтими виділеннями. Під впливом подразнень і вторинної інфекції гумозні виразки стають болючими.

Під час зворотного розвитку вони загоюються, утворюючи глибокі, втягнуті, зірчасті рубці, які трохи утруднюють рухи. У дуже рідкісних випадках гума не розпадається і склерозується, утворюючи дуже щільні вузли.

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

*Горбиковий сифілід* на слизовій рота зустрічається значно рідше, ніж гумозний. Горбики завбільшки з горошину при третинному сифілісі спостерігаються переважно на губах. Вони щільні, неболючі; розпадаючись, утворюють глибокі виразки з похилими, щільними, майже завжди підритими краями. Нерідко виразки зливаються, дно їх покрите бруднувато-сірим нальотом.

Виразково-горбиковий сифіліс призводить і до значного руйнування м'яких тканин порожнини рота. Після загоєння виразково-горбикових елементів третинного сифілісу утворюються характерні грубі рубці. Вони мають фокусне розташування, фестончасті краї. Вторинних висипів горбиків на рубці не буває.

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

ерозій, слід виділити бешихову інфекцію, яка нерідко рецидивує і спричиняє хронічний набряк та розвиток слоновості, особливо губ.

*Діагностика третинного сифілісу.*

Поряд із клінічними ознаками в діагностиці третинного сифілісу вирішальне значення мають серологічні реакції: РІФ і РІБТ завжди позитивні у всіх хворих, а іноді залишаються такими навіть після проведеного протисифілітичного лікування як складові реакції. Іноді діагноз уточнюється після пробного лікування.

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

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

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

*Етіологія.* Збудник гонореї – гонокок.

*Шляхи ураження:* в дітей слизова оболонка інфікується під час проходження через пологові шляхи матері, занесенням інфекції обслуговуючим персоналом та іншими хворими. У дорослих гонококовий стоматит зустрічається частіше, ніж його діагностують. Цей факт пояснюється тим, що огляд порожнини рота і носа у хворих на гонорею не проводиться; по-друге, стоматологи мало ознайомлені з цією хворобою, і, по-третє, гонококовий стоматит часто має безсимптомний перебіг, а також може самовиліковуватися.

**Патогенез.**

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

*Клініка.* Інкубаційний період триває від однієї доби до одного місяця і більше. Скарги у хворих на гонорейний стоматит відсутні. Під час огляду окремі хворі скаржаться на біль у горлі та підвищення температури. Слизова оболонка губ, ясен, бічних і нижньої поверхні язика та дна ротової порожнини, а також гортані, мигдаликів яскраво-гіперемійована і покрита брудно-сірим, інколи зеленкуватим гнійним нальотом із неприємним запахом. У більш тяжких випадках за відсутності лікування процес може поширитися, з'являється велика кількість ерозій та виразок на слизовій щік, язика, ясен. Виразки поверхневі, невеликих розмірів, із неправильними, не підритими або мало підритими краями, м'які, злегка болючі, з невеликим жовто-сірим нашаруванням, в якому знаходять гонококи, що підтверджує діагноз.

Діагностика гонорейного стоматиту підтверджується виявленням гонокока мікроскопією ексудату.

*Диференційна діагностика* проводиться з дифтерією, медикаментозним алергічним стоматитом, багатоформною ексудативною еритемою, виразковим та грибковим стоматитами.

#### **Лікування.**

Основну терапію здійснює дерматовенеролог. Для загального лікування призначають сульфаніламідні препарати й антибіотики (1-2 тижні): сульфадиметоксин, сульфален, доксицилін гіпохлорит, ципринол, цефазолін, цефтріаксон та інші. Для місцевого лікування використовують ферменти, антисептичні зрошування порожнини рота, антибіотики та сульфаніламідні препарати. Велике значення мають профілактичні заходи. У новонароджених дітей від хворих на гонорею матерів слизову оболонку рота обробляють 2% розчином нітрату срібла. У дорослих, хворих на гонорею сечових та статевих органів, необхідно оглядати слизову порожнини рота і горла, за необхідності проводити дослідження на гонокок.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Який етіологічний чинник хронічного інфекційного захворювання сифіліс?
2. Назвіть шляхи зараження сифілісом.
3. Як за класифікацією розрізняють сифіліс?
4. Які додаткові методи потрібно провести для підтвердження діагнозу?
5. Для яких періодів сифілісу можливе ураження слизової оболонки порожнини рота?
6. Які найтипівіші прояви первинного періоду сифілісу в порожнині рота?
7. Які клінічні прояви вторинного періоду сифілісу в порожнині рота?
8. Які прояви третинного періоду сифілісу в порожнині рота?
9. Опишіть тактику стоматолога під час виразкових висипань при вторинному сифілісу.
10. Яка профілактика сифілісу?
11. Які анатоμο-фізіологічні особливості будови слизової оболонки порожнини рота?
12. Які найбільш характерні клінічні прояви гонореї на слизовій оболонці порожнини рота у хворих?
13. Які основні принципи лікування гонореї, тактика лікаря-стоматолога?

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Який збудник викликає хронічне інфекційне захворювання сифіліс?
  - A. Бліда трепонема
  - B. Паличка Коха
  - C. Паличка Леффлера
  - D. Актиноміцети
  - E. Аденовіруси
2. Визначте найбільш вірогідні шляхи зараження сифілісом?
  - A. Вроджений
  - B. Побутовий
  - C. Статевий

- D. Усі відповіді вірні  
E. Трансфузійний
3. В яких періодах сифілісу можливі ураження слизової оболонки порожнини рота?
- A. Усі відповіді вірні  
B. Первинний  
C. Вторинний  
D. Третинний
4. Який час триває інкубаційний період сифілісу ?
- A. 3-4 тижні  
B. 2-3 тижні  
C. 2-3 місяці  
D. 3-4 місяці  
E. 1 рік
5. Які найтипівіші прояви первинного сифілісу в порожнині рота?
- A. Ерозія ( твердий шанкер)  
B. Пухлина  
C. Пустула  
D. Горбик  
E. Папула
6. Які характерні ознаки для вторинного періоду в порожнині рота?
- A. Розеольні, пустульозні, папульозні висипи  
B. Виразково-некротичні зміни  
C. Гуми  
D. Папіломи  
E. Папульозні висипи у вигляді мережева
7. Для якого періоду сифілісу характерний твердий шанкер?
- A. Інкубаційний  
B. Первинний  
C. Вторинний  
D. Третинний  
E. Усі відповіді рівні
8. Хвора С., 28 років веде невпорядкований спосіб життя звернулась до стоматолога зі скаргами на почервоніння слизової оболонки порожнини рота. Об'єктивно: температура тіла 36,70С. На слизовій оболонці щоки виявлена ділянка почервоніння, болісна при пальпації, вкрита сірим нальотом. Відмічається неприємний запах з рота. Попередній діагноз гонорейний стоматит. Який збудник цього захворювання?
- A. Грам негативний диплокок роду *Neisseria*  
B. Грам позитивний диплокок роду *Neisseria*  
C. Грам негативний диплокок  
D. Грам позитивний диплокок  
E. Бліда трепонема



9. У хворої А., 19 років, при огляді лікарем-стоматологом був встановлений попередній діагноз гонорейний стоматит, що підтвердився знаходженням гонокока при мікроскопії ексудату. Яка подальша тактика лікаря стоматолога?
- А. Лікування разом з дерматовенерологом
  - В. Лікування лише у стоматолога
  - С. Лікування не потрібне
  - Д. Терапію проводить дерматовенеролог
  - Е. Симптоматичне лікування
10. Хворий Н., 26 років звернувся до стоматолога. Хворий зловживає алкоголем, веде невпорядкований спосіб життя. Лікар встановив попередній діагноз гонорейний стоматит. Який додатковий метод дослідження необхідно призначити хворому для уточнення діагнозу?
- А. Цитологічне дослідження
  - В. Гістологічне дослідження
  - С. Діагностична пункція
  - Д. Мікробіологічне дослідження
  - Е. Імунологічне дослідження
11. Хворому В., 43 років, встановлено діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості. При мікроскопічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень виявлено значну кокову мікрофлору, гонокок. Які із перерахованих медикаментозних засобів необхідно застосовувати для інстиляцій в пародонтальні кишень?
- А. Метронідазол
  - В. Лінкоміцин
  - С. Димексид
  - Д. Німесулід
  - Е. Діоксин
12. Хвора В., 18 років звернулася до стоматолога зі скаргами на неприємний запах з рота. Об'єктивно: температура тіла 36,70С. На слизовій оболонці щоки виявлена ділянка почервоніння, болісна при пальпації, вкрита сірим нальотом. Який попередній діагноз найбільш імовірний?
- А. Сифіліс
  - В. Туберкульоз
  - С. Кір
  - Д. Гонорея
  - Е. Грип
13. Хворий, віком 30 років, звернувся в клініку з приводу появи на нижній губі виразки, яка злегка кровоточить під час подразнень (вживання їжі та розмови) на протязі декількох днів. При огляді на червоній каймі нижній губі виразка округлої форми, дно виразки м'ясо-червоного кольору з бдюцеподібними краями та щільно-еластичним інфільтратом, неболюча. Лімфатичні вузли мають щільноеластичну консистенцію, безболісні, рухомі, шкіра над ними не змінена. Поставте попередній діагноз?
14. Хвора Н, 5 років, скаржиться на дискомфорт який з'явився після появи виразки на яснах. Турбує на протязі декількох днів, лікування не проводила.

Після об'єктивного обстеження на яснах виявлено ерозію яскраво-червоного кольору, яка у вигляді півмісяця оточує два зуби, злегка кровоточить, безболісна при пальпації, регіонарний лімфаденіт. Які додаткові методи дослідження доцільно призначити ?

15. Під час профілактичного огляду хворого М., 20 років, стоматолог звернув увагу на ерозію округлої форми діаметром 3-4 мм з чіткими межами, яка знаходилася на мигдалику зліва. Дно гладеньке, рівне, відтворює рельєф, червоного кольору. Ерозія безболісна при пальпації. Поставте попередній діагноз. Відмічається неприємний запах з рота. Вкажіть попередній діагноз. Який метод дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Hovorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyreva.

8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №73

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТРАВНОГО ТРАКТУ. СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ.

**I. Актуальність теми:** Дослідження клініцистів показують на те, що при порушенні функції шлунково-кишкового тракту одночасно спостерігаються ураження слизової оболонки порожнини рота, що виражаються в атрофії сосочків і набрякlostі язика, скарги пацієнтів на сухість в порожнині рота. Цьому взаємозв'язку сприяє ряд чинників: анатомічних, фізіологічних, гуморальних, які чітко відповідають різним ділянкам шлунково-кишкового тракту та його початковому відділу - порожнині рота. Залежно від виду й ступеня тяжкості захворювання системи ШКТ в організмі проявляються ті або інші клінічні симптоми в різних органах і системах, у тому числі й на СОПР. Тому лікар-стоматолог повинен знати специфіку уражень слизової оболонки порожнини рота, уміти їх вчасно виявити, призначити раціональне та ефективне лікування і провести профілактичну співбесіду.

#### **II. Навчальна мета:**

##### **2.1. Студент повинен знати:**

- вплив патології системи ШКТ на стан слизової оболонки порожнини рота;
- механізм впливу патології системи ШКТ на стан слизової оболонки порожнини рота;
- основні ураження СОПР у відповідності з патологією ШКТ;
- які захворювання ШКТ проявляються на СОПР;
- патогенез зв'язку захворювань ШКТ із змінами у порожнині рота;
- особливості обстеження хворих із ураженнями СОПР, спричиненими хворобами травного каналу;
- специфіку ураження СОПР при різних формах гастриту;
- зміни у порожнині рота при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки;
- специфіку ураження СОПР при ентероколіті;
- які ураження СОПР відмічаються при панкреатиті;
- які ураження СОПР відмічаються при холециститі;
- місцеве лікування змін СОПР при патології ШКТ;
- тактика лікаря-стоматолога при ураженнях СОПР на фоні патології ШКТ.

##### **2.2. Вміти:**

- використовувати методики суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворих з патологією СОПР;
- коректне застосування методів додаткового обстеження хворих з патологією СОПР;
- володіти методами місцевого лікування СОПР;
- зібрати скарги, анамнез захворювання;
- провести клінічне обстеження;
- скласти план додаткових методів обстеження з урахуванням супутньої патології ШКТ;

- провести медикаментозне лікування уражень СОПР при патології ШКТ.

### III. Зміст теми:

Функціонування всіх відділів ШКТ віддзеркалюється на стані слизової оболонки порожнини рота. Це пояснюється її морфофункціональною єдністю з травною системою. Найчастіше спостерігаються такі зміни як порушення рельєфу, цілості слизової оболонки, зміна кольору та ін. Також відмічаються порушення саливації, смакові відчуття, парестезії і таке інше.

Проводячи клінічне обстеження необхідно ретельно зібрати скарги хворого, пов'язані з ураженнями в порожнині рота і можливим порушенням загального стану, насамперед травної системи. Отримані дані необхідно проаналізувати і систематизувати, виявивши взаємозв'язок між ними. Дані анамнезу хвороби й життя дозволяють простежити взаємозв'язок тієї або іншої патології з перенесеними супутніми захворюваннями, умовами праці й побуту, особливостями вживання харчових продуктів і застосування лікарських препаратів. Аналіз і синтез отриманих даних дасть можливість обґрунтувати попередній діагноз. При обстеженні хворого ураження органів порожнини рота тісно пов'язують з патологією ШКТ. Звертається особлива увага на наступні аспекти: розмір, рухливість язика, наявність на ньому нальоту, виразність і стан сосочків, якість смакової чутливості, стан слиновиділення, наявність одонтогенних і пародонтогенних вогнищ інфекції, колір слизової оболонки порожнини рота і таке інше. набряк язика і слизової оболонки порожнини рота при патології травного тракту підтверджується позитивною пробою Мак-Клюра-Олдрича (час розсмоктування пухиря зменшений при нормі 45-60 хвилин).

**Гастрити** змінюють гідрофільність слизової оболонки: анацидний стан сповільнює пухирну пробу, гіперацидний її пришвидшує. Часто пухирна проба буває позитивною при хворобах травного каналу без явних порушень рельєфу слизової оболонки, що дозволяє робити висновки про приховані набряки і ранні ознаки та прогноз хвороби. набряк слизової оболонки порожнини рота спостерігається у 80 % хворих на *коліти* з хронічним перебігом. Зміна розміру язика може бути як уродженого характеру (при аномалії розвитку), так і набутого (гіпо- та гіперпластичний язик).



Важливе значення має кількість і характер нальоту на язиці. Він може бути різного забарвлення: від білого або сірого до темнокоричневого. Це залежить від кількості та тривалості вживання пігментованих харчових продуктів, пігменту крові (гемосидерину при хронічних і гострих кровотечах), а також при дисбактеріозі. Ступінь зв'язку нальоту з прилеглими тканинами також різна й залежить від характеру патологічного процесу. При слабкому зв'язку наліт легко

знімається ватним валиком, при помірному – з певним зусиллям, якщо ж міцно з'єднаний з підлеглими тканинами – зняти його практично неможливо без нанесення ушкодження слизової оболонки.

*Обкладений язик* - найтипівіша ознака хвороб травного тракту. Наліт викликають гастрити, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, новоутвори шлунка та інші хвороби. В утворенні нальоту провідну роль відіграють порушення процесу зроговіння і відторгнення епітеліальних клітин на сосочках язика внаслідок нейротрофічних розладів. На характер нальоту впливають також характер їжі, склад мікробної флори, гігієна порожнини рота. Варто також пам'ятати, що обкладений язик спостерігається у хворих при багатьох інфекційних захворюваннях.



Хвороби досить часто посилюють десквамацію епітелію язика. При цьому утворюються яскраві плями різних розмірів і форм на фоні обкладеного язика. Ділянки десквамації з'являються в період загострення хвороби, зникають у процесі лікування, відсутні під час ремісії хвороби та мають тенденцію до міграції.

*Гострий гастрит* викликає обкладення язика товстим сірим нальотом, що покриває всю його поверхню, крім бокових поверхонь та кінчика. При хронічному гастриті з підвищеною секрецією наліт білувато-жовтого чи сірувато-жовтого кольору, розміщується щільно в середній та дистальній ділянках спинки язика. При *анацидному і гіпоацидному* гастритах наліт на спинці язика відсутній, його поверхня гладенька, блискуча, з яскраво-червоними плямами та смугами. Прояв *виразкової хвороби шлунка* - наліт сіруватого кольору, щільно прикріплений у ділянці кореня язика.



*Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки* часто викликає десквамацію епітелію язика. Ділянки десквамації не постійні, часто змінюють місце та форму локалізації, а іноді спонтанно зникають.

При *гострому ентероколіті* дорсальна поверхня язика покрита щільним сірувато-жовтим нальотом, а за хронічного перебігу хвороби наліт має

жовтуватий колір у дистальних відділах спинки язика і переважно в ранковий час.

Найчастіша ознака хронічних колітів є проявом десквамації епітелію язика ( 33% ). Важливим є стан сосочкового апарату язика. В даному випадку можна припустити різну патологію ШКТ, крові, гіповітамінози і таке інше.

Збільшення розмірів язика, почервоніння грибоподібних сосочків на фоні гіперпластичного глоситу й осередкової атрофії ниткоподібних сосочків звичайно характерно для виразкової хвороби шлунку.

Часткова атрофія ниткоподібних сосочків, що починається з кінчика язика й прогресує в напрямку до його кореня – властива для залізодефіцитної анемії, а поєднання цих проявів з частковою атрофією і яскраво-червоними поздовжніми смугами – для перніціозної анемії (язик Гунтера). Утворення мігруючих плям, частіше по краях язика, білого (сірого) та яскраво-червоного кольору характерно для десквамативного глоситу (географічний язик). Розростання ниткоподібних сосочків і їхня чорна пігментація в середніх ділянках спинки властиві чорному волосатому язичку. Найчастіше гіпертрофуються ниткоподібні сосочки у хворих на гастрит із підвищеною кислотністю. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки супроводжується гіпертрофією грибоподібних сосочків у вигляді яскраво-червоних точок, що підвищуються над поверхнею слизової оболонки.

Гіпопластичний глосит характеризується атрофією сосочків, інколи різко вираженою, внаслідок чого язик має вигляд «лакованого», з яскравими плямами і смугами. Атрофія сосочків язика супроводжується пекучістю, поколюванням, болем під час уживання їжі. Такі зміни сосочків язика викликаються гастритом зі зниженою секрецією, виразковою хворобою, гастроентеритом, хворобами жовчовивідних шляхів. Гладка й блискуча поверхня спинки язика, яка позбавлена ниткоподібних сосочків в поєднанні з його сухістю властива для пеніціозної анемії. Якщо язик повністю позбавлений ниткоподібних сосочків, набряклий, гіперемований і на цьому фоні піднімаються яскраво-червоні грибоподібні сосочки, то це характерно для скарлатинового глоситу (малиновий язик). Зміна кольору слизової оболонки та язика часто є важливою діагностичною ознакою патології шлунково-кишкового тракту. Катаральний глосит, стоматит у вигляді яскраво-червоних і ціанотичних ділянок викликаються гастритами, виразковою хворобою, колітом, ентероколітом. Слизова оболонка має анемічний блідий вигляд у хворих, що страждають на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею.

*Карцинома* шлунка пігментує слизову оболонку твердого піднебіння плямами брунатного кольору. Характерну пігментацію слизової оболонки викликають хвороби печінки: вся вона стає блідо-рожевою, а м'яке піднебіння забарвлюється в жовтий колір.

Хвороби травного тракту викликають значні зміни смаку: гастрит - «металевий» присмак уранці; рак шлунка - зниження смаку до гіркокого та солодкого; хронічні ентероколіти – дискінезію; хвороби печінки - кислий присмак тощо. Для визначення цих порушень використовують метод функціональної мобільності рецепторів язика. При захворюваннях ШКТ досить

часто порушується смакова чутливість язика. Вона досліджується за допомогою методу функціональної мобільності рецепторів язика. Поряд із цими змінами в порожнині рота порушується слиновиділення: загострення виразкової хвороби, гіперацидний гастрит зумовлюють гіперсалівацію, але частіше - гіпосалівацію (виразкова хвороба, гастрити та ін.). Хвороби шлунка і кишечника внаслідок появи трофічних розладів порушують цілісність слизової оболонки порожнини рота. Мікротріщини, ерозії, афти, виразки на слизовій оболонці характерні для пізніх стадій і загострень виразкової хвороби шлунка, коліту та ентероколіту. Парестезія слизової оболонки порожнини рота та язика, глосодинія часто супроводжують різні хвороби шлунково-кишкового тракту.

#### *Диференційна діагностика.*

Зміни СОПР, спричинені хворобами травного тракту, необхідно диференціювати із низкою патологічних станів. Атрофічні зміни, що виявляються у вигляді десквамативного глоситу, слід диференціювати з фіксованою медикаментозною енантемою, вторинним сифілісом, червоним плескатим лишаям, кандидозом, хронічним рецидивуючим стоматитом, специфічними вірусними ураженнями.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Які захворювання ШКТ проявляються на СОПР?
2. Який патогенез зв'язку захворювань ШКТ із змінами у порожнині рота?
3. Особливості обстеження хворих із ураженнями СОПР, спричиненими хворобами травного каналу.
4. Які ураження СОПР відмічаються при різних формах гастриту?
5. Які зміни у порожнині рота при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки?
6. Які ураження СОПР відмічаються при ентероколіті?
7. Які ураження СОПР відмічаються при панкреатиті?
8. Які ураження СОПР відмічаються при холециститі?
9. Яке місцеве лікування змін СОПР при патології ШКТ?
10. Тактика лікаря-стоматолога при ураженнях СОПР на фоні патології ШКТ.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було виявлено гіпертрофію ниткоподібних сосочків язика та відбитки зубів на його боковій поверхні. Для якого захворювання ШКТ характерні такі клінічні прояви?
  - A. Гіперацидний гастрит
  - B. Гіпоацидний гастрит
  - C. Виразкова хвороба шлунку
  - D. Панкреатит
  - E. Ентероколіт
2. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було виявлено атрофію ниткоподібних сосочків язика та відбитки зубів на його боковій поверхні. Для якого захворювання ШКТ характерні такі клінічні прояви?
  - A. Панкреатит
  - B. Гіпоацидний гастрит
  - C. Гіперацидний гастрит



D. Ентероколіт

E. Виразкова хвороба шлунку

3. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз: географічний язик. До якого спеціаліста насамперед слід направити пацієнта з метою подальшого лікування?

A. Дерматолог

B. Гематолог

C. Гастроентеролог

D. Кардіолог

E. Терапевт

4. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз: географічний язик. Які додаткові методи обстеження слід провести, насамперед, для встановлення заключного діагнозу?

A. Гістологія ділянки ураження

B. Клінічний аналіз крові

C. Біохімічний аналіз крові

D. Мікроскопія зішкрябу з поверхні язика

E. Серологічні дослідження

5. При клінічному обстеженні хворих з патологією ШКТ досить часто відмічається набряк язика, відбитки зубів на його боковій поверхні. Яку пробу слід провести для підтвердження даного симптома?

A. Проба Мак-Клюра-Олдріча

B. Проба Кулаженко

C. Проба Кечке

D. Проба Шиллера-Писарєва

E. Проба Кавецького

6. При стоматологічному огляді пацієнта К. визначено наявність нашарувань сірувато-жовтого кольору на дорсальній поверхні язика, щільно спаяних з підлеглими тканинами. Вкажіть, проявом якої патології є дана симптоматика?

A. Гіпоацидний гастрит

B. Виразкова хвороба шлунку

C. Хронічний холецистит

D. Гострий панкреатит

E. Гострий ентероколіт

7. При стоматологічному огляді пацієнта, визначено наявність нашарувань жовтуватого кольору, локалізованих переважно в дистальних відділах спинки язика, переважно в ранковий час. Вкажіть, проявом якої патології є дана симптоматика?

A. Виразкова хвороба 12-палої кишки

B. Гіперацидний гастрит

C. Хронічний ентероколіт

D. Калькульозний холецистит

E. Анацидний гастрит

8. Гіпертрофія яких сосочків язика є найбільш частим симптомом гіперацидного гастриту?

А. Грибоподібних

В. Листоподібних

С. Жолобкуватих

Д. Ниткоподібних

Е. Веретеноподібних

9. Гіпертрофія яких сосочків язика є найбільш частим симптомом виразкової хвороби 12-палої кишки та шлунка?

А. Грибоподібних

В. Листоподібних

С. Жолобкуватих

Д. Ниткоподібних

Е. Веретеноподібних

10. Який процес в епітелії сприяє утворенню нашарувань на спинці язика за умов патології травного каналу?

А. Гіперкератоз

В. Дискератоз

С. Паракератоз

Д. Ортокератоз

Е. Прекератоз

11. Хворий В., 32 років, скаржиться на незвичайний вигляд язика, що періодично змінюється, незначне відчуття печії під час вживання їжі. Страждає на хронічний гастрит. Об'єктивно: на спинці та бокових поверхнях язика кілька десквамативних ділянок овальної форми, які облямовані білястими смужками. Назвіть найбільш імовірний попередній діагноз:

А. Кандидозний глосит

В. Десквамативний глосит

С. Вторинний сифіліс

Д. Катаральний глосит

Е. Глосит Гунтера-Міллера

12. Пацієнтка О., 53 років, скаржиться на постійне відчуття печії на кінчику язика та бічних поверхнях. Печія виникає зранку і підсилюється до вечора, а зникає при вживанні їжі. Вважає себе хворим близько року. Анамнез життя: анацидний гастрит, операція з приводу фіброміоми матки, гіпертонічна хвороба, поганий сон, почуття тривоги. Об'єктивно: при огляді язик набряклий, на його спинці незначний білий наліт, атрофія ниткоподібних сосочків. Інші ділянки слизової оболонки без видимих патологічних змін. До якого спеціаліста лікарю-стоматологу насамперед потрібно направили на консультацію даного пацієнта?

А. Невропатолог

В. Алерголог

С. Дерматолог

Д. Гематолог

Е. Гастроентеролог

13. Пацієнтка С., 42 років, скаржиться на печію та болочість кінчика язика, порушення смакової чутливості, сухість в роті. В анамнезі життя - анацидний гастрит. Об'єктивно: відмічаються численні тріщини губ по середній лінії та в

кутах рота. На бічних поверхнях язика відбитки зубів, спинка язика яскраво-червоного кольору на тлі блідої СОПР. Атрофія сосочків на кінчику язика. Аналіз крові: Нв 80 г/л, Ер. 3,5х 10<sup>12</sup> /л, К.П. 0,7. Яке місцеве лікування слід призначити пацієнту?

- А. Аплікації антибіотиками
- В. Аплікації кератопластиками
- С. Аплікації протизапальними засобами
- Д. Аплікації антибіотиками та протизапальними засобами
- Е. Аплікації гіпосенсибілізуючими засобами

14. Пацієнтка В., 57 років, скаржиться на незвичайний вигляд язика, відчуття печії, періодичні болі в животі, загальне нездужання. З анамнезу життя: впродовж 7 років хворіє виразкою шлунку, яка періодично загострюється. Об'єктивно: слизова спинки язика покрита сірим нальотом в окремих ділянках, які чергуються ділянками десквамації різної форми. На боковій поверхні язика відмічаються відбитки зубів та періодична зміна рельєфу язика впродовж декількох тижнів. При пальпації регіонарні лімфовузли не визначаються. Поставте попередній діагноз:

- А. Кандидозний глосит
- В. Атрофічний кандидозний глосит
- С. Географічний язик
- Д. Десквамативний глосит
- Е. Глосит Гунтера-Міллера

15. Хворий Т., 43 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен, почуття гіркоти в роті, підвищену чутливість зубів до термічних подразників. При огляді на тлі незначної набряклості слизової оболонки щік, ясен, твердого піднебіння визначаються поодинокі геморагії й телеангіоектазії. М'яке піднебіння і дно порожнини рота мають жовтяничний відтінок, відмічається гіпосалівація. Для якої загальної патології характерні такі зміни?

- А. Аддісонова хвороба
- В. Хронічний гіперацидний гастрит
- С. Хронічний анацидний гастрит
- Д. Хронічний гепатит
- Е. Гіпертонічна хвороба

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка.

– К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №74

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ. СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ.

**I. Актуальність теми:** Численні дослідження показують, що при порушенні серцево-судинної системи (недостатність кровообігу, артеріальна гіпертензія) одночасно спостерігаються різноманітні ураження слизової оболонки порожнини рота. Такі ураження мають певну специфіку та особливості, залежно від виду й ступеня тяжкості захворювання серцево-судинної системи. Тому лікар-стоматолог повинен чітко визначати таку специфіку уражень слизової оболонки порожнини рота, уміти їх вчасно виявити, призначити раціональне та ефективне лікування і провести профілактичну співбесіду.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- анатомічну, гістологічну будову тканин СОПР;
- патофізіологічні процеси, морфологічні зміни СОПР;
- вплив патології серцево-судинної системи на стан слизової оболонки порожнини рота;
- пояснити основні прояви уражень СОПР у відповідності з патологією серцево-судинної систем.

##### 2.2. Вміти:

- володіти методикою суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворих з патологією СОПР;
- володіти методами додаткового обстеження хворих з патологією СОПР;
- застосовувати сучасні методи місцевого лікування СОПР;
- зібрати скарги, анамнез захворювання;
- провести клінічне обстеження;
- скласти план додаткових методів обстеження з урахуванням супутньої патології ССС;
- провести медикаментозне лікування уражень СОПР при патології ССС.

#### III. Зміст теми:

Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота, викликані серцево-судинними хворобами на стадії декомпенсації, виявляють у 40-80 % хворих. Це зміни, пов'язані з мікроциркуляторними порушеннями, а також із явищами гіпоксії.

*Серцево - судинна недостатність*, яка супроводжується порушенням кровообігу, спричиняє загальну одутлість, ціаноз слизової оболонки та червоної кайми губ. Такий стан поєднується з набряком та сухістю слизової оболонки і язика, що призводить до появи відбитків зубів на їх поверхні.

Трофічні порушення слизової оболонки сприяють розвитку виразкових процесів, які локалізуються в порожнині рота в місцях підвищеної травматизації. На місці навіть незначної травми слизової оболонки (бокова поверхня язика, слизова щік та піднебіння) утворюється болюча ерозія, яка швидко перетворюється в трофічну виразку.

**Трофічна виразка** – дефект слизової оболонки порожнини рота з нерівними краями, сірим некротичним нальотом. Виразка може утворюватися при користуванні зубних протезів. При цьому на слизовій травмованій ділянці утворюються ерозії, виразки (пролежні). Особливостями таких уражень є те, що навколо виразки запальна реакція майже відсутня, не спостерігається і реакція лімфатичних вузлів. Перебіг виразки тривалий, без ознак загоювання. Виразки мають стійкі ознаки прогресування: ширшають і глибшають, навіть викликаючи деструктивні процеси альвеолярної кістки.



*Діагностика* трофічних виразок нерідко значно ускладнена.

*Диференціювати* їх необхідно від банальних декубітальних, ракової та туберкульозної виразок, виразки при променевої хвороби.

*Лікування* трофічних виразок потребує активної загальної терапії, спрямованої на ліквідацію недостатності кровообігу.

Лікування комплексне, в тісному контакті з терапевтом або ж у стаціонарі.

Місцево лікування полягає у використанні знеболювальних засобів (аплікації розчинів 2% тримекаїну, 2 % лідокаїну, аерозоль «Лідестин», 5 % піромекаїнова мазь), антисептичних розчинів, кератопластичних засобів (лінімент або сок алое, хонсурид, препарати прополісу, 5 % дибунолова мазь).

Для покращення мікроциркуляції в зоні трофічних розладів призначають усередину кофермент вітаміну В4 – фосфаден по 0,05 г 2 рази за день протягом 1-2 місяців або теонікол (компламін) по 0,15 г 3 рази за день, курс - до 2 місяців.

Ціаноз СО і яскраво-червоний чи малиновий колір язика відзначаються в гострий період **інфаркту міокарда**. Крім зміни забарвлення спостерігаються й інші зміни язика, ступінь прояву яких залежить від ступеня тяжкості загального захворювання.

Так, при *крупно-вогнищевому інфаркті* міокарда зміни язика значно частішають і носять деструктивний характер: тріщини, ерозії, виразки, крововиливи в сосочкову і міжсосочкову тканини язика. *Дрібновогнищевому інфаркту* і стенокардії властиві лише зміни забарвлення, набряк язика, сухість і рідко тріщини.

**Гіпертонічна хвороба** може викликати на слизовій оболонці порожнини рота розвиток геморагічних пухирів, що відображають стан кровоносних судин.

*Пухирно-судинний синдром* проявляється на слизовій оболонці порожнини рота виникненням пухиря з геморагічним умістом. Типова локалізація пухиря - слизова оболонка м'якого піднебіння та щоки. Хворі (частіше жінки) страждають

на гіпертонічну хворобу I-II стадії. У момент появи пухиря на слизовій оболонці порожнини рота артеріальний тиск складає зазвичай 250/120, 220/100 мм.рт.ст., що розцінюється як гіпертонічний криз. Провокуючими моментами можуть бути вживання твердої їжі, кашель. Больові відчуття мінімальні: незначний колючий біль у момент появи пухиря та слабоболюча ерозія. На слизовій оболонці утворюється пухир розміром від 1,0 до 3 см, виповнений геморагічною рідиною, зі щільною покришкою. Пухир зберігається 2-3 дні, потім лопається, й на його місці утворюється ерозія з обривками покришки по краях та білувато-сірим фібринозним нальотом. Ерозія швидко загоюється.



Геморагічний пухир необхідно диференціювати з гемангіомою, піогенною гранульомаю, акантолітичною пухирчаткою, бульозним пемфігоїдом.

Лікування пухирно-судинного синдрому передбачає лікування основної хвороби. Всі хворі повинні перебувати на лікуванні та нагляді з приводу гіпертонічної хвороби. Для зменшення судинно-тканинної проникності хворим призначають аскорбінову кислоту з рутином по 0,05 (1 таб.) 2-3 рази за день протягом місяця. Необхідно усунути в порожнині рота всі травмувальні агенти.

Для профілактики вторинної інфекції застосовують антисептичні розчини, для пришвидшення епітелізації - кератопластичні засоби (розчин ретинолу ацетату, олію шипшини тощо).

**Геморагічний ангіоматоз (хвороба Рандю—Ослера)**, описаний англійським лікарем В.Ослером 1901р., як спадкове судинне захворювання, пов'язане з природженою неповноцінністю судинного ендотелію. Захворювання характеризується множинними телеангіектазіями і супроводиться частими профузними кровотечами із носа і порожнини рота.

Ангіоматозні розростання виявляють на слизовій оболонці носа, щік, губ, язика, на шкірі в ділянці обличчя, особливо на крилах носа і в мочках вух. Кількість тромбоцитів, час кровотечі і здатність крові згортатися при хворобі Ослера перебувають у межах норми.



У лікуванні важливе значення має застосування комплексу заходів, спрямованих на ліквідацію недостатності кровообігу, і місцевої симптоматичної терапії.

Лікування таких хворих дає успіх тільки при застосуванні засобів лікування серцево-судинних розладів в умовах терапевтичного стаціонару.

Місцево необхідно проводити обробку порожнини рота антисептичними розчинами, застосовувати знеболюючі засоби та препарати, що прискорюють епітелізацію (цігерол, прополіс, масляний розчин вітамінів А, Е, масло обліпихи, шипшини, ферментні препарати тощо). При наявності одиничних виразок з метою підвищення реактивної здатності слизової оболонки призначають ін'єкції біостимуляторів (при відсутності протипоказань) під елементи ураження.

Призначають щадну дієту, багату необхідними поживними речовинами і вітамінами, дають рекомендації по догляду за порожниною рота. Призначають аскорбінову кислоту, рутин, токоферолу ацетат, загальні й місцеві гемостатичні засоби. При профузних кровотечах показані переливання крові, перев'язування судин. У важких, ослаблених хворих можуть розвиватися явища і гіповітамінозу і тяжкі грибкові ураження слизової оболонки рота, лікування яких проводять за принципами лікування гіповітамінозу і грибкових уражень у осіб без серцево-судинних захворювань. Необхідна санація порожнини рота.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Які захворювання ССС впливають на стан СОПР?
2. Назвіть механізм впливу захворювань ССС на стан СОПР.
3. Особливості обстеження хворих із ураженнями СОПР, спричиненими патологією СОПР.
4. Які ураження СОПР відмічаються при різних ступенях гіпертонічної хвороби?
5. Які ураження СОПР відмічаються при атеросклерозі?
6. Які ураження СОПР відмічаються при серцевій недостатності?
7. Які ураження СОПР відмічаються при інфаркті міокарда?
8. Яке місцеве лікування змін СОПР проводиться при патології ССС?
9. Тактика лікаря-стоматолога при ураженнях СОПР на фоні патології ССС.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Лікар-стоматолог проводить лікування хворого трофічними виразками в порожнині рота у сумісництві з яким спеціалістом?
  - A. Кардіологом
  - B. Невропатологом
  - C. Гастроентерологом
  - D. Дерматологом
  - E. Гематологом
2. При пухирно-судинному синдромі елемент ураження знаходиться:
  - A. В товщі слинних залоз
  - B. Між шарами епітелію
  - C. В товщі слизової оболонки
  - D. В товщі клітковини
  - E. Підепітеліально
3. Геморагічні пухирі утворюються при:



- A. Гіпертонічній хворобі
  - B. Серцево-судинній недостатності
  - C. Атеросклерозі
  - D. Ревматоїдному пороку серця
  - E. Інфаркту міокарда
4. Трофічна виразка в порожнині рота утворюється при:
- A. Ревматоїдному порокові серця
  - B. Атеросклерозі
  - C. Серцево-судинній недостатності
  - D. Інфарктові міокарда
  - E. Гіпертонічній хворобі
5. Під час огляду пацієнта лікарем-стоматологом в порожнині рота була виявлена трофічна виразка. Яке лабораторне дослідження слід насамперед провести для встановлення заключного діагнозу?
- A. Клінічний аналіз крові
  - B. Мікробіологічне
  - C. Гістологічне
  - D. Цитологічне
  - E. Біохімічний аналіз крові
6. При профілактичному огляді пацієнта лікарем-стоматологом було виявлено трофічну виразку. Які результати лабораторного дослідження будуть отримані при зішкрябі з поверхні виразки?
- A. Клітини Тцанка
  - B. Фузобактерії, спірохети
  - C. Поодинокі гістіоцити, дегенеративні епітеліоцити
  - D. Зерна Треля
  - E. Кокова мікрофлора
7. При якій патології серцево-судинної системи відмічається синюшність губ та СОПР?
- A. Атеросклерозі
  - B. Серцево-судинній недостатності
  - C. Ревматоїдному пороку серця
  - D. Інфаркту міокарда
  - E. Гіпертонічній хворобі
8. Яку групу лікарських засобів слід використовувати для хімічного очищення поверхні трофічної виразки від некротичних мас?
- A. Ферменти
  - B. Антисептики
  - C. Антибіотики
  - D. Вітаміни
  - E. Кератопластики
9. Для прискорення процесу епітелізації на етапі лікування трофічної виразки слід використовувати:
- A. Ферменти
  - B. Антисептики

С. Антибіотики

Д. Вітаміни

Е. Кератопластики

10. Під час профогляду пацієнта лікарем-стоматологом було встановлено наявність в порожнині рота трофічної виразки. На заключному етапі лікування пацієнту було рекомендовано фізіотерапію. Яка процедура сприяє регенерації слизової оболонки?

А. УФО

В. УВЧ терапія

С. Токи Дарсонваля

Д. Діадинамотерапія

Е. Гальванізація

11. Хвора С., 58 років, скаржиться на появу пухиря в порожнині рота. Пухир з'явився на боковій поверхні язика після перенесеного напередодні гіпертонічного кризу. При огляді на бічній поверхні язика праворуч геморагічний пухир розміром 10 x15 мм. Пальпація безболісна. Симптом Нікольського негативний. Артеріальний тиск 180/130 мм рт ст. Який найбільш вірогідний діагноз?

12. Пацієнт Н., 66 років, скаржиться на появу виразки в ділянці правої нижньої щелепи. Виразка з'явилася два тижні тому після перенесеної травми під час вживання твердої їжі. Проведене самолікування результату не дало, тому він звернувся до лікаря-стоматолога. Хворий відмічає серцево-судинну недостатність. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі, болісні при пальпації, ціанотичного відтінку. Інші ділянки СОПР без змін. Встановіть попередній діагноз.

13. Пацієнт Н., 66 років, скаржиться на появу виразки в ділянці правої нижньої щелепи. Виразка з'явилася два тижні тому після перенесеної травми під час вживання твердої їжі. Проведене самолікування результату не дало, тому він звернувся до лікаря-стоматолога. Хворий відмічає серцево-судинну недостатність. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі ціанотичного відтінку при пальпації болісні, м'якої консистенції. Інші ділянки СОПР без змін. Яке лабораторне дослідження слід, насамперед, провести для встановлення заключного діагнозу?

