

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. М.І.ПИРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри
терапевтичної стоматології ВНМУ
ім. М.І. Пирогова

Завідуюча кафедри професор ЗВО

 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА

«28» серпня 2023р.

Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисци- пліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 37	Травматичні ураження слизової оболонки порожнини рота. Лейкоплакія СОПР.
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

Тема 37.

Травматичні ураження слизової оболонки порожнини рота. Лейкоплакія СОПР.

Мета заняття : вивчити клініку, методи діагностики і способи лікування травматичних уражень.

Питання для формування і перевірки початкового рівня знань

1. Особливості будови СОПР.
2. Особливості функції СОПР.
3. Елементи ураження при травматичних ураженнях.
4. Патологічні процеси, які передують елементам ураження.
5. Методи обстеження хворих із травматичними ураженнями.

Література:

Основна:

1. Лекції кафедри терапевтичної стоматології.
2. Терапевтична стоматологія : підручник у 4 т. / [М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко та ін.]. – Київ: Медицина, 2010. – 640 с.
3. Терапевтична стоматологія / [А. К. Ніколішин, В. М. Ждан, А. В. Борисенко та ін.]. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 680 с.
4. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г. М. Барер, Е. В. Зорян. – Москва: Литтерра, 2006. – 562 с.

Додаткова:

1. Морозова С. И. Заболевания слизистой оболочки рта / С. И. Морозова, Н. А. Савельева. – Москва: МИА, 2012. – 268 с.
2. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. Ч.3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Г. М. Барер, Е. А. Волков, В. В. Гемонов. – Москва: ГЕОТАР-медиа, 2006. – 286 с.
3. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / Л. А. Цветкова, С. Д. Арутюнов, Л. В. Петрова, Ю. Н. Перламутров. – Москва: МЕДпресс-информ, 2006. – 201 с.

Завдання для перевірки початкового рівня знань.

Питання	Рівень	Еталони відповіді
1. З яких шарів складається СОПР?	I	З епітеліального, слизового, підслизового.
2. Яким епітелієм вкрита червона кайма губ?	I	Червона кайма губ вкрита багатошаровим плоским зроговілим епітелієм.

1. Питання, які підлягають вивченню на практичних заняттях :

2. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика і лікування гострої механічної травми.
3. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика і лікування хронічної механічної травми .
4. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика і лікування гострої і хронічної фізичної травми.
5. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика і лікування гострої і хронічної хімічної травми.
6. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференціальна діагностика і лікування лейкоплакії.

Гостра механічна травма.

Порядок обстеження	Виявлені діагностичні симптоми	Патогенетичне обґрунтування симптомів
Опитування скарги	Незначний біль, печіння, садно слизової оболонки в області травми. Болюча ділянка слизової оболонки зміненого кольору в місці травми. Злегка болюче синюшне	Пошкодження епітелію з обмеженим запаленням, інфільтрацією власної пластинки слизової оболонки порожнини рота. Дрібні і великі крововиливи в слизовій оболонці рота. Кров інфільтрує