14. Пацієнт Г., 62 років, звернувся до лікаря-стоматолога з метою професійного огляду. Об'єктивно: лице симетричне, шкірний покрив блілого відтінку, регіональні лімфовузли не пальпуються. Вся поверхня СОПР блідо-рожевого кольору, анемічна без видимих елементів ураження. Язик має звичайний колір та розмір, покритий білуватим нальотом. Сосочки язика без змін. Відмічається атрофія тканин пародонту (по горизонтальному типу). Пародонтальні кишені відсутні. На фронтальних зубах нижньої щелепи відмічаються клиноподібні дефекти. Яке загальне захворювання ССС слід відмітити у даного пацієнта?

15. Хвора П., 57 років, скаржиться на наявність численних плям на слизовій оболонці губ, щік, язика, періодичних кровотеч із носа. Об'єктивно: телеангіектазії на шкірі обличчя в ділянці лівого крила носа. На СО губ, щік, язика такі елементи ураження в кількості 12-14. Клінічний аналіз крові: тромбоцитів в периферичній крові –  $280,0 \times 10^9/\text{л}$ ., час кровотечі до 3-х хвилин. Назвіть найбільш ймовірний діагноз?

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський, А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –

120 с.

10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №75

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЕНДОКРИННОЇ ТА НЕРВОВОЇ СИСТЕМ. СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ.

**I.Актуальність теми:** Органи і тканини ротової порожнини перебувають у тісному зв'язку з різними внутрішніми органами і системами людини, тому велика група уражень слизової оболонки є наслідком захворювання тих чи інших внутрішніх органів. Стоматологічні прояви ендокринних розладів та порушень нервової систем мають важливе діагностичне значення, так як вони випереджають прояви загальних клінічних симптомів основного захворювання. Тому, знання особливостей змін СОПР при ендокринних розладах сприяють виявленню ранніх стадій захворювання, а також правильній оцінці місцевих проявів загальної патології і вибору методів лікування.

#### **II.Навчальна мета:**

##### **2.1.Студент повинен знати:**

- місцеві та загальні фактори розвитку ендокринних захворювань;
- пояснити взаємозв'язок між етіопатогенетичними чинниками виникнення захворювань ендокринної системи та розвитком змін слизової оболонки порожнини рота;
- класифікацію, клініку, діагностику уражень слизової оболонки порожнини рота при захворюваннях ендокринної системи;
- провести диференційну діагностику змін на СОПР при патології ендокринної системи;
- клінічну картину та прояви на СОПР захворювань нервової системи;
- основні та додаткові методи обстеження при захворюваннях ендокринної та нервової систем;
- загальну схему лікування та симптоматичне лікування ураження слизової оболонки порожнини рота.

##### **2.2.Вміти:**

- трактувати принципи лікування змін на слизовій оболонці порожнині рота при патології нервової та ендокринної систем;
- скласти план лікування змін на СОПР при патології нервової та ендокринної систем;
- трактувати роль профілактики в запобіганні виникнення змін на слизовій оболонці порожнині рота при патології нервової та ендокринної систем.
- провести комплекс лабораторних досліджень хворого з глосодинією;
- скласти план лікування хворого з десквамативним глоситом;
- виписати рецепти для загального та місцевого лікування ;
- оформити медичну документацію даного хворого.

#### **III. Зміст теми:**

**Цукровий діабет** в основі виникнення захворювання є порушення вуглеводного обміну. Найбільш характерними змінами в порожнині рота є ксеростомія, катаральний стоматит і глосит, грибковий стоматит, мікотична заїда, парестезії СОПР, трофічні розлади, червоний плесканий лишай.

Найбільш ранній симптом – сухість у порожнині рота (ксеростомія) як наслідок дегідратації організму. Нерідко при цьому виникає спрага, підвищується апетит. Слизова оболонка стає слабо зволоженою чи сухою, мутною, зі значним скупченням нальоту, часто гіперемійованою. Зменшення слиновиділення призводить до розвитку катарального запалення слизової оболонки, вона стає легко пошкоджується, в місцях незначної механічної травми спостерігаються ушкодження у вигляді крововиливів, інколи ерозій.

За високого вмісту цукру в крові часто виникають зміни язика: вона покривається білим нальотом, висихає, на ній з'являються дрібні болючі тріщинки. Поряд із цим цукровий діабет може викликати парестезії. Пекучість слизової оболонки відчувається разом зі свербіжем шкіри в зоні геніталій та в інших ділянках. У хворих на декомпенсований цукровий діабет можливе зниження смакового відчуття до солодкого, солоного, кислого, а в деяких, які перебувають у протилежній залежності від, тяжкості хвороби — і до гіркого.

Трофічні розлади слизової оболонки порожнини рота характеризуються виникненням трофічних виразок, яким притаманний тривалий перебіг зі сповільненою регенерацією. Дуже часто запалюється крайовий пародонтит. Спочатку розвивається катаральне запалення ясенних сосочків, потім утворюються пародонтальні кишень, розростається грануляційна тканина та розсмоктується альвеолярна кістка, часто виникають абсцеси.

У порожнині рота розвиваються грибковий стоматит і мікотичні заїди внаслідок дисбактеріозу на тлі різкого зниження опірності організму, зменшення ферментативної активності слини та лізоциму. Грибкові ураження мають сталий характер у різних відділах порожнини рота. Особливо часто виникають мікотичні заїди, при цьому в кутах рота з'являються тріщинки, покриті білясто-сірими кірочками. В окремих випадках на слизовій оболонці порожнини рота з'являються папульозні елементи ураження, що може стати ознакою прихованої форми цукрового діабету.

Поєднання цукрового діабету і гіпертонічної хвороби часто проявляється в роті червоним плескатим лишаям (синдром Гріншпана). Описані зміни не мають специфічних рис, властивих тільки цукровому діабету. Тому в діагностиці посилену увагу приділяють анамнезу, загальному обстеженню хворого, лабораторним дослідженням. Лікування проводять спільно з ендокринологом. За наявності виражених змін у порожнині рота, зважаючи на їхні прояви, призначають симптоматичне лікування: фунгістатичні препарати — при грибкових ускладненнях, кератопластичні — при трофічних ураженнях, а також засоби, що поліпшують вуглеводний обмін. У хворих на цукровий діабет регулярно проводять санацію порожнини рота.



**Акромегалія** - хвороба, викликана гіперфункцією передньої частки гіпофіза, розвивається внаслідок надлишкового надходження в організм соматотропного гормону. Відбувається збільшення щелеп, особливо нижньої, виникає прогнатія, розширюються міжзубні проміжки. З часом розростаються і м'які тканини: розвиваються макрохейліт, макроглосит. Сосочки язика гіпертрофуються, він ледве поміщається в роті, на язиці з'являються складки та борозни. Слизова оболонка щільна, блідо-рожевого кольору, не береться в складку. Також з'являється гіперплазія ясен. Розростання язичка і голосових зв'язок супроводжується зниженням тембру голосу. Хвороба розвивається повільно, непомітно для хворого.

**Хвороба Іценка — Кушинга** розвивається внаслідок гіперфункції кори надниркових залоз та ураження гіпоталамогіпофізарної системи. Виникає ожиріння обличчя, шиї, грудей, живота. Обличчя округле, щоки надуті, вишнево-червоного кольору. Шкіра суха, утворюються фурункули, вугрі, імпетиго. У порожнині рота слизова оболонка набрякла, спостерігаються відбитки зубів на щоках та язиці. Часто виникають трофічні розлади, що призводить до появи ерозій, виразок, які характеризуються тривалим перебігом. Часте ускладнення — кандидозні ураження. Лікування проводиться спільно з ендокринологом. Показані санація порожнини рота і симптоматична терапія залежно від клінічних проявів хвороби

**Синдром Гріншпана** поєднання цукрового діабету і гіпертонічної хвороби часто проявляється в роті червоним плескатим лишаєм.

**Аддісонова хвороба** зумовлена припиненням або зменшенням продукування гормонів кіркової речовини надниркових залоз. Найхарактерніша ознака хвороби — специфічна пігментація шкіри та слизової оболонки. У порожнині рота, на губах, по краю язика, ясен, слизової оболонки щік з'являються невеликі плями або смуги синюватого, сірувато-чорного кольору. Ці зміни в порожнині рота і на шкірі виникають унаслідок відкладення великої кількості меланіну. Діагноз хвороби підтверджують такі загальні симптоми: артеріальна гіпертензія, порушення функції травного тракту (нудота, блювання, пронос), виснаження.

Для лікування використовують кортикостероїди. Призначають кортикостероїди з урахуванням тяжкості стану хворого по 30—80 мг на добу

всередину, причому  $1/3$ — $1/2$  добової дози — в ранковий час (одноразова доза 15—30 мг). Зниження дози спочатку можливе на  $1/3$  кожні 3 доби до підтримуючої дози — 5—10 мг — або відміна препарату. Останнім часом застосовують кортикостероїди в надзвичайно високих дозах короткими курсами (1—2 доби). У першу добу вводять 120—150 мг, у наступну — половину дозу. Лікування кортикостероїдами слід проводити під контролем артеріального тиску, ЕКГ, клінічного та біологічного аналізу крові, діурезу та маси тіла. Преднізолон — табл. по 0,005 г, ампули 3% розчину по 1 мл (0,03 г); тріамцінолон (кенакорт) — табл. по 0,004 г; дезоксикортикостерону ацетат — табл. по 0,005 г та 1 мл 0,5% олійного розчину; метипред — табл. по 4 мг, ампули по 0,025 г.

### **Зміни СОПР при захворюваннях нервової системи.**

**Глосодинія** - вісцеро-рефлекторний бульбарний синдром. Хворіють частіше жінки старшого середнього і літнього віку.



*Причини:* захворювання ЖКТ (печінка, шлунок), підвищення неврогенного фону при стресових ситуаціях, патологія клімаксу, цукровий діабет, судинні розлади.

*Патогенез.* При захворюваннях ЖКТ імпульси, що проходять за системою блукаючого нерва, домінують в загальному шляху чутливих центрів стовбура мозку, і перезбуджують пов'язані з ним ядра V, IX, X пари нервів, гальмують імпульси від тканин порожнини рота і виходять на кінцевий шлях – зоровий горб – за центральну звивину кори півкуль, де немає нарізності сприйняття внутрішніх і зовнішніх подразників. Тому при захворюваннях ЖКТ імпульси від внутрішніх органів проєктуються на ділянку порожнини рота, особи, тобто в ділянках чутливої іннервації V, IX, X пари черепномозкових нервів. Ця теорія пояснює характерну межу глосодинії - зникнення болю під час їди – оскільки під час їжі відбувається роздратування великої кількості рецепторів трійчастого нерва і імпульси, які прямують по його волокнах переважають над вісцелярною імпульсацією.

6 варіантів глосодинії:

1. лінгвально-мандибулярний
2. максилярний
3. мандибуло-максилярний
4. фронто-парієнтальний
5. глоссофарингіальний
6. окципітальний.



## 2 форми захворювання:

1. мукозна
2. дермато-мукозна.

Основні симптоми прояву захворювання в порожнині рота:

1. відчуття пощипування, поколювання язика або СОПР, шкіри, відчуття притрушення язика перцем.
2. відчуття зникають під час їжі.
3. на СОПР ніяких змін немає.
4. порушення смакових відчуттів аж до повного зникнення.
5. гіпосалівація, особливо в нічний час.
6. загострення захворювання спостерігається при загостренні вісцелярної патології, стресових ситуаціях, зниженні резистентності організму
7. зниження рефлексів (глоткового і з м'якого піднебіння), обмеження висування язика, явища дизартрії.
8. порушення чутливості в ділянці іннервації гілок трійчастого нерва не виявляється.

Лікування.

1. основного захворювання.
2. симптоматичне (транквілізатори, поліпшення кровообігу, вітаміни, вегетотропні і антигістамінні препарати, комір по Щербаку, рефлексотерапія, електронейростимуляція, лазеропунктура).

### **IV.Контрольні питання до теми заняття:**

1. Назвіть етіологічні фактори розвитку ксеростомії.
2. Охарактеризуйте клінічні прояви ксеростомії.
3. Вкажіть етіологію та патогенез акромегалії та хвороби Іценко-Кушинга.
4. Висвітліть клінічні прояви акромегалії у щелепно-лицевій ділянці.
5. Висвітліть клінічні прояви хвороби Іценко-Кушинга у щелепно-лицевій ділянці.
6. Охарактеризуйте етіологічні фактори та патогенез цукрового діабету.
7. Висвітліть клінічні ознаки цукрового діабету у порожнині рота.
8. Охарактеризуйте особливості додаткових методів обстеження стоматологічних пацієнтів із ендокринним захворюванням.
9. Висвітліть особливості загального лікування стоматологічних пацієнтів із ендокринним захворюванням.
10. Висвітліть особливості місцевих втручань при лікуванні стоматологічних пацієнтів із ендокринним захворюванням.
11. Вкажіть заходи профілактики змін у порожнині рота при ендокринних порушеннях.

### **V.Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. В основі якого захворювання є порушення вуглеводного обміну?
  - A. Цукровий діабет
  - B. Синдром Стівенса – Джонсона
  - C. Синдром Шегрена
  - D. Хвороба Іценко-Кушинга
  - E. Синдром Костена

2. Яка хвороба, викликана гіперфункцією передньої частки гіпофіза, розвивається внаслідок надлишкового надходження в організм соматотропного гормону?

- A. Цукровий діабет
- B. Синдром Шегрена
- C. Акромегалія
- D. Хвороба Іценко-Кушинга
- E. Мікседема

3. Яка хвороба розвивається внаслідок гіперфункції кори надниркових залоз та ураження гіпоталамогіпофізарної системи?

- A. Аддісонова хвороба
- B. Цукровий діабет
- C. Акромегалія
- D. Хвороба Іценко-Кушинга
- E. Мікседема

4. Яким синдромом проявляється поєднання у хворого цукрового діабету, гіпертонічної хвороби та червоного плескатоного лишая?

- A. Синдром Костена
- B. Синдром Стівенса – Джонсона
- C. Синдром Шегрена
- D. Синдром Бехчета
- E. Синдром Гриншпана

5. Яка хвороба розвивається внаслідок припинення або зменшення продукування гормонів кіркової речовини надниркових залоз?

- A. Мікседема
- B. Цукровий діабет
- C. Акромегалія
- D. Хвороба Іценко-Кушинга
- E. Аддісонова хвороба

6. Які лабораторні методи дослідження проводять в першу чергу при цукровому діабеті?

- A. Загальний аналіз крові та сечі
- B. Загальний аналіз крові, аналіз крові та сечі на глюкозу
- C. Біохімічний аналіз крові
- D. Імунологічні методи
- E. Алергологічні методи

7. Хвора С., 40 років, скаржиться на кровоточивість ясен, рухомість зубів, сухість в порожнині рота, спрагу, які з'явилися рік тому. Об'єктивно: ясна обох щелеп набряклі, гіперемовані з ціанотичним відтінком. Корені зубів нерівномірно оголені. Пародонтальні кишені 3-5 мм. Рухомість зубів I-II ступеня. Які обстеження необхідно провести для встановлення фонової патології?

- A. Аналіз крові на вміст глюкози
- B. Загальний аналіз крові
- C. Загальний аналіз сечі
- D. Аналіз крові на ВІЛ

Е. Біохімічний аналіз крові

8. Хвора М., 38 років, скаржиться на печію губ і кутів рота, їх сухість. В анамнезі цукровий діабет протягом 8 років. Об'єктивно: червона облямівка губ суха, застійно гіперемована, вкрита різного розміру лусочками. В кутах рота – тріщини, вкриті білим нальотом, мацерація шкіри навколо кутів рота. Яку групу мазей слід призначити цій хворій для місцевого лікування? Назвіть представників.

А. Мазь клотримазолова

В. Мазь метилурацилова

С. Мазь преднізолонова

Д. Мазь левоміколь

Е. Мазь гепаринова

9. Жінка А., 62 років, при зверненні в клініку пред'являє скарги на неможливість прийому їжі через різку хворобливість в порожнині рота, яка з'явилася тиждень тому. В анамнезі гіпертонічна хвороба. Після об'єктивного обстеження встановлений діагноз: ерозивно-виразкова форма червоного плескатоного лишая. З приводу якого загального захворювання необхідно обстежити цю хвору?

А. Цукровий діабет

В. Лейкемія

С. Тиреотоксикоз

Д. Хвороба Іценко-Кушинга

Е. Гіповітаміноз С

10. При профілактичному огляді чоловіка К., 38 років, виявлено наступне: обличчя злегка одутловате, губи товсті, ніс і вушні раковини великі, нижня щелепа масивна і виступає вперед, прикус прогенічний, язик збільшений в розмірі, на бічних поверхнях визначаються відбитки зубів, а на спинці - глибокі складки, між зубами - діастеми і тріми. Є пародонтальні кишені глибиною 3-4 мм, запальні явища ясен при цьому виражені незначно. Функцію яких з ендокринних залоз необхідно обстежити у цього хворого?

А. Гіпофіз

В. Гіпоталамус

С. Наднирникові залози

Д. Щитоподібна залоза

Е. Тимус

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В.

Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №76

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРОЯВІВ ЗАХВОРЮВАНЬ КРОВІ ТА ОРГАНІВ КРОВОТВОРЕННЯ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА. ЛЕЙКОЗИ, АГРАНУЛОЦИТОЗ. ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА..

**I.Актуальність теми:** Проблема захворювань системи крові є однією з актуальних проблем в медицині, особливо в наш час – в період екологічних негараздів. Питання ранньої діагностики набуло особливо важливого значення з тих пір, як сучасні методи лікування дають можливість отримати довгі клінічні та гематологічні ремісії при лейкозах, агранулоцитозі. З'явилась можливість продовжити життя хворим на лейкоз та зберегти життя. Нерідко ураження порожнини рота ускладнюють перебіг захворювань кровотворних органів, а тому стоматолог повинен проводити активну стоматологічну терапію в процесі загального лікування хворих. Суттєве значення має своєчасна санація порожнини рота як метод профілактики ускладнень. Тому вивчення причин, частоти, клінічних проявів захворювань та їх сучасні методи лікування і профілактики має важливе значення для лікаря-стоматолога.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1.Студент повинен знати:

- теорію розвитку окремих елементів клітин периферичної крові (гемопоез);
- механізм розвитку окремих захворювань крові та кровотворних органів;
- клініку лейкозів, агранулоцитозу ;
- ранні ознаки проявів захворювань крові в порожнині рота ;
- уявлення про причини та механізм розвитку лейкемій;
- зміни СОПР при лейкеміях;
- методи обстеження стоматологічного хворого;
- клініку ураження пародонту СОПР при різних первинних та вторинних (симптоматичних) захворюваннях.

##### 2.2.Вміти:

- коректно застосовувати інструментарій, матеріали та стоматологічне обладнання в терапевтичній стоматології при виявленні симптомів захворювань крові;
- володіти навичками виконання стоматологічних маніпуляцій при лікуванні хворих із захворюваннями крові;
- виписати направлення для додаткового обстеження хворого з патологією крові та кровотворних органів;
- аналізувати та інтерпретувати результати обстеження хворих – загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові.

#### III. Зміст теми:

*Лейкоз* — злоякісне захворювання органів кровотворення, яке виникає внаслідок прогресуючої клітинної гіперплазії в кровотворних органах, коли процеси клітинного поділу (проліферації) превалюють над процесами дозрівання.

Розрізняють лейкоз *гострий і хронічний*.

За даними клінікоморфологічного і цитологічного досліджень виділяють окремі варіанти гострого лейкозу: мієло-, лімфо-, монобластний, промієлоцитарний, недиференційований. Критерієм диференціювання таких форм захворювання є цитохімічна характеристика.



*Гострий лейкоз* зустрічається переважно у молодому віці. Захворювання здебільшого розвивається непомітно, провісники його проявляються задовго до гострого приступу. Визначаються загальне нездужання, легка стомлюваність, біль у м'язах, суглобах, кістках, горлі, збільшення підщелепних та шийних лімфовузлів, субфебрильна температура тіла.

Симптоми розвинутої фази нелікованого гострого лейкозу різноманітні і охоплюють усі найважливіші системи організму. Основна клінічна картина складається із 4 провідних синдромів:

1. геморагічного;
2. гіперпластичного;
3. анемічного;
4. інтоксикаційного.

Основою геморагічного синдрому є різка тромбоцитопенія, розвиток якої зумовлений пригніченням нормального кровотворення внаслідок гіперплазії й інфільтрації кісткового мозку. Геморагічний синдром проявляється у вигляді петехій, екхімозів, гематом на шкірі й СО, профузних кровотеч.

У порожнині рота найхарактернішими проявами гострого лейкозу є різка кровоточивість ясен, наявність крововиливів на СО щік по лінії змикання зубів, на язиці, піднебінні. Інколи виявляють значні геморагії і гематоми. У хворих на гострий лейкоз виникають біль в інтактних зубах і щелепах поряд з болем в інших кістках, що пояснюється безпосереднім ураженням кісток при лейкемічному процесі. Кісткові балки руйнуються під тиском лейкемічних клітин і остеолітичних ферментів. Біль зумовлений підвищенням внутрішньокісткового тиску, підокісним утворенням лейкемічних інфільтратів.

Унаслідок різкого зниження опірності організму, його захисних сил і дії лікарських засобів — антибіотиків, цитостатичних препаратів, кортикостероїдів — нерідко розвивається кандидоз.

Прояви гострого лейкозу на СО слід диференціювати від гіпертрофічного гінгівіту іншої етіології, виразково-некротичного стоматиту Венсана, гіповітамінозу С, інтоксикації солями важких металів. Вирішальними у діагностиці лейкозів є результати дослідження крові.

*Лікування.* Призначають цитостатичні засоби, кортикостероїди, антибіотики широкого спектра дії, вітаміни. Проводять переливання крові. Лікування лейкозного стоматиту симптоматичне. Протипоказана екстракція зубів.

*Хронічний лейкоз.* Виникає рідше, ніж гострий. Розвиток його більш сприятливий, перебіг тривалий.

Хронічний лейкоз залежно від характеру ураження кровотворних органів поділяють на мієло- і лімфолейкоз.

*Хронічний мієлолейкоз* проходить дві стадії: доброякісну (тривалість декілька років) і злоякісну (термінальну), яка триває 3—6 міс.

При хронічному мієлолейкозі провідною ознакою захворювання порожнини рота є геморагічні прояви, проте їх інтенсивність, порівняно з гострим лейкозом, значно менша. Кровоточивість ясен виникає не спонтанно, а лише при травмі, видаленні зубів. Спостерігаються ерозивно-виразкові ураження СО; некротичні ураження її свідчать про загострення процесу.

Термінальний період хронічного мієлолейкозу характеризується різкою анемією, виснаженням, інтоксикацією, серцево-судинною недостатністю. У II стадії, а також у I стадії під час бластних кризів у крові виявляють значну кількість мієлобластів, гемоцитобластів. Крім того, відзначаються швидке зростання кількості лейкоцитів у крові, розвиток анемії, тромбоцитопенія.

*Хронічний лімфолейкоз* трапляється переважно у віці старше 40 років, у чоловіків у 2 рази частіше. Характеризується повільним початком і тривалим латентним перебігом. У початковій стадії захворювання відзначають збільшення групи лімфовузлів. У розвинутій стадії спостерігаються генералізоване збільшення лімфатичних вузлів, блідість шкіри й СО. З'являються лейкемічні інфільтрати ясен, язика, гіперплазія міжзубних сосочків. Інколи розростання ясенного краю досягає рівня змикання зубів. Прогресування захворювання веде до появи виразково-некротичних процесів, які зумовлені втратою імунітету внаслідок основного захворювання, а також тривалим прийманням цитостатичних засобів. Описані (Bluefarb, 1960) специфічні ураження СОПР у вигляді інфільтратів і вузлів. Вони мають тістувату консистенцію, синюшне забарвлення, підвищуються над рівнем СО. Вражаються піднебіння, язик, мигдалики.

Характерними рисами хронічного лімфолейкозу є збільшення кількості лейкоцитів за рахунок зрілих лімфоцитів з наявністю молодих форм, а також поява великої кількості клітин лейколізу — тілець Боткіна — Гумпрехга.

*Лікування* проводять у спеціалізованих гематологічних відділеннях. Призначають кортикостероїди, цитостатичні засоби, антибіотики, препарати, які запобігають виникненню кандидамікозу, вітаміни, залізо аскорбіновий комплекс. Місцеве лікування полягає у старанному гігієнічному догляді за порожниною рота, повноцінній санації її, симптоматичній терапії.

*Агранулоцитоз* — синдром, який характеризується значним зменшенням кількості чи відсутністю нейтрофільних гранулоцитів у периферичній крові.

Розрізняють 4 типи агранулоцитозу: інфекційний, токсичний (зумовлений прийманням препаратів ртуті, амідопірину та ін.), викликаний дією на організм

іонізуючої радіації, а також агранулоцитоз, що розвивається при системних ураженнях кровотворного апарату.

Хвороба починається з підвищення температури тіла, болю під час ковтання, утворення геморагій, виразок на мигдаликах. На губах, яснах, язиці, СО щік та інших її ділянках розвивається виразково-некротичний процес, який може поширитися на стравохід. Важливою для діагностики є відсутність запальної реакції тканин навколо осередку некрозу. Нерідко некротичний процес поєднується з кандидозом .

Кількість лейкоцитів різко зменшується, досягаючи  $0,5—1,0 \times 10^9/\text{л}$ . Діагноз ставлять на підставі анамнезу, клінічної картини, результатів досліджень периферичної крові й пунктату кісткового мозку.

*Лікування* проводять у спеціалізованих гематологічних відділеннях. Призначають пентоксил, натрію нуклеїнат, вітаміни, переливання крові. Місцеве лікування симптоматичне, воно включає антисептичне оброблення порожнини рота, знеболювання, протизапальне видалення некротичних тканин, призначення препаратів, що стимулюють регенерацію.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Опишіть загальну клінічну картину хворого на гострий лейкоз;
2. Опишіть, які зміни спостерігаються у периферійній крові при гострому лейкозі;
3. Клініка ураження СОПР у хворого з гострим лейкозом;
4. Діагностика та диференційна діагностика лейкозу;
5. Схема лікування ураження СОПР при гострому лейкозі;
6. Опишіть загальну клінічну картину хворого на хронічний лейкоз;
7. Опишіть, які зміни спостерігаються у периферійній крові при хронічному лейкозі;
8. Клініка ураження СОПР у хворого з хронічним лейкозом;
9. Діагностика та диференційна діагностика хронічного лейкозу;
10. Схема лікування ураження СОПР при хронічному лейкозі;
11. Клінічна картина проявів на СОПР агранулоцитозу;
12. Проведіть диференціальну діагностику лейкозів, агранулоцитозу.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Оберіть найбільш характерні для гострого лейкозу показники крові:
  - A. Еритропенія
  - B. Лейкоцитоз
  - C. Лейкопенія
  - D. Анізоцитоз
  - E. Тромбоцитопенія.
2. Оберіть найбільш характерні для хронічного лімфолейкозу показники крові:
  - A. Еритропенія
  - B. Лейкоцитоз
  - C. Лейкопенія
  - D. Анізоцитоз
  - E. Тромбоцитопенія
3. Оберіть найбільш характерні для агранулоцитоза показники крові:



A. Еритропенія

B. Лейкоцитоз

C. Лейкопенія

D. Моноцитопенія

E. Тромбоцитопенія

4. Наявність клітин Боткіна-Гумпрехта в аналізі крові є характерною ознакою:

A. Агранулоцитоза

B. Гострого лейкозу

C. Хронічного лімфолейкозу

D. Поліцитемії

E. Хронічного мієлолейкозу

5. Оберіть синдроми лейкемії:

A. Анемічний

B. Геморагічний

C. Гіперпластичний

D. Інтотоксикаційний

E. Всі перераховані

6. Які зміни загального стану організму характерні для гострого лейкозу:

A. Різко виражена блідість

B. Адинамія

C. Тахікардія

D. Висока, неправильного типу температура

E. Всі перераховані

7. В клініку терапевтичної стоматології звернувся хворий зі скаргами на загальне нездужання, високу температуру, кровоточивість ясен, неприємний запах з порожнини рота. Об'єктивно: шкіра обличчя бліда. Червона кайма і слизова оболонка анемічна. Місцями в слизовій оболонці щік крововиливи. Ясеневі сосочки в ділянці нижніх фронтальних зубів некротизовані. Навколо зони некротизованих сосочків ясна знекровлені. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації. Температура тіла 37,80 . Визначте попередній діагноз.

A. Залізодефіцитна анемія

B. Гостра лейкоз

C. Тромбоцитопенія

D. Агранулоцитоз

E. Хронічна лімфолейкемія

8. Хворий, 23 років, скаржиться на кровоточивість ясен, швидку стомлюваність, нездужання. Симптоми з'явилися нещодавно. Об'єктивно: шкіра та СОПР бліді. На СО щік, губ та піднебінні петехії. Ясна при доторкуванні кровоточать. Які лабораторні дослідження необхідно провести для постановки діагнозу?

A. Рентгенографію щелеп

B. Аналіз крові загальний

C. Змив за Ясиновським

D. Аналіз крові на цукор

E. Алергологічні проби

9. Хворий. 20 років, скаржиться на кровотечу ясен, косметичний дефект, загальну слабкість, в'ялість. Об'єктивно: шкіра бліда, піднебінні лімфатичні вузли збільшені, м'які, безболісні, СОПР анемічна, ясеневі сосочки збільшені, рихлі, кровоточать. У фронтальній ділянці верхньої щелепи зі сторони твердого піднебіння міжзубні сосочки цілком покривають коронки зубів. Яка першочергова тактика лікаря-стоматолога?

- A. негайна консультація гематолога
- B. негайна консультація ендокринолога
- C. негайна консультація терапевта
- D. негайна консультація онколога
- E. негайна консультація алерголога

10. Хворий, 30 років, захворів місяць тому, скаржиться на головний біль, швидку втомлюваність. Помітив появу значної кровоточивості ясен, їх розростання, печію, болючість. При огляді хворий блідий, ясна гіпертрофовані, набряклі, кровоточать при торканні. Відкладень зубного каменю немає. Аналіз крові: ер. -  $3,4 \times 10^{12}/л$ , кол. пок. - 0,9, Нв-30 г/л, лейкоц. -  $20,0 \times 10^{12}/л$ , п. - 4%, с. - 20%, л. - 14%, тромб. -  $150 \times 10^9/л$ , ШОЕ-40 мм/год. Визначте діагноз.

- A. Гіпертрофічний гінгівіт
- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Генералізований пародонтит
- D. Виразково-некротичний гінгівіт
- E. Гіпертрофічний гінгівіт на фоні гострого лейкозу.

11. При лікуванні хворого Н. 33 років на гострий виразковий гінгівіт після призначення етіотропної терапії не відмічається позитивної динаміки. Яка тактика лікаря?

- A. негайна консультація гематолога
- B. негайна консультація ендокринолога
- C. негайна консультація терапевта
- D. негайна консультація інфекціоніста
- E. негайна консультація алерголога

12. Хворий Ч. звернувся до стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен, неприємний запах з порожнини рота. Хворий перебуває на диспансерному обліку у лікаря - гематолога з приводу хронічного лімфолейкозу. Після обстеження був поставлений діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня. Які особливості проведення професіональної гігієни у даного хворого?

- A. Мануальне видалення зубного каменю на нижній щелепі
- B. Мануальне видалення зубного каменю тільки в одному сегменті
- C. Мануальне видалення зубного каменю на обох щелепах
- D. Видалення зубного каменю за допомогою ультразвуку
- E. Повітряно-абразивний метод

13. Хвора Ц. 54 років скаржиться на сильну кровоточивість ясен, слабкість, стомлюваність, пітливість, зниження апетиту, втрату ваги, підвищення температури протягом декількох місяців або 1-2 років. Об'єктивно: СО бліда. Ясна припухлі, синюваті, кровоточать від незначного дотику, але не запалені. В

аналізі крові лейкоцитоз, тромбоцитопенія, мієлобласти, гемоцитобласти. Визначте попередній діагноз.

- A. Хронічний мієлоїдний лейкоз
- B. Тромбоцитопенія
- C. Агранулоцитоз
- D. Хронічний лімфолейкоз
- E. Гострий лейкоз

14. Хворий Ф. 67 років скаржиться на кровоточивість та незвичний вигляд ясен. Об'єктивно: Підщелепні лімфовузли еластичні, рухомі, не болючі. Ясеневі сосочки набряклі, синюватого кольору, перекривають коронки зубів на 2/3. В аналізі крові лейкоцитоз, наявність клітин Боткіна-Гумпрехта. Визначте попередній діагноз.

- A. Хронічний мієлоїдний лейкоз
- B. Тромбоцитопенія
- C. Агранулоцитоз
- D. Хронічна лімфолейкемія
- E. Гострий лейкоз

15. Хвора Ц. 54 років скаржиться на сильну кровоточивість ясен, біль у горлі слабкість, стомлюваність. Об'єктивно: СО бліда. Ясна припухлі, синюваті, кровоточать від незначного дотику. На мигдаликах, великі виразки полігональної форми, вкриті некротичним нальотом. В аналізі крові лейкоцитоз, тромбоцитопенія, мієлобласти. Визначте попередній діагноз.

- A. Хронічна мієлоїдна лейкемія
- B. Тромбоцитопенія
- C. Агранулоцитоз
- D. Хронічний лімфолейкоз
- E. Гострий лейкоз

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №77

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРОЯВІВ ЗАХВОРЮВАНЬ КРОВІ ТА ОРГАНІВ КРОВОТВОРЕННЯ. АНЕМІЇ. ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА.

**I. Актуальність теми:** Більшість хвороб крові і кровотворних органів супроводжуються змінами слизової оболонки порожнини рота, які нерідко бувають єдиним симптомом початкових проявів гематологічних захворювань. Тому своєчасне виявлення і правильне трактування стоматологом проявів гематологічних захворювань, проведення диференціальної діагностики забезпечує своєчасну постановку діагнозу і призначення адекватного лікування основної хвороби.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- показники аналізу крові здорової людини;
- зміни показників аналізу крові при гематологічних захворюваннях;
- основні прояви гематологічних захворювань.
- зміни клітин крові при гематологічних захворюваннях.
- інтерпретувати виявлені симптоми проявів на СОПР захворювань крові;
- проводити диференціальну діагностику захворювань крові;
- тактику лікаря-стоматолога при проявах хвороб крові та органів кровотворення на СОПР.

##### 2.2. Вміти:

- коректно застосовувати інструментарій, матеріали та стоматологічне обладнання в терапевтичній стоматології при виявленні симптомів захворювань крові;
- володіти навичками виконання стоматологічних маніпуляцій при лікуванні хворих із захворюваннями крові;
- виписати направлення для додаткового обстеження хворого з патологією крові та кровотворних органів;
- аналізувати та інтерпретувати результати обстеження хворих – загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові.

#### III. Зміст теми:

*Залізодефіцитна анемія* (гіпохромна анемія, хлороз). В основі захворювання лежить недостатня кількість заліза в організмі .

Розрізняють:

1. ранній хлороз – при підвищеній потребі (період зростання, вагітності, лактації).
2. пізній хлороз – порушення всмоктування при захворюваннях ЖКТ, хронічних крововтратах ін.

При залізодефіцитній анемії своєрідна “алебастрова” блідість шкіри, нерідко з зеленуватим відтінком. На фоні змін загального стану: в’ялість, головокружіння, шум у вухах, сонливість, з’являються парестезії СОПР, порушення смаку, утруднення при вживанні їжі і ковтанні, змінюється колір СО. Можливі тріщини в кутках рота або на всій червоній каймі губ. Язик набрякає,

збільшена чутливість до подразників. Зміна ясен незначна але можлива і кровоточивість ясен з явищами атрофії, особливо біля фронтальних зубів.

Температура тіла стає нижчою, відмічається гіпотонія.

У крові: зменшення кількості гемоглобіну і кольорового показника до 0,4-0,6, анізоцитоз, пойкилоцитоз, зменшується кількість заліза і ферменту перетину в сироватці крові.



Лікування проводиться загальне (призначення препаратів заліза з вітамінами), а місцеве – симптоматичне: аплікації 1% анестезину, 0,2% димедролу, вітаміну В12, лінімент алое, мазь календули, олія шипшини та ін. Велике значення надається харчуванню і курортному лікуванню.

*Перніціозна анемія* (хвороба Аддісона-Бірмера) – прогресуюча, злоякісна анемія. В етіології важливе значення, надається дефіциту вітаміну В12. Хворіють частіше жінки 50-60 років.

*Клінічна картина* хвороби складається з тріади: порушення функції шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної і нервової систем. В порожнині рота: біль, печія, інколи з порушенням смаку, або з утрудненнями з вживанням їжі, особливо солоної, кислої, інколи утруднення при розмові. У випадках тяжкого перебігу на слизовій оболонці і на шкірі виникають петехії, екхімози.

Але найбільш характерним є Гунтер Міллерівський глосит: спинка язика гладенька, лискуча, неначе полірована, внаслідок атрофії грибоподібних та ниткоподібних сосочків, стоншення епітелію і атрофії м'язів язика. На спинці і кінчику язика з'являються болючі, різко обмежені смуги і плями яскраво-червоного кольору.

Діагностика ґрунтується на змінах в периферичній крові: прогресуюче зменшення числа еритроцитів і помірне зниження гемоглобіну, високий кольоровий показник крові (більше 1,1), наявність мегалобластів, анізоцитоз і пойкилоцитоз, кількість тромбоцитів зменшена, зрушення лейкоцитарної формули вправо. Диференційний діагноз необхідно проводити з глоситами іншої етіології, алергічними стоматитами, кандидозом СОПР, гіповітамінозами вітамінів групи А, В, РР.



Лікування симптоматичне. Санація порожнини рота.

*Гіпопластична анемія* – виникає під дією екзогенних і ендогенних чинників: опромінювання, токсичних хімічних і медикаментозних, аплазії кісткового мозку.

Основні симптоми прояву захворювання в порожнині рота:

1. виражена блідість СОПР
2. петехії
3. ерозії
4. виразки
5. пародонтит

*Діагностика* - еритропенія, лейкопенія, тромбоцитопенія.

*Лікування:* гемотрансфузії, десенсибілізуюча і неспецифічна імунотерапія і симптоматичне уражень СОПР.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Назвіть основні прояви гематологічних захворювань на СОПР.
2. Назвіть основні прояви залізодефіцитної анемії на СОПР.
3. Назвіть основні прояви В12-дефіцитної анемії на СОПР.
4. Назвіть клінічні прояви на СОПР при гіпопластичній анемії.
5. Проведіть диференціальну діагностику серед проявів на СОПР захворювань крові.
6. Диференціальна діагностика залізодефіцитної анемії.
7. Диференціальна діагностика В12 - дефіцитної анемії.
8. Тактика лікаря-стоматолога.
9. Висвітліть особливості місцевих втручань при лікуванні стоматологічних пацієнтів із захворюваннями крові.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Які скарги найбільш характерні для залізодефіцитної анемії:
  - A. Підвищена кровоточивість ясен
  - B. Неприємний запах з рота
  - C. Рухомість зубів
  - D. Порушення смакових відчуттів
  - E. Біль при ковтанні
2. Гастроентеропротектор (внутрішній чинник Кастла) відповідає за:
  - A. Всмоктування заліза
  - B. Всмоктування вітаміну В 12
  - C. Всмоктування вітаміну В 6
  - D. Всмоктування вітаміну В 2

Е. Всмоктування вітаміну В 1

3. Хвора, 53 років, скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота швидко стомлюваність, нездужання. Об'єктивно: шкіра та СОПР бліді. На СО щік, губ та піднебінні петехії. Ясна при доторкуванні кровоточать, визначається велика кількість зубного каменю. Пародонтальні кишені глибиною 5-6 мм. Який об'єм стоматологічних втручань доцільно провести в перше відвідування?

- A. Обережне видалення зубного каменю тільки в одному сегменті
- B. Обережне видалення зубного каменю на нижній щелепі
- C. Обережне видалення зубного каменю на обох щелепах
- D. Видалення зубного каменю за допомогою ультразвуку
- E. Повітряно-абразивний метод

4. Хворий С, 54 років, скаржиться на печію в язиці, яка збільшується при вживанні їжі. Вважає себе хворим протягом 3-х тижнів. Хворий працює вантажником на залізниці, хворіє на геморої. Об'єктивно: шкіра обличчя і червона кайма сухуваті, сірувато-жовтуватого кольору, СОПР бліда. Язик звичайних розмірів. Ниткоподібні сосочки передньої третини язика десквамовані, внаслідок чого язик дещо гіперемійований. В периферичній крові відмічається зниження КП до 0,7, еритроцити –  $3 \times 10^{12}$  г/л, Нв – 100 г/л. Інші показники крові майже не відрізняються від нормальних. Визначте попередній діагноз?

- A. Гостра лейкемія
- B. Хронічна лейкемія
- C. Залізодефіцитна анемія
- D. Перніціозна анемія
- E. Агранулоцитоз

5. Хвора К. 16 років звернулась до стоматолога зі скаргами на різні порушення смакової чутливості, біль під час вживання гострої та солоної їжі, сухість у роті. Об'єктивно: різка блідість шкіри, із зеленуватим відтінком. Слизова оболонка порожнини рота бліда, набрякла, суха, ясна не змінені. Язик набряклий, сосочки язика атрофовані. Які додаткові методи діагностики слід провести хворій?

- A. Рентгенографію щелеп
- B. Аналіз крові загальний
- C. Змив за Ясиновським
- D. Аналіз крові на цукор
- E. Алергологічні проби

6. При додатковому обстеженні хворої П. лікар отримав наступний аналіз крові: еритроцити –  $2,1 \times 10^{12}$  г/л, Нв – 60 г/л, КП до 0,5. Інші показники майже не відрізняються від норми. Який діагноз можна поставити на підставі аналізу крові?

- A. Хронічна лейкемія
- B. Перніціозна анемія
- C. Залізодефіцитна анемія
- D. Агранулоцитоз
- E. Тромбоцитопенічна пурпура

7. Які зміни загального стану організму характерні для перніціозної анемії:



- A. Різко виражена блідість
  - B. Фізична і психічна слабкість
  - C. Стомлюваність
  - D. Отерплість дистальних відділів кінцівок
  - E. Всі перераховані
8. Які причини хлорозів:
- A. Аліментарна недостатність заліза
  - B. Хронічні кровотечі
  - C. Розлад кишкової адсорбції заліза
  - D. Вагітність
  - E. Всі перераховані
9. У чоловіка, 52 років, що хворіє на ерозивний гастрит, прогресує загальна слабкість, серцебиття, запаморочення. Об'єктивно: блідість і сухість шкіри та слизових оболонок, ангулярний стоматит. Пульс - 104/хв., тони серця приглушені, систолічний шум біля верхівки й основи серця. АТ — 130/75 мм. рт. ст. Печінка та селезінка не пальпуються. У крові виражена гіпохромна анемія. Який патогенетичний фактор може бути найважливішим у розвитку анемії в даному випадку?
- A. Дефіцит вітаміну В12.
  - B. Крововтрата.
  - C. Інтоксикація.
  - D. Гемоліз еритроцитів.
  - E. Дефіцит фолієвої кислоти.
10. Чоловіку, 65 років, після обстеження встановлений діагноз В12-дефіцитної анемії, призначене лікування. Через тиждень був взятий контрольний аналіз крові. Що буде раннім критерієм ефективності проведеної терапії?
- A. Збільшення кількості лейкоцитів.
  - B. Підвищення рівня гемоглобіну.
  - C. Зниження КП крові.
  - D. Нормобластичне кровотворення.
  - E. Збільшення кількості ретикулоцитів

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

**Додаткова:**

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №78

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРОЯВІВ ЗАХВОРЮВАНЬ КРОВІ ТА ОРГАНІВ КРОВОТВОРЕННЯ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА. ТРОМБОЦИТОПЕНІЧНА ПУРПУРА. ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА.

**I.Актуальність теми:** Більшість хвороб крові і кровотворних органів супроводжуються змінами слизової оболонки порожнини рота, які нерідко бувають єдиним симптомом початкових проявів гематологічних захворювань. Тому своєчасне виявлення і правильне трактування стоматологом проявів гематологічних захворювань, проведення диференціальної діагностики забезпечує своєчасну постановку діагнозу і призначення адекватного лікування основної хвороби.

#### **II.Навчальна мета:**

##### **2.1.Студент повинен знати:**

- інтерпретувати виявлені симптоми проявів на СОПР захворювань крові;
- проводити диференціальну діагностику захворювань крові;
- тактику лікаря-стоматолога при проявах хвороб крові та органів кровотворення в щелепно-лицевій ділянці.

##### **2.2.Вміти:**

- володіти технікою застосування основного стоматологічного інструментарію, матеріалів та використання стоматологічного обладнання в терапевтичній стоматології при виявленні симптомів захворювань крові;
- оволодіти навичками виконання стоматологічних маніпуляцій при лікуванні хворих із захворюваннями крові;
- виписати направлення для додаткового обстеження хворого з патологією крові та кровотворних органів;
- аналізувати та інтерпретувати результати обстеження хворих – загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові.

#### **III. Зміст теми:**

##### *Тромбопенічна пурпура.*

Хвороба пов'язана з порушенням дозрівання мегакаріоцитів і зменшенням їхньої здатності продукувати тромбоцити, що призводить до різкого зниження тромбоцитів у периферичній крові. Тромбопенічна пурпура займає перше місце серед інших геморагічних діатезів. Вона буває у формі есенціальній (хвороба Верльгофа ) і в симптоматичних формах при інфекціях, інтоксикаціях, хворобах крові (лейкози), хворобах селезінки, променевої хворобі, в алергічних станах.

Перебіг хвороби циклічний. Рецидиви викликаються інтеркурентними хворобами, інтоксикаціями, авітамінозами і т. ін. Хворіють частіше жінки молодого і зрілого віку. Скарги хворих стосуються кровоточивості від найменшої травми. Складається враження, що вони спонтанні. Ці кровотечі з порожнини рота – перші ранні ознаки тромбопенічної пурпури. Найчастіше кровоточать міжзубні сосочки ясен. Ясна покриваються пухким синюшно-сірим некротизованим згустком крові. Приєднання до нього мікрофлори ротової порожнини викликає його розпад і різкий гнильний запах із порожнини рота.

Спостерігаються крововиливи в СО м'якого піднебіння, язика, щік, губ. Оскільки вони з'являються в різний час, то СО нагадує колір веселки. А в цілому вона бліда, набрякла, атрофована. Епітелій стоншується, місцями утворюються ерозії й виразки. Можливі крововиливи в шкіру фронтальної поверхні тулуба і кінцівок. Бувають кровотечі носові, шлунково-кишкові, урогенітальні (менорагії), крововиливи в мозок, серце та ін. Крововиливів у суглоби не буває, на відміну від гемофілії. Симптоми джгута і щипка різко позитивні. Час кровотечі збільшується до 10 хв. (у нормі – 2-3 хв.).

Згортання крові, як правило, нормальне або трохи сповільнене в час загострення хвороби. Ретракція кров'яного згустка відсутня або порушена – згусток пухкий. Патогемологічною ознакою, особливо в період крововиливів, є тромбоцитопенія (кількість тромбоцитів знижується до 20-109 /л, інколи до 0).



Ускладнення тромбоцитопенії - залізодефіцитна анемія.

*Диференційний діагноз* слід проводити з гемофілією, скорбутом, геморагічним васкулітом (хвороба Шенлейна-Ченоха) та інколи із соматичними хворобами, де тромбопенічна пурпура буває вторинною (лейкози, інтоксикації, інфекції і т.ін.).

*Лікування.* Загальне лікування проводить гематолог в умовах стаціонару. Стоматологічні втручання слід проводити обережно, після консультації з гематологом.

З метою профілактики крововиливів у порожнині рота необхідно усунути вплив травматичних факторів (гострі краї зубів, неповноцінні пломби, гострі кламери знімних протезів, штучних коронок, видалення зубів, яке слід проводити після спеціальної підготовки (хлористий кальцій, вікасол) в умовах стаціонару).

Для боротьби з кровотечею з ясен та інших ділянок СО використовують тампони з адреналіном 1:1000 або 0,5% розчином порошку тромбіну з таніном, фібринові плівки, підкислену целюлозу й інші кровоспинні засоби.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Показники аналізу крові здорової людини.
2. Прояви захворювань крові та органів кровотворення на СОПР
3. Етілогію, патогенез, клініку тромбоцитопенічної пурпури.
4. Диференціальну діагностику захворювань крові.
5. Лабораторні методи дослідження.

6. Диференціальна діагностика тромбоцитопенії.
7. Сучасні схеми лікування.
8. Тактика лікаря стоматолога при даній патології.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Хвора Н., 32 р., скаржиться на загальну слабкість, інтенсивну кровоточивість ясен і появу гематом на шкірі навіть при незначному травмуванні, носові кровотечі. При загальному огляді виявлені крововиливи в шкіру, слизова оболонка бліда, з крововиливами, які нагадують колір веселки, ясна набряклі, при зондуванні кровоточать, на зубах рясні відкладення м'якої консистенції. Лікар передбачив тромбоцитопенію. Яке додаткове обстеження необхідно провести в першу чергу для проведення диференціальної діагностики з іншими захворюваннями крові, які супроводжуються зниженням тромбоцитів?

А. Пробу Шиллера-Писарєва.

В. Рентгенографію.

С. Цитологію.

Д. Загальний аналіз крові.

Е. Аналіз крові на цукор

2. Оберіть найбільш характерні для тромбоцитопенічної пурпури показники крові:

А. Тромбоцитопенія

В. Лейкоцитоз

С. Лейкопенія

Д. Моноцитопенія

Е. Еозинофілія

3. Симптом веселки є характерною ознакою:

А. Агранулоцитозу

В. Хвороби Верльгофа

С. Хвороби Вакеза

Д. Хвороби Аддісона-Бірмера

4. Хвора Ц. 57 років скаржаться на спонтанну кровотечу з ясен. Об'єктивно: Шкіра бліда. Симптоми джгута і щипка різко позитивні. Ясна ціанотичні, спостерігаються крововиливи в СО м'якого піднебіння, язика, щік, губ, що нагадує колір веселки. Поставте попередній діагноз:

А. Гостра лейкемія

В. Хронічна лейкемія

С. Перніціозна анемія

Д. Агранулоцитоз

Е. Тромбоцитопенічна пурпура

5. У пацієнтки 31 року спостерігається зміна загального стану (слабкість, нездужання), блідість шкірних покривів, підвищення температури. В порожнині рота крововиливи, гіперплазія ясен, виразково-некротичні процеси. При якому захворюванні спостерігаються ці симптоми?

А. Гостра лейкемія.

В. Гіпертрофічний гінгівіт.

С. Виразково-некротичний стоматит Венсана

D. Гіповітаміноз С

E. Інтоксикація солями важких металів

6. Хворий Б., 68 років, скаржиться на загальну слабкість, кровоточивість та розростання ясен, неприємний запах з рота, болючість слизової оболонки порожнини рота. Об'єктивно: коронки зубів закриває розпушений, кровоточивий у вигляді валу ясенний край. Регіонарні лімфовузли збільшені. В аналізі крові: лімфоцити  $60 \times 10^9$  /л, наявність тілець Боткіна-Гумбрехта, ШОЕ 40 мм/г. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Гостра лімфобластна лейкемія.

B. Виразково-некротичний гінгівіт Венсана.

C. Гіповітаміноз С

D. Гіпертрофічний гінгівіт

E. Хронічна лімфолейкемія.

7. Хвора Н., 70 років, скаржиться на слабкість, тривалу підвищену температуру, сильну кровоточивість ясен. Об'єктивно: слизова оболонка рота бліда, на ній глибокі виразки, ясна припухлі, синюшні, але не запалені, зуби рухомі III ступеню. Навколо виразок відсутній вінчик гіперемії. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, неболючі. Аналіз крові: значний лейкоцитоз, наявність мієлобластів, тромбоцитопенія, анемія. Якому захворюванню відповідає така клінічна картина?

A. Хронічна мієлолейкемія.

B. Гостра лімфобластна лейкемія.

C. Перніціозна анемія.

D. Агранулоцитоз.

E. Тромбоцитопенічна пурпура.

8. Хвора А., 40 р., що страждає на ревматоїдний поліартрит і приймала амідопірин, скаржиться на високу температуру, біль у горлі, яснах. У хворої виражена патологічна рухомість зубів і виразково-некротичне ураження мигдаликів та ясен на фоні видимо не зміненої ареактивної слизової оболонки. Яке додаткове дослідження необхідно провести хворому для підтвердження або виключення діагнозу?

A. Рентгенографію щелеп.

B. Аналіз крові на цукор.

C. Мікроскопію нальоту з ясен.

D. Обстеження на ВІЛ-інфекцію.

E. Загальний аналіз крові.

9. Хвора Н., 58 р., скаржиться на загальну слабкість, інтенсивну кровоточивість ясен і появу гематом на шкірі навіть при незначному травмуванні, носові кровотечі. При загальному огляді виявлені крововиливи в шкіру, слизова оболонка бліда, з крововиливами, які нагадують колір веселки, ясна набряклі, при зондуванні кровоточать, на зубах рясні відкладення м'якої консистенції. Лікар передбачив тромбоцитопенію. Яке додаткове обстеження необхідно провести в першу чергу для проведення диференціальної діагностики з іншими захворюваннями крові, які супроводжуються зниженням тромбоцитів?

A. Реакція Вассермана

- В. Рентгенографія
- С. Загальний аналіз крові
- Д. ПЛР
- Е. Аналіз крові на цукор

10. Хвора У., 64 р., скаржиться на загальну слабкість, інтенсивну кровоточивість ясен і появу гематом на шкірі, носові кровотечі. При огляді: крововиливи в шкіру, слизова оболонка бліда, з крововиливами, які нагадують колір веселки, ясна при зондуванні дуже кровоточать. Якій гематологічний показник буде провідним?

- А. Кольоровий показник
- В. Зниження кількості тромбоцитів
- С. Зменшення еритроцитів
- Д. Зменшення гемоглобіну
- Е. Відсутність змін

11. Хвора У., 55 р., страждає на хворобу Верльгофа, постійно вживає багато ліків, скаржиться на загальну слабкість, інтенсивну кровоточивість ясен і появу гематом на шкірі, носові кровотечі. При огляді : крововиливи в шкіру, слизова оболонка бліда, з крововиливами, які нагадують колір веселки, ясна при зондуванні кровоточать. Якій гематологічний показник виключить алергію на ліки?

- А. Еозинофіли не збільшені
- В. Кольоровий показник
- С. Зменшення еритроцитів
- Д. Зменшення гемоглобіну
- Е. Відсутність змін

12. Жінка, 29 років, скаржиться на пекучість язика, порушення смаку. В анамнезі – резекція шлунка. При огляді хворої стоматолог помітив блідість шкіряних покривів та слизової оболонки порожнини рота з лимонно-жовтим відтінком. На кінчику язика та бокових частинах - гладенька поверхня у вигляді смужки яскраво-червоного кольору з атрофією ниткоподібних сосочків. Діагноз - перніціозна анемія. Вкажіть єдиний симптом даної хворої, котрий зустрічається також при тромбопенічній пурпурі.

- А. Симптом Купермана
- В. Синдром Кандинського
- С. Імунологічні порушення
- Д. Зміна кольору СОПР

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-

Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.

3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### **Додаткова:**

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.



## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №79

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА УСКЛАДНЕНЬ ЛІКАРСЬКОЇ ТЕРАПІЇ,ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З АЛЕРГІЄЮ. ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА. НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ.

**I.Актуальність теми:** На сьогодні, за даними XIV Європейського конгресу алергологів, кожний третій житель планети тією чи іншою мірою страждає на алергію. Алергія на лікарські препарати виявляється у 16% здорових осіб і у 43,6% хворих, що лікуються в стаціонарі. Алергія є проявом підвищеної чутливості організму до алергену (антигену) при повторному з ним контакті. Вона є якісно зміненою реакцією організму на вплив речовин антигенної природи, яка призводить до цілого комплексу порушень, що розвиваються в організмі при гуморальних і клітинних імунологічних реакціях. Тому, вивчення причин, частоти, клінічних проявів алергічних захворювань та їх сучасних методик лікування та профілактики має важливе значення для лікарів-стоматологів

#### **II.Навчальна мета:**

##### **2.1.Студент повинен знати:**

- анатомо-фізіологічні, бактеріологічні та імунологічні особливості СОПР і ротової порожнини;
- етіологію, патогенез виникнення алергічних реакцій негайного та сповільненого типу;
- клінічні прояви анафілактичного шоку, набряку Квінке, кропив'янки, багатформної ексудативної еритеми, синдрому Стівенса-Джонсона, хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту, синдрому Бехчета;
- обґрунтувати методи лабораторних обстежень хворих з даною патологією СОПР;
- проводити диференціальну діагностику алергічних уражень СОПР з іншими захворюваннями слизової оболонки порожнини рота;
- принципи лікування та профілактики;
- обґрунтувати перелік призначених препаратів та провести терапевтичні маніпуляції.

##### **2.2.Вміти:**

- провести клінічне обстеження хворого;
- перелічити усі симптоми характерні для проявів реакцій негайного та повільного типу;
- вміти скласти план клініко-лабораторного обстеження даного хворого з метою верифікації діагнозу;
- провести диференційну діагностику з іншими захворюваннями СОПР;
- опанувати навичками постановки прик – теста, patch–теста;
- скласти план лікування з урахуванням етіології, патогенезу, ступеня тяжкості, загального стану організму тематичного хворого з алергічним ураження СОПР;
- виписати рецепти для загального та місцевого лікування тематичного хворого;
- оформити медичну документацію хворого з алергічним ураження СОПР.

### III. Зміст теми:

**Алергія** - це імунна реакція організму на екзогенні речовини антигенної або гаптенної природи, яка супроводжується ураженням структур і функцій клітин, тканин і органів. Алергічна реакція виникає в сенсibilізованому організмі, тобто в тому, який раніше мав первинний контакт з алергеном, і характеризується появою антитіл або сенсibilізованих Т – лімфоцитів на надходження алергену. Реакції негайного типу виникають через секунди, хвилини після дії алергену, досягають свого максимуму за 10 – 20 хв. і частіше виявляються у вигляді анафілактичного шоку та набряку Квінке.

*Анафілактичний шок* – генералізований прояв лікарської алергії, що розвивається за першим типом та супроводжується вираженими порушеннями діяльності різних органів і систем. Залежно від того, які патогенетичні механізми переважають, розрізняють різні клінічні варіанти анафілактичного шоку: гемодинамічний, асфіксійний, церебральний і абдомінальний.

За гемодинамічного (типова форма) варіанту анафілактичного шоку хворі не встигають повідомити про погіршення самопочуття, іноді вказують на відчуття жару, стиснення в грудях, зрідка – нудоту, блювання. На огляді виявляються гіперемія чи блідість шкіри, можливі висипи на ній, набряклість губ, вії. Нерідко розвиваються судоми кінцівок, мимовільні сечовипускання й акт дефекації.

Пульс, як правило, слабкий, частий, тони серця глухі. Артеріальний тиск знижений. Дихання найчастіше поверхневе, часте, з дистанційними хрипами.

*Асфіксійний варіант* анафілактичного шоку виявляється у вигляді гострої легеневої недостатності, зумовленої бронхоспазмом, набряком слизової оболонки трахеї та бронхів.

*Церебральна форма* анафілактичного шоку характеризується психомоторними змінами, порушенням свідомості, судомами, епілептоподібними нападами.

Рідко бувають симптоми набряку мозку.

Для *абдомінальної форми* анафілактичного шоку характерні різкий біль у животі, симптоми подразнення очеревини. Можлива поява загруднинного болю, який «симулює» інфаркт міокарда.

*Диференційну діагностику* анафілактичного шоку проводять із гострою серцевою недостатністю, інфарктом міокарда, різними видами анафілактичного шоку.

*Невідкладна допомога* при анафілактичному шоці полягає;

- при появі перших ознак анафілаксії припинити введення алергену в організм людини і зменшити його всмоктування. Якщо реакція розвинулася на введення анестетика, тоді потрібно обколоти 0,5 мл 0,1% розчину адреналіну;
- укласти пацієнта в горизонтальне положення, в разі втрати свідомості, повернути голову вбік і висунути нижню щелепу для запобігання асфіксії. Наявні знімні протези зняти;
- для підвищення артеріального тиску вводять від 0,5 до 1мл 0,1% розчину адреналіну підшкірно чи внутрішньовенно (у 5 мл фізіологічного розчину). За відсутності підвищення тиску через 10-15 хв. необхідно повторити введення адреналіну (0,5мл);

- для десенсибілізуючої та протизапальної дії вводять преднізолон 3-5 мг/кг маси тіла хворого або 20 мг дексаметазону (без урахування маси тіла);
- після нормалізації артеріального тиску вводять антигістамінні препарати: розчин димедролу 1-2% 1,0-2,0 мл чи супрастину 2% 2-4 мл, чи піпільфену 2,5% 1-2 мл внутрішньом'язово або внутрішньовенно;
- при серцевій недостатності-внутрішньовенно 0,5 мл 0,05% розчину строфантину в 10 мл 40% розчину глюкози;
- при бронхоспазмі 10 мл 2.4% еуфіліну в 10 мл фізіологічного розчину в/в повільно.
- якщо стан пацієнта не покращився, тоді необхідно викликати швидку допомогу для проведення ендотрахеальної інтубації та подальшої госпіталізації в реанімаційне відділення.

*Ангіоневротичний набряк Квінке* - виражений набряк тканин губ, повік, язика, гортані, слизової оболонки порожнини рота, а також статевих органів. Під впливом БАР підвищується проникність мікросудин і розвивається набряк.

Хворі скаржаться на пекучість, свербіж, розлад смаку, порушення функцій мовлення, вживання їжі. Тканини губ, повік напружені, еластичні. Слизова оболонка порожнини рота набрякла. Язик збільшений. У разі поширення набряку на глотку і гортань - утруднений вдих, афонія. Обличчя набуває синюшного відтінку. Хворий стає тривожний, неспокійний.

*Диференційну діагностику* набряку Квінке проводять із синдромом Меркельсона – Розенталя, гострим glandулярним хейлітом, крупом та ін.



*Лікування набряку Квінке.* За легкого і середнього ступенів тяжкості вводять антигістамінні препарати внутрішньом'язово 1мл 1-2% розчину димедролу або 2-4 мл 2% супрастину, або 1-2мл 2,5% піпільфену з подальшим призначенням одного з цих препаратів per os по 1 таб. 2-3 рази за добу. В особливо тяжких випадках, при набряку гортані разом із проведенням гіпосенсибілізуючої терапії внутрішньом'язово вводять 25 мг преднізолону.

За показаннями хворого госпіталізують у реанімаційне чи ЛОР - відділення для проведення трахеотомії.

*Багатоформна ексудативна еритема* – захворювання алергійної природи, що має гострий циклічний перебіг, рецидивує і проявляється поліморфізмом елементів ураження (плями, папули, везикули, ерозії) на шкірі та слизовій оболонці порожнини рота. Захворювання є поліетіологічним, іноді як провокуючий є вірусний чинник, основна точка зору це інфекційна і неінфекційна алергійна природа.

Розрізняють дві форми хвороби: інфекційно-алергійну і токсико-алергійну.

У хворих із першою формою хвороби визначається сенсibilізація до алергену мікробного походження. Як правило, джерелом сенсibilізації стають вогнища хронічної інфекції. Зниження реактивності організму внаслідок переохолодження, вірусних інфекцій, стресів провокує загострення хвороби, частіше в осінньо-весняний період. Токсико-алергійна форма розвивається головним чином після приймання лікарських препаратів (сульфаніламідів, протизапальних, антибіотиків, тощо) або під впливом побутових алергенів (харчові продукти, шерсть, пилок рослин і т.ін. )

#### **Клінічні прояви.**

Хвороба починається гостро. Хворі скаржаться на підвищення температури тіла до 38-39 °С, загальне нездужання, головний, м'язовий і суглобовий біль. Через 1-2 дні на шкірі обличчя, тильних поверхонь кистей, передпліччя, гомілок, суглобів з'являються синюшно-червоні плями. Їхня центральна частина западає і набуває синюшного відтінку, а периферична частина зберігає рожево - червоний відтінок ("кокарди"). У порожнині рота найчастіше вражається слизова оболонка губ, щік, дна порожнини рота, язика, м'якого піднебіння. Ураження частіше бувають двосторонніми. Залежно від тяжкості загального стану і змін у порожнині рота виділяють легку, середню і тяжку форми хвороби. Хворі скаржаться на різкий біль у порожнині рота навіть у стані спокою. Під час огляду на тлі еритеми і набряку спостерігаються субепітеліальні пухирі різних розмірів, що швидко розкриваються, утворюючи болючі ерозії, покриті фібринозним нальотом. Симптом Нікольського негативний. На язиці та зубах велика кількість нальоту через неможливість проведення якісної гігієни порожнини рота. На червоній облямівці губ утворюються характерні червоно-коричневі геморагічні кірки. Рясне слиновиділення. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болючі.

*Токсико-алергійна форма хвороби* - це гіперергічна реакція організму на лікарські препарати, яка рецидивує лише в разі контакту з етіологічним фактором. Характер висипу ідентичний інфекційно-алергічній формі хвороби, але ураження слизової оболонки більш поширені.

#### *Діагностика*

За наявності характерних елементів ураження на шкірі у вигляді "кокард" діагноз відносно вірогідний. Цитологічна картина характеризується клітинним складом гострого запалення. При інфекційно-алергічній формі – позитивні імунологічні тести з бактеріальним алергеном.

*Диференційну діагностику* багатоформної ексудативної еритеми проводять зі змінами на СОПР при пухирчатці, гострому герпетичному стоматиті, дерматиті Дюринга, фіксованій сульфаніламідній еритемі, синдромі Стівенса-Джонсона, синдромі Лайелла.

*Синдром Стівенса-Джонсона* – це тяжка форма багатоформної ексудативної еритеми, яка характеризується ураженням шкіри, очей, слизової оболонки порожнини рота, носа і статевих органів.

#### *Клінічні прояви.*

Захворювання розвивається як медикаментозне ураження і характеризується раптовим початком, різким підвищенням температури тіла в

поєднанні із суглобовими болями. Елементи ураження (плямистопапульозно-бульозний висип) локалізуються на шкірі шиї, тулуба, долонях, підшвах, на слизовій оболонці порожнини рота, біля анального отвору, на геніталіях. Слизова порожнини рота вражається практично повністю. Окрім цього уражується слизова очей у вигляді блефарокон'юнктивіту, кератиту, іридоцикліту.



#### *Лікування*

Лікування хворих на БЕЕ та синдром Стівенса – Джонсона проводиться в стаціонарі і в першу чергу спрямовується на зниження інтоксикації організму, зняття запалення та пришвидшення епітелізації елементів ураження. Для дезінтоксикаційної терапії призначають тіосульфат Na, гемодез, реополіглюкін внутрішньовенно крапельно. У тяжких станах хворих на БЕЕ, синдром Стівенса-Джонсона в плані загальної терапії поряд із призначенням антигістамінних препаратів використовують протизапальні засоби стероїдного ряду. В залежності від тяжкості процесу призначають саліцилати (ацетилсаліцилову кислоту по 0,5 м 3 рази за день протягом 2-3-х тижнів), частіше - кортикостероїди, а саме: преднізолон по 20-30 мг за добу протягом 5-7 днів, потім кожні 2-3 дні дозу знижують до повного скасування препарату. За наявності мікробної сенсibiliзації проводять специфічну гіпосенсибілізуючу терапію з алергеном, на який установлена чутливість. Для неспецифічної гіпосенсибілізації використовують гістоглобін по 1-2 мл 2-3 рази за тиждень, до 10 ін'єкцій, автогемотерапію за схемою.

*Місцеве лікування* проводиться за принципами терапії виразково-некротичних уражень СОПР. Із фізичних методів доцільно використовувати загальне УФО, загальну гальванізацію. Для пришвидшення епітелізації проводять КУФ – опромінювання ділянок ураження (на курс 8-12 процедур).

*Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит* - це хронічна запальна хвороба слизової оболонки порожнини рота, яка характеризується рецидивуючим висипанням афт, тривалим перебігом із періодичними загостреннями. Хворіють як чоловіки так і жінки у віці від 3 до 60 років. У всіх хворих спостерігається зміни імунологічного статусу місцевого і загального характеру, які корелюють з тяжкістю клініки захворювання.

#### *Етіологія.*

До чинників, що викликають захворювання, належать аденовірус, стафілокок, алергія (харчова, мікробна, медикаментозна), імунні (у тому числі автоімунні) порушення, нервово-трофічні порушення, захворювання органів системи травлення, особливо печінки, генетична обумовленість та вплив

різноманітних шкідливих чинників, зокрема й промислових (сполуки хрому, цемент, бензин, фенол), матеріали зубних протезів, тощо.

#### *Клініка.*

Відомі дві клінічні форми хронічного афтозного ураження слизової оболонки порожнини рота – хронічний рецидивуючий афтозний стоматит і стоматит Сеттона (глибокі афти, які рубцюються). Хворі скаржаться на наявність однієї чи двох різко болючих «виразок». За кілька днів до виникнення афт хворі відчувають пекучість чи дискомфорт на місці майбутніх змін, появу дефекту пов'язують із дією травми.

Загальний стан при цьому практично не порушується. Іноді підвищується температура тіла. На губах, вуздечці язика, перехідній складці, яснах на тлі незміненої або блідої слизової оболонки виявляються одна-дві афти округлої форми діаметром до 1 см, покриті сірувато-білим фібринозним нальотом і оточені яскраво-червоним обідком гіперемії. Афти різко болючі під час пальпації, м'які. Рецидиви виникають від 1-2 до 5-6 раз на рік. Загоюються самостійно через 7-10 днів без рубця. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болючі.

#### *Діагностика.*

Діагноз ХРАС встановлюється переважно за анамнезом і клінічною картиною хвороби. У крові – лейкопенія, дефіцит заліза і фолієвої кислоти. У гістологічному дослідженні – фібринозно-некротичне запалення.

*Диференційну діагностику* слід проводити з травматичними ураженнями СОПР, гострим афтозним і герпетичним стоматитом, змінами від специфічних інфекцій, із синдромом Бехчета.

#### *Лікування.*

До лікування необхідно провести ретельне клініко-імунологічне обстеження хворих у фахівців загального профілю для виявлення супутньої патології, а також стану імунної системи. Лікування даного захворювання комплексне і спрямоване на корекцію імунітету та санацію осередків запалення.

Імунокорегуюча терапія проводиться під контролем імунограми. При виявленні у хворих підвищеної чутливості до бактеріального алергену необхідно проводити специфічну гіпосенсибілізацію цим алергеном. Важливим є дотримання дієти. Виключення з раціону гострої, пряної, грубої їжі а також спиртних напоїв. При тяжкому ступеню захворювання назначають транквілізатори та седативні препарати.

Місцеве лікування включає в себе антисептичне оброблення порожнини рота, санацію хронічних вогнищ інфекції в порожнині рота, знеболення слизової оболонки порожнини рота. Використання протизапальних та антибактеріальних препаратів і стимуляторів процесів репаративної регенерації.

*Синдром Бехчета* проявляється ураженням слизової оболонки порожнини рота, зовнішніх статевих органів та очей.

Етіологічними чинниками його вважають віруси, інфекційну алергію, генетичну зумовленість.

### *Клінічна картина*

Синдром Бехчета зазвичай починається із нездужання, що може супроводжуватися гарячкою і міалгіями. З часом з'являються афти на слизовій оболонці порожнини рота та зовнішніх статевих органів. Афти багато, вони мають діаметр до 10 мм, оточені запальним обідком яскраво-червоного кольору.

Поверхня афти вивиснена фібринозним нальотом жовтаво-білого кольору, загоюються вони без рубця. Найчастіше афти локалізуються на слизовій оболонці губ, язика, ясен, глотки, висипання супроводжується збільшенням слинних та слюзових залоз. Афти, що локалізуються на зовнішніх статевих органах, часом безболісні і в ряді випадків заживають рубцюванням. Ураження очей проявляється тяжким двобічним іридоциклітом з гіпопіоном і помутнінням склистого тіла. Це призводить до поступового утворення синехій, зарощення зіниці і прогресуючого зниження зору, а інколи й до повної сліпоти.

У деяких випадках на шкірі тіла і кінцівок з'являються поліморфні висипання у вигляді папул, пустул, піодермії, вузлуватої еритеми, вугроподібних та геморагічних елементів. Серед інших симптомів синдрому Бехчета найчастіше трапляються рецидивний епідидиміт, ураження травного каналу, васкуліт різних локалізацій. Лабораторні показники при цьому у більшості випадків не змінені. Нерідко виявляють анемію, підвищення вмісту фібриногену, рівня імуноглобулінів у сироватці крові.

### *Лікування*

Загальноприйнятих методів лікування синдрому Бехчета на цей час немає. Залежно від ступеня септико-запальної реакції призначають антибіотики широкого спектра дії та нестероїдні протизапальні засоби, переливання плазми, полівітаміни. Доцільно проведення неспецифічної десенсибілізуючої терапії та детоксикаційної гемосорбції з обов'язковою імунокорекцією.

Місцеве лікування уражень слизової оболонки порожнини рота здійснюють за принципами лікування виразково-некротичних уражень слизової оболонки порожнини рота.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Дайте визначення терміну «алергія» та охарактеризуйте типи алергічних реакцій, що проявляються у щелепно-лицевій ділянці.
2. Які патогенетичні стадії характерні для всіх типів алергічних реакцій.
3. Вкажіть етіологічні фактори виникнення алергічних уражень СОПР.
4. Висвітліть клінічні прояви алергічних уражень СОПР.
7. Висвітліть клінічні методи діагностики алергічних реакцій.
8. Визначте комплекс лабораторних методів діагностики алергічних реакцій.
9. Висвітліть особливості надання невідкладної допомоги при алергічних реакціях.
10. Приведіть принципи лікування алергічних уражень СОПР.
11. Вкажіть заходи профілактики алергічних реакцій.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Вкажіть етіологічний чинник інфекційно-алергічної форми ББЕ?
  - A. Сенсибілізація інфекційним чинником
  - B. Результат прийому лікарських препаратів

- C. Метеорологічні чинники
  - D. Патологія травного каналу
  - E. Патологія ендокринної системи
2. Яка патологія розвивається через декілька годин, діб після прийому сульфаніламідних препаратів?
- A. Алергічний стоматит
  - B. Фіксована сульфаніламідна еритема
  - C. Травматичний стоматит
  - D. Токсичний стоматит
  - E. Виразковий стоматит
3. Якими клітинами реалізуються алергічні реакції уповільненого (клітинного) типу?
- A. Лейкоцитами
  - B. Цитокінами
  - C. Т-лімфоцитами
  - D. Еритроцитами
  - E. В-лімфоцитами
4. Які основні етіологічні фактори розвитку контактного алергічного стоматиту (хейліту)?
- A. Косметичні засоби
  - B. Лікарські препарати
  - C. Харчові продукти
  - D. Матеріали для пломбування зубів і виготовлення протезів
  - E. Всі відповіді правильні
5. Які проби проводять для підтвердження діагнозу контактного алергічного стоматиту (хейліту)?
- A. Проба Рагма
  - B. Проба Роттера
  - C. Проба Шиллера - Писарєва
  - D. Прік-тест, пач-тест
  - E. Всі відповіді неправильні
6. При токсико-алергічному стоматиті, який виникає після безконтрольного прийому антибіотиків, уражується СОПР; при ураженні язика виникає десквамація епітелію, зглаженість ниткоподібних сосочків, часткова їх атрофія; спинка язика стає гладкою, блискучою, начебто полірованою. Як називається така картина язика?
- A. Волосатий язик
  - B. Пеніциліновий язик
  - C. Малиновий язик
  - D. Складчастий язик
  - E. Всі відповіді неправильні
7. Яке захворювання отримало свою назву внаслідок характерного симптому: поява на одних і тих же ділянках слизової оболонки порожнини рота і шкіри після повторного контакту з тим же препаратом, навіть у невеликих дозах?
- A. Контактний алергічний стоматит



- В. Фіксована сульфаніламідна еритема  
 С. Багатоформна еритема  
 D. Хронічний афтозний стоматит  
 E. Всі відповіді неправильні.
8. Які зміни в гемограмі виникають у хворих з алергією?  
 A. Еозинофілія, лейкопенія  
 B. Лімфоцитоз, тромбоцитоз  
 C. Еритропенія, лейкоцитоз  
 D. Лейкоцитоз, анізо -, пойкилоцитоз  
 E. Всі відповіді неправильні.
9. Пацієнтам при алергічних станах рекомендують дієту. Які продукти необхідно виключити у зв'язку з їх сенсibiliзуючою дією ?  
 A. М'ясо, квасоля, хліб, овочі  
 B. Кава, шоколад, ікра, яйця  
 C. Овочі, фрукти, каші, соки  
 D. Риба, виноград, овочі, помідори  
 E. Всі відповіді неправильні.
10. При алергічних стоматитах призначають антигістамінні препарати. Які представники ви знаєте?  
 A. Анальгін, комбіспазм, сіган, фаніган  
 B. Німесіл, німесулід, німід  
 C. Тавегіл, лоратодин, діазолін, еріус.  
 D. Сульфален, бісептол, сульфадиметоксин, бактрим  
 E. Всі відповіді неправильні.

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.

3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №80

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА УСКЛАДНЕНЬ ЛІКАРСЬКОЇ ТЕРАПІЇ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ДИСБАКТЕРІОЗОМ. ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА. НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ..

**I.Актуальність теми:** Проблема грибкових уражень і нині залишається актуальною як з теоретичної, так і з практичної точки зору. Аналіз захворюваності на грибкові інфекції, який проводила ВООЗ у промислово розвинутих країнах, вказує на продовження розповсюдження як поверхневих так і глибоких форм мікозів. Кожний четвертий мешканець планети Земля страждає на мікотичні ураження. Цьому сприяє цілий ряд причин: широке використання у сучасній медицині імунодепресантів, цитостатиків, гормональних препаратів, антибіотиків широкого спектру дії, стимулює розвиток вторинних грибкових інфекцій. Тому, вивчення причин, частоти, клінічних проявів мікотичних захворювань та їх сучасні методи лікування і профілактики має важливе значення для лікаря-стоматолога.

#### **II.Навчальна мета:**

##### **2.1.Студент повинен знати:**

- анатомо-фізіологічні, бактеріологічні та імунологічні особливості СОПР;
- класифікацію, етіологію, патогенез, клініку та діагностику мікотичних уражень СОПР;
- методи лабораторних обстежень хворих з даною патологією СОПР;
- складати план обстеження стоматологічних пацієнтів, хворих на кандидоз;
- провести диференціальну діагностику грибкових уражень СОПР з іншими захворюваннями слизової оболонки порожнини рота;
- принципи лікування та профілактики кандидозів;
- обґрунтувати перелік призначених препаратів та провести терапевтичні маніпуляції.;
- скласти індивідуальну схему лікування пацієнтів із даною патологією.

##### **2.2.Вміти:**

1. Провести клінічне обстеження хворого на мікотичні ураження.
2. Скласти комплекс клініко-лабораторних досліджень.
3. Скласти план лікування з урахуванням етіології, патогенезу, ступеня тяжкості, загального стану організму пацієнта.
4. Провести місцеве лікування хворого на грибкові ураження.
5. Призначити профілактичні заходи пацієнтам.
6. Виписати рецепти для загального та місцевого лікування тематичного хворого.
7. Оформити медичну документацію пацієнтів, взятих на диспансеризацію.

#### **III. Зміст теми:**

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

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

*Етіологія.*

Кандидоз слизової оболонки в більшості випадків - це аутоінфекція. Гриби роду *Candida*, що вегетують у порожнині рота, - це умовно патогенні мікроби, а тому у виникненні кандидозної інфекції важливу роль відіграють не стільки патогенні фактори грибів, скільки стан макроорганізму. Кандидозоносійство зустрічається у працівників кондитерських фабрик, підприємств із виготовлення безалкогольних напоїв, пива, працівників гідролізно-дріжджових підприємств.

*Гострий псевдомембранозний кандидоз.*

Частіше розвивається в немовлят та дітей раннього віку, ослаблених інфекційними хворобами, бронхітом, диспепсіями, а також у недоношених дітей.

Гострий псевдомембранозний кандидоз рідше зустрічається в дорослих. В одних випадках він супроводжує тяжку соматичну патологію: цукровий діабет, хвороби крові, новоутвори, авітамінози. В інших випадках виникає на тлі активної антибіотикотерапії або на тлі ВІЛ - інфекції чи після радіаційного опромінення. Дорослі хворі скаржаться на пекучість слизової оболонки порожнини рота, біль під час вживання їжі, особливо гострої, наявність нальоту.

Діти, що захворіли, стають капризними, плаксивими, зазвичай відмовляються від їжі, особливо твердої, кислої, пряної. Уражується частіше слизова оболонка язика, щік, піднебіння, губ. Слизова оболонка порожнини рота яскраво гіперемійована, суха. На тлі гіперемії утворюється наліт, що нагадує зсіле молоко. Він дещо підвищується над рівнем запаленої слизової оболонки.

Колір нальоту поступово змінюється від молочно-білого до сірого та жовтуватого. Наліт на початку хвороби легко зішкрябається шпателем, під ним оголюється гладенька гіперемійована поверхня. За тяжкого перебігу осередки нашарування нальоту зливаються в суцільні плівчасті поверхні, які з часом потовщуються і поширюються на всі ділянки порожнини рота.

При цьому ушкоджуються тверде і м'яке піднебіння, мигдалики, горло. Наліт щільний, з ознаками інфільтрації прилеглих тканин. Відшарувати такий наліт нелегко, після зішкрябання під ним виявляють еритему й кровоточиві ерозії. У кутах рота утворюються мікотичні заїди – неглибокі тріщини, покриті білуватим нальотом.



*Гострий атрофічний кандидоз.*

Розвивається за підвищеної чутливості слизової оболонки порожнини рота до грибів роду *Candida*. Скарги на болочість, пекучість, сухість у порожнині рота. Слизова оболонка полум'яно - червоного кольору, суха. Наліт відсутній чи зберігається в глибоких борознах, важко знімається і становить собою конгломерат злушеного епітелію і великої кількості грибів роду *Candida* на стадії активного брунькування. У разі локалізації на спинці язика язик малиново-червоного кольору, блискучий, сухий, ниткоподібні сосочки атрофовані.



*Хронічний гіперпластичний кандидоз.*

Частіше розвивається в людей, що вживають цитостатики, антибіотики, у хворих на туберкульоз, хвороби крові, СНІД. Хворі скаржаться на сухість у порожнині рота, пекучість, за наявності ерозій – на біль. На гіперемійованій слизовій оболонці, частіше спинки язика, м'якого піднебіння, у кутиках рота утворюються білі бляшки, щільно спаяні з поверхнею. Спочатку бляшки сірувато-білого кольору, за тривалого перебігу хвороби вони жовтіють, на них утворюються жовто-сірі плівки, щільно спаяні зі слизовою оболонкою і важко відшаровувані. Після зіскрібання нальоту під ним виявляють гіперемійовану ерозивну поверхню, що кровоточить. Регіонарні лімфатичні вузли ущільнені та болючі.



*Хронічний атрофічний кандидоз.*

Часто трапляється в людей, які користуються знімними пластинковими протезами. Хворі скаржаться на сухість, пекучість, біль при користуванні знімними протезами, наявність клейкого нальоту. Ділянка слизової оболонки, що відповідає межах протезного ложа, набрякла, гіперемійована, болюча. Для цього перебігу хвороби характерні також мікотичні заїди, кандидозний атрофічний глосит. Спинка язика малиново - червоного кольору, суха, блискуча, сосочки атрофовані. Білувато - сірий наліт утворюється в невеликій кількості лише в глибоких борозенках і на бічній поверхні язика. Наліт важко відшаровується.

*Мікотичні заїди (ангулярний кандидозний хейліт).*

Хворіють переважно люди похилого віку зі зниженою висотою прикусу (нераціональне протезування, виражена патологічна стертість твердих тканин зубів, адентія). Глибока складка в кутах рота і постійна мацерація шкіри слиною створюють сприятливі умови для розвитку кандидозної інфекції. Хворі скаржаться на пекучість та болючість у ділянці кута рота. На огляді: в кутах рота сірі прозорі лусочки, ніжні кірочки чи наліт, який легко відшаровується і під ним виявляються сухі ерозії та тріщини. Поряд із ураженням кутів рота процес може перейти на червону облямівку губ – розвивається кандидозний хейліт.

*Мікотичний глосит.*

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

*Лікування кандидозу.*

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

- загальне обстеження хворого з метою виявлення та лікування основної хвороби (лікування у відповідного фахівця - ендокринолога, гастроентеролога, терапевта);

- припинення вживання антибіотиків, сульфаніламідних, кортикостероїдних та цитостатичних препаратів, а за неможливості цього – зміну способу їх уведення з обов'язковим призначенням антимікотичних препаратів;
- дотримання хворими дієти з відсутністю або обмеженням вуглеводів;
- призначення загальнозміцнювальних засобів – адаптогенів, біостимуляторів, полівітамінів;
- корекцію складу мікрофлори - терапію еубіотиками (колібактерин, лактобактерин, біфідобактерин, біфікол);
- застосування імуномодуляторів;
- антигістамінні препарати (супрастин, фенкорол, кларитин).

*Загальне та місцеве застосування протигрибкових препаратів.*

Загальне лікування:

1. Антимікотики полієнової групи ( препарати вибору ):

- ністатин по 500 00 ОД 3-4 рази за день ( добова доза 1 500 000-3 000 000 ОД);
- леворин по 500 000 ОД 2-4 рази за день (трансбукальні таблетки для розсмоктування в роті );
- амфотерицин В (препарат токсичний ) – застосовується за тяжких форм та затяжного хронічного перебігу хвороби у вигляді інгаляцій на уражену слизову оболонку порожнини рота. Розчин для інгаляції готують із розрахунку 50 000 ОД у 10 мл дистильованої води. Інгаляції проводять 1-2 рази за день протягом 15-20 хвилин.

2. Синтетичні протигрибкові препарати (похідні імідазолу та тріазолу):

- кетоконазол (нізорал) по 1-2 таблетки (0,2-0,4 г) за день протягом 2 тижнів, а далі по 1 таблетці за день до повного одужання;
- міконазол по 0,25 - 4 рази за день.

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

Міконазол – гель призначають усередину по ½ доз. ложечки 4 рази за день (перед проковтуванням якомога довше затримати в роті ). Препарати йоду: йодистий калій 3% - 200,0 по 1 ст. л. 3-5 раз за день (запивати молоком ) за хронічного перебігу.

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

*Місцева терапія.*

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

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

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

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

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

Препарати природного походження і лікарських рослин : 4 % прополіс, 1 % юглон, 1- % водний розчин сангвіритрину, 2 % настойка чистотілу, 1 % розчин новоіманіну, 0,2 % розчин гордоциду, 1 % розчин цитралю – призначають у вигляді ротових ванночок, аплікацій, полоскань 3-4 рази за день.

*Диференційна діагностика мікотичних уражень СОПР.*

Кандидозний стоматит, глосит, хейліт.

*Міжсиндромна диференційна діагностика:* лейкоплакія, типова форма червоний плесканий лишай, типова форма сифіліс, вторинний період гострий афтозний стоматит екзематозний ангулярний хейліт десквамативний гінгівіт, глосит алергічний стоматит гіповітаміноз В2,А анемія перніціозна, залізодефіцитна ромбоподібний глосит стрептококовий хейліт.

*Внутрішньосиндромна диференційна діагностика:* гострий псевдомембранозний кандидозний стоматит гострий атрофічний кандидозний стоматит хронічний гіпертрофічний кандидозний стоматит хронічний атрофічний кандидозний стоматит.

#### **IV.Контрольні питання до теми заняття:**

1. Надайте поняття про збудників мікотичних уражень. Охарактеризуйте їх властивості.
2. Вкажіть етіологію та патогенез мікотичних уражень.
3. Охарактеризуйте клінічні прояви грибкових уражень.
4. Визначте методи лабораторної діагностики кандидозів.
5. Висвітліть особливості загального лікування стоматологічних пацієнтів, хворих на кандидоз.
6. Висвітліть особливості місцевих втручань при лікуванні стоматологічних пацієнтів із мікозами.
7. Вкажіть заходи профілактики змін у порожнині рота при грибкових ураженнях.
8. Напрямки профілактики кандидозів.

#### **V.Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

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



А. Прийом антибіотиків

В. Зубні напашарування

С. Гіповітаміноз С

Д. Цукровий діабет

Е. Оклюзійна травма

2. Перелічити симптоми характерні для гострого псевдомембранозного кандидозного стоматиту?

А. Печія, сухість

В. Біль при прийомі їжі

С. Наліт у вигляді зсілого молока

Д. Полум'яно-червона СОПР

Е. Все вище перераховане

3. Перелічити симптоми характерні для гострого атрофічного кандидозного стоматиту?

А. Печія, сухість

В. Біль при прийомі їжі

С. Наліт у вигляді зсілого молока

Д. Полум'яно-червона СОПР

Е. Відсутність нальоту

4. Перелічити симптоми характерні для хронічного атрофічного кандидозного стоматиту?

А. Печія, сухість

В. Порушення загального стану

С. Атрофія сосочків язика

Д. Жовтуватий наліт на язиці

Е. Відсутність нальоту

5. Перелічити симптоми характерні для хронічного гіперпластичного кандидозного стоматиту?

А. Печія, сухість

В. Порушення загального стану

С. Атрофія сосочків язика

Д. Жовтуватий наліт на язиці

Е. Відсутність нальоту

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

А. Язик

В. Щоки

С. Кути рота

Д. Дно порожнини рота

Е. Протезне ложе

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

А. Клотримазол

В. Метронідазол

С. Амізон

D. Левоміколь

E. Левосін

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

A. Ібупрофен

B. Імудон

C. Левомеколь

D. Лоратодин

E. Аскорутин

9. Пацієнтка Д., 67 років, скаржиться на сухість і печіння слизової оболонки. Об'єктивно: червона облямівка губ суха, в кутах рота - заїди. Слизова оболонка порожнини рота витончена, гіперемована. Слина тягнеться нитками. Виявляється невелика кількість сіро-білого нальоту, який легко знімається. Носить протез. Який симптом вказує на сухість слизової оболонки?

A. Симптом «дзеркала»

B. Симптом «яблучного желе»

C. Симптом Поспелова

D. Симптом «сердечка»

E. Симптом Кебнера

10. Пацієнтка О., 26 років, скаржиться на сухість і печіння в порожнині рота, біль при прийомі їжі. Симптоми захворювання з'явилися вчора. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота - білий наліт нагадує "сирні маси". Наліт легко знімається, під ним гіперемовані ділянки слизової оболонки. Пацієнтка вагітна, 28 тижнів. Поставлений попередній діагноз:

A. Гострий атрофічний кандидоз

B. Хронічний гіперпластичний кандидоз

C. Верукозна лейкоплакия

D. Червоний плесканий лишай

E. Гострий псевдомембранозний кандидоз

11. Пацієнтка З., 26 років, скаржиться на сухість і печіння в порожнині рота, біль при прийомі їжі. Симптоми захворювання з'явилися вчора. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота - білий наліт нагадує "сирні маси". Наліт легко знімається, під ним гіперемовані ділянки слизової оболонки. Пацієнтка вагітна, 28 тижнів. Які дані лабораторних досліджень при проведенні диференціальної діагностики підтвердять клінічний діагноз?

A. Наявність грибів в стадії брунькування

B. Наявність ниток псевдоміцелія

C. Наявність грибів роду *Candida*

D. Наявність епітелію

E. Наявність епітелію різного ступеня зроговіння

12. Пацієнтка Д., 73 років, скаржиться на біль у кутах рота при його відкритті. При огляді в області кутів рота по обидва боки глибокі тріщини на тлі гіперемії, покриті сірувато-білим нальотом, без ущільнення в основі. Мікроскопічно: змішана мікрофлора, нитки псевдоміцелію, епітелій різного ступеня зроговіння. Який діагноз?

- A. Стрептококова заїда
- B. Мікотична заїда
- C. Сифілітична заїда
- D. Травматична заїда
- E. Гіпорибофлавиноз

13. Пацієнтка С., 67 років, скаржиться на сухість і печіння слизової оболонки. Об'єктивно: червона облямівка губ суха, в кутах рота - заїди. Слизова оболонка порожнини рота витончена, гіперемована. Слина тягнеться нитками. Виявляється невелика кількість сіро-білого нальоту, який легко знімається. Носить протез. Які дані лабораторних досліджень підтвердять діагноз?

- A. Наявність ниток псевдомицелія
- B. Наявність грибів роду *Candida*
- C. Наявність злушеного епітелію
- D. Наявність епітелію різного ступеня зроговіння
- E. Наявність умовно-патогенної мікрофлори

14. Пацієнтка Т., 67 років, скаржиться на сухість і печіння слизової оболонки. Об'єктивно: червона облямівка губ суха, в кутах рота - заїди. Слизова оболонка порожнини рота витончена, гіперемована. Слина тягнеться нитками. Виявляється невелика кількість сіро-білого нальоту, який легко знімається. Носить протез. При мікроскопії мазка: лейкоцити, клітини злушеного епітелію, нитки псевдоміцелію в значній кількості. Який діагноз?

- A. Хронічний гіперпластичний кандидоз
- B. Арибофлавіноз
- C. Ексфолюативний хейліт
- D. "Протезний" стоматит
- E. Хронічний атрофічний кандидоз

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.

2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyрева.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №81**  
**ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА УСКЛАДНЕНЬ**  
**ЛІКАРСЬКОЇ ТЕРАПІЇ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З**  
**ІНТОКСИКАЦІЯМИ. ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА. НАДАННЯ**  
**НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ.**

**I. Актуальність теми:** інтоксикація організму виникає внаслідок токсичної дії важких металів і частіше пов'язана із професійною діяльністю людини або при їх невірному застосуванні, а також можлива внаслідок побічного впливу деяких лікарських засобів. Тому, саме вивчення причин, частоти, клінічних проявів екзогенних інтоксикації приведе до правильної тактики лікаря-стоматолога під час ведення таких пацієнтів та профілактичних заходів.

**II. Навчальна мета:**

**2.1. Студент повинен знати:**

- розпізнавати зміни СОПР при екзогенних інтоксикаціях;
- аналізувати методи лабораторних обстежень хворих на екзогенні інтоксикації та скласти план обстеження;
- принципи лікування та профілактики;
- обґрунтувати перелік призначених препаратів та провести терапевтичні маніпуляції;
- скласти індивідуальну схему лікування пацієнтів із даною патологією.

**2.2. Вміти:**

- провести курацію стоматологічного хворого;
- опрацювати схему по діагностиці меркуріалізму та тактику ведення пацієнта з даним діагнозом;
- опрацювати схему по діагностиці сатурнізму та тактики ведення пацієнта з даним діагнозом;
- опрацювати тренінг по діагностиці вісмутової інтоксикації та тактики ведення пацієнта з даним діагнозом;
- виписати рецепти для надання допомоги та проведення лікування;
- оформити медичну документацію.

**III. Зміст теми:**

Ураження слизової оболонки порожнини рота можливе при токсичній дії лікарських засобів, професійних шкідливостей та впливу інших речовин. Медикаментозні інтоксикації спричинюються передозуванням лікарського засобу або помилковим його вживанням. Професійні та побутові інтоксикації можуть виникати в разі аварій, недотримання заходів захисту і техніки безпеки при роботі в тих галузях промисловості і сільського господарства, в яких технологічний процес передбачає застосування чи утворення шкідливих речовин або в місцях збереження залишків тощо. Ступінь токсичного ураження організму визначається дозою, концентрацією, тривалістю контакту із шкідливою хімічною речовиною, а також вихідним станом організму людини. Механізм токсичного впливу сполук важких металів реалізується через місцеву і резорбтивну дію. Якщо місцева дія проявляється деструкцією слизових оболонок, у тому числі і порожнини рота, то в основі резорбтивної дії полягає блокування функціонально активних груп білків та їх структур шляхом

ушкодження ферментативних систем. Основними сферами вибіркової токсичності сполук важких металів є епітелій нирок, печінки, кишечника, еритроцити і нервові клітини, де спостерігається підвищена концентрація хімічних речовин. Оскільки виділення із організму цих сполук відбувається і через слинні залози, то порожнина рота не є винятком у даному переліку.

**Меркуріалізм** – це інтоксикація організму ртуттю або її парами. В порожнині рота проявляється ртутним стоматитом. При безпосередньому контакті металева ртуть не справляє на організм токсичного впливу, вона проникає в нього у вигляді пари через дихальні органи, травний канал, крізь шкіру або шляхом ін'єкції ртутних препаратів з лікувальною метою.

При інтоксикації парами ртуті хворі скаржаться на металічний смак, відчуття жару у роті, підвищене слиновиділення, болючість і кровоточивість ясен, утруднені жування, ковтання, мова, головний біль, відсутність апетиту, слабкість, безсоння, біль у суглобах, парестезії. Можливе підвищення температури тіла, розлади травлення (різкий біль у животі, блювання, диспепсія). В анамнезі хворі відмічають поступовість збільшення скарг, можливо їх зв'язок із ртутною інтоксикацією.

При хронічному меркуріалізмі хворі бліді, дратівливі, для них характерні “ртутний тремор” рук, блиск очей, тахікардія, підвищена пітливість, смердючий запах з рота, субфебрилітет. Якщо відбулася інтоксикація парами ртуті – виражені симптоми пошкодження дихальних шляхів (нежить, трахеобронхіт, токсична пневмонія). Регіональні лімфатичні вузли щелепно-лицевої ділянки збільшені, рухливі, болісні. У порожнині рота розвивається ртутний (меркуріальний) стоматит. Його клінічна симптоматика визначається тяжкістю процесу, тривалістю інтоксикації, наявністю місцевих подразнюючих чинників.

Внаслідок ураження ртуттю слинних залоз відмічається підвищена саливація, яка може поступово зростати, досягаючи 3-4 л на добу. Хворі не встигають ковтати її, і слина витікає з порожнини рота. Починається ртутний стоматит із виразкового гінгівіту. Внаслідок утворення чорної смуги сірчастої ртуті по ясенному краю розвивається некротичний процес, який провокують наявні місцеві подразники у вигляді зубного каменю, гострих країв каріозних порожнин, зруйнованих коренів, неякісних пломб, ортопедичних конструкцій.

Ясна при цьому набряклі, розпушені, яскраво-червоного кольору, різко болісні та легко кровоточать при пальпації. У місцях появи некротичних змін ясенний край, сосочки покриваються сірувато-білим смердючим нальотом із некротизованих епітеліальних клітин і детриту. Поглиблення процесу проявляється утворенням на фоні набряклої слизової порожнини рота виразок, які можуть локалізуватись, як на яснах, так і на слизовій губ, язика, піднебіння, зіву, мигдаликів, ретромоллярної ділянки, що супроводжується тризмом. Виразки характеризуються полігональною формою, фестончастими краями, сіро-чорним обідком, вкриті сіро-брудним нальотом, який досить легко знімається, після чого з'являється кровоточивість поверхні. При пальпації вони болісні, основа м'яка.

При поширенні патологічного процесу на альвеолярну кістку виникає часткова секвестрація альвеол, рухливість і випадіння зубів, абсцедуючий генералізований пародонтит.



### *Діагностика.*

У крові можуть бути зміни анемічного характеру, лейкопенія. У сечі після прийому унітіолу виявляється ртуть у концентрації 0,01-0,04 мг/л. Цитологічне дослідження матеріалу з вогнищ ураження виявить еритроцити і зруйновані нейтрофільні лейкоцити, бактеріологічне – змішану мікрофлору порожнини рота, а при наявності виразок – додатково фузоспірилярний симбіоз.

Прогноз захворювання – сприятливий. При ліквідації контакту хворого із ртуттю, проведенні комплексної терапії відбувається видужання.

### *Лікування.*

Припиняють контакт хворого із джерелом інтоксикації ртуті. Вживаються заходи по виведенню ртуті із організму – призначаються 5% розчин унітіолу, 30% розчин тіосульфату натрію, теплі сірководневі ванни. Проводять активну детоксикацію організму із промиванням шлунку, форсованим діурезом, гемодіалізом, частим вживанням лужних мінеральних вод. Дієта повинна бути не подразнююча, збагачена вітамінами, білками. Хворому призначають вітаміни групи В, для зменшення саливації – 1% розчин атропіну.

Рекомендується ретельна гігієна і санація порожнини рота.

Лікування виразкових змін у порожнині рота проводять за методикою терапії виразково-некротичного стоматиту Венсана.

### *Профілактика.*

Суворе дотримання на виробництвах і в побуті правил застосування і зберігання ртуті. Приміщення, де контактують із ртуттю, повинні мати добру вентиляцію, витяжні шафи. Важливим є повноцінна санація порожнини рота, дотримання ретельної індивідуальної гігієни рук і порожнини рота.

**Сатурнізм** – це хронічне отруєння солями свинцю. В порожнині рота проявляється свинцевим стоматитом. При підвищеній концентрації свинцевих сполук у приміщенні або при тривалому перебуванні в атмосфері, забрудненій сполуками свинцю навіть у межах допустимих концентрацій, у людей з підвищеною чутливістю до цих речовин може розвинути хронічне отруєння.

Свинець потрапляє в організм у вигляді пилу або пари через дихальні шляхи, із забруднених рук і продуктів харчування через травний канал, і можливо, через неушкоджену шкіру і виводиться з нього з сечею, потом, слиною тощо. Механізм розвитку свинцевого стоматиту подібний до ртутного.

Клініка визначається тривалістю розвитку інтоксикації, індивідуальною чутливістю організму. Досить часто хворі, насамперед, скаржаться на слабкуватий металічний присмак у роті та своєрідний запах з ротової порожнини – "свинцеве дихання". Порівняно рано, коли ще відсутні явні інші ознаки хронічної свинцевої інтоксикації, з'являється у роті свинцева кайма – синювато-чорна смужка у вигляді дрібних зерняток по ясенному краю навколо шийок

фронтальних зубів, переважно з вестибулярного боку. Поступово розвивається хронічний катаральний гінгівіт. Водночас повільно починають проявлятися загальні явища інтоксикації свинцем. Хворі скаржаться на слабкість, апатію, порушення травлення, відсутність апетиту, головний біль, безсоння.

Симптомами тяжких проявів свинцевої інтоксикації являються «свинцева коліка», запори, затримка сечовиділення, біль у суглобах. Розвивається вегетативна тріада: артеріальна гіпотонія, брадикардія, гіпотермія. Формується енцефалопатія, виникають розлади периферійної чутливості у вигляді парестезій, анестезій, можливі і паралічі, сліпота. Раннім симптомом свинцевої інтоксикації є поява сірувато-блідого кольору шкіри обличчя (свинцевий колорит) внаслідок свинцевого ураження стінок судин та їх спазму. Можливий розвиток еритематозного або бульозного дерматиту. У жовтуватий колір забарвлюються склера і нерідко слизова м'якого піднебіння. Решта слизової оболонки порожнини рота бліда, що свідчить про анемізований стан хворих.

Відкладення свинцю у вигляді чорно-синіх плям можуть появитися одночасно ендогенним шляхом в різних ділянках порожнини рота: в слизовій щік, губ, язика, піднебіння. В тяжких випадках розвивається виразковий стоматит із активізацією фузоспірілярної інфекції. Різко посилюються запальні явища в яснах. Розвивається запалення великих слинних залоз, в першу чергу, привушних, що супроводжується утрудненням жування, тризмом, болями у щелепах, порушенням слиновиділення.

#### *Діагностика.*

Дослідження крові виявляє анемічні зміни, базофільну зернистість еритроцитів, лейкоцитоз, пойкилоцитоз, тромбоцитопенію, моноцитоз. У сечі після прийому унітіолу реєструють вміст свинцю понад 0,04 мг/л.

#### *Лікування.*

Припинення контактування хворого із свинцем.

Загальна дезінтоксикаційна терапія, призначення універсальних антидотів, теплих ванн з метою виведення з організму сполук свинцю. Показані вітамінні препарати (вітаміни групи В, С, РР), 3 % розчин калію йодиду, загальна симптоматична терапія. Призначається дієта, збагачена вітамінами, кальцієм, фосфором з урахуванням соматичного статусу пацієнта.

Місцеві втручання передбачають санацію порожнини рота, симптоматичну медикаментозну терапію (антисептики, протеолітичні ферменти, кератопластичні, протизапальні засоби) залежно від клінічного прояву у роті свинцевої інтоксикації.

#### *Профілактика.*

Суворе дотримання правил безпеки в умовах контактування із свинцем. На промислових виробництвах має бути належним контроль за гранично допустимою концентрацією свинцю у повітрі робочих приміщень. Працювати робітники у таких приміщеннях повинні у респіраторних засобах, категорично заборонено приймати їжу в робочих кімнатах, рекомендуються періодичні зрошення порожнини рота, носа слабкими дезінфікуючими розчинами, вітамінами.



**Вісмутовий стоматит** розвивається при застосуванні препаратів вісмуту для лікування сифілісу, а також несифілітичних уражень ЦНС. Виникнення вісмутового стоматиту пов'язане з утворенням важкорозчинної органічної сполуки вісмуту з білками – вісмуту альбумінату.

#### *Клініка.*

Хворі при вісмутовому стоматиті можуть скаржитись на зміну кольору ясен, наявність темної облямівки по ясенному краю. Залежно від ступеня інтоксикації вони відмічають слабкість, головний біль, нездужання. В анамнезі, як правило, виявляється прийом лікарських засобів, що містять сполуки вісмуту, або можливий контакт із вісмутом на виробництві. При об'єктивному обстеженні відмічають блідість шкіряних покривів. Можливий розвиток нефропатії, уражень травного каналу, нервової системи. Легке пошкодження слизової оболонки порожнини рота проявляється катаральним стоматитом із появою синювато-чорного обідка по ясенному краю навколо шийок зубів, у ділянках металевих коронок, вісмутових плям на слизовій щік, язика, губ, піднебіння, мигдаликів. Пігментація сірчистим вісмутом на слизовій щік частіше локалізується по лінії змикання зубів, у ділянці вивідних привушних залоз. В тяжких випадках при приєднанні фузоспірилярної інфекції розвивається виразковий стоматит із гіперсалівацією, запахом з роту, запальною реакцією лімфатичних вузлів, некротичним процесом, що може поширюватись на щелепну кістку. Полігональні болючі виразки на слизовій щік, бокових поверхонь язика також будуть мати синювато-чорну облямівку.

У клінічному аналізі крові можливі анемічні зміни, метгемоглобінемія. У сечі з'являються сліди білка, циліндри, сполуки вісмуту. Особливих змін клітинного складу при цитологічних дослідженнях не спостерігають. Бактеріологічні дослідження із вогнищ уражень виявляють звичайну мікрофлору порожнини рота, а при наявності виразкових ушкоджень — фузоспірилярний симбіоз.

#### *Лікування.*

Відміняють терапію хворого препаратами вісмуту. Після цього загальні симптоми інтоксикації можуть самостійно ліквідуватись, але вісмутова пігментація зберігається тривалий час – від 6 місяців до декількох років. Хворим показані гарячі щоденні ванни, дезінтоксикаційна і симптоматична загальна терапія. Необхідна ретельна гігієна і санація порожнини рота. При наявності виразкових уражень показані антисептики, протеолітичні ферменти, протизапальні препарати та засоби, що стимулюють епітелізацію.

#### *Профілактика.*

Перед призначенням препаратів вісмуту необхідно провести санацію порожнини рота. Вісмутова терапія протипоказана при захворюваннях нирок, діабеті, геморагічному діатезі, туберкульозі, хронічних захворюваннях печінки.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Дайте визначення терміну «інтоксикація організму».
2. Які речовини можуть призводити до екзогенної інтоксикації організму?
3. Дайте визначення терміну «сатурнізм», «меркуріалізм».
4. Якими шляхами може потрапити ртуть, вісмут і свинець в організм?

5. Який патогенез розвитку даних інтоксикацій?  
6. Назвіть клінічні прояви ртутного, свинцевого і вісмутного стоматиту на СОПР.

7. Назвіть принципи лікування при екзогенній інтоксикації.

8. Яка невідкладна допомога надається при даній патології.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. При ртутному стоматиті ясенний край навколо зубів:

A. Синьо-чорного кольору

B. Сіро-чорного кольору з некротичною плівкою

C. Яскраво-червоного кольору

D. Сіро-чорного кольору з ділянками гіперкератозу

E. Ціанотичного кольору

2. Який механізм токсичної дії ртуті на організм?

A. Блокує сульфгідрильні групи тканинних білків

B. Блокує дію ферментів в порожнині рота

C. Блокує дію біологічно активних речовин

D. Блокує дію ферментативних реакцій в тонкому кишечнику

E. Всі вище перераховані відповіді вірні

3. Що є першим симптомом ртутного стоматиту?

A. Зменшене виділення слини

B. Поява виразкового процесу на мигдаликах

C. Відкладення чорної смужки по краю ясен

D. Поява патологічної рухливості зубів

E. Підвищене виділення слини

4. Який лабораторний показник підтверджує діагноз - ртутного стоматиту?

A. Зниження рівня гемоглобіну в крові

B. Підвищення вмісту ртуті в сечі

C. Зниження вмісту тромбоцитів в крові

D. Зниження рівня еритроцитів в крові

E. Збільшення рівня лейкоцитів в крові

5. Який з лікарських засобів використовується для патогенетичного лікування ртутного стоматиту?

A. Преднізолон

B. Аскорбінова кислота

C. Унітіол

D. Вітамін PP

E. Лінкоміцин

6. При свинцевому стоматиті ясенний край навколо зубів:

A. Синьо-чорного кольору

B. Сіро-чорного кольору з некротичною плівкою

C. Яскраво-червоного кольору

D. Сіро-чорного кольору з ділянками гіперкератозу

E. Ціанотичного кольору

7. В яких ділянках (тканинах) організму першочергово накопичуються сполуки свинцю?

- A. Кора головного мозку
  - B. Гіпоталамічні відділи стовбура головного мозку
  - C. Кора надниркових залоз
  - D. Кісткова тканина
  - E. Тканини пародонту
8. Після проведення лікування сифілісу у пацієнта з'явився стоматит. Який саме?
- A. Ртутний стоматит
  - B. Свинцевий стоматит
  - C. Меланоз
  - D. Вісмутовий стоматит
  - E. Виразково-некротичний стоматит
9. Чим підтверджується діагноз свинцевого стоматиту?
- A. Зниженим рівнем гемоглобіну в крові
  - B. Підвищеним вмістом свинцю в сечі і крові
  - C. Підвищеним вмістом тромбоцитів
  - D. Зниженим рівнем еритроцитів
  - E. Збільшеним рівнем лейкоцитів в крові
10. Пацієнт 37 років, скаржиться на відчуття жару та металевого присмаку у ротовій порожнині, підвищення слиновиділення. При огляді: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. По краю ясен смужка сіро-чорного кольору, на яснах зловонні напластування, ясна кровоточать при доторкуванні. Поставте діагноз:
- A. Ртутний стоматит
  - B. Меланоз
  - C. Вісмутовий стоматит
  - D. Виразково-некротичний стоматит
  - E. Свинцевий стоматит
11. Пацієнт 48 років, звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на металевий присмак у роті та незвичний вигляд ясен. Після проведеного ретельного обстеження був поставлений діагноз - меркуріалізм. Що є першим симптомом ртутного стоматиту?
- A. Зменшене виділення слини
  - B. Поява виразкового процесу на мигдаликах.
  - C. Підвищене виділення слини
  - D. Відкладення чорної смужки по краю ясен
  - E. Поява патологічної рухомості зубів
12. Пацієнту 42 років, який скаржиться на головний біль, підвищене слиновиділення, неприємний запах з рота, диспепсію, під час профілактичного огляду лікарем-стоматологом був поставлений попередній діагноз – меркуріалізм. Який механізм токсичної дії ртуті на організм?
- A. Блокує дію ферментів в порожнині рота
  - B. Блокує сульфгідрильні групи тканинних білків
  - C. Блокує дію біологічно активних речовин
  - D. Блокує дію ферментативних реакцій в тонкому кишечнику
  - E. Всі вище перераховані відповіді вірні

13. Пацієнтка 42 років, скаржиться на металічний присмак у роті, відчуття печіння, кровоточивість ясен і неприємний запах з порожнини рота. Був поставлений попередній діагноз — ртутний стоматит. Який лабораторний показник підтверджує діагноз?

- A. Зниження рівня гемоглобіну в крові
- B. Зниження кількості тромбоцитів в крові
- C. Зниження кількості еритроцитів в крові
- D. Збільшення кількості лейкоцитів в крові
- E. Підвищення вмісту ртуті в сечі

14. Пацієнт 54 років, звернувся до лікаря-стоматолога з приводу зміни кольору ясен на нижній та верхній щелепах. Після проведеного обстеження був поставлений діагноз – свинцевий стоматит. При свинцевому стоматиті ясенний край навколо зубів:

- A. Синьо-чорного кольору
- B. Сіро-чорного кольору з некротичною плівкою
- C. Яскраво-червоного кольору
- D. Сіро-чорного кольору з ділянками гіперкератозу
- E. Ціанотичного кольору

15. Пацієнт Н., 22 років, який працює на заводі з виробництва акумуляторів, скаржиться на металічний присмак та неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясна набряклі, гіперемійовані, болісні при пальпації. По ясенному краю навколо шийок фронтальних зубів спостерігається синьо-чорна смужка. Визначте діагноз:

- A. Вісмутовий стоматит
- B. Ртутний стоматит
- C. Свинцевий стоматит
- D. Меланоз
- E. Виразково-некротичний стоматит

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу:

- навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
  3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
  4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
  5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
  6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
  7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
  8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №82

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРОЯВІВ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА ДЕРМАТОЗІВ З АУТОІМУННИМ КОМПОНЕНТОМ.

**I. Актуальність теми:** Багато дерматозів з аутоімунним компонентом локалізуються на СОПР та червоній каймі губ. Вважають, що таких хворих повинні лікувати лікарі дерматологи. Але досить часто перші прояви цих захворювань (при вульгарній пухирчатці більше 60%) локалізуються в порожнині рота. Хворі лікуються у стоматологів з різними діагнозами, і лише коли з'являються пухирі на шкірі, звертаються до дерматологів. Для того, щоб своєчасно розпізнати ці захворювання і своєчасно призначити раціональне комплексне лікування, лікарю-стоматологу необхідно добре знати клінічні особливості проявів їх на слизовій оболонці рота, знати сучасні методи діагностики та лікування.

#### II. Навчальна мета:

##### 2.1. Студент повинен знати:

- загальне уявлення про частоту уражень СОПР при дерматозах;
- етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування пухирчатки;
- етіологію, патогенез, клініку, діагностику синдрому Дюрінга;
- етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування червоного плескатою лишаю;
- етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування червоного вовчаку.

##### 2.2. Вміти:

- розпізнавати прояви дерматозів на СОПР;
- скласти план обстеження хворих на пухирчатку, синдром Дюрінга, червоний плесканий лишай, червоний вовчак;
- провести обстеження та інтерпретувати дані обстеження хворих з проявами дерматозів на СОПР;
- скласти план лікування хворого та провести лікувальні маніпуляції при місцевому лікуванні хворих з ураженням СОПР при дерматозах;
- розробити комплекс профілактичних заходів
- провести курацію хворого та заповнити медичну картку амбулаторного хворого.

#### III. Зміст теми:

У практиці лікаря-стоматолога найчастіше трапляється істинна *акантолітична пухирчатка*. Це тяжке захворювання, сутність якого становить акантоліз клітин росткового (мальпігієвого) шару епідермісу і слизової оболонки, що призводить до утворення незапальних внутрішньоепітеліальних і внутрішньоепідермальних пухирів. Перебіг захворювання може бути хронічним, підгострим, рідко - гострим і характеризується стадійністю - існують періоди висипань та періоди ремісії.

*Вульгарна пухирчатка*, при якій ураження СОПР може бути єдиним проявом захворювання. Ураження найчастіше локалізуються на м'якому піднебінні, в ретромолярній ділянці щік, на дні порожнини рота, губах, яснах та глотці. Розпочинається захворювання раптово з утворення акантолітичних,

незапального характеру пухирів, які з'являються на видимо незмінній чи злегка гіперемійованій СОПР, діаметром від 2-3 до 4 см і більше. Спочатку пухирі виповнені прозорою рідиною, яка через 1-2 дні набуває лимонного відтінку, а потім мутніє. Спочатку пухирі напружені, але згодом стають в'ялими; під вагою ексудату набувають грушоподібну форму і швидко лопаються, з уривками шарів епітелію по периферії. Спостерігати пухирі, особливо на СОПР, лікарю вдається рідко. Внаслідок розриву пухиря виникає ерозія застійно-червоного кольору, чиста, або вкрита легким фібринозним нальотом, болюча.



*Веgetуюча пухирчатка.* Для неї характерна наявність вогнища некротизованого епітелію частіше овальної або полігональної форми, слабо зв'язаних з підлеглою тканиною, а тому нагадує некротичний наліт, який легко знімається ватним тампоном. Дно ерозій спочатку виглядає нерівним через швидке утворення розростань (вегетаций), які легко кровоточать. Рясні виділення з поверхні осередків ураження легко розкладаються, що супроводжується надзвичайно неприємним запахом. По периферії утворюються нові пухирі. Симптом Нікольського позитивний.



*Листоподібна пухирчатка* починається раптово на фоні нормального загального стану. Елементи ураження у вигляді в'ялих пухирів та кірочок локалізуються в основному на шкірі обличчя, волосистої частини голови, а можуть по всьому тілу. Пухирі, зливаючись, утворюють ерозивні поверхні, що

нагадують опік шкіри. Відшаровані шари епідермісу залишаються на своєму місці, а під ними утворюються нові пухири. Симптом Нікольського позитивний.

Значно порушується загальне самопочуття. Температура тіла підвищена. Слизова оболонка рота вражається дуже рідко.

*Себорейна* (еритематозна) пухирчатка зустрічається дуже рідко, нагадує водночас червоний вовчак та себорейний дерматит. Починається захворювання з ураження шкіри обличчя у вигляді еритематозних осередків на фоні жирної себореї з нашаруванням темних або розпушених кірочок жовтого кольору. На слизовій оболонці рота ураження у вигляді типових пухирів локалізуються на слизовій оболонці щік, піднебіння, глотки, язика, губ. Пухири внаслідок травматизації СОПР зберігаються недовго, після чого утворюються мембрани білого або сального нальоту при відторгненні якого відкривається ерозивна поверхня. Інколи вся поверхня щоки або піднебіння виглядає, як суцільна ерозія, або покрита фібринозними плівками. Висипання можуть локалізуватись на зовсім не змінній слизовій оболонці.

Діагностика пухирчатки проводиться на основі анамнезу, клінічних проявів, даних цитологічного та гістологічного дослідження. Типовими для клінічної картини пухирчатки є мономорфізм висипу, тонкостінні пухири, ареактивність оточуючих тканин, відсутність ремісій, позитивний симптом Нікольського, значне порушення загального стану хворого, млява епітелізація ерозій, наявність клітин Тцанка. Диференційна діагностика всіх форм істинної пухирчатки проводиться з багатоформною ексудативною еритемою, хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом, червоним вовчаком, герпетичним стоматитом, герпетиформним дерматитом Дюрінга, оперізувальним лишаям, кандидозом, медикаментозними ураженнями, папульозним сифілісом, пемфігоїдною формою червоного плескатою лишая, а також з власне – неакантолітичною пухирчаткою та між різними формами істинної пухирчатки.

*Лікування* пухирчатки проводиться кортикостероїдними препаратами: преднізолон, дексаметазон, тріампцінолон. Призначають також великі дози аскорбінової кислоти до 3 г на добу, кальцію пентотенат - 50 мг на добу, кальцію хлорид до 2-3 г на добу, панангін, калія оротат.

*Місцеве лікування* спрямоване на запобігання вторинної інфекції, зменшенню болю та епітелізації. Для очищення ерозій від нальоту застосовують протеолітичні ферменти, а після цього оброблюють вініліном, уснітатом натрію, емульсією сангвірїтрину з кортикостероїдними мазями.

### **Червоний плескатиий лишай.**

Елементи ураження при ЧПЛ - папули, зустрічаються на шкірі, червоній каймі губ, слизовій порожнині рота. На червоній каймі висип являє собою окремі папули невеликих розмірів, полігональної форми. Ці папули групуються і з'єднуються між собою кератинізованими містками. Папули підлягають зроговінню, внаслідок чого трохи піднімаються над навколишньою червоною каймою. Зроговіння верхівки папули надає їй білястого або біло-сірого кольору.

На слизовій порожнині рота папули ЧПЛ локалізуються найбільше. Тут папули міліарні, групуються у вигляді ліній, смуг, сітки, мереживного сплетіння, нерідко утворюючи деревоподібний малюнок, або листок папороті чи узор



морозу на склі, зроговіння верхівок папул надає їм біло-молочного кольору. Найтипівіша локалізація елементів ураження - це дистальний відділ щоки або ретромолярної області, де папули розташовані у формі листя папороті або сітки Уїкхема, виразно обмежені і можуть бути пропальповані. Рідше папули трапляються на язиці, зливаючись у бляшки. Хворі на ЧПЛ певний час скарж не висловлюють. Больові відчуття спостерігаються з порушенням цілісності епітелію - ерозивна, виразкова та бульозна форма.



*Диференційна діагностика* червоного плескатого лишая проводиться з кандидозом (гіперпластичною формою), папульозним вторинним сифілісом, медикаментозною алергією, пухирчаткою, токсико-алергічною дією лікарських препаратів; лейкоплакією, червоним вовчаком.

*Лікування* включає заходи етіотропної, патогенетичної і симптоматичної терапії і ділиться на 2 групи: I - загальний вплив і II - локальні втручання. Для місцевого лікування хворим призначають полоскання розчином сірководню, цитралю, ротові ванночки з напару льону. Осередки кератозу перед їжею обробляють ретинолом, обліпиховою олією, каратоліном, токоферолом або цигеролом. Застосовують 5% розчин саліцилової кислоти, як кератолітичний засіб. У комплексному лікуванні ерозивної форми, крім загальноприйнятих в терапії червоного плескатого лишая засобів призначають преднізолон та далагіл, а також полівітаміни, солкосерил плазмол чи спленін. Для обробки ерозивної поверхні застосовують плівчасті композиції з метацилом, мефенаміном натрію на основі медичного клею та колагенової плівки. Сприяє епітелізації ерозій оброблення їх маззю чи желе "Солкосеріл", а також опромінення гелій-неоновим лазером. З метою прискорення репаративного процесу в слизовій рота проводять вакуум-фонофорез з 0,1% левамизолом. В разі затяжного перебігу ерозивно-виразкової форми ЧПЛ, коли виразка не епітелізується на протязі 3-х тижнів після терапевтичного лікування, застосовують видалення, кріобудування, діатермокоагуляцію або близькофокусну рентгенотерапію.

Для загального лікування використовують препарати седативної дії (броміди, мікстура Бехтерева, електрофорез з бромом на комірці за Щербаком, діатермія шийних симпатичних вузлів). Для впливу на неспецифічну реактивність призначають пентоксил або продігіозан, а також препарати миш'яку /натрій арсенат, 1 мл під шкіру, 25- 30 ін'єкцій/, азійські пілюлі,

полівітаміни. В разі ексудативно-гіперемічної та ерозивно-виразкової форми застосовують метронідазол (0,25x3 рази на добу 10 днів).

**Системний червоний вовчак** (Хвороба Лібмана-Сакса) - захворювання сполучної тканини, що проявляється ураженням ряду органів та систем. Хвороба виникає внаслідок порушення імунологічних процесів в організмі, при якому антитіла, що виробляються організмом, пошкоджують ДНК здорових клітин.

Хворіють переважно молоді жінки. У якості етіологічної причини має значення вірусна хронічна інфекція (РНК-віруси, близькі до вірусів кору та кореподібним). Провідне місце у патогенезі захворювання займає порушення гуморального та клітинного імунітету, утворення циркулюючих аутоантитіл, зокрема антиядерних антитіл до цільного ядра та його компонентам; формування циркулюючих імунних комплексів, особливо ДНК-антитіл до ДНК комплекменту. Останні, відкладаючись на базальних мембранах тканин різних органів, викликають їхнє пошкодження з розвитком запалення, що пов'язано з порушенням клітинного імунітету, що забезпечується Т-лімфоцитами, які гинуть під впливом вірусу, лімфоцитотоксичних антитіл та ін. Можлива сімейно-генетична схильність. Провокують спалах хвороби інсоляція, вагітність, пологи, аборт, початок менструації, інфекції, реакції на введення ліків, вакцин та ін.

Хвороба може протікати із загостреннями, тривалими ремісіями, а іноді хронічно. При гострому перебігу спостерігаються підвищення температури, біль у суглобах (іноді гострий поліартрит, який зазвичай не призводить до деформації суглобів). Зміни на шкірі досить різноманітні. У половині випадків з'являється характерна еритема на щоках та крил носа у вигляді "метелика". Нерідко вражаються серозні оболонки з розвитком сухого або випотного плевриту, перикардиту. Ураження міокарда зазвичай буває досить помірним, проявляється в основному електрокардіографічними ознаками. Однак можливий розвиток важкої серцевої недостатності. Ендокардит (Лібмана-Сакса) діагностується в основному за динамікою аускультативних ознак (поява грубого систолічного, рідше діастолічного шуму). Лише у окремих випадках розвивається вада серця (недостатність мітрального клапана). Іноді в процес залучаються печінка, селезінка, лімфатичні вузли, ЦНС. Часто знаходять зміни нирок, які проявляються протеїнурією, нефротичним синдромом, підвищенням АТ.

Прогресування ураження нирок часто призводить до хронічної ниркової недостатності. При хронічному перебігу хвороба може розвиватися поступово, без лихоманки, іноді з ізольованим ураженням якогось органу, наприклад суглобів, шкіри, нирок і т.д. При дослідженні крові знаходять лейкопенію, підвищену ШОЕ, схильність до анемії. Діагностичне значення має виявлення так званих вовчакових клітин (ядра зруйнованих лейкоцитів, фагоцитовані іншими лейкоцитами).



*Лікування:* Хворі лікуються ревматологом. При загостреннях хвороби призначають преднізолон у дозі, що залежить від гостроти процесу та важкості ураження внутрішніх органів. При вовчаковому нефриті до терапії додають цитостатичні засоби (азатиоприн). При зменшенні ознак активності хвороби дози цих ліків зменшують, призначають резохін (делагіл) 0,25 г на день.

*Профілактика:* Слід уникати невіправданого прийому ліків, проведення вакцинації, різних фізичних впливів (інсоляція, переохолодження), а також фізичного та нервового перенапруження.

### **Герпетиформний дерматит Дюрінга.**

Герпетиформний дерматит Дюрінга являє собою хронічний рецидивуючий процес з ураження шкіри, що виявляється поліморфними, часто симетричними висипами, що супроводжуються інтенсивним свербінням, відчуттям печіння і парестезіями. Хворіють переважно особи віком 20-60 років, частіше чоловіки. Патогенез герпетиформного дерматозу Дюрінга. Має значення підвищена чутливість організму до глютену (білку злаків), утвореному в кишечнику в процесі засвоєння їжі, і до гаплоглідів. Провокуючими факторами служать запальні процеси в ШКТ, аскаридоз, злоякісні пухлини, прийом галогенів, інфекційні захворювання. Клінічна картина герпетиформного дерматозу Дюрінга. Захворювання починається гостро, проявляючись поліморфним висипом.

Характерно угруповання висипів як при герпесі (звідси назва). Висип представлений плямами, пухирями, папулами і, головним чином, пухирцями. Пухирі, наповнені прозорим або каламутним вмістом, виникають на тлі рожевих плям, або на незмінній на вигляд шкіри. Вони можуть розташовуватися кільцеподібно, гирляндоподібно. Вогнища, що складаються з дрібних пухирів, нагадують простий герпес. Часто період висипань супроводжується болісним свербінням, фебрилітетом, ознобом, почуттям печіння в ділянці вогнищ ураження. Захворювання характеризується нападами, рецидиви через різні проміжки часу (від декількох місяців до декількох років). Локалізуються висипання на будь-якому місці за винятком долонь і підшов. Улюблена локалізація - ділянки лопаток, попереку і розгинальні поверхні кінцівок.

Можливо висипання пухирів на слизовій оболонці рота (10 %). Діагноз захворювання ставиться на основі перелічених симптомів і лабораторних методів дослідження.



*Клінічна картина:*

- справжній поліморфізм висипань;
- герпетичне розташування пухирів;
- еозиніфілія крові та вмісті пухирів;

Імунологічне дослідження - виявлення при прямій РІФ відкладень IgA в області базальної мембрани в осередку ураження і на здоровій шкірі.

*Лікування* хворих проводять сульфонами, особливо ефективний димочифон. У випадках важкого перебігу захворювання ці препарати комбінують з кортикостероїдами. Препаратами вибору для лікування герпетичного дерматиту Дюрінга є: авлосульфон, дапсон, імуноглобулін.

Також призначають препарати кальцію, полівітаміни, антигістамінні. Прогноз сприятливий.

#### **IV. Контрольні питання до теми:**

1. Які види пухирчатки розрізняють за клінічними проявами?
2. Які види пухирчатки не супроводжуються акантолізом?
3. Які патогістологічні процеси виявляють при справжній (вульгарній) пухирчатці?
4. Який перебіг має справжня (вульгарна) пухирчатка?
5. Назвіть патогномонічний симптом для пухирчатки?
6. У якої статі і в якому віці частіше зустрічається червоний плоский лишай?
7. Типова локалізація ЧПЛ на СОПР
8. Основні причини червоного вовчаку
9. Хто з лікарів повинен лікувати хворого з червоним вовчаком?
10. Основні причини герпетичного дерматиту Дюрінга?

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі :**

1. Чоловік 26 років, скаржиться на різкий біль у порожнині рота при прийманні їжі, утруднення мови, загальну слабкість, головний біль, підвищення температури тіла до 38,0° С. Захворів 4 дні тому, після 11 переохолодження. Об'єктивно: губи набряклі, не гіперемовані червоною каймою кров'янисті кірки. Слизова оболонка губ, щік, дна порожнини рота набрякла, гіперемована, на ній є численні ерозії, які зливаються між собою. Вони вкриті жовтувато-сірим нальотом, різко болісні при доторканні, при знятті нальоту легко кровоточать. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Багатоформна ексудативна еритема
- B. Герпетичний дерматит Дюрінга
- C. Неакантолітична пухирчатка
- D. Вульгарна пухирчатка

Е. Гострий герпетичний стоматит

2. Хвора 54 років. Направлена в стоматологічну поліклініку з діагнозом “вульгарна пухирчатка”. Які клітини при цитологічному обстеженні вогнищ ураження підтвердять діагноз даного захворювання?

А. Клітини нейтрофільного ряду

В. Клітини Боткіна-Гумпрехта

С. Клітини Пирогова-Лангханса

Д. LE-клітини

Е. Клітини Тцанка

3. Хвора 55 років, скаржиться на біль під час прийому їжі, наявність ерозій на слизовій оболонці порожнини рота. Вперше захворіла більш місяця тому. Об’єктивно: на незміненій оболонці ясен, м’якого піднебіння та дужках великі ерозії яскраво-червоного кольору. Слизова легко травмується та відшаровується при потиранні. Больові відчуття незначні. В мазках - відбитках виявлені клітини Тцанка. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Червоний плоский лишай, пемфігоїдна форма

В. Вульгарна пухирчатка

С. Багатоформна ексудативна еритема

Д. Доброякісна неакантолітична пухирчатка

Е. Бульозний пемфігоїд Левера

4. Хвора С., 56 років, скаржиться на збільшення сосочків язика. Вказаний стан виник після проведеного масивного курсу лікування з приводу вульгарної пухирчатки. Об’єктивно: ниткоподібні сосочки язика збільшені у розмірах до 0,5 см, темного кольору. Який медикаментозний препарат міг привести до таких змін язика?

А. Кортикостероїди

В. Препарати кальцію

С. Препарати калію

Д. Вітаміни

Е. Імунодепресанти

5. Хворий А., 55 років, скаржиться на свербіж, паління, висипання на шкірі шиї, вушних раковин, а також біль і виразки у ділянках щік та піднебіння. Захворів 2 місяці тому, коли з’явилися сильний свербіж і дрібні пухирці на шкірі; через тиждень приєднались біль і печія у роті. Із детального анамнезу було в’ясовано, що 2 роки тому була алергічна реакція на йодистий калій, яка швидко пройшла після відміни препарату. Об’єктивно: на слизовій оболонці м’якого піднебіння та щік з обох боків є ерозії, які зливаються. Вони мають фестончасті краї, яскраво-червоний колір, злегка болісні при пальпації. Слизова оболонка навколо ерозій набрякла, гіперемована. Симптом Нікольського негативний. На шкірі шиї, вушних раковин виявлені поліморфні елементи. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Герпетичний дерматит Дюрінга

В. Багатоформна ексудативна еритема

С. Вульгарна пухирчатка

Д. Червоний плоский лишай (пемфігоїдна форма)

Е. Алергічний стоматит

6. Хвора, 53 років скаржиться на біль у слизовій оболонці щоки і боковій поверхні язика справа. Об'єктивно: на слизовій оболонці щоки і язика є ерозії, які болючі і кровоточать при доторканні. Навколо ерозій на злегка гіперемованій слизовій оболонці знаходяться зроговілі папули розміром до 1 мм, які зливаються в сігчастий малюнок. Шпателем папули не знімаються. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. М'яка лейкоплакія
- В. Вульгарна пухирчатка
- С. Гострий псевдомембранозний кандидоз
- Д. Багатоформна ексудативна еритема
- Е. Червоний плесканий лишай

7. Хвора 53 років скаржиться на відчуття стягнутості слизової оболонки, червоної кайми та шкіри обличчя, її шершавість. Об'єктивно: ураження щік має темно-червоний колір, яке за формою має вигляд метелика. Червона кайма губ інфільтрована, темно-червоного кольору, щільно вповнена гіперкератозними лусочками. При спробі їх зняти виникають біль та кровотеча. Для якого захворювання характерна така клінічна картина?

- А. Червоний плесканий лишай
- В. Червоний вовчак
- С. Вторинний сифіліс
- Д. Хронічний гіперпластичний кандидоз
- Е. Туберкульозний вовчак

8. Хвора М., 45 років, звернулася для санації порожнини рота. В анамнезі: легка форма діабету. При огляді: на фоні незміненої слизової оболонки щік симетрично, переважно в ретромоллярній ділянці виявлені білуватого кольору полігональні папули. Вони ледь здіймаються над рівнем слизової оболонки і, зливаючись, утворюють мереживний малюнок. На верхній щелепі два паяні мостоподібні протези, в 47 зубі - пломба із амальгами; на 46 зубі - коронка із сталі. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Червоний вовчак
- В. Хронічний атрофічний кандидоз
- С. Гальваноз
- Д. Лейкоплакія
- Е. Червоний плесканий лишай

9. Хвора В., 30 років, скаржиться на печію губ, біль у роті при прийманні їжі. Протягом декількох днів відмічає біль у суглобах, у ділянці серця та нирок, висипання на шкірі. Об'єктивно на губах, слизовій оболонці щік є яскраво-червоні з набряком пляшки, на їх фоні поодинокі пухирці з кров'янистим вмістом, ерозії, які при загоюванні утворюють атрофічні рубці. У крові виявлені LE-клітини, антитіла до нативної ДНК. Який найбільш вірогідний попередній діагноз?

- А. Вторинний сифіліс
- В. Лепра
- С. Червоний вовчак

D. Міліарно–виразковий туберкульоз

E. Гострий герпетичний стоматит

10. Хворий В., 20 років, був поставлений попередній діагноз герпетиформний дерматит Дюрінга. Які зміни лабораторних показників характерні для цього захворювання:

A. Еозинофілія в крові

B. Еозинофілія у вмісті пухирів

C. Нейтропенія

D. Тромбоцитопенія

E. Лімфоцитоз

11. На прийом до лікаря звернулася жінка 45 років зі скаргами на появу болючих ерозій в порожнині рота і пухирів в ділянці грудини. Хворіє близько 3-х місяців, коли після прийому гарячої їжі «обпекла» слизову порожнину рота. Больові відчуття зберігались, стали поширюватися по слизовій. Прийом твердої їжі став неможливим. Вживала тільки теплу та рідку їжу. Звернулася до стоматолога за місцем проживання. Був встановлений діагноз «Стоматит» і проводилося лікування антибактеріальними препаратами. Лікування не було ефективним. Близько двох тижнів тому стали з'являтися пухири і ерозії в ділянці грудини. Стоматолог направив пацієнтку на консультацію в 14 обласну стоматологічну поліклініку. При огляді слизової порожнини рота видно множинні ерозії на слизовій щік, губ, твердому і м'якому піднебінні. Ерозії яскраво червоного кольору з відшарованням епітелію по периферії. Навколишня слизова набрякла, місцями мацерована. В ділянці грудини вогнище еритеми з фестончатими краями, нерівномірним забарвленням, запальними явищами. В осередку визначаються свіжі ерозії, ерозії, що епітелізуються і повністю епітелізовані. По периферії вогнища та за його межами окремі міхури від 1 до 3 см в діаметрі, з серозним, прозорим вмістом, що розташовуються на незміненій шкірі. Частина їх має мляву покривку, частина досить напружену. Запитання:

1. Про яке захворювання можна думати?

2. Назвіть форми пухирчатки.

3. Які анамнестичні та об'єктивні дані говорять на користь діагнозу?

4. Які додаткові методи обстеження необхідні для уточнення діагнозу?

5. Що таке акантолітичні клітини і їх роль у постановці діагнозу?

6. З якими захворюваннями слід провести диференційну діагностику?

7. Принципи та методи лікування даного захворювання

8. Тактика лікаря стоматолога.

12. На прийом до стоматолога звернулася пацієнтка Д., 52 л., страждає на гіпертонію, з скаргами на болі при їді, поява міхурів в місцях тертя шкіри. Направлена з ЦРБ з діагнозом вульгарна пухирчатка. Запитання:

1. Який симптом характерний для дійсної пухирчатки?

2. Які методи забору матеріалу на цитологію ви знаєте?

13. Хворий В., 45 років, скаржиться на періодичні висипання на губах, на відчуття стягнутості в порожнині рота. Страждає на депресію. Об'єктивно: по лінії змикання зубів симетрично множинні білі папули у вигляді листя папороті, слизова навколо блідо-рожева. Запитання:

1. Поставте попередній діагноз.
2. Призначте додаткове дослідження.

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський, А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. –



Чернівці, 2016. – 227 с.

11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №83

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ.КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА,ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПУХИРЧАТКИ.КЛІНІКА,ДІАГНОСТИКА,ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА.

**I.Актуальність теми:** Дерматози, як пухирчатка, червоний плесканий лишай, червоний вовчак часто супроводжуються ураженнями слизової оболонки рота - в 10-86 %. На протязі декількох тижнів, а іноді і місяців вони проявляються лише на слизовій оболонці рота, що приводить хворих на прийом до лікаря-стоматолога, що потребує від лікаря-стоматолога чіткого знання загальних та локальних проявів цих захворювань на слизовій оболонці порожнини рота. Для того, щоб своєчасно розпізнати ці захворювання і своєчасно призначити раціональне комплексне лікування, лікарю-стоматологу необхідно добре знати клінічні особливості проявів їх на слизовій оболонці рота, знати сучасні методи діагностики та лікування.

#### **II. Навчальна мета:**

##### **2.1. Студент повинен знати**

- етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування пухирчатки;
- етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування червоного плескатоого лишая;
- провести диференціальну діагностику;
- призначити лабораторні методи обстеження;
- сучасні схеми загального та місцевого лікування;

##### **2.2. Вміти:**

- розпізнавати прояви дерматозів на СОПР;
- скласти план обстеження хворих на пухирчатку, червоний плесканий лишай;
- провести обстеження та інтерпретувати дані обстеження хворих з проявами дерматозів на СОПР;
- скласти план лікування хворого та провести лікувальні маніпуляції при місцевому лікуванні хворих з ураженням СОПР при дерматозах
- продемонструвати лікарські навички заповнення медичної документації.

#### **III.Зміст теми:**

##### **Червоний плесканий лишай (ЧПЛ) /Lichen ruber planus/.**

Елементи ураження при ЧПЛ - папули, зустрічаються на шкірі, червоній каймі губ, слизовій порожнині рота. На червоній каймі висип являє собою окремі папули невеликих розмірів, полігональної форми. Ці папули групуються і з'єднуються між собою кератинізованими містками. Папули підлягають зроговінню, внаслідок чого трохи піднімаються над навколишньою червоною каймою. Зроговіння верхівки папули надає їй білястого або біло-сірого кольору.

На слизовій порожнині рота папули ЧПЛ локалізуються найбільше. Тут папули міліарні, групуються у вигляді ліній, смуг, сітки, мереживного сплетіння, нерідко утворюючи деревоподібний малюнок, або листок папороті чи узор морозу на склі, зроговіння верхівок папул надає їм біло-молочного кольору.

Найтиповіша локалізація елементів ураження - це дистальний відділ щоки або ретромолярної області, де папули розташовані у формі листя папороті або сітки Уїкхема, виразно обмежені і можуть бути пропальповані. Рідше папули трапляються на язиці, дорсальній та латеральній поверхні, зливаючись у бляшки. Хворі на ЧПЛ певний час скарж не висловлюють. Больові відчуття спостерігаються з порушенням цілісності епітелію - ерозивний, виразковий та бульозний /пемфігоїдний/ форми.



*Диференційна діагностика* червоного плескатої лишаю проводиться з кандидозом гіперпластичною формою, папульозним вторинним сифілісом, медикаментозною алергією, пухирчаткою, токсико-алергічною дією лікарських препаратів, лейкоплакією, червоним вовчаком.

*Лікування* включає заходи етіотропної, патогенетичної і симптоматичної терапії і ділиться на 2 групи:

I - загальний вплив і II - локальні втручання. Для місцевого лікування хворим призначають полоскання розчином сірководню, цитралю, ротові ванночки з напару льону. Осередки кератозу перед їжею обробляють ретинолом, обліпиховою олією, каратоліном, токоферолом або цигеролом. Застосовують 5 % розчин саліцилової кислоти, як кератолітичний засіб.

У комплексному лікуванні ерозивної форми, крім загальноприйнятих в терапії червоного плескатої лишаю засобів призначають преднізолон та далагіл, а також полівітаміни, солкосерил плазмол чи спленін. Для обробки ерозивної поверхні застосовують плівчасті композиції з метацилом, мефенаміном натрію на основі медичного клею та колагенової плівки. Сприяє епітелізації ерозій оброблення їх маззю чи желе "Солкосерил", а також опромінення гелій-неоновим лазером. З метою прискорення репаративного процесу в слизовій рота проводять вакуум-фонофорез з 0,1% левамизолом. В разі затяжного перебігу ерозивно-виразкової форми ЧПЛ, коли виразка не епітелізується на протязі 3-х тижнів після терапевтичного лікування, застосовують видалення, кріобудування, діатермокоагуляцію або близькофокусну рентгенотерапію.

Для загального лікування використовують препарати седативної дії (броміди, мікстура Бехтерева, електрофорез з бромом на комірці за Щербаком, діатермія шийних симпатичних вузлів). Для впливу на неспецифічну реактивність призначають пентоксил або продігіозан, а також препарати миш'яку/натрій арсенат, 1 мл під шкіру, 25-30 ін'єкцій/, азіатські пілюлі, полівітаміни. В разі ексудативно-гіперемічної та ерозивно-виразкової форми застосовують метронідазол (0,25 x 3 рази на добу 10 днів).

У практиці лікаря-стоматолога найчастіше трапляється істинна (акантолітична) **пухирчатка** (*Pemphigus*). Це тяжке захворювання, сутність якого становить акантоліз клітин росткового(мальпігієвого) шару епідермісу і слизової оболонки, що призводить до утворення незапальних внутрішньоепітеліальних і внутрішньоепідермальних пухирів.

Перебіг захворювання може бути хронічним, підгострим, рідко - гострим і характеризується стадійністю, існують періоди висипань та періоди ремісії.

*Вульгарна пухирчатка* /*Pemphigus vulgaris*/, при якій ураження СОПР може бути єдиним проявом захворювання. Ураження найчастіше локалізуються на м'якому піднебінні, в ретромолярній ділянці щік, на дні порожнини рота, губах, яснах та глотці. Розпочинається захворювання раптово з утворення акантолітичних, незапального характеру пухирів, які з'являються на видимо незмінній чи злегка гіперемійованій СОПР, діаметром від 2-3 до 4 см і більше.

Спочатку пухирі виповнені прозорою рідиною, яка через 1-2 дні набуває лимонного відтінку, а потім мутніє. Спочатку пухирі напружені, але згодом стають в'ялими; під вагою ексудату набувають грушоподібну форму і швидко лопаються, з уривками шарів епітелію по периферії. Спостерігати пухирі, особливо на СОПР, лікарю вдається рідко. Внаслідок розриву пухиря виникає ерозія застійно-червоного кольору, чиста, або вкрита легким фібринозним нальотом, болюча.

#### *Веgetуюча пухирчатка (Pemphigus vegetans).*

Для неї характерна наявність вогнища некротизованого епітелію частіше овальної або полігональної форми, слабо зв'язаних з підлеглою тканиною, а тому нагадує некротичний наліт, який легко знімається ватним тампоном. Дно ерозій спочатку виглядає нерівним через швидке утворення розростань (вегетацій), які легко кровоточать. Рясні виділення з поверхні осередків ураження легко розкладаються, що супроводжується надзвичайно неприємним запахом. По периферії утворюються нові пухирі. Симптом Нікольського позитивний.

*Листоподібна пухирчатка* /*Pemphigus foliaceus*/ починається раптово на фоні нормального загального стану. Елементи ураження у вигляді в'ялих пухирів та кірочок локалізуються в основному на шкірі обличчя, волосистої частини голови, а можуть по всьому тілу. Пухирі, зливаючись, утворюють ерозивні поверхні, що нагадують опік шкіри. Відшаровані шари епідермісу залишаються на своєму місці, а під ними утворюються нові пухирі. Симптом Нікольського позитивний. Значно порушується загальне самопочуття. Температура тіла підвищена. Слизова оболонка рота вражається дуже рідко.

*Себорейна (еритематозна) пухирчатка* – *Pemphigus erythematousus*, зустрічається дуже рідко, нагадує водночас червоний вовчак та себорейний дерматит. Починається захворювання з ураження шкіри обличчя у вигляді еритематозних осередків на фоні жирної себореї з нашаруванням темних або розпушених кірочок жовтого кольору. На слизовій оболонці рота ураження у вигляді типових пухирів, які локалізуються на слизовій оболонці щік, піднебіння, глотки, язика, губ. Пухирі внаслідок травматизації СОПР зберігаються недовго, після чого утворюються мембрани білого або сального нальоту при відторгненні якого відкривається ерозивна поверхня. Інколи вся

поверхня щоки або піднебіння виглядає, як суцільна ерозія, або покрита фібринозними плівками. Висипання можуть локалізуватись на зовсім не змінній слизовій оболонці.

*Діагностика* пухирчатки проводиться на основі анамнезу, клінічних проявів, даних цитологічного та гістологічного дослідження. Типовими для клінічної картини пухирчатки є мономорфізм висипу, тонкостінні пухирі, ареактивність оточуючих тканин, відсутність ремісій, позитивний симптом Нікольського, значне порушення загального стану хворого, млява епітелізація ерозій, наявність клітин Тцанка.

*Диференційна діагностика* всіх форм істинної пухирчатки проводиться з багатоформною ексудативною еритемою, хронічним рецидивуючим афтозним стоматитом, червоним вовчаком, герпетичним стоматитом, герпетиформним дерматитом Дюрінга, оперізувальним лишаєм, кандидозом, медикаментозними ураженнями, папульозним сифілісом, пемфігоїдною формою червоного плескатоного лишаю, а також з власне – неакантолітичною пухирчаткою та між різними формами істинної пухирчатки.

*Лікування* пухирчатки проводиться кортикостероїдними препаратами: преднізолон, дексаметазон, триампцінолон. Призначають також великі дози аскорбінової кислоти до 3 г на добу, кальцію пентотенат - 50 мг на добу, кальцію хлорид до 2-3 г на добу, панангін, калія оротат.

Місцеве лікування спрямоване на запобігання вторинної інфекції, зменшенню болю та епітелізації. Для очищення ерозій від нальоту застосовують протеолітичні ферменти, а після цього оброблюють вініліном, уснітатом натрію, емульсією сангвіртрину з кортикостероїдними мазями.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Які види пухирчатки розрізняють за клінічними проявами?
2. Які види пухирчатки не супроводжуються акантолізмом?
3. Які патогістологічні процеси виявляють при справжній (вульгарній) пухирчатці?
4. Який перебіг має справжня (вульгарна) пухирчатка?
5. Назвіть патогномонічний симптом для пухирчатки?
6. У якої статі і в якому віці частіше зустрічається червоний плоский лишай .
7. Типова локалізація ЧПЛ на СОПР?
8. Схема загального та місцевого лікування ЧПЛ.
9. Схема лікування пухирчатки.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі**

1. Чоловік 26 років, скаржиться на різкий біль у порожнині рота при прийманні їжі, утруднення мови, загальну слабкість, головний біль, підвищення температури тіла до 38,0° С. Захворів 4 дні тому, після переохолодження. Об'єктивно: губи набрякли, не гіперемовані червоною каймою кров'янисті кірки. Слизова оболонка губ, щік, дна порожнини рота набрякла, гіперемована, на ній є численні ерозії, які зливаються між собою. Вони вкриті жовтувато-сірим нальотом, різко болісні при доторканні, при знятті нальоту легко кровоточать. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Багатоформна ексудативна еритема

В. Герпетиформний дерматит Дюрінга

С. Неакантолітична пухирчатка

Д. Вульгарна пухирчатка

Е. Гострий герпетичний стоматит

2. Хвора 54 років. Направлена в стоматологічну поліклініку з діагнозом “вульгарна пухирчатка”. Які клітини при цитологічному обстеженні вогнищ ураження підтвердять діагноз даного захворювання?

А. Клітини нейтрофільного ряду

В. Клітини Боткіна-Гумпрехта

С. Клітини Пирогова-Лангханса

Д. LE-клітини

Е. Клітини Тцанка

3. Хвора 55 років, скаржиться на біль під час прийому їжі, наявність ерозій на слизовій оболонці порожнини рота. Вперше захворіла більш місяця тому. Об’єктивно: на незміненій оболонці ясен, м’якого піднебіння та дужках великі ерозії яскраво-червоного кольору. Слизова легко травмується та відшаровується при потиранні. Больові відчуття незначні. В мазках - відбитках виявлені клітини Тцанка. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Червоний плоский лишай, пемфігоїдна форма

В. Вульгарна пухирчатка

С. Багатоформна ексудативна еритема

Д. Доброякісна неакантолітична пухирчатка

Е. Бульозний пемфігоїд Левера

4. Хвора С., 56 років, скаржиться на збільшення сосочків язика. Вказаний стан розвинувся після проведеного масивного курсу лікування з приводу вульгарної пухирчатки. Об’єктивно: ниткоподібні сосочки язика збільшені у розмірах до 0,5 см, темного кольору. Який медикаментозний препарат міг привести до таких змін язика?

А. Кортикостероїди

В. Препарати кальцію

С. Препарати калію

Д. Вітаміни

Е. Імунодепресанти

5. Хвора, 53 років скаржиться на біль у слизовій оболонці щоки і боковій поверхні язика справа. Об’єктивно: на слизовій оболонці щоки і язика є ерозії, які болючі і кровоточать при доторканні. Навколо ерозій на злегка гіперемованій слизовій оболонці знаходяться зроговілі папули розміром до 1 мм, які зливаються в сітчастий малюнок. Шпателем папули не знімаються. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. М’яка лейкоплакія

В. Вульгарна пухирчатка

С. Гострий псевдомембранозний кандидоз

Д. Багатоформна ексудативна еритема

Е. Червоний плесканий лишай

6. Що означає симптом Уікхема?

- А. При потягуванні за обривок кришки міхура спостерігається відшарування верхніх шарів епідермісу в межах видимо здорової слизової.
- В. Розташування елементів ураження лінійно на місцях екскоріацій.
- С. Дрібні білуваті крапки переплітаються у вигляді павутини, мережива або листа папороті, що просвічують через роговий шар.
- Д. При потискуванні на покритку нерозкритого пухиря збільшується його площа.
- Е. Різкий контраст між ціанотичним м'яким піднебінням і блідим забарвленням твердого піднебіння.
7. Про яку форму ЧПЛ йде мова, якщо папули розміщені на тлі набряку і гіперемії СОПР?
- А. Атипова форма
- В. Гіпертрофічна форма
- С. Пемфігоїдна форма
- Д. Ерозивно-виразкова форма
- Е. Ексудативно-гіперемічна форма
8. Які вторинні елементи ураження СОПР характерні при ЧПЛ:
- А. Тріщини, вегетації
- В. Ерозії, виразки
- С. Лусочки, ліхенізації
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна
9. Хвора 45 років скаржиться на відчуття стягнутості слизової оболонки щік, шершавість, неприємне відчуття. Об'єктивно: на слизовій щік білувато-сірі ділянки, що ледь підвищуються над її рівнем та схильні до злиття у вигляді мереживного малюнка, локалізуються у задніх відділах ротової порожнини. Поверхня ділянки не зішкрябається. Для якого захворювання характерна така клінічна картина?
- А. Вторинний сифіліс
- В. Червоний плесканий лишай
- С. Верукозна лейкоплакія
- Д. Хронічний гіперпластичний кандидоз
- Е. Червоний вовчак
10. На прийом до лікаря звернулася жінка 45 років зі скаргами на появу болючих ерозій в порожнині рота і пухирів в ділянці грудини. Хворіє близько 3х місяців, коли після прийому гарячої їжі «обпекла» слизову порожнину рота. Больові відчуття зберігались, стали поширюватися по слизовій. Прийом твердої їжі став неможливим. Вживала тільки теплу та рідку їжу. Звернулася до стоматолога за місцем проживання. Був встановлений діагноз «Стоматит» і проводилося лікування антибактеріальними препаратами. Лікування не було ефективним. Близько двох тижнів тому стали з'являтися пухири і ерозії в ділянці грудини. Стоматолог направив пацієнтку на консультацію в 14 обласну стоматологічну поліклініку. При огляді слизової порожнини рота видно множинні ерозії на слизовій щік, губ, твердому і м'якому піднебінні. Ерозії яскраво червоного кольору з відшаруванням епітелію по периферії. Навколишня слизова набрякла,

місцями мацерована. В ділянці грудини вогнище еритеми з фестончатими краями, нерівномірним забарвленням, запальними явищами. В осередку визначаються свіжі ерозії, ерозії що епітелізуються і повністю епітелізовані. По периферії вогнища та за його межами окремі міхури від 1 до 3 см в діаметрі, з серозним, прозорим вмістом, що розташовуються на незміненій шкірі. Частина їх має мляву покривку, частина досить напружену.

*Запитання:*

1. Про яке захворювання можна думати?
2. Назвіть форми пухирчатки.
3. Які анамнестичні та об'єктивні дані говорять на користь діагнозу?
4. Які додаткові методи обстеження необхідні для уточнення діагнозу?
5. Що таке акантолітичні клітини і їх роль у постановці діагнозу?
6. З якими захворюваннями слід провести диференційну діагностику?
7. Принципи та методи лікування даного захворювання.
8. Тактика лікаря стоматолога.

11. На прийом до стоматолога звернулася пацієнтка Д., 52 л., страждає на гіпертонію, з скаргами на болі при їді, поява міхурів в місцях тертя шкіри. Направлена з ЦРБ з діагнозом вульгарна пухирчатка. *Запитання:*

1. Який симптом характерний для дійсної пухирчатки?
2. Які методи забору матеріалу на цитологію ви знаєте?

12. Хворий В., 45 років, скаржиться на періодичні висипання на губах, на відчуття стягнутості в порожнині рота. Страждає на депресію. Об'єктивно: По лінії змикання зубів симетрично множинні білі папули у вигляді листя папороті, слизова навколо блідо-рожева.

*Запитання:*

1. Поставте попередній діагноз
2. Призначте додаткове дослідження.

### **Література**

#### **Основна:**

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### **Додаткова:**

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу:



- навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
  3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
  4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
  5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
  6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
  7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
  8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
  9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
  10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
  11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
  12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
  13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №84

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАННЯ ГУБ.СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ.

**I. Актуальність теми:** Знання анатомо-фізіологічних особливостей губ, клінічних проявів їх ушкоджень та захворювань, тактики клінічного та додаткового обстеження пацієнтів з ураженням губ сприяє своєчасному, ефективному лікуванню.

#### **II. Навчальна мета:**

##### **2.1. Студент повинен знати:**

- аналізувати частоту та розповсюдженість патології губ серед хвороб СОПР;
- пояснити особливості клініко-лабораторного обстеження пацієнтів з патологією губ;
- трактувати результати додаткових методів обстеження пацієнтів з хейлітами;
- схематично зобразити диференційну діагностику клінічного перебігу хейлітів;
- провести диференційну діагностику;
- проаналізувати та запропонувати сучасні методи лікування та профілактики хейлітів.

##### **2.2. Вміти:**

- провести курацію пацієнта з хейлітом;
- скласти план обстеження та лікування пацієнта з первинним хейлітом;
- скласти план обстеження та лікування пацієнта з симптоматичним хейлітом;
- демонструвати лікарські навички заповнення медичної документації.

#### **III. Зміст теми:**

*Метеорологічний хейліт* (cheilitis meteorologica) як самостійне захворювання вперше описав А.Л.Машкіллейсон.

Хворіють частіше чоловіки віком 20-75 років, які працюють у несприятливих метеорологічних умовах. Червона кайма, переважно нижньої губи, не яскраво гіперемійована, інфільтрована, суха, покрита дрібними лусочками. СО губ без змін. Перебіг хронічний та залежить від пори року.

Гістологічно: дифузна нерівномірна гіперплазія епітелію, місцями з незначним зроговінням.

Діагностика хейліту складна і потребує диференційного діагнозу з контактним алергічним, атопічним, ексфолювативним (суха форма), актинічним, червоним вовчаком і червоним плескатим лишаєм. Прогноз сприятливий, коли хворий менше буває на відкритому повітрі, або міняє місце праці, ознаки захворювання зменшуються і, навіть, зникають.

При тривалому перебігу він стає фоном для розвитку передракових захворювань, можлива малігнізація.

##### *Лікування:*

- необхідно зменшити вплив факторів, що викликали захворювання (гігієнічна губна помада, креми “Люкс”).

- для загального лікування призначають вітаміни В2, В6, В12, нікотинову кислоту і масляний вітамін А по 10 крапель 3 рази в день протягом місяця
- аплікації мазі на основі кортикостероїдів (сіналар та інші)
- для корекції імунної системи – імудон, а також ІgА в таблетках під язик для розсмоктування 7-8 раз за день.

*Актинічний хейліт (cheilitis actinica)* – хронічне захворювання, яке обумовлене підвищеною чутливістю червоної кайми губ до сонячних променів. Вперше описаний S.Auges у 1923 році. Хворіють частіше чоловіки 20-60 років.

*Суха форма:* пекучість губ, червона кайма нижньої губи яскраво-червона, вкрита сухими, дрібненькими, сріблястобілими лусочками. Після видалення вони знову з'являються. Червона кайма губ шершава, легко травмується. За тривалого перебігу можливий розвиток тріщин, ерозій.

*Ексудативна форма* характеризується гострозапальними явищами: біль, пекучість червоної кайми, гіперемія, набряк губ, пухирці, ерозії, болючі тріщинки, кірки. Характерна ознака актинічного хейліту – відсутність ураження кутів рота.

*Диференційна діагностика* необхідна з ексфолюативним хейлітом, контактним алергічним і атопічним хейлітом.



#### *Лікування:*

- захист губ від сонячного опромінювання (креми, аерозоль “Фенкортозол”);
- хінгамін по 0,25 1 раз в день, починаючи з весни, поступово збільшуючи дозу до 2-3 таблеток в день;
- імудон – ІgА під язик до розсмоктування (8 раз в день);
- аплікації мазі фторокорта, кеталога, сіналара, локортена.

#### *Прогноз.*

Актинічний хейліт – фон для виникнення передраків, злоякісних новоутворень.

Звідси необхідне активне спостереження, своєчасне лікування, що робить прогноз сприятливим.

*Контактний алергічний хейліт (cheilitis venenata, cheilitis allergica contactilis).* Вперше описаний у 1925 році Miller-Taussing.

Абсолютна більшість хворих – жінки віком 20-60 років. Хвороба виникає під дією хімічних речовин, що є складовими губної помади, компонентів зубних паст, порошків, пластмаси протезів. Хвороба може мати й професійний характер.

Характерна пекучість, свербіж, несильний біль, гіперемія, набряк, пухирцеві висипи, ерозії, мокнуття. У легших випадках – гіперемія незначна, сухість, стягнутість губ, дрібнолусочкове лущення, незначний набряк червоної кайми губ, поява тріщин на межі зі шкірою.

Діагностика базується на чіткому виявленні алергологічного анамнезу. Постановка шкірних проб ускладнена, так як шкіра реагує інакше, ніж червона кайма.

Має значення провакаційна проба (ефект елімінації): через 5-7 днів після зникнення гострих явищ повторно одноразове використання помади викликає рецидив.

*Диференційний діагноз* слід проводити з актинічним, метеорологічним, ексфоліативним, екзематозним та атопічним хейлітами.

#### *Лікування.*

Відміняється використання чинників, що призвели до виникнення хейліту, призначення аплікацій кортикостероїдних мазів (сіналар, кеналог та інш.) 5-6 разів в день. При значній запальній реакції призначають внутрішньо антигістамінні речовини (фенкарол, кларитин та інш.).

Прогноз сприятливий, якщо повторно не допускається контакт з алергеном.

*Гландулярний хейліт (cheilitis glandularis)* – запальне захворювання переміщених у перехідну зону (зона Клейна), а інколи – і в червону кайму, дрібних залоз. Вперше цей термін ввів у медичну літературу Фолькман (Volkman) у 1870 році.

Поширеність гландулярного хейліту становить від 1 до 30%. Чоловіки хворіють у 2 рази частіше жінок, здебільшого у віці 35—60 років. Деякі автори виділяють первинний простий гландулярний хейліт і вторинний (симптоматичний).

*Етіологія* первинного гландулярного хейліту достовірно не з'ясована. Його вважають уродженою хворобою гетеротопних дрібних слизово-слинних залоз або їхніх проток із їх гіперплазією та надмірною секрецією, які виникають під впливом несприятливих подразливих факторів (зубний камінь, гострі краї зубів, хвороби пародонта та ін.).

Вторинні гландулярні хейліти — це наслідок хронічних запальних процесів (червоний плесканий лишай, червоний вовчак, деструктивні хвороби легень (бронхіальна астма, деструктивний бронхіт) та ін.). Гіперплазія слинних залоз у цих випадках не пов'язана з уродженою патологією.

#### *Клініка.*

У 1926 році Puente і Acevedo описали простий гландулярний хейліт. Суб'єктивні відчуття у хворих зазвичай відсутні. Хвороба виявляється лише при огляді. Губа при цьому застійно гіперемійована, суха, лушиться, потовщена. На горбистій СО в зоні Клейна багато слинних і слизових залоз вивідні протоки яких відкриті у вигляді червоних точок на поверхні губи. Із вивідних проток виділяється серозна рідина у вигляді крапель роси ("симптом роси"). Навколо вивідних проток з'являються осередки підвищеного зроговіння епітелію — розвивається лейкоплакія. Гіпертрофовані дрібні залози пальпуються в товщі губи як кулясті утворення величиною як головка шпильки, інколи більші. Лімфатичні вузли не збільшені.

### Гістологія.

Різка гіперплазія залоз, розширення окремих їхніх ацинусів і вивідних проток. Навколо них незначна запальна інфільтрація.

Унаслідок проникнення в розширені вивідні протоки піогенної інфекції (стафілококи, стрептококи) серозна форма запалення переходить у гнійну.

*Гнійну форму* гландулярного хейліту описав Фолькман (Volkman, 1870) як глибокий гнійний гландулярний (апостематозний) хейліт і Unna-Baelz (1890) — як поверхневий гландулярний хейліт. Можливе *обмежене* гнійне запалення 1—2 залоз і *дифузне*, що спостерігається частіше. Пацієнти скаржаться на припухлість губи, біль, що з'являється під час вживання твердої, солоної або кислої їжі, під час мовлення. Хворі тримають рот відкритим, щоб запобігти зайвим рухам губ. Губа збільшена, набрякла. Червона облямівка покрита щільно зафіксованими жовто-зеленими або буро-чорними кірками, навколо проток локалізуються ерозії, тріщини. Вивідні протоки залоз широко відкриті. З них, особливо під час натискання, витікає густий ексудат із домішками гною. У ділянках ураження місцями можливий гіперкератоз.

Пальпаторно губа болюча, в її товщі прощупуються дрібновогнищеві інфільтрати в місцях розгалуження залоз, інколи — невеликі конгломерати залоз, які поступово призводять до утворення абсцесів на губі.

Гістологічно: гіперплазія залоз, набряклість епітелію, ядра епітеліальних клітин заокруглені, гіперхромні. У сполучнотканинній основі залозистих комплексів виявляють набряк, дифузну лейкоцитарну інфільтрацію.

У разі тривалого перебігу гландулярного хейліту (8—17 років) можливий перехід його у *фіброзну форму*: спостерігається фібротизація сполучної тканини. Вивідні протоки закриваються. Секрет, не знаходячи виходу, скупчується, розтягує протоки і викликає утворення цист.

Червона облямівка застійно гіперемійована. Губа стовщена, гіпертрофована. Пальпаторно залози збільшені. Лише після посиленого масажу з деяких проток витікають краплини світлої в'язкої рідини.

*Гістологічно*: гіперпластичні процеси, поєднані з атрофією залоз, цистозними розширеннями їхніх вивідних проток, а також масивне розростання сполучних структур, інфільтрованих фібробластами, лімфоцитами, плазмоцитами. Діагностика не викликає труднощів завдяки своєрідній клініці.



*Диференційний діагноз* необхідно, в залежності від форми, проводити з вторинними формами гландулярних хейлітів, що виникають на тлі червоного плескатоного лишая, лейкоплакії, туберкульозного і червоного вовчака, з поліцистозом, з лімфедематозним та грануломатозним хейлітом Мішера.

Прогноз при гландулярному хейліті сприятливий. Але слід пам'ятати, що можливе виникнення на його тлі передракових захворювань червоної кайми губ.

*Лікування хірургічне та консервативне.*

При запальних процесах:

- кортикостероїдні мазі з антибіотиками (сіналар Н, локортен Н, гіоксизон)

При гнійному запаленні:

- антибіотики per os і місцево (5%, 10% синтоміцинова емульсія, фулевил, левосин, 3% тетрациклінова або еритроміцинова мазі)
- для корекції імунної системи: імудон, sIgA.

Хірургічне: електрокоагуляція кількох уражених залоз або видалення їх ножом чи кріодеструкцією.

**Хронічна тріщина губи** (rhagas labii chronica) – обмежене запалення, при якому виникає щілиноподібний лінійний дефект епітелію і власної пластини.



*Діагностика хронічної тріщини губ не складна.*

Прогноз сприятливий, але при довготривалому перебігу вона стає тлом для розвитку передракових захворювань (лейкоплакії, шкірного рогу).

Лікування хронічних тріщин консервативне і хірургічне. Для консервативної терапії використовують вітамінні препарати (аевіт, комплекс вітамінів групи В), які призначаються per os. В осередках ураження використовують кератопластики (ретинол, аевіт, олія шипшини, обліпихи, метилурацилова мазь), антимікробні препарати (10% синтоміцинова емульсія, левовинізол, левомеколь та інш.), кортикостероїдні мазі в комбінації з антибіотиками (кортиколицетин, дермозолон, дексокорт), клейові пов'язки на основі біологічного клею, а також блокади 0,25-0,5 мл 1% новокаїна в підґрунтя тріщини з оральної сторони – 1-2 блокади з інтервалом у 5-7 днів, гелій-неоновий лазер.

В умовах появи при тріщинах рубцової атрофії її країв чи гіперкератозу показане хірургічне видалення осередка ураження.

**Ексфоліативний хейліт** (cheilitis exfoliativa) — це хронічне запалення тільки червоної облямівки губ.

Виділяють дві форми ексфоліативного хейліту — ексудативну і суху, при цьому можливий перехід однієї форми в іншу. Хворіють зазвичай жінки у віці від 20 до 40 років.

*Етіологія і патогенез.*

Етіологія хвороби повністю не вивчена, але певну роль відіграють неврогенні, психоемоційні, імунологічні, ендокринні та генетичні фактори.

Унаслідок їхньої дії, з одного боку, розвивається запалення губ — дезорганізація епітелію з вираженим недозроговінням міжклітинних місточків остистого шару (суха форма), з іншого — зміни в стромі червоної облямівки: набряк, інфільтрація гістіоцитами, тучними клітинами, плазмоцитами, а також зміни судин і колагенових волокон, які зумовлюють виникнення порожніх "клітин" в епітелії, внаслідок чого збільшується проникність епітелію червоної кайми, ексудат із стромі піднімається на поверхню і засихає у вигляді масивних кірок (ексудативна форма).

*Клініка сухої форми.*

При сухій формі ексфолюативного хейліту хворі скаржаться на сухість губ і звичку скушувати утворення на них. На сухій червоній каймі губ виявляються застійна гіперемія, численні напівпрозорі лусочки, які нагадують пластинки блюдцеподібної форми: міцно прикріплені в центрі, а краї трохи підняті над рівнем облямівки. Їх можна легко зняти — і виявити під ними неушкоджену яскраво-червону поверхню. Суха форма характеризується тривалим перебігом без періодів ремісії.

*Ексудативна форма* — це інтенсивне ексудативне запалення червоної облямівки.

*Клініка.*

Хворі частіше страждають у косметичному відношенні. Вони психоемоційно збуджені або мовчазні. Лікаря складно встановити контакт із ними. Але від дії різних подразників больові відчуття посилюються, особливо під час руху губ, змикання їх, що утруднює вживання їжі, мовлення, і хворі завжди тримають рот напіввідкритим. Губи, частіше нижня, яскраво-червоного кольору, набряклі й збільшені настільки, що можуть змінювати вираз обличчя.

На червоній облямівці утворюється величезна кількість кірок, які напластовуються одна на одну і можуть звисати над підборіддям у вигляді фартуха. Вони локалізуються по лінії зони Клейна і ніколи не переходять ні на СО, ні на шкіру губи. Пласти кірок шершаві під час пальпації і становлять собою засохлий ексудат і злущені епітеліальні клітини. Під кірками — яскраво-червона, неушкоджена поверхня червоної облямівки, покрита липким ексудатом із молочним відтінком. Він легко знімається, ерозій і кровотечі немає.

Хвороба має мономорфний і монотонний характер: кірки зникають, але на їхніх місцях з'являються нові.



Діагностика в типових випадках не складна: типова локалізація осередка ураження, відсутність ерозування, характерний вигляд кірок.

### *Ексудативна форма.*

*Диференційна діагностика* мусить бути проведена з екзематозним, актинічним, абразивним преканцерозним хейлітом Манганотті, ерозивно-виразковою формою червоного плескатою лишаю та червоного вовчака, вульгарною пухирчаткою, багатоформною ексудативною еритемою.

### *Суха форма.*

*Диференціальний діагноз* слід проводити з метеорологічним, атопічним, актинічним (суха форма) та атрофічним грибковим хейлітом.

### *Лікування.*

Загальне лікування (слід проводити з ендокринологом, психоневрологом):

- седативні препарати (настій валеріани, пустирника, піона);
- транквілізатори (сибазон, феназепам, еленіум, мезапам);
- при тяжких депресивних станах – антидепресантні препарати (амітриптилін, азафен);
- антигістамінні препарати (фенкорол, кларитин);
- вітаміни групи В,С в лікувальних дозах;
- для корекції імунної системи призначають імузон, а також sIgA в таблетках до 8 раз за день, тримати в порожнині рота до розсмоктування.

Місцево в ділянці ураження використовують:

- кортикостероїдні мазі (триакорт, фторокорт, сіналар, кеналог);
- при наявності мікробної флори – гормональні мазі з антибіотиками (дермозолон, дексокорорт, кортикоміцетин, фенкортизол).

При неефективності консервативної терапії призначають промені Буккі: 1 Гр – 1 раз в тиждень до 2-3 Гр з інтервалом 7-10 днів. Курсова доза від 10 до 12-20 Гр.

**Екзематозний хейліт** (cheilitis exzematosa) – хронічне рецидивуюче алергічне захворювання червоної кайми і шкіри губ. Бувають ізольовані, екзематозні ураження губ, але частіше – це симптом екземи шкіри.

*Етіологія і патогенез* досить складні. Вважають, що екзематозний процес — наслідок комплексної дії нейроалергічних, ендокринних, обмінних і екзогенних факторів (хімічні, фізичні чинники, бактеріальні, харчові речовини, лікарські засоби, метали, матеріали протезних конструкцій, компоненти зубних паст тощо), тобто характерна полівалентна сенсibiliзація. Реакція організму на їхні дії — реакція сповільненого типу.

Хвороба може бути гострою, хронічною або на стадії загострення.

### *Клініка.*

Для гострої екземи губ типові скарги пацієнтів на свербіж, пекучість губ. Хворим важко розмовляти, навіть відкривати рот. Характерний поліморфізм елементів ураження губ: спочатку виникає почервоніння, потім маленькі вузлики, пухирці, лусочки, кірки, що швидко лопаються, еволюційно з'являючись на червоній облямівці та шкірі губ, зокрема і кутів рота. Уважно оглядаючи вогнище ураження губ, можна виявити численні точкоподібні ерозії, на поверхню яких виділяється серозна рідина (серозні "колодязі"). Процес супроводжується значним набряком губ. Такий стан розвивається дуже швидко, іноді за декілька годин. Якщо алерген не видалений, то можливі декілька



спалахів появи названих елементів. Поступово гострі явища затухають, і процес на губах стає хронічним. Зменшуються гіперемія, набряк і мокнуття, губа стає жовтувато-червоною, з'являється сухе лущення. Місцями спостерігаються кровоточиві тріщини, кров'янисті кірки. Хвороба триває роками. Можливе загострення.

Діагностика полегшується наявністю класичного ураження шкіри. В інших випадках діагноз екзематозного хейліту обґрунтовується наявністю мікроепуліції, точкоподібних серозних "колодязів", еволюційним поліморфізмом елементів ураження.

*Лікування* екзематозного хейліту комплексне:

- седативна терапія;
- антигістамінні засоби;
- невеликі дози кортикостероїдів і антибіотиків (при мікробній екземі);
- імунокоректори: імудон, slgA;

*Місцево:*

- кортикостероїдні мазі, аерозолі (локакортен, флюцинар, фторокорт, целестодерм, тридерм).

**Атопічний хейліт** (cheilitis atopicalis) – симптом атопічного дерматиту або нейродерміту. Діагностується частіше у дітей 7-17 років. Захворюваність на атопічний хейліт останнім часом зростає, особливо в маленьких дітей: 4-6 років, рідше — 8-13.

*Етіологія і патогенез.*

10—20 % усіх дітей мають атопічний IgE-зумовлений тип сенсibiliзації. Розвиток атипії також пов'язують із генетично зумовленим дефіцитом клітинного імунітету — Т-супресорів. Алергенами можуть бути продукти харчування, побутовий пил та квітковий пилок. Велике значення в розвитку атопічного хейліту мають також психоемоційний стан, порушення центральної і вегетативної нервової системи, ендокринні розлади, хвороби ШКТ.

*Клініка.*

Хвороба починається зі свербіж, обмеженого почервоніння губ, особливо в кутах рота. При огляді губ виявляється застійна гіперемія, інфільтрація не тільки червоної облямівки, а й шкіри навколо ротової щілини, особливо кутів рота. У деяких хворих після розчосів з'являються тріщини в ділянці кутів рота, кірки. Інколи можлива поява везикул і мокнуття на шкірі, що прилягає до червоної облямівки губ. Досить швидко ці явища зникають, виникає ліхенізація губ. Червона кайма інфільтрована, лушиться дрібними лусочками. Уся її поверхня ніби порізана тоненькими радіальними борозенками. Губа має вигляд складеної гармошки. Шкіра обличчя суха, лушиться. Перебіг торпідний, триває роками, десь до 18—20 років. У весняно-літній період хвороба затухає, але можливі загострення.

Діагностика не викликає особливих утруднень. Слід звернути увагу на ураження шкіри шиї, кінцівок (ураження підколінних і ліктьових згинів). Допомагають правильно діагностувати зміни у периферичній крові: лімфоцитоз, еозинофілія, зменшення кількості Т-лімфоцитів, Т-супресорів, збільшення В-лімфоцитів, гіперпродукція IgE.

### *Диференційна діагностика.*

Атопічний хейліт слід диференціювати з ексфолюативним, контактним алергічним, метеорологічним, актинічним, екзематозним, мікотичним і стрептококовим ангулярним хейлітами. Прогноз сприятливий.

*Лікування атопічного хейліту комплексне.*

Загальне:

- антигістамінні препарати;
- вітаміни (В2, В6);
- транквілізатори (еленіум, седуксен, тазепам);
- гіпосенсибілізуюча терапія гістоглобуліном в період затухання гострої фази захворювання;
- для корекції імунної системи: імудон, sIgA;
- при тяжкій формі захворювання – короткий курс кортикостероїдної терапії (преднізолон, дексаметазон);
- дієта (виключення солоної, гострої, пряної їжі, алкоголю, зменшення кількості вуглеводів);
- санаторно-курортне лікування в умовах сухого і теплого клімату. Місцеві втручання:
- кортикостероїдні мазі (фторокорт, сіналар, флюцінар, бетноват, локалортен);
- при ліхенізації – аплікація 10-20% іхтіолової мазі або 10% нафтіаланового лініменту;
- фізпроцедури: магнітотерапія, інфрачервоні промені, лазерна терапія

#### **IV.Контрольні питання до теми :**

1. Визначення та систематика первинних та вторинних хейлітів.
2. Вкажіть етіологію та патогенез актинічного хейліту.
3. Охарактеризуйте клінічні прояви різних форм актинічного хейліту.
4. Охарактеризуйте клінічні прояви гландулярного, метеорологічного хейліту.
5. Вкажіть етіологію та патогенез контактного алергічного хейліту.
6. Охарактеризуйте клінічні прояви контактного алергічного хейліту.
8. Вкажіть етіологію та патогенез вторинних хейлітів.
7. Охарактеризуйте клінічні прояви вторинних хейлітів.
8. Наведіть особливості додаткового обстеження хворих на хейліти.
9. Лікування та профілактика первинних та вторинних хейлітів.

#### **V.Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. Монтажник-висотник, 36 років, який має великий стаж роботи, звернувся до стоматолога з скаргами на сухість, появу лусочок на червоній каймі губ, печіння та незначний набряк губ. Такі ж симптоми були восени рік тому. Встановіть діагноз:

- A. Контактний хейліт
- B. Гландулярний хейліт
- C. Метеорологічний хейліт
- D. Ексфолюативний хейліт
- E. Хейліт Манганотті.

2. Дівчина С., 32 років, скаржиться на появу болісних висипань на губах. Об'єктивно: червона облямівка губ набрякла, гіперемована, вкрита тріщинками

і численними кров'янистими кірками. На шкірі верхньої губи визначаються дрібні пухирці з серозним вмістом, що зливаються між собою в окремих ділянках. Спостерігаються також мацерація та мокнуття шкіри, особливо в кутах рота. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Атопічний хейліт
- В. Екзематозний хейліт
- С. Метеорологічний хейліт
- Д. Ексфолюативний хейліт
- Е. Актинічний хейліт

3. Чоловік М., 36 років, звернувся до стоматолога з скаргами на сухість, появу лусочок на червоній каймі губ, печіння та незначний набряк губ. Такі ж симптоми були восени рік тому. Встановлено діагноз метеорологічний хейліт. Який патологічний процес лежить в основі утворення елемента ураження “лусочка”?

- А. Акантоз
- В. Балонуюча і вакуольна дегенерація, спонгіоз
- С. Акантоліз
- Д. Гіпер- та паракератоз
- Е. Дискератоз

4. Дівчина 33 років, яка протягом півроку перебуває в стані психоемоційного збудження, скаржиться на сухість та шороховатість губ, наявність лусочок на червоній каймі губ, звичку їх скушувати. Об'єктивно: на червоній облямівці губ від зони Клейна до середини червоної облямівки наявні лусочки блюдцеподібної форми, міцно прикріплені в центрі, а їх краї припідняті над рівнем облямівки. Після зняття лусочок – неушкоджена яскраво-червона поверхня. Слизова оболонка в зоні Клейна дещо гіперемована, набрякла. Встановіть діагноз:

- А. Актинічний хейліт
- В. Контактний алергічний хейліт
- С. Ексфолюативний хейліт, суха форма
- Д. Ексфолюативний хейліт, ексудативна форма
- Е. Атопічний хейліт

5. Дівчина 17 років скаржиться на набряклість, почервоніння губ, відчуття свербіжу протягом 2-х років у зимовий період. Алергологічний анамнез обтяжливий. Об'єктивно: на червоній облямівці губ, прилеглий шкірі щік та шкірі ліктєвих згинів, еритема з чіткими межами і набряклість, дрібні тріщинки, мають місце ознаки ліхенізації губ. Спостерігаються сліди розчухувань на шкірі губ, щік і лоба у вигляді подряпин і кірочок. Слизова порожнини рота без патологічних змін. Зміни в периферичній крові: лімфоцитоз, еозинофілія, зменшення кількості Т-лімфоцитів, Т- супресорів, збільшення В-лімфоцитів, гіперпродукція Ig E. Встановлено діагноз атопічний хейліт. Симптомом якого захворювання є атопічний хейліт?

- А. Атопічного дерматиту (нейродерміту)
- В. Мікотичної екземи
- С. Екземи мікробної
- Д. Синдрому Мелькерсона-Розенталя

Е. Прояву сифілісу

6. Хвора М., 42 років, скаржиться на появу болісних висипань на губах. Об'єктивно: червона облямівка губ набрякла, гіперемована, вкрита тріщинками і численними кров'янистими кірками. На шкірі верхньої губи визначаються дрібні пухирці з серозним вмістом, що зливаються між собою в окремих ділянках. Спостерігаються також мацерація та мокнуття шкіри, особливо в кутах рота. Лікарем-стоматологом встановлено діагноз екзематозний хейліт. Який за даними літератури, основний етіологічний чинник екзематозного хейліту?

- А. Генетичні фактори
- В. Ендокринні зміни в організмі
- С. Нервово-алергічні чинники
- Д. Метеорологічні фактори
- Е. Вплив інсоляції

7. Хворий 35 років скаржиться на свербіж, печіння, набряк губ, який виник вперше. Хворіє впродовж тижня. Об'єктивно: почервоніння червоної облямівки губ, шкіри, особливо в ділянці кутів рота, а також наявність пухирців, ерозій (на поверхні яких виділяється серозна рідина – серозні “колодязі”), кірочок, дрібних тріщин, які розташовані на тлі еритематозного ураження червоної облямівки губ – еволюційний поліморфізм елементів ураження. Встановлено діагноз екзематозний хейліт. Препарати якої групи для місцевого застосування доцільно призначити хворим на екзематозний хейліт?

- А. Антибіотики
- В. Сульфаніламід
- С. Протигрибкові препарати
- Д. Кортикостероїди
- Е. Препарати протизапальної дії рослинного походження

8. На прийом до лікаря звернувся пацієнт К., 26 років, зі скаргами на сухість, нижньої губи, біль при вживанні їжі. Аналогічні зміни на губах з'являються дуже часто. Працює монтажником високовольтних ліній. Об'єктивно: відмічається застійна гіперемія червоної кайми, губа набрякла, покрита дрібними лусочками. Ураження не поширюються на шкіру і слизову оболонку порожнини рота. Визначте діагноз:

- А. Метеорологічний хейліт
- В. Контактний алергічний хейліт
- С. Актинічний хейліт, ексудативна форма
- Д. Екзематозний хейліт, ексудативна форма
- Е. Ексфолиативний хейліт, ексудативна форма

9. Пацієнт А., 68 років, скаржиться на болючість нижньої губи протягом півроку. Попереднє лікування було безуспішним. Об'єктивно: на червоній каймі нижньої губи і її центральній частині є глибока тріщина. На поверхні невелика кірка, краї ущільнені. Підпідборідні лімфовузли збільшені, зпаєні між собою. Поставте попередній діагноз:

- А. Екзематозний хейліт
- В. Метеорологічний хейліт
- С. Атопічний хейліт

Д. Хронічна тріщина

Е. Рак нижньої губи

10. Пацієнтка А., 22 років звернулася до стоматолога зі скаргами на лущення нижньої та верхньої губи. Із анамнезу хвороби: протягом п'яти днів користується новою губною помадою. Об'єктивно: червона кайма губ гіперемована, набрякла, на цьому фоні спостерігається дрібно лускате лущення, тріщини. Визначте попередній діагноз:

А. Метеорологічний хейліт

В. Контактний алергічний хейліт

С. Актинічний хейліт, ексудативна форма

Д. Екзематозний хейліт, ексудативна форма

Е. Ексфолювативний хейліт, ексудативна форма

11. Пацієнтка, 23 роки, протягом півроку перебуває у стані психоемоційного напруження, скаржиться на сухість та шороховатість губ, наявність лусочок на червоній каймі губ, звичку їх скушувати. Об'єктивно: на червоній облямівці губ від зони Клейна до середини червоної облямівки наявні лусочки блюдцеподібної форми, міцно прикріплені в центрі, краї припідняті над рівнем кайми. Після зняття лусочок – неушкоджена яскраво-червона поверхня. Встановіть діагноз:

А. Актинічний хейліт

В. Контактний алергічний хейліт

С. Ексфолювативний хейліт, суха форма

Д. Ексфолювативний хейліт, ексудативна форма

Е. Атопічний хейліт

12. Дівчина 19 років скаржиться на набряклість, почервоніння губ, відчуття свербежу. Хворіє на бронхіальну астму. Подібний стан спостерігається у дитини впродовж 3-х років у зимовий період. Об'єктивно: на червоній облямівці губ, прилеглий шкірі щік та шкірі ліктьових згинів, еритема з чіткими межами і набряклість, дрібні тріщинки, мають місце ознаки ліхенізації губ. Спостерігаються сліди розчухувань на шкірі губ, щік і лоба у вигляді подряпин і кірочок. Слизова порожнини рота без патологічних змін. Зміни в периферичній крові: лімфоцитоз, еозинофілія, зменшення кількості Е-лімфоцитів, Т-супресорів, збільшення Влімфоцитів, гіперпродукція IgE. Встановіть діагноз.

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка.

– К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

**Додаткова:**

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №85**  
**ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ**  
**ЯЗИКА.СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА**  
**ПРОФІЛАКТИКИ.ФІЗИЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ**  
**ЯЗИКА ТА ГУБ.**

**I.Актуальність теми:** Значну групу захворювань слизової оболонки порожнини рота складають ураження язика, причини виникнення та розвитку яких, характер клінічних проявів досить різноманітні. Захворювання язика обумовлені його анатомічними особливостями, функцією, тісними зв'язками з органами і системами організму людини. Зміни язика часто спостерігаються при системних захворюваннях організму і можуть бути при цьому обов'язковим симптомом. Недаремно вважають, що стан слизової оболонки язика віддзеркалює ряд загальних порушень в організмі. В той же час, існують ураження язика, при яких інші відділи слизової оболонки порожнини рота патологічним процесом не охоплюються.

**II.Навчальна мета:**

**2.1.Студент повинен знати:**

- анатомо-фізіологічні та функціональні особливості язика;
- особливості діагностики захворювань язика;
- провести диференціальну діагностику аномалій та захворювань язика;
- лікування та профілактику аномалій та захворювань язика;
- поняття «Глосалгія», «Глосодинія»;
- етіологічні фактори та патогенез нейрогенних захворювань язика;
- лікувальну тактику при різних клінічних проявах нейрогенних захворювань язика;
- фізичні методи, які використовуються в діагностиці та лікуванні захворювань язика та губ.

**2.2 Вміти:**

- скласти схему обстеження хворого з патологією язика;
- провести обстеження стоматологічного хворого з патологією язика;
- визначити ступінь зволоженості слизової оболонки порожнини рота;
- провести диференціальну діагностику ромбовидного глоситу;
- провести диференціальну діагностику складчастого язика;
- провести диференціальну діагностику десквамативного глоситу;
- провести диференціальну діагностику чорного волосатого язика;
- провести диференціальну діагностику глосодинії та глосалгії;
- скласти план лікування хворого на десквамативний глосит;
- скласти план лікування хворого на ромбовидний глосит;
- скласти план лікування хворого на глосодинію;
- провести курацію хворого та заповнити медичну картку амбулаторного хворого.

**III.Зміст теми:**

Перебіг захворювань язика може бути гострим, хронічним, рецидивуючим, що визначається загальним станом організму, силою та характером дії, місцевих та загальних чинників.

Різноманітність причин виникнення хвороб язика, патологічна відокремленість деяких захворювань впливають на характер клінічних проявів та перебіг процесів, а також на особливості їх профілактики і лікування.

В літературі описані численні аномалії язика, які являються наслідком ембріональної патології – неправильного розвитку зябрових дуг, змін росту.

Серед них виділяють аглосію, глосоптоз, мікро- і макроглосію, анкілоглосію, розщеплений язик, ромбовидний глосит, складчастий язик, гіпертрофію мигдалика язика, поліп кореня язика, зуб язика.

Але нерідко зустрічаються і первинні травматичні глосити, клінічні прояви яких залежать від виду травматичного агента, його сили і часу дії, а також стану реактивності організму.

Значну групу захворювань язика представляють ті, що зустрічаються на фоні захворювань шлунково-кишкового тракту та печінки, гострих інфекційних захворювань організму (грип, скарлатина, дифтерія та ін.) і хронічних специфічних інфекцій (сифіліс, туберкульоз), при захворюваннях системи кровотворення, патології серцево-судинної системи, автоімунних захворюваннях, патології обміну речовин.

Серед цієї патології найчастіше зустрічається **десквамативний глосит**, який проявляється у двох формах: *мігруюча* (поверхнева і глибока) *та фіксована*.

При поверхневій мігруючій формі, яка зустрічається найчастіше, гіперкератоз ниткоподібних сосочків протягом 12-24 годин змінюється їх десквамацією. Утворюються ділянки уражень у вигляді гнізд червонуватого кольору різної форми і розміру, що оточені білястою смужкою. Ці ділянки постійно переміщуються, утворюючи картину з різноманітними фігурами, що нагадують географічну карту – «Географічний язик». Виділення клінічних форм має значення не тільки з точки зору диференціальної діагностики, а й для ефективної терапії.

Глосодинія і глосалгія являють собою сенсорні розлади, що локалізуються в язиці, з відмінним патогенезом і клінікою. При розповсюдженні хворобливих явищ на інші ділянки слизової оболонки їх розглядають як парестезію або як стомалгію.

Глосодинію і стомалгію не вважають самостійними захворюваннями. Їх розглядають як синдроми, що протікають на тлі патології нервової, ендокринної, серцево-судинної систем, шлунково-кишкового тракту, захворювань крові, гіпо- і авітамінозів, остеохондрозу та ін..

Для **складчастого** язика характерна наявність складок на його поверхні, розміщених здебільшого симетрично. Найбільшою є поздовжня складка, вона розміщена по середній лінії. Від неї по обидва боки до країв язика відходять поперечні, менш глибокі складки. На дні і бічних поверхнях розміщені сосочки, характерні для нормальної СО язика.

Ця аномалія не викликає суб'єктивних розладів і утруднень. Лише в осіб з пониженою реактивністю організму СО складчастого язика стає чутливою до різних подразників, на ній виникають тріщини й ерозії, а в складках вегетує дріжджоподібний гриб. Це призводить до розвитку катарального запалення або



кандидозного глоситу. В таких випадках з'являється відчуття печіння і болю при дії термічних і хімічних подразників.



При негігієнічному стані порожнини рота в складках язика можуть скупчуватися залишки розкладеної їжі, злуцнені клітини епітелію, що може стати причиною поганого запаху із рота (*fetor ex ore*).

*Діагностика* складчастого язика не викликає труднощів. Слід мати на увазі, що складчастий язик може бути одним із симптомів синдрому Мелькерсона-Розенталя. Треба також відрізнити складчастий язик від склерозуючого глоситу, який виникає при третинному сифілісі і характеризується значним ущільненням, на відміну від м'якої консистенції складчастого язика.

*Лікування* складчастий язик не потребує. Показані профілактика ускладнень, санація і старанна гігієна порожнини рота.

**Ромбоподібний глосит** (*glossitis rhombia mediana*) — хронічний запальний процес характерного вигляду і локалізації.

*Етіологія* ромбоподібного глоситу не досить з'ясована. Більшість авторів вважають його природженим утвором — унаслідок складного ембріогенезу язика утворюється надлишковий шар епітелію, який, поступово розростаючись (під впливом подразників), зумовлює появу ромбоподібного глоситу. Ряд авторів відносять ромбоподібний глосит до хронічних кандидозів.

*Клініка.* У задній третині язика, суворо по середній лінії, попереду жолобових сосочків виявляють ділянку СО ромбоподібної чи овальної форми, розміром 0,5—2,5 см, червоного або синюватого кольору, чітко відмежовану від навколишньої СО язика. Змінена зона знаходиться на рівні поверхні СО, іноді дещо виступає над її рівнем, в рідкісних випадках — помітно. Поверхня її гладенька, у деяких випадках на ній є підвищення.

Розрізняють три форми ромбоподібного глоситу: гладеньку (плоску), горбисту і папіломатозну. При гладенькій формі зона ураження не виступає над рівнем СО, поверхня її рівна, лискуча, неначе лакована, червоного кольору, інколи з синюшним відтінком, у деяких випадках вкрита роговим шаром, не має сосочків.



При горбистій формі ділянка ураження складається із плоских горбиків різних розмірів, які знаходяться в одній площині й відділені один від одного чітко вираженими складками. І горбики, і складки не мають сосочків. Таке розміщення горбиків нагадує гранітну бруківку. Змінена ділянка стабільна, не збільшується в розмірах і не змінюється протягом усього життя .

При папіломатозній формі ромбоподібного глоситу спостерігаються найбільш виражені зміни. Вона характеризується папіломатозними розростаннями, що виступають над рівнем СО язика. Вони мають широку основу, плоскі вершини, білясто-рожевий колір. Діаметр ділянки ураження досягає 3-5 см.

Усі три форми, особливо гладенька, перебігають здебільшого без суб'єктивних відчуттів. Більшість хворих можуть не знати про існування у них аномалії язика. Частина із них скаржиться на відчуття печіння і болю у язиці, сухості у порожнині рота. Такі скарги відзначаються переважно у випадках запального стану ураження.

При патогістологічному дослідженні гладенької форми виявляють помірне стовщення епітелію за рахунок шипуватих клітин. У сполучній тканині відзначаються незначна запальна інфільтрація, переважно лімфоїдними клітинами, фіброз. При горбистій і папіломатозній формах в епітелії спостерігаються виражений акантоз, гіперкератоз; у сполучній тканині — запальна інфільтрація, іноді фіброз. Проліферація фіброзної тканини призводить до появи пухлиноподібного підвищення над рівнем СО.

Ромбоподібний глосит має доброякісний перебіг. Клінічна і патогістологічна картини лишаються без змін протягом багатьох років. Лише горбиста і папіломатозна форми глоситу схильні до прогресування. І хоч малігнізація трапляється досить рідко, з огляду на її можливість хворі із цими формами повинні перебувати на диспансерному обліку.

#### **Глосодинія.**

До етіологічних факторів глосодинії відносять: захворювання внутрішніх органів та систем, функціональні неврози, прихована депресія.

*Клінічна картина:* страждають переважно жінки від 30 до 60 років. В 90 % випадків процес локалізується на СО язика, біль розлитий, без чітких контурів, в

10% випадків поширюється на СО дна порожнини рота, губ, щік, піднебіння. Характер відчуттів – печіння, поколювання, пощипування, відчуття жару, біль тиснучого характеру. Під час їжі, розмови, біль проходить, що є доброю діагностичною ознакою. Неприємні відчуття можуть посилюватись уночі. Відчуття в язиці бувають настільки інтенсивні, що навіть у пацієнтів з важкими ураженнями серцево-судинної, нервової систем, ці скарги виходять на перший план. Нерідко розвивається канцерофобія.

*Об'єктивно:* спостерігається ксеростомія, іноді може бути гіперсалівація. СОПР не змінена, іноді, при патології ШКТ, спостерігаються десквамація епітелію.

*Диференційну діагностику* проводять із: глосалгією, глоситом, гангліонітом.

Під **глосалгією** розуміють больові синдроми, які виникають при подразненні периферійних нервових утворень. Для неї характерні біль в язиці у поєднанні з гіперестезією, гіпостезією і больовими відчуттями (вегетативними та соматичними).

Лікування хворих на глосодинію, глосалгію, стомалгію складне. Взаємозв'язок етіопатогенезу з вісцеральною патологією і станом нервової системи обумовлюють необхідність комплексної терапії, що включає етіотропне, патогенетичне і симптоматичне лікування.

Завдання етіотропної терапії полягає у лікуванні вісцеральної патології, патогенетичної – в нормалізації гомеостазу, функції вегетативної і центральної нервової системи, симптоматичної – в усуненні або послабленні парестезій, больових відчуттів, порушень чутливості і слиновиділення.

Дуже важким завданням є усунення больового симптому. Для цього призначають аплікації в'яжучих засобів, настоянки подорожника, шавлії, ромашки, звіробою, деревію, кропиви, а також масляних суспензій анестезину та ін.

Аплікації призначаються за 10-15 хв перед їжею з метою нормалізації харчування хворого.

Рекомендована відмова від прийому гострої (подразнюючої) їжі, куріння, вживання алкоголю та ін. Показано застосування фізіотерапевтичних процедур: діатермія шийних симпатичних вузлів, гальванізація коміркової зони, електрофорез бромю, новокаїну та інших анестетиків на цю область. Таких хворих повинен спостерігати і лікувати профільний спеціаліст.

Фізичні методи лікування сприяють стабілізації клітинних мембран. Проте, існують і протипоказання: захворювання серцево-судинної системи, новоутворення, активна форма туберкульозу, вагітність, гострі інфекційні захворювання, захворювання крові, індивідуальна непереносимість назначеної фізпроцедури, наявність гнійних процесів.

Фізіотерапевтичні методи лікування патологічних станів СОПР призначають після санації порожнини рота. Для нормалізації функції малих слинних залоз при простому *гландулярному хейліті* показаний електрофорез 6% йодіда калія 10—20 сеансів. У разі значної запальної реакції навколо вивідних проток слинних залоз доцільно проводити УФ опромінювання.

Для лікування *екзематозного хейліту* використовують електрофорез 1% розчину анестетику та дімедролу. Більш виражений ефект має вакуумелектрофорез. При цьому методі глибина проникнення лікарських речовин збільшується у декілька разів порівняно із звичайним електрофорезом.

*Методика:* за допомогою вакуумного апарату АЛГТ-02 утворюють 6-8 гематом на СОПР в ділянці ураження, а потім проводять електрофорез відповідного лікарського препарату.

Вакуум-фонофорез включає проведення обмеженої вакуумної дії на СОПР з подальшим введенням лікарських засобів фонофорезом. Попереднє використання вакууму створює умови для глибшої дифузії і накопичення лікарських речовин в тканинах, мобілізує їх резервні можливості.

Незалежно від клінічної форми захворювання при хейлітах, з метою загальної дії на організм, призначають електрофорез магнію, бромю (10% розчини) на ділянку шиї № 10.

Електрофульгурація — метод деструкції (обвуглювання) тканинних структур через дистанційний вплив на неї серією високочастотних електричних іскрових розрядів, що дає можливість попередити прилипання коагульованих тканин до електроду, забезпечити асептичні умови втручання (безконтактність і озонування прилеглих тканин), безболісність проведення процедури, надійний гемостаз, чітко сфокусовану демаркаційну зону, скорочений термін загоєння раневої поверхні. Використовують при тріщинах губ.

У клініці захворювань СОПР кріотерапію використовують при хронічних тріщинах губ, хейліті Манганотті та інших новоутвореннях. Кріодеструкція іноді вимагає місцевого знеболення. Більшості хворих достатньо аплікаційної анестезії 2-3 % розчином дикаїна, 4% прополісу, 10% лідокаїну (аерозоль).

Надзвичайно важлива для хворих з неврогенними захворюваннями язика фізіотерапія, яка одночасно позитивно діє на місцевому, сегментарному і центральному рівнях регуляції тону організму.

У випадку збудженої нервової системи призначають:

1. Електросон № 20-30 щодня або через день.
2. Електрофорез бромю, магнію, йоду, платифіліну, еуфіліну на комірцеву зону № 20-30. Можна за назальною методикою.
3. Бальнеотерапія – загальні родонові, азотні, кисневі, перлові ванни індиферентної температури в поєднанні з гідротерапією порожнини рота.
4. Грязьові аплікації на комірцеву ділянку.
5. Рефлексотерапія.

У випадку гальмівних процесів та астенічного синдрому призначають:

1. Рефлексотерапія.
2. Гальванічний комір
3. Електрофорез вітаміну С і вітамінів групи В інтраназально, кальцію на комірцеву ділянку, вітамінів В1, В2, В6; С, РР, анестетиків у зоні парестезії.
4. Дарсонвалізація носових ходів і місцева іскрова - язика, шийних симпатичних вузлів № 12 через день по 3 хв.
5. Загальний масаж.
6. Циркулярний душ і душ Шарко.

7. Часткові, загальні обтирання й обливання.
8. Аероіонотерапія – гідроаеронізація № 10-15.
9. Флюктуоризація.
10. Фонофорез 10% анальгінової мазі на язик, 0,5% хлориду кобальту, 50% р-ну анальгіну.
11. Лазеротерапія.
12. Гіпербарична оксигенація.
13. Магнітотерапія змінним або постійним магнітним полем.
14. Гірудотерапія.
15. Озонотерапія.

Обов'язкові заходи в лікуванні хворих зі стомалгіями - раціональні харчування, режим праці та відпочинку. Хворих беруть на диспансерний облік (комплексне обстеження і лікування у стоматолога має бути 2 рази за рік).

Інтенсивна профілактика неврогенних хвороб язика полягає у своєчасній профілактиці та лікуванні хвороб пародонта, зубів, системних хвороб організму і функціональних порушень нервової системи.

#### **IV. Контрольні питання до теми :**

1. Охарактеризуйте класифікації захворювань язика.
2. Розкрийте етіопатогенетичні фактори виникнення самостійних захворювань язика.
3. Розкрийте етіопатогенетичні фактори виникнення симптоматичних захворювань язика.
4. Які зміни язика при інфекційних захворюваннях організму?
5. Які зміни язика при соматичній неінфекційній патології організму?
6. Розкрийте етіопатогенетичні фактори виникнення неврогенних захворювань язика.
7. Симптомом якого синдрому є складчастий язик? Наведіть основні симптоми.
8. Охарактеризуйте методи обстеження хворих з ураженнями язика.
9. Які групи лікарських засобів застосовують при місцевому лікуванні глоситів?
10. Які групи лікарських засобів застосовують при загальному лікуванні глоситів?
11. Яка роль деонтології та психотерапії в лікуванні хворих на глосодинію?
12. Дати визначення фізичним методам лікування пацієнтів з патологією язика та губ.
13. Назвіть показання та протипоказання фізіотерапії СОПР. Які існують методи фізіотерапії.
14. Назвіть фізичні методи діагностики та лікування захворювань язика.
15. Назвіть фізичні методи діагностики та лікування захворювань губ.

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі**

1. Глосодинія завжди супроводжується:
  - A. Атрофією сосочків язика
  - B. Гіпертрофією сосочків язика
  - C. Змін в язиці може не бути
  - D. Десквамацією епітелію
  - E. Сухістю язика

2. Болі в язиці при глосодинії виникають:

- A. Від температурних подразників
- B. Від хімічних подразників
- C. Мимовільно
- D. Від механічних подразників
- E. Під час розмови

3. Біль при глосодинії локалізується:

- A. В області кореня язика
- B. В області бічних поверхонь язика
- C. У передній третині язика
- D. Може змінюватися
- E. На спинці язика

4. Глосодинію частіше діагностують у:

- A. Чоловіків
- B. Жінок
- C. Дітей
- D. Підлітків
- E. Вагітних

5. Місцеве лікування складчастого язика:

- A. Противірусні препарати
- B. Антибактеріальні препарати
- C. Кератопластики
- D. Кератолітики
- E. Не потрібне

6. Вогнища ураження при десквамативному глоситі розташовуються:

- A. На спинці і бічних поверхнях язика
- B. На бічних поверхнях язика
- C. На корені язика
- D. На нижній поверхні язика
- E. Тільки на кінчику язика

7. Хворому Н., 25 років, після ретельного медичного огляду був встановлений діагноз: ромбоподібний глосит. Вкажіть етіологію даного захворювання:

- A. Захворювання щитоподібної залози
- B. Захворювання ШКТ
- C. Порушення ембріогенезу
- D. Хронічна механічна травма
- E. Вторинний сифіліс

8. Хворому Р., 54 років, після ретельного обстеження лікар-стоматолог встановив діагноз – чорний волосатий язик. Яке місцеве лікування слід призначити хворому?

- A. Кератопластичні засоби
- B. Кератолітичні засоби
- C. Протеолітичні ферменти
- D. Протизапальні препарати
- E. Вітаміни

9. Для синдрому Россолімо-Мелькерсона-Розенталя характерне усе, крім:

- A. Незапальний набряк червоної кайми губ
- B. Рецидивуючий периферичний парез лиця
- C. Сухість слизових оболонок
- D. Астено-депресивні розлади
- E. Складчастий язик

10. Для лікування синдрому Россолімо-Мелькерсона-Розенталя найбільш ефективні:

- A. Місцеві анальгетики
- B. Нестероїдні протизапальні засоби
- C. Глюкокортикоїди
- D. Антихолінестеразні засоби
- E. Антибіотики

11. Для клініки глосодинії нехарактерно:

- A. Парестезії на язиці та слизовій оболонці порожнини рота
- B. Припинення парестезій під час вживання їжі
- C. Відсутність видимих змін на слизовій оболонці рота
- D. Збігання загострення глосодинії із загостренням вісцеральної патології
- E. Парез м'язів язика

12. У хворої 28 років, після мандибулярної анестезії та складного видалення 38 зуба з'явилися болі в лівій половині язика, що посилюються під час їжі, розмові; втрата чутливості відповідної половини язика. Встановіть діагноз:

- A. Глосалгія
- B. Глосодинія
- C. Неврит язичного нерва
- D. Невралгія
- E. Алергічна реакція уповільненого типу

13. Хвора 58 років, перенесла грип, приймала антибіотики широкого спектру дії. Тривожна, погано спить, виражена канцерофобія. Після одужання відчула печіння язика, особливо сильне в кінчику язика, сухість в порожнині рота. Всі неприємні відчуття зникають під час їжі. При огляді язик помірно обкладений білим нальотом, кінчик язика гіперемований. На язичній поверхні зубів 32, 31, 41, 42 множинні зубні відкладення, гострі краї. Встановіть діагноз:

- A. Глосалгія
- B. Глосодинія
- C. Гострий псевдомембранозний кандидоз
- D. Невралгія
- E. Алергічна реакція уповільненого типу

14. Хворий А., 46 років, звернувся на прийом до лікаря-стоматолога із скаргами на збільшення розмірів язика. Об'єктивно: язик дещо збільшений у розмірах, на спинці язика глибокі складки. Язик рухомий, м'якої консистенції. Асиметрія обличчя відсутня. Встановлений діагноз: складчатий язик. Симптомом якого синдрому може бути ця аномалія?

- A. Бехчета
- B. Шегрена

С. Стівенса-Джонсона  
 D. Стентона-Капдепона  
 Е. Мелькерсона-Розенталя

15. Хвора, 19 років, скаржиться на наявність безболісних плям на язиці. Об'єктивно: на спинці язика сіро-білий наліт, ділянки гіперемії з відсутністю ниткоподібних сосочків. При гістологічному дослідженні в епітелії визначається гіпер- і паракератоз. Поставлений діагноз: десквамативний глосит. Який фактор не має суттєвого значення у виникненні даного захворювання?

A. Ендокринні розлади  
 B. Захворювання травного каналу  
 C. Спадкові чинники  
 D. Захворювання серцево-судинної системи  
 E. Колагенози

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський, А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

#### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рыбалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.



7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Bobyeva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №86

### ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПЕРЕДРАКОВИХ СТАНІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ЧЕРВОНОЇ КАЙМИ ГУБ.

**I.Актуальність теми:** небезпечність передракових захворювань полягає в тому, що вони можуть довгий час існувати не турбуючи пацієнта, наприклад деякі форми лейкоплакії. Злоякісне переродження цих захворювань спочатку теж не викликає суттєвих змін стану пацієнта. Неуважне ставлення до свого здоров'я нерідко обертається занадто пізнім звертанням за медичною допомогою. Своєчасне виявлення і лікування передракових захворювань становить відповідальну задачу лікаря-стоматолога, особливо якщо врахувати сучасну тенденцію до зростання цих патологічних станів.

#### **II.Навчальна мета:**

##### **2.1.Студент повинен знати:**

- аналізувати результати клінічних обстежень пацієнтів з передраковими захворюваннями;
- пояснити результати додаткових досліджень;
- скласти плани лікування пацієнтів з різними передраковими станами;
- класифікувати всі передракові захворювання;
- етіологію та клінічні прояви передракових захворювань слизової оболонки рота та червоної облямівки , ранню симптоматику їх переродження у злоякісну пухлину;
- схему факторів, які сприяють виникненню передракових захворювань;
- основні принципи діагностики та лікування цих хвороб;
- скласти план діагностики передракових захворювань , виявити та пояснити процес малігнізації передраків, провести курацію пацієнта, встановити попередній діагноз, провести диференційну діагностику, скласти план обстеження та лікування пацієнта з передраковими захворюваннями.

##### **2.2 Вміти:**

- володіти методикою забору матеріалу для цитологічного дослідження:
- методом відбитка;
- методом зішкрябу;
- методом мазка;
- володіти методикою приготування мазка на предметному склі;
- вибрати необхідний інструментарій для забору матеріалу на цитологічне дослідження;
- провести забір матеріалу для цитологічного дослідження, заповнити направлення у цитологічну лабораторію;
- вибрати необхідний інструментарій для проведення біопсії;
- виконати біопсію для гістологічного дослідження;
- заповнити направлення у гістологічну лабораторію;
- заповнити медичну документацію пацієнтів з передпухлинними захворюваннями.

### III. Зміст теми:

Передраковий стан – це динамічний стан, який може перейти в рак за рахунок постійної зміни властивостей клітин в бік злоякісності. Передрак перетворюється на рак не стільки за рахунок кількісних змін (час, маса), скільки унаслідок біологічних змін клітин, накопичення в них якостей, які характерні злоякісним клітинам.

Передраковим станам бракує одного або декількох ознак, відрізняючих його від раку. Біологічною особливістю клітин передракових вогнищ є велика їх чутливість до дії факторів, які викликають клітинне розмноження. Динаміка передракових станів може бути різною:

- прогресія та розвиток раку;
- виникнення доброякісної пухлини;
- регресія.

Причини цих змін до цього часу невідомі, але вони безпосередньо залежать від імунно-біологічного стану організму, тривалості та інтенсивності онкогенних факторів.

Венкеї та Шугар, співставляючи свою клінічну класифікацію з гістологічними стадіями, дійшли висновку, що більшість змін, які належать до факультативної групи передраку в широкому розумінні слова, гістологічно належать до стадії А передраку; більшість змін, що належать до факультативного передраку в більш вузькому розумінні, гістологічно «втискуються» в стадію В передраку, і, нарешті, зміни, що належать до облігатного передраку, гістологічно відповідають групі С.

#### КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Останнім часом широкого впровадження в практику набула класифікація передраків, запропонована угорськими авторами – Венкеї і Шугар, згідно якої всі передраки розподіляються на облігатні (обов'язкові) та факультативні.

Факультативні передраки в свою чергу діляться на факультативні передраки в широкому розумінні слова та факультативні передраки у вузькому розумінні.

#### **Класифікація передракових захворювань за Т. Ванкеї та Я. Шугаром:**

##### I. Факультативні передракові стани.

1) Факультативні передракові процеси в широкому розумінні (основні захворювання).

2) Факультативні передракові процеси в вузькому розумінні (кератопреканцерози).

##### II. Облігатні передракові стани, або інтрадермальні раки.

Передракові стани в широкому розумінні характеризуються тим, що вірогідність їх малігнізації нижче 10 % випадків. До них належать стареча атрофія шкіри; хронічні рентгенівські, радіаційні дерматити; дерматити, що викликані дією дьогтю, миш'яку; рубці; хронічні запальні процеси, в тому числі червоний вовчак, доброякісні пухлини та інші.

До факультативних передраків у вузькому розумінні належать так звані кератопреканцерози (старечий кератоз, кератоакантома, шкірний ріг, трофічні виразки). Вірогідність малігнізації біля 20 – 30 % випадків.

До облігатних передраків шкіри належать: пігментна ксеродерма, хвороба Боуена, еритроплазія Кейра, хвороба Педжета.

Подібні принципи в розподіленні передраків губи та слизової оболонки порожнини рота покладені в основу класифікації, створеної А.Л.Машкіллейсоном (1970), якої дотримуються як стоматологи, так і онкологи. Розрізняють наступні форми передраків слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ.

### **Класифікація передракових захворювань за А.Л. Машкіллейсоном:**

#### **I. Облігатні передракові захворювання:**

- 1) хвороба Боуена та еритроплазія Кейра;
- 2) бородавчастий, або вузликаний, передрак червоної облямівки губ;
- 3) абразивний преканцерозний хейліт Манганотті;
- 4) обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ.

#### **II. Факультативні передракові захворювання з великою потенційною злоякісністю:**

- 1) лейкоплакія ерозивна та верукозна;
- 2) папілома та папіломатоз піднебіння;
- 3) шкірний ріг;
- 4) кератокантома.

#### **III. Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною злоякісністю:**

- 1) лейкоплакія плеската;
- 2) хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота;
- 3) ерозивні та гіперкератотичні форми червоного вовчаку та червоного плескатоного лишая червоної облямівки губ;
- 4) хронічні тріщини губ;
- 5) післяпроменевий хейліт та стоматит;
- 6) метеорологічний та актинічний хейліти.

Облігатні передраки – процеси, які з найбільшою частотою перетворюються на злоякісні новоутворення у відносно короткий час.

Факультативні передраки з меншою вірогідністю перетворюються на рак при більш тривалій експозиції.

Таким чином, всі передракові зміни слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ розподілені на три групи: облігатні передракові стани, факультативні передракові стани з більшою потенційною злоякісністю, для яких характерна трансформація в рак у 15 – 30 % випадків, і на факультативні передракові стани з меншою потенційною злоякісністю, при яких малігнізація виникає не більше, ніж у 6 – 10 % пацієнтів.

Особливо показовим значення передраку визначається при локалізації процесу на слизових оболонках червоної облямівки губ і порожнини рота. Це пов'язано з доступністю спостереження за пацієнтом й, очевидно, з тим, що більшість ракових пухлин цієї локалізації виникають внаслідок дії зовнішніх канцерогенних чинників. За різними статистичними даними, раку порожнини рота і губи передують передракові зміни від 92 % випадків (Л.А. Епштейн) до 26 % (В.А.Гремілов). Все ж, більшість провідних вчених (М.М. Петров,

І.Т.Шевченко та ін.) вважають, що більшість раків щелепно-лицевої локалізації виникають внаслідок прогресування передракових станів.

### **ОБЛІГАТНІ ПЕРЕДРАКИ**

**Хвороба Боуена** вперше була описана в 1912 році.

Етіологія та патогенез не з'ясовані.

Облігатні передраки: морфологічні та клінічні процеси дуже схожі і можуть бути розцінені як одне захворювання, гістологічно їх можна віднести до cancer in situ.

Клінічна картина різноманітна; частіше локалізується в задніх відділах слизової оболонки порожнини рота (піднебінні дужки, корінь язика, м'яке піднебіння), рідко в ретромоллярних та передніх відділах, на червоній облямівці губ. Осередок ураження неправильної форми. Може проявлятися плямисто-вузликowymi виразками, що поволі збільшуються в розмірі, можуть мати дрібнобугоркову поверхню та сосочкові розростання. При тривалому існуванні спостерігається легка атрофія, осередок злегка западає, можлива його ерозія, осередки можуть зливатися, утворюючи бляшки поліциклічних контурів, розміри бляшок від 0,1 до 1,0 см. Поверхня ділянки гіперемована, гладка або бархатиста з дрібними сосочковими розростаннями, можливе невелике луцення та свербіж.

За клінічними проявами виділяють чотири форми хвороби Боуена:

- 1) папуло-лусочкова;
- 2) папуло-кірочкова;
- 3) атрофічна;
- 4) мокнуча.



Диференціювати потрібно з лейкоплакією, червоним плескатим лишаєм, сифілісом.

Діагноз встановлюють тільки за результатами гістологічного дослідження.

Гістологічно спостерігаються гігантські клітини в шиповидному шарі із скопиченням ядер у вигляді комків. Може спостерігатися кератинезація окремих клітин у мальпігєвому шарі, в стромі – інфільтрат, який складається з плазматичних клітин та лімфоцитів.

#### *Лікування.*

Електрохірургічне (широке видалення осередку) або криогенна деструкція. За неможливості хірургічного лікування – близькофокусна рентгенотерапія

доступних ділянок. Якщо виявлено інвазивне зростання, показаний комбінований метод лікування.

**Еритроплазія Кейра** була описана в 1921 році. Гістологічна картина відповідає хворобі Боуена (вкладається в поняття «рак на місці»), тому хворобу Боуена деякі автори трактують, як подальшу стадію розвитку еритроплазії Кейра. Інші дослідники не бачуть необхідності розділяти хворобу Боуена та еритроплазію Кейра. Хвороба починається з появи на слизовій оболонці губ, щік чітко обмежених яскраво-червоних осередків з малопомітним ущільненням в основі. Осередки злегка підвищуються над поверхнею слизової оболонки. Поверхня осередку гладка, гіперемована, дещо оксамитова. Поступово на поверхні осередку з'являються виразки і хвороба перетворюється на рак, можливі метастази в лімфатичні вузли. Для цього захворювання характерний повільний перебіг, лікування тільки радикально-хірургічне; променевий метод лікування малоефективний, консервативні методи – зовсім неефективні.

**Абразивний преанцерозний хейліт Манганотті** – належить до облігатних передраків губ. У 1933 р. Манганотті виділів із чисельної групи хейлітів одну форму, особливістю якої є дуже часта трансформація у рак. Багатьма онкологами ця форма часто описувалась під назвою «деструктивний дискератоз».

Клініка хейліту Манганотті відрізняється деякою різноманітністю. Захворювання вражає тільки нижню губу, проявляючи себе у вигляді однієї або декількох ерозій овальної або неправильної форми, розмірами 0,5 - 1,0 см, часто з гладенькою, ніби полірованою поверхнею, що має насичений червоний колір.

У деяких пацієнтів поверхня ерозії частково вкрита прозорим тонким епітелієм. Досить часто на поверхні ерозії виникають кірки (кров'яністі або серозні), які досить міцно утримуються на поверхні. Зняття кірок викликає незначну кровотечу, в той час як незначна травматизація ерозивної поверхні без кірок кровотечі не викликає. Часто спостерігається епітелізація ерозії, а потім рецидив. Ерозії частіше розташовані на боковій частині губи, інколи – в центрі. В деяких випадках ерозія розташована на дещо інфільтрованій і гіперемованій основі, причому запальна реакція спостерігається до 1,0 - 1,5 см за межами ерозії.



Малігнізація можлива у терміни від декількох місяців до декількох років – з утворенням плоскоклітинного раку.

Ознаки малігнізації: втрата тенденції до епітелізації, розростання на фоні ерозій утворень, схожих на грануляції, підвищення у вигляді валика країв ерозії, поява кровотечі з ерозій, ущільнення в основі ерозії, поява значного зроговіння

безпосередньо навколо ерозії. Остаточо питання про можливу малігнізацію процесу може бути вирішено морфологічним дослідженням. Слід відзначити, що інколи, навіть при відсутності вказаних клінічних ознак малігнізації, при гістологічному дослідженні виявляється картина спиноцелюлярного (плоскоклітинного) раку.

*Диференційну діагностику* хейліта Манганотті слід проводити з пухирчаткою, афтозним стоматитом, червоним плоским лишаєм, червоним вовчаком, ерозивною лейкоплакією, екземою губ, виразковою формою раку губ.

Лікування абразивного преканцерозного хейліту Манганотті полягає в застосуванні засобів, що стимулюють епітелізацію ерозії – ретинол, тіаміну хлорид, рибофлавін, нікотинова кислота.

Лікування слід починати після усунення подразнюючих факторів, санації порожнини рота, лікування патології кишково-шлункового тракту. Якщо процес не піддається консервативному лікуванню, або коли з'являються ознаки малігнізації, то слід застосовувати хірургічне втручання – видалення осередку ураження в межах здорових тканин з обов'язковим гістологічним пошаровим дослідженням.

Диспансерне спостереження за такими пацієнтами здійснюється як стоматологами, так і онкологами (це стосується всіх пацієнтів з обов'язковими передраками).

**Бородавчастий або вузликочий передрак червоної облямівки губ.** Захворювання описане А.Л. Машкіллейсоном у 1970 р. В порівнянні з хейлітом Манганотті зустрічається частіше у більш молодих людей.

Як правило, утворення локалізується збоку від центру губи, переважно нижньої, в межах червоної облямівки, не виходячи ні на шкіру, ні до зони Клейна. Клінічно утворення схоже з папіломою або бородавкою, маючи чітко окреслені межі. Елемент розміром від 4 мм до 1,0 см, напівкулеподібної форми, виступає над рівнем оточуючої червоної облямівки на 3 - 5 мм, має щільну консистенцію. Забарвлення змінюється від кольору нормальної червоної облямівки до застійно-червоного. У більшості пацієнтів поверхня вузлика звичайно вкрита невеликою кількістю лусочок, які міцно тримаються на поверхні, не знімаючись при зшкрябуванні. В таких випадках поверхня набуває сірувато-червоного кольору. Пальпація вузлика зазвичай безболісна. Частіше цей елемент розташований на зовні незмінній облямівці, інколи – на фоні незначного запалення. Перебіг бородавчастого передраку досить швидкий. Малігнізація процесу може відбутись вже через 1 - 2 місяці після початку захворювання, хоча у деяких пацієнтів цей процес триває і до 1 - 3 років.

*Диференційну діагностику* бородавчастого передраку слід проводити зі звичайною бородавкою, папіломою, кератоакантомою, біогенною грануломою.

До ознак малігнізації бородавчастого передраку належать прискорення темпів росту, посилення процесів зроговіння на поверхні вузлика. Велике значення слід приділяти появі ущільнення в основі елементу та болючості. Але слід наголосити на тому, що ці ознаки відносні, тому інколи можуть бути відсутніми в процесі малігнізації.

Лікування бородавчастого передраку червоної облямівки губ полягає в повному хірургічному видаленні ділянки ураження з наступним обов'язковим морфологічним дослідженням. Видалення краще робити електроножем в межах здорових тканин.

Електрокоагуляцію та кріодеструкцію в чистому вигляді ніколи робити не слід, так як вони позбавляють можливості проведення морфологічної верифікації процесу.

Диспансерне спостереження здійснюється як лікарем-стоматологом, так і онкологом, тому що існує висока вірогідність малігнізації, якщо своєчасно не виконати видалення осередку ураження у межах здорових тканин.

#### *Профілактичні заходи.*

Захист від дії несприятливих метеорологічних чинників і, перш за все, інсоляції. Уникати травматизації червоної облямівки губ. Своєчасне лікування хронічних запальних процесів на губах, систематична санація порожнини рота. Заборона куріння.

#### **Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ.**

Описаний А.Л. Машкіллейсоном в 1965 р. До цього клініцисти трактували це захворювання як лейкоплакію. Але від лейкоплакії обмежений передраковий гіперкератоз відрізняється не тільки клінічно, але й по суті перебігу процесу, тому що він має значно більшу потенційну злоякісність в порівнянні з лейкоплакією, і належить до облігатних передраків. На відміну від інших передраків і цій групі переважають особи молодого і середнього віку.

Процес також локалізується переважно на нижній губі, частіше – приблизно посередині між центром губи та кутом рота.

Клінічно обмежений передраковий гіперкератоз проявляється у вигляді обмеженої ділянки, яка часто має полігональну форму, розміром від 0,2 до 1,5 см. У більшості пацієнтів поверхня осередку не підвищується над рівнем оточуючої червоної облямівки, а часто навпаки здається дещо пониженою, запалою, оточеною тоненьким білястим валиком. Поверхня такої ділянки вкрита скопиченням щільно-розташованих лусочок сірувато-коричневого кольору.

При пальпації осередок безболісний, м'який. Перебіг обмеженого передракового гіперкератозу повільніше в порівнянні з вузликвою формою передраку. Ділянки ураження можуть існувати без малігнізації впродовж декількох років, але інколи малігнізація може виникнути на протязі першого року захворювання і навіть впродовж перших місяців. Велика кількість випадків малігнізації обмеженого передракового гіперкератозу є підставою для віднесення цієї форми до групи облігатних передраків.

Диференційну діагностику обмеженого передракового гіперкератозу слід проводити із лейкоплакією, ексфолютивним хейлітом, червоним плоским лишаєм та червоним вовчаком.

Під час огляду пацієнта з обмеженим передраковим гіперкератозом червоної облямівки губ самим складним є вирішення питання, чи не відбулась вже малігнізація процесу. З клінічних ознак, які хоча б частково допомогли вирішенню цього питання, Машкіллейсон називає три: посилення процесу зроговіння, поява ерозій на поверхні та поява ущільнень в основі утворення.



Тому єдиним надійним засобом діагностики є біопсія, яку рекомендується проводити як можна раніше.

*Лікування* обмеженого передракового гіперкератозу полягає у хірургічному видаленні осередку ураження в межах здорових тканин. Краще проводити електроексцизію. Видалена тканина обов'язково підлягає гістологічному дослідженню, від результатів якого залежить подальша терапія.

## ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ З ВЕЛИКОЮ ПОТЕНЦІЙНОЮ ЗЛОЯКІСНІСТЮ

### **Лейкоплакія верукозна.**

Локалізація: слизова оболонка щік, дна порожнини рота, язик, губа. Виражений процес ороговіння. Має дві форми. Бородавчаста форма – щільнуваті, горбисті, сірувато-білого іноді молочного кольору утворення з бородавчастими розростаннями на поверхні. Бляшкоподібна форма – гладкі, різко обмежені бляшки неправильної форми, що підносяться над навколишньою слизовою оболонкою молочного-білого кольору, з шорсткою поверхнею.

#### *Лікування.*

Хірургічне видалення осередку.

#### *Профілактичні заходи.*

Відмова від куріння, усунення хронічної травматизації слизової оболонки порожнини рота гострими краями зубів, при неправильному прикусі, неякісно зробленими протезами, усунення подразнюючої їжі, алкоголю. Протезування однорідним металом для попередження виникнення гальванізації.

### **Лейкоплакія ерозивна.**

Виникає, як наслідок плоскої або верукозної лейкоплакії. На фоні осередків ураження плоскою або верукозною лейкоплакією виникають тріщини або ерозії, які супроводжуються болями, печією тощо, особливо під час вживання їжі. Тріщини періодично то збільшуються, то епітелізуються.

#### *Лікування.*

Терапевтичне: медикаментозними препаратами, які прискорюють епітелізацію (гель «Солкосерил»), при безуспішності – видалення хірургічним шляхом.

#### *Профілактичні заходи.*

Уникати інсоляції, змащувати губи кремом, жиром, періодично вживати концентрат вітаміну А по 10 крап. 3 рази на день, впродовж 2 місяців, відмова від куріння.

### **Папілома.**

Пухлина на ніжці або на широкій основі, може нагадувати бородавку або кольорову капусту, іноді на поверхні можуть бути ворсинки. Розрізняють зроговіваючі папіломи сірувато-білого кольору та незроговіваючі – за кольором не відрізняються від кольору тієї тканини, на якій вона розташована. Локалізується на шкірі, губах, слизових оболонках порожнини рота та язика.

#### *Лікування.*

Видалення хірургічним шляхом.

#### *Профілактичні заходи.*

Уникати травматизації.

### **Папіломатоз.**

Множинне розростання папілом на окремій ділянці шкіри, губ або слизової оболонки порожнини рота та язика. Виявляються щільні вузлики, що добре контуруються, застійно-червоного кольору, підносяться над поверхнею, напівкулястої форми, розміром 0,2 - 0,4 см. Іноді вузлики зливаються. Поверхня унаслідок зроговіння може мати сірувато-білий колір. Улюблена локалізація – слизова оболонка твердого і м'якого піднебіння.

*Лікування.*

Видалення хірургічним шляхом.

*Профілактичні заходи.*

Санація порожнини рота з раціональним протезуванням. Щадна дієта. Заборона куріння та вживання алкоголю.

### **Кератоакантома.**

Щільний вузлик округлої форми сірувато-червоного кольору, розміром до 1 - 1,5 см в діаметрі, з ущільненими краями та характерним воронкоподібним поглибленням в центрі, заповненим роговими масами, що вільно видаляються.

*Лікування.*

Видалення хірургічним шляхом.

**Шкірний ріг** має вигляд чітко обмеженого осередку діаметром 0,3 - 0,5 см в основі, від якого відходить утворення конусоподібної форми, висотою 0,5 - 1 см сіруватого кольору, щільно спаяне з основою. Частіше розвивається один осередок, але може бути і більше. Локалізація: шкіра або червона облямівка губ. Вражає людей похилого віку.

*Лікування.*

Видалення хірургічним шляхом.

*Профілактичні заходи.*

Своєчасне лікування запальних процесів на червоній облямівці губ та шкірі.

## **ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ З МЕНШОЮ ПОТЕНЦІЙНОЮ ЗЛОЯКІСНІСТЮ**

**Лейкоплакія плоска** спостерігається у вигляді обмежених осередків зроговіння, різної форми та розміру, не підвищується над поверхнею слизової оболонки; поверхня може бути складчастою, колір сірувато-білий, матовий; іноді, навкруги осередку, може бути запалення. Найчастіша локалізація: слизова оболонка щоки, ретромолярної ділянки, рідше – дна порожнини рота, язика, слизової оболонки губ.

*Лікування.*

Консервативне, медикаментозними засобами (масло обліпихи, шипшини, «Аекол», «Аевіт»).

*Профілактичні заходи.* Відмова від куріння, усунення хронічної травматизації слизової оболонки порожнини рота гострими краями зубів, при неправильному прикусі неякісно зробленими протезами, усунення подразнюючої їжі, алкоголю. Протезування однорідним металом для попередження виникнення гальванізації.

### **Ерозивно-виразкова і гіперкератотична форми червоного вовчаку та червоного плескатоного лишаю.**

Прояви червоного вовчаку частіше бувають на відкритих ділянках шкіри, а також, на червоній облямівці губ і слизових оболонках порожнини рота.

При ерозивно-виразковій формі червоного вовчаку на тлі гіперемії з чіткими контурами розташовані ерозії, що легко кровоточать, не схильні до епітелізації, з ущільненням в основі. Гіперкератоз невеликий.

#### *Лікування.*

Синтетичні антималярійні препарати з невеликими дозами кортикостероїдних препаратів (преднізолон, дексаметазон) і вітамінами групи В, нікотиною кислотою.

Місцево – аплікації мазями з кортикостероїдами.

#### *Профілактичні заходи.*

Уникати надмірної інсоляції. З метою захисту від УФ-променів застосовують мазі, що містять фотозахисні засоби, 10 % фенілсаліцилат, 5 % хінін. З метою профілактики ці мазі слід застосовувати в осінньо-весняно-літній період незалежно від наявності або відсутності осередків гіперемій.

**При червоному плескатому лишаю** локалізація патологічних осередків спостерігається на слизовій оболонці щік в ділянці останніх молярів по лінії змикання зубів та на язиці; губи та піднебіння вражаються рідко.

**При ерозивній формі червоного плескатоного лишаю** – ерозії й виразки вкриті фібринозним нальотом, після видалення якого, – кровоточать. Навколо ерозій і виразок на гіперемійованій і набряклій основі є типові папульозні висипання у вигляді сітки.

**При гіперкератотичній формі червоного плескатоного лишаю** – на застійному фоні гіперкератоз, що підноситься над рівнем червоної облямівки губ, у вигляді бляшок, що нагадують лейкоплакію.

#### *Лікування.*

Прийом преднізолону з делагілом всередину. За наявності протипоказань до призначення кортикостероїдних препаратів всередину, можна застосовувати ін'єкції гідрокортизону в слизову оболонку під осередки ураження, застосування мазей «Холісал», «Солкосерил» та преднізолонової. При безуспішності терапії – хірургічне видалення осередку.

#### *Профілактичні заходи.*

Своєчасне лікування червоного плескатоного лишаю, уникати травм, надмірної інсоляції, відмова від куріння, раціональне протезування. Післяпроменевий хейліт. Гіперемія губ, сухість, тріщини, ерозії, атрофії. На поверхні можуть бути гіперкератоз або бородавчасті розростання епітелію.

#### *Лікування.*

Мазі з кортикостероїдними препаратами – метилурацилова, іноді всередину призначають препарати хінолінового ряду.

*Профілактичні заходи.* Уникати надмірної дії УФ-інсоляції.

### **Післяпроменевий стоматит.**

На слизових оболонках порожнини рота та язика виникає вологий мукозит, можливо ерозивно-виразкового характеру. Епітеліальний шар в зоні опромінення може зроговівати.

#### *Лікування.*

Аплікації з маслом шипшини, обліпихи та інших жирових речовин. Полоскання розчинами антисептиків, включаючи розчин метацилу, хлорофіліпту.

#### *Профілактичні заходи.* Уникати надмірної дії УФ-інсоляції.

**Хейліт актинічний та метеорологічний** – пошкодження червоної облямівки губ, яке виникає під тривалою дією сонячного випромінювання.

Клінічно виділяють дві форми: ексудативну, яка характеризується набряком та гіперемією, виникненням на цьому фоні пухирів, ерозій, кірочок, лусочок, тріщин; та суху (серозну). При цій формі червона облямівка має ярко червоний колір, вкрита сірувато-білими лусками, котрі після їх зняття з'являються знов. Потім червона облямівка стає сухою, шороховатою, легко вразливою; у пацієнтів з'являється відчуття печії, зуду, болю. Для цього захворювання характерні рецидиви у весняно-літній період.

#### *Лікування.*

Терапевтичне з використанням медикаментозних засобів: захисні креми, масло шипшини, обліпихи, солкосерил.

#### *Профілактичні заходи.*

Захист губ від надмірної дії сонячного випромінювання, застосування фотозахисних мазей.

### **ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ОБЛІГАТНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ**

#### **Пігментна ксеродерма.**

Тип успадкування захворювання – аутосомно-рецесивний. У виникненні захворювання велике значення має кровна спорідненість батьків і природжена підвищена чутливість до сонячного випромінювання. Шкіра пацієнтів у край чутлива до сонячного випромінювання і зміни в ній призводять до малігнізації.

#### *Клініка.*

У 2 - 3-річних дітей на відкритих ділянках (шкіра обличчя, шиї) у весняно-літній період з'являються гіперемія, лущення, сухість. Після перебування на сонці залишаються набряклі нечітко відмежовані еритематозні ділянки. Після зникнення еритеми залишається пігментація у вигляді лентиго і веснянок. Крім пігментації виникають: поверхнева атрофія білого кольору, телеангіектазії, кератози. Кількість пігментних плям збільшується, шкіра стає строкатою, а ділянки атрофії можуть призвести до атрезії ротового отвору, ектропіону. Крім того, ураження шкіри супроводжується кон'юнктивітами і світлобоязню.

Атрофічні зміни призводять до стоншування вух і кінчика носа, випадання вій. Із кератозів розвиваються бородавчасті розростання, які з часом трансформуються в епітеліоми, а іноді, в саркоми та меланоми.

Новоутворення потім метастазують до внутрішніх органів. Крім того, у цих пацієнтів відмічають кісткову дистрофію, мікроцефалію, відставання у

фізичному та психічному розвитку. Більшість пацієнтів вмирає до 15-річного віку.

*Лікування.*

Загальнозміцнююча терапія.

*Профілактичні заходи.*

Максимальна стриманість від сонячної і УФ-інсоляції.

**Хвороба Боуена.**

Передраковий дерматоз, який за своєю суттю є внутрішньо-епідермальним раком. Рідко локалізується на обличчі. Характерним є нерівномірне зростання осередку ураження по периферії, його строкатість через наявність ерозивних ділянок, поверхневої атрофії, осередків гіперкератозу і підвищеного периферичного валику. Центральна зона виглядає запалою, нерівною, дещо бородавчастою, вкритою лусочками та кірочками, під яким відкривається нерівна, папіломатозна поверхня з ерозіями. Виразка розпадається рідко. Підведений край має інтенсивніше забарвлення. Якщо в межах осередку формується щільна пухлина, схильна до виразкування, хвороба Боуена перетворюється у плоскоклітинний рак.

*Лікування.*

Широке висічення, діатермокоагуляція, кріодеструкція, рентгено- та лазеротерапія. Одночасно призначають етретинат у дозі 1мг/кг маси тіла.

*Профілактичні заходи.*

Уникати травматизації.

*Епітеліома Барета-Ядасона.* Уражає людей похилого віку.

Інтрадермальна пухлина. Зазвичай один осередок ураження: бляшка округлої або овальної форми, рожевого або коричневого кольору, гладка або бородавчаста, блискуча або вкрита лусочками, що відшаровуються. Якщо з'являються виразки, зазвичай малігнізується.

Диференціювати необхідно з псоріазом, невусом, папіломою.

*Лікування.*

Хірургічне видалення.

**ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ**

**Кератома** (стареча атрофія). Шкіра стає сухою, тонкою, зморщеною. На ній з'являються жовтувато-бурі плями, що підвищуються, вкриті щільними кірками, що важко знімаються. При тривалому травмуванні стареча кератома може малігнізуватись.

*Лікування.*

Хірургічне, електроінцизія, лазерне видалення, близькофокусна рентгенотерапія.

**Актинічні кератози** – це різновид себорейних (старечих) кератозів на дистрофічно зміненій шкірі обличчя (у моряків і осіб, що тривало працюють на відкритому повітрі).

*Лікування.*

Електрокоагуляція або кріодеструкція вогнищ кератозу, вітамінотерапія (вітамін А).

*Профілактичні заходи.*

Виключити несприятливі метеорологічні дії.

### **Пізнні променеві виразки.**

Виразки шкіри, що погано гояться, з осередками атрофії і телеангіоектазії навколо місця променевої дії (через багато років після нього).

#### *Лікування.*

Неподразливе місцеве протизапальне і епітелізуюче лікування, вітамінотерапія. При показаннях – хірургічне видалення.

Профілактичні заходи.

Виключити повторну променеву дію і УФ-інсоляцію.

### **Шкірний ріг.**

Доброякісне епітеліальне новоутворення, яке переважно розташовується на обличчі, волосистій частині голови. Зазвичай, у літніх осіб розвивається із старечої кератоми, але може виникати на рубцях, папіломах, осередках туберкульозного вовчака, після хронічних рентгенівських уражень шкіри.

Пухлина є конусовидним утвором завдовжки декілька сантиметрів із рогових мас жовтуватокоричневого або темного кольору. Основа пухлини щільна, поверхня покрита поздовжніми і поперечними борознами. Запальних явищ немає. У старечому віці нерідко трансформується в рак шкіри.

#### *Лікування.*

Найкращий результат дає застосування рідкого азоту з кюретажем; кюретажу має передувати аплікація 70 %-ної гліколевої кислоти на 3 - 5 хвилин. Можна використовувати діатермокоагуляцію, лазеротерапію.

#### *Профілактичні заходи.*

Своєчасне лікування кератом, папілом та інших захворювань, що передують виникненню шкірного рогу

### **IV. Контрольні питання до теми :**

1. Що таке передрак?
2. Що таке факультативні передракові захворювання?
3. Що таке облігатні передракові захворювання?
4. Перерахувати чинники, що сприяють виникненню передракових захворювань.
5. Провести класифікацію передракових захворювань червоної облямівки і слизової оболонки порожнини рота.
6. Описати клінічну картину передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота.
7. Описати клінічну картину передракових захворювань червоної облямівки губ.
8. Гістологічні особливості, етіологія передракових станів.
9. Методи діагностики, додаткові методи дослідження при підозрі на передракові захворювання.
10. Диференціальна діагностика передракових захворювань.
11. Профілактика виникнення передракових захворювань порожнини рота.
12. Методи лікування передракових захворювань.
13. Ускладнення передракових захворювань червоної облямівки і слизової оболонки порожнини рота.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

1. У пацієнта, 60 років, на червоній каймі нижньої губи та її боковій поверхні є ерозія овальної форми розміром 0,5 см. Вона безболісна, поверхня її вкрита кров'яними кірками, кровоточить при травмуванні. З'явилась 2 місяці тому. Лімфовузли не збільшені. Встановіть діагноз:

- A. Справжня пухирчатка
- B. Ерозивно-виразкова форма червоного плескатоного лишая
- C. Ерозивна лейкоплакія
- D. Абразивний прекарцинозний хейліт Манганотті.
- E. Вторинний період сифілісу.

2. В стоматологічній поліклініці під час профілактичного огляду у пацієнта виявлено верукозну лейкоплакію бокової поверхні язика розміром 1x0,8 см. Яка тактика лікаря-стоматолога повинна бути обрана у цьому випадку?

- A. Хірургічне видалення новоутворення, диспансеризація.
- B. Консервативна терапія.
- C. Направити пацієнта до онкологічного диспансеру для подальшого лікування та диспансеризації.
- D. Догляд та лікування в разі появи ознак малігнізації.
- E. Криодеструкція

3. У пацієнта, внаслідок постійного прикурювання, з'явилась виразка на нижній губі. Лікувався консервативно впродовж 2-х місяців, покращення стану не має. Яке обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A. Висічення
- B. Пункція утворення
- C. Аспіраційна біопсія
- D. Зішкріб з поверхні виразки
- E. Цитологічне дослідження

4. Пацієнт, 55 років, звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на наявність в області червоної облямівки нижньої губи пухлиноподібного утворення округлої форми діаметром близько 1 см. При огляді відмічено, що пухлиноподібне утворення виступає над навколишньою червоною облямівкою на 5 мм, воно щільнуватої консистенції, сірувато-червоного кольору. На поверхні утворення є тонкі лусочки, які важко знімаються. Поставте діагноз:

- A. Хвороба Боуена.
- B. Абразивний прекарцинозний хейліт Манганотті
- C. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки
- D. Бородавчастий передрак червоної облямівки губи
- E. Еритроплазія Кейра

5. У пацієнта з'явилась виразка на нижній губі (внаслідок куріння). Лікувався консервативно впродовж 2 місяців, покращення стану не має. Яке обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A. Висічення
- B. Цитологічне дослідження
- C. Пункція
- D. Аспіраційна біопсія

Е. Зішкріб з поверхні виразки

6. До лікаря-стоматолога з'явилася на прийом пацієнтка М., 30 років, зі скаргами на появу "рани" що розміщується по середній лінії, і ніби розділяє губу на дві рівні частини, зрідка кровоточить. При пальпації губа набрякла та злегка болісна. Якому діагнозу відповідає дана клінічна картина ?

А. Хронічна тріщина нижньої губи

В. Лейкоплакія Таппейнера

С. Ерозивно-виразкова лейкоплакія

Д. Ерозивно-виразкова форма червоного плескатоного лишая

Е. Метеорологічний хейліт.

7. У пацієнта, 60 років, на червоній каймі нижньої губи, ближче до кута рота, є ерозія овальної форми, розміром 0,5см; безболісна, поверхня вкрита кров'яними кірками, кровоточить при травмуванні. Лімфовузли не збільшені. Ваш діагноз:

А. Абразивний прекарцинозний хейліт Манганотті

В. Справжня пухирчатка

С. Ерозивно-виразкова форма червоного плескатоного лишая

Д. Ерозивна лейкоплакія

Е. II період сифіліс

8. У пацієнта, 45 років, є утворення на нижній губі, що має форму півкулі діаметром 1 см, щільної консистенції. Утворення виступає над червоною каймою на 0,5 см. Поверхня сірувато-рожевого кольору з невеликою кількістю щільно розташованих білуватих лусочок. При пальпації безболісне. Поставте діагноз:

А. Бордавчастий (вузликовий) передрак червоної кайми губ

В. Звичайна бородавка

С. Папілома

Д. Піогенна гранульома

Е. Хейліт Манганотті

9. У пацієнта, 45 років, при огляді порожнини рота на слизовій оболонці щічних ділянок справа та зліва визначається пляма білуватого кольору по лінії змикання зубів, яка не завищується над оточуючими запаленими набряклими тканинами. Поверхневі шари утворення не знімаються при зішкрябуванні. Пацієнт курить впродовж 20 років, в середньому по три пачки цигарок у день. Визначте діагноз:

А. Ерозивна лейкоплакія слизової оболонки правої щічної ділянки.

В. Плоска лейкоплакія слизової оболонки правої щічної ділянки.

С. Пухирчатка слизової оболонки порожнини рота

Д. Фіброма слизової оболонки правої щічної ділянки.

Е. Папілома слизової оболонки правої щічної ділянки.

10. У пацієнта на червоній облямівці нижньої губи є новоутворення на ніжці. Розміром 0,5 x 0,5 см, колір звичайний, під час пальпації – м'яке, безболісне. Встановіть попередній діагноз:

А. Хронічна тріщина

В. Папілома

С. Гіперкератоз

Д. Шкірний ріг

Е. Хейліт



## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

### Додаткова:

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. – 120 с.
- 10.Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
- 11.Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна

Іваницький І.О., 2019. – 328 с.

- 12.Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
- 13.Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

## МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №87

### ТЕМА: ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКИ.СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ.ОБЛІГАТНІ ПЕРЕДРАКИ.СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ.

**I.Актуальність теми:** рак слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ складає 10 % від усіх випадків раку інших органів. Досить часто раку передують так звані передракові процеси: хронічні запальні захворювання, що супроводжуються ерозіями та виразками, проліферативні процеси, доброякісні пухлини. Останні відрізняються від раку відсутністю одного або кількох ознак, сукупність яких дозволяє поставити діагноз раку. Несвоєчасність діагностики передракових захворювань збільшує кількість випадків переходу їх в рак. Встановлено, що між першими ознаками появи цієї групи захворювань і первинним відвідуванням лікаря проміжок часу достатньо великий (від декількох місяців до 2-3 років). Тому своєчасне виявлення передракових захворювань на первинному стоматологічному огляді із акцентом на диференціально діагностичні аспекти є основною ланкою профілактики раку.

#### **II.Навчальна мета:**

##### **2.1.Студент повинен знати:**

- механізм розвитку передраків слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки;
- диференційну діагностику облігатних передраків на основі застосування основних клінічних методів;
- диференційну діагностику факультативних передраків на основі застосування основних клінічних методів;
- основні цитологічні, гістологічні диференціально-діагностичні критерії передракових станів;
- сучасні методи лікування облігатних передраків;
- сучасні методи лікування факультативних передраків;
- схему профілактики передракових станів

##### **2.2.Вміти: .**

- діагностувати передраки червоної кайми і СОПР;
- проводити диференційну діагностику передраків червоної кайми і СОПР;
- виявляти ранні стадії малігнізації;
- скласти план обстеження пацієнтів із передраковими станами СОПР і червоної кайми;
- складати обґрунтований план терапії передраків згідно загальних принципів лікування сучасних методів;
- розробити комплекс профілактики.

#### **III. Зміст теми:**

##### **Класифікація передракових станів СОПР:**

1.Облігатні-захворювання із високою частотою малігнізації:

- Хвороба Боуена.

2.Факультативні - з малою частотою малігнізації:

-верукозна та ерозивна лейкоплакія;

-папіломатоз;

-Червоний вовчак (ерозивно-виразкова та гіперкератотична форма);  
-променевий стоматит.

### **Класифікація передпухлинних процесів червоної облямівки губ**

1.Облігатні:

-бородавчастий передрак;  
-обмежений передраковий гіперкератоз;  
-хейліт Манганотті;

2.Факультативні:

-лейкоплакія;  
-кератоакантома;  
-шкірний ріг;  
-папілома із ороговінням;  
-червоний вовчак та червоний плоский лишай(ерозивно-виразкові та гіперкератотичні форми);  
-постпроменевий хейліт.

**Хвороба Боуена.** Уперше описана Боуеном (Bowen) у 1912 році. Хворіють частіше чоловіки у віці від 20 до 80 років, частіше у 45-70 років.

*Клініка* різноманітна. Суб'єктивні відчуття відсутні. Лише в анамнезі хвороби знаходимо дані про появу плям на СО, що повільно збільшуються.

Ділянки ураження локалізуються в дистальних відділах СОПР: на піднебінних дужках, м'якому піднебінні, язичку, язика, ретромоллярній ділянці, дуже рідко на червоній каймі губ і СО щік. Спостерігається одна або дві плями розміром від 1 см і більше. Поверхня їх гіперемійована, гладенька, бархатиста, з дрібненькими сосочковими виростами. При ураженні язика, сосочки язика в цій ділянці зникають. При довгому перебігу хвороби унаслідок атрофії СО осередок трохи западає порівняно з навколишніми тканинами. При появі декількох вогнищ можливе злиття їх з утворенням бляшок неправильних поліциклічних обрисів. Пальпація безболісна, ущільнення відсутнє. Інколи на поверхні уражень з'являються ерозії. Перебіг хвороби невизначений (більш 2-4 місяців). Регіональні лімфатичні вузли не збільшені.

### **Діагностика.**

Діагноз підтверджується патогістологічними дослідженнями. Гістологічно хвороба Боуена – це внутрішньо-епітеліальний спиноцелюлярний рак, поліморфізм клітин остистого шару, збільшення числа мітозів, неправильність їх, гігантські і багатоядерні клітини, акантоз, інколи гіпер- і паракератоз. В окремих випадках розвиваються справжні “рогові перлини”. Базальна мембрана і базальний шар збережені, а в стромі спостерігається незначний інфільтрат із плазматичних клітин і лімфоцитів.

Диференційний діагноз необхідно провести з лейкоплакією, червоним плескатым лишаєм, червоним вовчаком, хейлітом Манганотті, з сифілітичними папулами.

Лікування хірургічне: повне видалення ділянки ураження. Краще електротокком. При неможливості повного видалення призначають короткофокусні промені Буккі. Інколи отримують хороший результат при місцевому використанні цитотоксичних препаратів (Belisario): демеколцина, тіо-

колцера на і метотраксат, особливо при їх комбінації. При цьому гальмується початок мітозу в метафазі, порушується синтез дезоксирибонуклеїнової кислоти.

**Бородавчатий передрак** (praescancer verrucosus). Описав у 1965 році А.М.Машкілейсон. Діагностується більше у чоловіків, частіше у віці до 50 років. В структурі передракових захворювань бородавчатий передрак складає 7%.

Клініка

Хворі скаржаться на раптову появу пухлиноподібного виросту частіше на червоній каймі нижньої губи. Ураження носить чітко обмежений характер, має вигляд вузла напівкулястої форми щільнуватої консистенції, діаметром від 4 до 10 мм, який піднімається над рівнем червоної кайми на 3-5 мм і локалізується, здебільшого, на середній відстані між кутом рота і центром губи, не захоплюючи і на шкірі, і СО губи на незмінній червоній каймі, або, значно рідше, – на тлі незначної гіперемії синювато-червоного кольору. В таких випадках червона кайма дещо інфільтрована, місцями вкрита одинокими, зазвичай щільно прикріпленими лусочками. Колір вузла або не відрізняється від кольору червоної кайми, або застійно-червоний. У більшості хворих поверхня вузла покрита невеликою кількістю щільно прикріплених лусочок, які не знімаються при зішкрібванні, а вся поверхня має сірувато-червоний колір. Пальпація вузла безболісна. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Перебіг бородавчатого передраку досить швидкий, тобто малігнізація може наступати через 1-2 місяці від початку захворювання, але можливе злоякісне переродження і через 1-3 роки.

Діагностика бородавчатого передраку взагалі не складна. Діагноз підтверджується патогістологічними дослідженнями. Гістологічно елемент ураження – це різко відмежований проліферат плоского покривного епітелію як вверху, так і глибоко вниз за рахунок розширення остистого шару. Гіперкератоз часто чергується з паракератозом. В сполучній тканині – круглоклітинна інфільтрація з великою кількістю лімфоцитів, плазмоцитів і лаброцитів. Еластичні волокна місцями гомогенізовані.

*Диференційна діагностика.*

Розмежування необхідно провести зі звичайною бородавкою, папіломою, кератоакантомою, грануломою, бородавчатою формою лейкоплакії, преанцерозним абразивним хейлітом Манганотті.

*Лікування.*

Повне хірургічне видалення осередку ураження в межах здорових тканин.

**Обмежений гіперкератоз червоної кайми губ** (hyperkeratosis praescancerosa circumscripta) описаний А.Л.Машкілейсоном у 1965 році. Хворіють переважно чоловіки середнього віку.

Клініка.

Хворі скаржаться на косметичний дефект, або наявність незвичайних утворень на червоній каймі губ, які з'явилися непомітно. При огляді на червоній каймі нижньої губи виявляється різко обмежений осередок полігональної форми розміром від 0,2 x 0,5 см до 1x1,5 см, вкритий тоненькими щільно закріпленими лусочками сірувато-білого кольору, який не підвищується над рівнем епітелію, частіше западає. Він ніби обмежений валиком, який при розтягуванні зникає.

При пальпації болісності і ущільнення немає. Колір червоної кайми не змінений, або є застійна гіперемія з синюватим відтінком. Лімфатичні вузли не збільшені.

Перебіг обмеженого гіперкератозу повільний, але можлива малігнізація через 6 місяців.

**Діагностика** базується на клінічній картині захворювання та результатах гістологічного дослідження: обмежена проліферація епітелію в глибину тканин губи, часто супроводжується дисконкомплексацією остистих клітин зі значним гіперкератозом на поверхні. У сполучній тканині виявляють поліморфноклітинну інфільтрацію. Диференційний діагноз слід проводити з лейкоплакією, червоним плескатым лишаєм, червоним вовчаком, ексфолювативним хейлітом, хейлітом Манганотті. Лікування хірургічне.

**Абразивний хейліт Манганотті** (*Cheilitis prascanerosa Manganotti*) вперше описав у 1933 році Манганотті. Хейліт Манганотті зустрічається досить часто в основному у чоловіків після 60 років.

Клінічна картина різноманітна. Хворі часто скаржаться на обмежене почервоніння червоної кайми губ, або появи на ній виразок, інколи кірок, які періодично зникають, то знову з'являються, особливо весною. При огляді у боковій частині червоної кайми нижньої губи виявляють ерозію діаметром 0,5-1 см (інколи 2-3см) овальної або неправильної форми з гладенькою, ніби полірованою поверхнею яскраво-червоного кольору. У інших хворих вона ніби вкрита прозорим тоненьким епітелієм, інколи серозною чи кров'янистою кіркою. Змін червоної кайми губ навкруги ерозії немає. В окремих випадках ерозія розташована на дещо гіперемійованому і інфільтрованому підґрунті, розмір якого досягає 1-1,5 см навколо ураження. Пальпація елементів ураження безболісна, ущільнення відсутнє. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Перебіг хейліту торпідний і досягає від 3 місяців до 10 років. Гістологічно виявляється дефект покривного епітелію, інколи окремі островки дистрофічно змінених клітин мальпігієвого шару. По краях ерозії відмічається акантоз, гіперкератоз клітин остистого і базального шарів. При електронно-мікроскопічному дослідженні спостерігається дезінтеграція базальної мембрани та базального шару епітелію. В сполучній тканині строми відзначається масивна запальна інфільтрація лімфоцитами, плазматичними клітинами, фібробластами та макрофагами, дистрофія колагенових і еластичних волокон.

Диференційна діагностика проводиться з ерозивною формами червоного вовчака та червоного плескатою лишаю, лейкоплакією, пухирчаткою, багатоформною ексудативною еритемою, герпесом губ, травматичною ерозією та актинічним метеорологічним хейлітом. Лікування.

Перш за все слід усунути подразнювальні чинники, а також проводити лікування супутніх захворювань інших органів і систем. Високий ефект дає вживання концентрату ретинолу (10 кап 3 рази за добу, або аевіт, вітаміни групи В: тіамін, рибофлавін, нікотинова кислота. В ділянках ураження проводять аплікації вітаміна А, 10% метилурацилової мазі, 10% мазі дібунола, солкосерилу (гель, мазь). Консервативне лікування проводиться протягом 1 місяця. Якщо

епітелізація ерозій не настає, показане хірургічне втручання, частіше з використанням кріодеструкції на тлі імуномодельюючої терапії (декаріс).

#### *Прогноз.*

Без терапії завжди настає малігнізація в різні терміни від початку захворювання.

Прогноз передракових захворювань. Проведення своєчасної і правильної діагностики та лікування методом диспансерного спостереження робить прогноз сприятливим. Але лікар стоматолог повинен чітко знати основні ознаки початку злоякісного переродження передракових станів:

- поява болісності осередків ураження;
- ущільнення в підґрунті вогнища ураження;
- поява кровоточивості при незначній дії травматичного подразника на елемент ураження;
- поява ерозій в місцях гіперкератозу;
- поява сосочкових виростів на поверхні утворення ерозій;
- інтенсивний швидкий ріст осередка ураження, що призводить до збільшення його розмірів

Профілактика передраків СОПР і червоної кайми губ – завдання реальне. В організації профілактики передракових захворювань і пухлин СОПР і червоної кайми губ виділяють два напрямки:

- санітарно-гігієнічний;
- клінічний.

Санітарно-гігієнічний напрямок передбачає заходи по виявленню і видаленню дії канцерогенних факторів.

Як відомо, у виникненні передракових захворювань має віковий фактор. Звідси велике значення мають заходи, що “віддаляють” старість:

- раціональна фізична культура;
- повноцінне харчування, особливо у відношенні вітамінів;
- відмови від алкоголю і паління, вживання гарячої та гострої їжі, а також інших поганих звичок;
- запобігання надмірної інсоляції;
- гігієнічний догляд за порожниною рота і червоною каймою губ;

Клінічна профілактика передбачає:

- проведення профілактичних оглядів в групах ризику (працівники шкідливих виробництв);
- попередження і лікування супутніх як соматичних захворювань, особливо шлунково-кишкового тракту, так і стоматологічних, що являються причиною для розвитку передраків (герпетичних уражень, метеорологічних, актинічних, гландулярних хейлітів і т.ін.);
- проведення санації порожнини рота рота.

Слід звернути особливу увагу на видалення травматичних факторів;

- не застосовувати використання припікаючих речовин;

#### *Диспансеризація.*

Виконання всіх профілактичних заходів проводять онкологічні центри профілактики передраків і рака СОПР і червоної кайми. Онкостоматологічні

центри – це організаційно-методичні і лікувально-діагностичні підрозділи обласної стоматологічної служби. Їх слід організовувати в обласній чи головній (провідній) міській стоматологічній поліклініці. В них здійснюється: – діагностика і лікування передракових захворювань СОПР і червоної кайми губ та виявлення ранніх форм рака;

– методична допомога з питань диспансеризації;

– навчання лікарів стоматоскопії та іншим методам діагностики передраків і рака СОПР і червоної кайми губ;

– проведення семінарів і конференцій на тему профілактики рака оролабіальної локалізації;

– консультативний прийом хворих за направленнями лікарів міста, районів області.

#### **IV. Контрольні питання до теми заняття:**

1. Дайте визначення поняття « передрак».

2. Назвіть облігатні та факультативні передраки СОПР і червоної облямівки губ.

3. Проаналізуйте суб'єктивну симптоматику передраків.

4. Проведіть внутрішньосиндромну диференційну діагностику передраків.

5. Проведіть позасиндромну диференційну діагностику передраків .

6. Систематизуйте додаткові методи обстеження пацієнтів із передраковими станами СОПР і червоної кайми.

7. Сформулюйте показання до проведення цитологічного дослідження та біопсії у пацієнтів із передраками.

8. Назвіть основні принципи ведення пацієнтів із передраковими станами.

9. Приведіть комплекс профілактичних заходів у пацієнтів із передраками.

10. Які принципи диспансеризації пацієнтів із передраковими станами СОПР і червоної кайми?

#### **V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі**

1. Вкажіть основний диференціально-діагностичний критерій розвитку первинного шкірного рога.

А. Інтенсивний ріст;

В. Розвиток з обмеженого гіперкератозу на незмінній червоній облямівці, повільний ріст;

С. Місцево-деструкуючий ріст;

Д. Розвиток на тлі системного червоного вовчака;

Е. Острівцевий характер розвитку на тлі специфічних інфекцій.

2. Вкажіть Locus morbi абразивного преканцерозного хейліту Манганотті.

А. Ерозія округлої чи овальної форми;

В. Вулик із кратероподібним заглибленням;

С. Сосочкове розростання на ніжці;

Д. Сірувато-біла пляма полігональної форми із вогнищем западання;

Е. Конусоподібної форми виступ вкритий лусочками.

3. Вкажіть предрак, який характеризується гістологічною картиною поліморфізму шипуватих клітин, великою кількістю атипових мітозів, їх неправильністю, акантозом, гіпер-, паракератозом.

А. Хвороба Боуена;



- В. Кератоакантома;
  - С. Папілома;
  - Д. Шкірний ріг;
  - Е. Бородавчастий передрак.
4. Вкажіть групу препаратів, які призначені для стимуляції епітелізації ерозії при консервативному лікуванні хейліту Манганотті.
- А. Антисептики;
  - В. Антибіотики;
  - С. Протигрибкові;
  - Д. Кератопластики;
  - Е. Антигістамінні.
5. Вкажіть Locus morbi обмеженого передракового гіперкератозу червоної облямівки.
- А. Конусоподібної форми виступ вкритий лусочками;
  - В. Вузлики із кратероподібним заглибленням;
  - С. Сосочкове розростання на ніжці;
  - Д. Сірувато-біла пляма полігональної форми із вогнищем западання;
  - Е. Ерозія округлої чи овальної форми.
6. Вкажіть гістоспецифічний симптом кератоакантоми.
- А. Симптом «перифокального відшарування тканин»;
  - В. Симптом «яблучного желе»;
  - С. Симптом «рогової чаші»;
  - Д. Симптом «роси»;
  - Е. Симптом «кровоавої роси».
7. Вкажіть Locus morbi папіломи.
- А. Ерозія округлої чи овальної форми;
  - В. Вузлики із кратероподібним заглибленням
  - С. Сосочкове розростання на ніжці;
  - Д. Сірувато-біла пляма полігональної форми із вогнищем западання;
  - Е. Конусоподібної форми виступ вкритий лусочками.
8. Вкажіть передрак, який характеризується гістологічною картиною дефекту епітелію в стані проліферації по периферії із явищами поліморфізму та дисконтакції клітин базального та шипуватого шару.
- А. Хвороба Боуена»;
  - В. Хейліт Манганотті;
  - С. Бородавчастий передрак;
  - Д. Шкірний ріг;
  - Е. Лейкоплакія.
9. Яким положенням пояснюється перевага повного хірургічного видалення над кріодеструкцією та електрокоагуляцією при підборі тактики лікування бородавчастого передраку?
- А. Високою інвазивністю;
  - В. Високим відсотком рецидивів;
  - С. Високим відсотком ускладнень;
  - Д. Інтенсивністю перифокальних змін;

Е. Позбавленням можливості морфологічної верифікації діагнозу.

10. Вкажіть Locus morbi шкірного рогу.

А. Ерозія округлої чи овальної форми;

В. Вузлики із кратероподібним заглибленням;

С. Сосочкове розростання на ніжці;

Д. Сірувато-біла пляма полігональної форми із вогнищем западання;

Е. Конусоподібної форми виступ вкритий лусочками.

11. Хворий Т., 42 років. скаржиться на наявність новоутворення на нижній губі.

Об'єктивно: на червоній облямівці нижньої губи визначається проліферат на ніжці. Гістологічне дослідження підтвердило гістоспецифічну картину папіломи.

Вкажіть нозологічні одиниці із якими слід було провести диференційну діагностику.

12. Оберіть 5 ознак, що характеризують початок малігнізації передракових захворювань: зменшення розмірів ділянок ороговіння, ущільнення в основі елементів ураження, болісність, поява тріщин, ерозій, поява сосочкових виростів, збільшення розмірів елементів ураження, акантоз. лімфатичні вузли не збільшені.

13. Хворий Т., 42 років. скаржиться на відчуття стягнутості, шершавості на СО

правої щоки. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки ділянки гіперкератозу, які значно піднімаються над рівнем слизової оболонки, не знімаються при зішкрібванні. Краї 16, 15, 47, 46, 45 гострі. При цитологічному

дослідженні атипові клітини епітелію не виявлені. Визначте діагноз. Вкажіть

захворювання, імовірні для даної симптоматики. Складіть схему лікування.

14. Хворому Т., 76 років, встановлено діагноз кератоакантома. Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?

15. При об'єктивному обстеженні пацієнта Н., 67 років, лікар стоматолог виявив

на слизовій оболонці м'якого піднебіння вогнище застійно-червоного кольору з

оксамитовою поверхнею вкрите дрібними папілярними виростами, що западає

над рівнем здорових тканин овальної форми. Регіонарні лімфатичні вузли не

збільшені. Пацієнту встановлений діагноз хвороба Боуена? Яке лікування

показане пацієнту при даному захворюванні?

### Література

#### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.

2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.

3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

**Додаткова:**

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu. Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. – 176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзись, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №88**  
**ТЕМА: ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ОСНОВНИХ**  
**СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. СЕРОЛОГІЧНА**  
**ДІАГНОСТИКА В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ. МЕТОДИ**  
**ЗАБОРУ МАТЕРІАЛУ ДЛЯ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ**  
**ХВОРИХ У КЛІНІЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЙОГО**  
**ІНТЕРПРЕТАЦІЯ. АНАЛІЗ КІЛЬКІСНОЇ І ЯКІСНОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ**  
**ТЕРАПЕВТА-СТОМАТОЛОГА.**

**I. Актуальність теми:** захворювання слизової оболонки порожнини рота є однією з найважливіших проблем стоматології. Вміння методично правильно і послідовно обстежувати пацієнта з патологією слизової оболонки порожнини рота, виявляти симптоми, аналізувати їх є основою діагностичного процесу. Ретельне дослідження місцевого статусу хворого з урахуванням загальних змін організму дозволяє лікарю-стоматологу діагностувати захворювання, виявити етіологічні чинники і встановити патогенетичні механізми.

**II. Навчальна мета:**

**2.1. Студент повинен знати:**

- визначати нормальні анатомічні утворення та особливості тканин порожнини рота
- володіти методами обстеження хворого;
- володіти методиками проведення мікробіологічних та імунологічних методів дослідження;
- проводити забір матеріалу, виписувати направлення та інтерпретувати результати дослідження;
- знати методику проведення лабораторного обстеження хворого (клінічний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові);
- визначати типи патоморфологічних процесів ;
- розпізнавати патологічні елементи ураження;
- володіти прийомами та способами обстеження стоматологічного пацієнта;
- визначати послідовність огляду порожнини рота;
- диференціювати патологічні елементи ураження від звичайних анатомічних структур СОПР;
- аналізувати і синтезувати дані клініко-лабораторного обстеження хворих з патологією СОПР з метою встановлення діагноза;
- пояснити методику проведення клінічного обстеження хворих з патологією СОПР;
- проаналізувати особливості та діагностичні можливості клініко-лабораторних методів обстеження хворих з патологією СОПР.

**2.2 Вміти:**

- провести опитування хворого із захворюваннями СОПР;
- провести огляд хворого із захворюваннями СОПР;
- зробити оцінку стану гігієни порожнини рота;
- скласти план обстеження хворого з захворюванням СОПР із застосуванням необхідних допоміжних методів;
- виписати направлення для проведення клінічного аналізу крові,

- проаналізувати отриманий результат;
- виписати направлення для проведення бактеріологічного дослідження;
  - зробити забір матеріалу, проаналізувати отриманий результат;
  - виписати направлення для проведення цитологічного дослідження, зробити забір матеріалу, проаналізувати отриманий результат;
  - виписати направлення для проведення алергологічного дослідження, проаналізувати отриманий результат;
  - заповнити медичну картку амбулаторного хворого (Ф.0-43).

### III. Зміст теми:

Проведення спеціальних методів обстеження значно наближає лікаря до встановлення остаточного діагнозу захворювань СОПР.

Нерідко для його підтвердження використовують цілу низку допоміжних методів обстеження. Залежно від характеру ураження СОПР застосовують загальноклінічні лабораторні методи дослідження (клінічний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, сечі, визначення електролітів крові, визначення вмісту вітамінів у крові; моноцитограма).

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

За допомогою **біохімічного дослідження крові** визначають протеїнограму, концентрації білків крові, електроліти у сироватці крові, вміст вітамінів тощо. Концентрація протеїнів у плазмі крові свідчить про ступінь тяжкості захворювання.

*Протеїнограма* свідчить про стан реактивності організму. Зміни концентрації електролітів часто свідчать про тяжкість захворювання.

Про захисну реакцію організму свідчить також *моноцитограма*.

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

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

*Мікробіологічне* дослідження дозволяє в'яснити етіологію захворювання, встановити вірулентність мікрофлори та її чутливість до антибіотиків та інших протимікробних препаратів.

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

Про стан реактивності організму хворого свідчать *і функціональні проби* (пухирна, гістамінова).

Проба Роттера дозволяє якісно виявити недостачу вітаміну С в організмі.

Проба Шиллера-Писарева свідчить про ступінь запального процесу, її використовують і для оцінки ефективності лікування захворювань пародонта і СОПР.

Для діагностики захворювань СОПР сьогодні широко використовують інструментальні методи діагностики

*Діаскопія* дає можливість визначити характер еритеми й уточнити деталі елементів ураження.

*Стоматоскопія* дає змогу конкретизувати клінічний діагноз на ранніх стадіях розвитку патологічного процесу.

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

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

Для діагностики передпухлинних захворювань широко використовують *флюоресцентну біомікроскопію*, особливо конкретну флюоресцентну біомікроскопію (КФБ).

*Визначення електролітних потенціалів* у порожнині рота дає можливість діагностувати гальванізм. Величина електропотенціалів у ротовій порожнині в нормі за відсутності в порожнині рота металевих включень дорівнює 2-5 мкВ. Аналіз і синтез отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних, як правило, через систему диференційного діагнозу допомагає з'ясувати остаточний діагноз хворого. Але слід пам'ятати, що в окремих випадках є необхідність звертатися за консультацією до інших спеціалістів (дерматовенеролога, гастроентеролога, гематолога, інфекціоніста, алерголога та ін.).

#### ***Аналіз кількісної і якісної роботи лікаря терапевта-стоматолога.***

З 14.02.2012 року облік роботи лікаря-стоматолога терапевта проводиться за формами облікової документації, затвердженими наказом МОЗ України № 110 "Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування".

Основним юридичним, статистичним та медичним документом є „*Медична карта стоматологічного хворого*” (форма № 043/0), в якій лікар-стоматолог відображає весь комплекс діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів, що надаються хворому в стоматологічному лікувальному закладі.

При первинному звертанні пацієнта в поліклініку, стоматолог повинен поставити діагноз, безпосередньо заповнити всі графи амбулаторної медичної карточки, записати проведене лікування та надані рекомендації. Слід звернути увагу на обов'язкове заповнення граф "Дата навчання навичкам гігієни ротової порожнини", "Дата контролю гігієни ротової порожнини", що є елементами профілактичної роботи лікаря. Медична карта стоматологічного хворого повинна зберігатись в реєстратурі поліклініки протягом 5 років.

Щоденна робота кожного лікаря стоматолога-терапевта реєструється у формі "*Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної*

поліклініки, відділення, кабінету" (форма № 037/0). Лікар повинен чітко заповнити графі цього документу згідно нормативних вимог. Термін зберігання 1 місяць. При проведенні контролю за правильністю заповнення "Листка щоденного обліку...", порівнюють записи з "Медичною картою стоматологічного хворого".

На підставі "Листків щоденного обліку... лікар" заповнює "Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету" (форма № 039-2/0). За цими даними в кінці кожного місяця підводиться підсумок лікувальної та профілактичної роботи стоматолога. Термін зберігання 1 рік.

Основою роботи стоматологічних поліклінік, відділень, кабінетів є профілактика основних стоматологічних захворювань, проведення заходів диспансеризації населення.

На кожного диспансерного хворого заводиться "Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів" (форма № 025-2/0) та "Контрольна карта диспансерного нагляд" (форма № 030/0).

Для реєстрації осіб, що пройшли профілактичні огляди, заводиться "Журнал обліку профілактичних оглядів порожнини рота" (форма №049/0). Ведення цих форм дозволяє враховувати кількісні показники роботи лікаря стоматолога-терапевта. Інформація, що міститься в звітних документах (форма № 039-2/0) обробляється і аналізується в організаційно-методичному кабінеті обласної стоматологічної поліклініки. Це дає можливість спланувати, організувати та проконтролювати роботу кожного лікаря окремо, а також стоматологічної поліклініки (відділення, кабінету) в цілому.

Проводити такий аналіз повинен уміти кожен лікар-стоматолог, який працює на терапевтичному прийомі. З метою вдосконалення стоматологічної допомоги населенню та впорядкування системи обліку праці лікарів, орієнтації їх на кінцевий результат, введено облік роботи лікарів-стоматологів в умовних одиницях працеемності (УОП). Ця форма обліку обумовлює надання максимальної медичної допомоги хворому за одне відвідування, розвиток профілактичної направленості в роботі, підвищення зацікавленості лікарів щодо кінцевих результатів їх праці.

Лікар стоматолог-терапевт повинен виконати за зміну при п'ятиденному робочому тижні 25 УОП, при шестиденному – 21 УОП.

Медико-економічні критерії надання стоматологічної допомоги є основними регламентуючим документом при здійсненні контролю та нагляду за суб'єктами різних форм власності, що надають стоматологічну допомогу населенню.

#### *Оцінка якісних показників роботи лікаря-стоматолога*

Аналіз оцінки якості робота лікаря стоматолога-терапевта проводиться за показниками:

1. Співвідношення кількості вилікуваних зубів з неускладненим карієсом до кількості вилікуваних зубів з ускладненим карієсом.
2. Співвідношення між кількістю запломбованих і видалених зубів.
3. Відсоток санованих від загального числа первинних хворих.

4. Відсоток потребуючих санації від загального числа плановооглянутих.
5. Відсоток санованих від загального числа виявлених при плановому огляді.
6. Число відвідувань на 1 постійну пломбу.
7. Число відвідувань на 1 сановану особу.
8. Кількість пломб в 1 день.
9. Кількість санованих в 1 день.
10. Від усіх накладених пломб, питома вага пломб з цементу, хімічних композитів, світлополімерів.
11. Питома вага пульпітів, вилікуваних під анестезією за 1 сеанс.
12. Питома вага пульпітів та періодонтитів, вилікуваних за 1 сеанс.
13. Кількість УОП за 1 день.
14. Кількість УОП на 1 первинного хворого.
15. Кількість УОП на 1 відвідування.
16. Кількість УОП на 1 санацію.
17. Кількість хворих, які знаходяться на диспансерному обліку.

Експертно оцінюються: медичні карти стоматологічного хворого (вибірково 30-50 карт) з проведенням огляду порожнини рота у 10-15 пацієнтів.

Показник "Співвідношення кількості вилікуваних зубів з неускладненим карієсом до кількості вилікуваних зубів з ускладненим карієсом" розраховується за формулою: кількість запломбованих постійних зубів з приводу карієсу треба поділити на кількість запломбованих постійних зубів з приводу пульпіту та кількість запломбованих постійних зубів з приводу періодонтиту сумарно.

Показник "Співвідношення між кількістю запломбованих і видалених зубів" розраховується за формулою: кількість запломбованих зубів всього поділити на кількість видалених зубів всього.

Показник "Відсоток санованих від загального числа первинних хворих" розраховується за формулою: кількість хворих, які сановані в порядку планової роботи та за зверненням треба поділити на кількість первинних хворих та помножити на 100%. Цей показник відображає рівень завершеності роботи лікаря-стоматолога.

Показник "Відсоток потребуючих санації від загального числа планово оглянутих" розраховується за формулою: кількість дорослих, які потребували планової санації з тих, що оглянуті треба поділити на кількість дорослих, оглянутих в порядку планової санації та помножити на 100%.

Показник "Відсоток санованих від загального числа виявлених при плановому огляді" розраховується за формулою: кількість санованих дорослих хворих треба поділити на кількість дорослих, які потребували планової санації з тих, що оглянуті та помножити на 100 %.

Показник "Число відвідувань на 1 постійну пломбу" розраховується за формулою: кількість відвідувань всього треба поділити на кількість запломбованих зубів всього.

Показник "Число відвідувань на 1 саповану особу" розраховується за формулою: кількість відвідувань всього треба поділити на кількість хворих, які сановані в порядку планової роботи та за зверненням. Цей показник відображає якість праці лікаря-стоматолога.



Показник "Кількість пломб в 1 день" розраховується за формулою: кількість запломбованих зубів всього треба поділити на кількість робочих днів, відпрацьованих лікарем за місяць (графа 1, форма № 039-2/0).

Показник "Кількість санованих в 1 день" розраховується за формулою: кількість хворих, які сановані в порядку планової роботи та за зверненням треба поділити на кількість робочих днів, відпрацьованих лікарем за місяць.

Показник "Від усіх накладених пломб, питома вага пломб з цементу, хімічних композитів, світлополімерів" розраховується за формулою:

- з цементу – кількість пломб зроблених з цементу треба поділити на кількість запломбованих зубів всього та помножити на 100 %;

- з хімічних композитів – кількість пломб зроблених з хімічних композитів треба поділити на кількість запломбованих зубів всього та помножити на 100 %;

- з світлополімерів – кількість пломб зроблених з світлополімерів 8 треба поділити на кількість запломбованих зубів всього та помножити на 100 %.

Показник "Питома вага пульпітів, вилікуваних під анестезією за 1 сеанс" розраховується за формулою: кількість зубів вилікуваних в одне відвідування з приводу пульпіту треба поділити на кількість запломбованих постійних зубів з приводу пульпіту та помножити на 100 %.

Показник "Питома вага пульпітів та періодонтитів, вилікуваних за I сеанс" розраховується за формулою: кількість зубів вилікуваних в одне відвідування з приводу пульпіту та кількість зубів вилікуваних в одне відвідування з приводу періодонтиту сумарно треба поділити на кількість запломбованих постійних зубів з приводу пульпіту та кількість запломбованих постійних зубів з приводу періодонтиту сумарно та помножити на 100 %.

Показник "Кількість УОП за 1 день" розраховується за формулою: кількість відпрацьованих УОП за місяць або за рік треба поділити на кількість робочих днів, відпрацьованих лікарем за місяць або за рік.

Показник "Кількість УОП на 1 первинного хворого" розраховується за формулою: кількість відпрацьованих УОП треба поділити на кількість первинних хворих.

Показник "Кількість УОП за 1 відвідування" розраховується за формулою: кількість відпрацьованих УОП треба поділити на кількість відвідувань всього.

Показник "Кількість УОП за I санацію" розраховується за формулою: кількість відпрацьованих УОП треба поділити на кількість хворих, які сановані в порядку планової роботи та за зверненням .

#### **IV. Контрольні питання до теми :**

1. Назвіть основні клінічні методи обстеження хворих з патологією СОПР.
2. Назвіть анатомо-фізіологічні особливості будови тканин СОПР.
3. Назвіть лабораторні методи обстеження хворих з патологією СОПР, їх діагностична цінність.
4. Назвіть мікробіологічні методи обстеження хворих з патологією СОПР, їх діагностична цінність.
5. Назвіть морфологічні методи обстеження хворих з патологією СОПР, їх діагностична цінність.

6. Назвіть імунологічні методи обстеження хворих з патологією СОПР, їх діагностична цінність.

7. Назвіть особливості обстеження хворих з патологією СОПР.

**V. Контрольні тестові завдання та/або ситуаційні задачі:**

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

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

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

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

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

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

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

- A. Визначити чутливість мікрофлори
- B. З'ясувати алергологічний анамнез
- C. Проконсультувати в імунолога
- D. Провести професійну гігієну порожнини рота
- E. Призначити протигрибкові засоби

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

- A. Біохімічний
- B. Цитологічний
- C. Функціональні проби
- D. Діаскопію
- E. Алергологічні проби

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

- A. Бактеріоскопія зішкряба з уражених ділянок ясен, клінічний аналіз крові
- B. Клінічний аналіз крові, імунологічне дослідження
- C. Рентгенографія ясен, клінічний аналіз крові
- D. Аналіз крові на цукор, цитологічне дослідження
- E. Біохімічний аналіз крові, цитологічне дослідження

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

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

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

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

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

- A. Імуноферментний аналіз
- B. Реакція зв'язування комплементу
- C. Реакція гальмування гемаглютинації
- D. Реакція пасивної гемаглютинації
- E. Реакція преципітації

10. Хвора Ф., 26 років, звернулася зі скаргами на набряк вій, губ, щік, свербіння шкіри обличчя та всього тіла. Захворювання почалося раптово, через 5 хвилин після контакту з кішкою. Після обстеження встановлено попередній діагноз –

набряк Квінке. Які дослідження необхідно провести для встановлення остаточного діагнозу?

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

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

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

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

- A. Не визначено чутливість мікрофлори
- B. Не призначено протигрибкові засоби
- C. Не проконсультовано у імунолога
- D. Не проведено професійну гігієну порожнини рота
- E. Не з'ясовано алергологічний анамнез

13. Як розраховується показник "Відсоток потребуючих санації від загального числа планово оглянутих"?

- A. За формулою: кількість запломбованих зубів всього поділити на кількість видалених зубів всього.
- B. За формулою: кількість хворих, які сановані в порядку планової роботи та за зверненням треба поділити на кількість первинних хворих та помножити на 100%
- C. За формулою: кількість запломбованих постійних зубів з приводу карієсу треба поділити на кількість запломбованих постійних зубів з приводу пульпіту та кількість запломбованих постійних зубів з приводу періодонтиту сумарно.
- D. За формулою: кількість санованих дорослих хворих треба поділити на кількість дорослих, які потребували планової санації з тих, що оглянуті та помножити на 100%.
- E. За формулою: кількість дорослих, які потребували планової санації з тих, що оглянуті треба поділити на кількість дорослих, оглянутих в порядку планової санації та помножити на 100%.

14. Як розраховується показник „Відсоток санованих від загального числа виявлених при плановому огляді”?

А. За формулою: кількість запломбованих зубів всього поділити на кількість видалених зубів всього.

В. За формулою: кількість хворих, які сановані в порядку планової роботи та за зверненням треба поділити на кількість первинних хворих та помножити на 100%.

С. За формулою: кількість запломбованих постійних зубів з приводу карієсу треба поділити на кількість запломбованих постійних зубів з приводу пульпіту та кількість запломбованих постійних зубів з приводу періодонтиту сумарно.

Д. За формулою: кількість санованих дорослих хворих треба поділити на кількість дорослих, які потребували планової санації з тих, що оглянуті та помножити на 100%.

Е. За формулою: кількість дорослих, які потребували планової санації з тих, що оглянуті треба поділити на кількість дорослих, оглянутих в порядку планової санації та помножити на 100%.

15. Як розраховується показник „Кількість УОП на 1 первинного хворого”?

А. За формулою: кількість відпрацьованих УОП треба поділити на кількість хворих, які сановані в порядку планової роботи та за зверненням.

В. За формулою: кількість відпрацьованих УОП треба поділити на кількість відвідувань всього.

С. За формулою: кількість відпрацьованих УОП треба поділити на кількість первинних хворих.

Д. За формулою: кількість відпрацьованих УОП за місяць або за рік треба поділити на кількість робочих днів, відпрацьованих лікарем за місяць або за рік.

Е. За формулою: кількість хворих, які сановані в порядку планової роботи та за зверненням треба поділити на кількість робочих днів, відпрацьованих лікарем за місяць

## Література

### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4т.-Т.4.Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф.Данилевський,А.В.Борисенко, О.Ф. Несин та ін. – Вид.2-ВСВ “Медицина”, 2021. – 640с.
2. Збірник алгоритмів виконання практичних навичок при проведенні атестації випускників за спеціальністю “Стоматологія” Навчальний посібник; М.М.Рожко, Г.М.Ерстенюк, О.В.Бугерчук та ін. – Івано-Франківськ: Видавництво ІФНМУ, 2020. – 356 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017. – 664 с.

**Додаткова:**

1. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т. О. Петрушанко, А. К. Ніколішин, Н. М. Іленко, Е. В. Ніколішина, І. О. Іваницький, 2018. – 288 с.
2. Губи та їх захворювання: навчальний посібник, / О.В. Рибалов, Т.О. Петрушанко, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2018. – 135 с.
3. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: навчальний посібник К.: «Центр учбової літератури» / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, 2019. – 260 с.
4. Diseases of the lips: manual / O.V. Rybalov T.A. Petrushanko I.Yu.Litovchenk. – Poltava 2019. - 276 p.
5. Застосування сучасних методів діагностики у практиці оральної хірургії: навчальний посібник / Д.С. Аветіков, М.Г. Скікевич, К.П. Локес, О.М. Бойченко. – Полтава, 2018. – 122 с.
6. Ендокринологія у стоматологічній практиці: навчальний посібник, Видавець Говоров С.В./За ред. А. К. Ніколішин, Л.Є. Бобирьова. – Полтава, 2021. – 176 с.
7. Endocrinology in dental practice: textbook, Published by S.V. Novorov, Poltava, 2021. –176 p. Edited by A.K. Nikolishin I. Ya. Vobyreva.
8. Виробнича лікарська практика з терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник. О. Іваницька, К. Локес, Д. Аветіков, І. Іваницька. – Полтава, 2023. – 147 с.
9. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.]. – Тернопіль, 2017. –120 с.
10. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.
11. Внутрішня медицина: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна Іваницький І.О., 2019. – 328 с.
12. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник Вінниця: Нова книга, К.О.Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М.Жебель, Т.О.Петрушанко та ін. / за ред. проф. М.С. Расіна, 2019. – 208 с.
13. Клінічна фармакологія та фармакокінетика в стоматології: Навчальний посібник / І.П. Мазур, М.Ф. Хайтович, Л.І. Голопихо. – К. : ВСВ “Медицина”, 2018. – 376 с. + 6 с. кольор. вкл.
14. Пропедевтика терапевтичної стоматології [Текст]: підруч. для студ. стом. факул. вищ. навч. закл. МОЗ України / Марченко І.Я., Назаренко З.Ю., Павленко С.А. та ін.; під заг. ред. Ткаченко І.М.; ВДНЗУ «УМСА» – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. – 439 с.