	утворення, що виникло після раптової травми. Гострий біль, кровотеча з ушкодженої ділянки.	міжтканинні простори сполучної тканини. Здавлення нервових закінчень викликає біль. Обмежене скупчення крові в тканини без порушення цілісності епітелію (гематома). Пошкодження всієї товщі слизової оболонки, порушення цілісності судинної стінки.
Розвиток захворювання	Садно (поверхневий дефект) в будь-якій ділянці слизової оболонки порожнини рота під впливом слабого пошкоджуючого агента. Геморагії - крововиливи різної поширеності в залежності від сили травмуючого фактора і стану судинної системи. Колір ураженої ділянки з часом змінюється. Гематома, яка виникла безпосередньо після травми. Її розмір залежить від величини пошкодженої судини, тиску крові, еластичності тканини. З часом колір гематоми змінюється. Рана супроводжується кровотечею (короткочасним або тривалим в залежності від глибини пошкодження). Характер поранення залежить від сили, з якою наносилося пошкодження, і від щільності тканини	Порушення цілісності поверхневого шару епітелію. Скупчення крові, що вилілася в тканини. У результаті розпаду гемоглобіну утворюються кров'яні пігменти (гемосидерин, гематойдин), через що ділянка пошкодження більш або менш тривало залишається пігментовані. При крововиливі кров нерівномірно просочує тканини. Утворюється обмежена порожнина, наповнена кров'ю. Кров'яні пігменти, які утворюються в результаті розпаду гемоглобіну, змінюють колір слизової оболонки. Порушення цілісності слизової оболонки, ушкодження кровоносних судин в результаті гострого впливу механічного агента на тканини, які до моменту ушкодження були здоровими.
Огляд Зовнішній огляд, пальпація регіонарних лімфатичних вузлів	Лімфатичні вузли не збільшені при гострій механічній травмі	
Огляд слизової оболонки порожнини рота	Садно - поверхневий дефект слизової оболонки, відрізняється від сусідньої тканини більш яскравим кольором Рана зяє, супроводжується болем і кровотечею. Відзначають розмір, форму, глибину, локалізацію та інфікованість рани. Петехії - найдрібніші крововиливи округлої форми. Екхімози - невеликі крововиливи розпливчастої форми. Гематома - злегка болюче синюшне утворення, що виникло після травми.	Порушення цілісності поверхневого шару епітелію супроводжується запаленням. Пошкодження здорових тканин різної глибини, порушення цілісності судин. Пошкодження судин, що приводить до внутрішньотканинних крововиливів. Обмежене скупчення крові без порушення цілісності епітелію.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОЇ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ

Захворювання	Спільні клінічні ознаки	Відмінні ознаки
Алергічний стоматит (медикаментозний)	Незначна болючість, печіння, садно; еритема (катаральне запалення).	Розлита, рідше обмежена гіперемія, викликана прийомом лікарського препарату.

Алергічний контактний стоматит	Печіння слизової оболонки, порушення цілісності, гіперемія. Гіперемія, порушення цілісності епітелію, біль, печіння	Зміни виникають в місці контакту слизової оболонки рота з амальгамою, сплавами металів (протези), лікувальними пов'язками (при лікуванні захворювань пародонту). Клінічні прояви відзначаються через 7-10 днів після першого контакту.
Фізична травма (електричний струм)	Печіння, біль, садно, обмежене ураження слизової оболонки порожнини рота.	Зміни, пов'язані з впливом електричного струму.
Термічна травма (вплив високих температур: гаряча вода, пар та ін.)	Обмежене чи розлите гостре запалення: біль, печіння, гіперемія, порушення цілісності слизової оболонки. Крововиливи (петехії, екхімози).	Вплив термічних подразників в анамнезі.
Променева травма (дистанційна рентгено- і гамматерапія)	Печіння, біль при прийомі їжі, зумовлені запаленням	У процесі променевої терапії зміни прогресують (гіперемія, набряк, зроговіння, вогнищевий, плівчастими і зливної радіомукозит), гіпосаливація
Хвороба Верльгофа	Крововиливи на слизовій оболонці порожнини рота	Тромбоцитопенія. Кровотеча з носа, крововиливи в області ясен і інших відділів слизової оболонки порожнини рота.
Гострий лейкоз		Великі крововиливи, не пов'язані з травмою, носові крововиливи, кровотечі з лунки видаленого зуба. Порушення загального стану. Зміни картини крові (збільшення кількості лейкоцитів, тромбоцитопенія).
Капілярна гемангіома	Утворення на слизовій оболонці рота гематоми багряного, синюшного кольору	Гемангіома - пухлина, в основі якої лежить розростання новоутворених капілярів і артеріол. Тривало існуюче утворення інколи уперше виявляється в дитячому віці. Міхур з щільною покриткою і геморагічним вмістом
Пухирно-судинний синдром	Міхур з щільною покриткою і геморагічним вмістом	Найбільш часто виникає на слизовій оболонці піднебіння у осіб старше 40-50 років із захворюваннями серцево-судинної системи. Після розкриття міхура залишається ерозія, яка швидко епітелізується.

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ

Етапи лікування	Засоби лікування	Мета використання	Механізм дії
Усунення місцевого травмуючого фактора і його наслідків	Тампонування, ушивання рани.	Зупинити кровотечу, з'єднати краї рани.	Механічне здавлювання судин.

Знеболювання	Аплікація 2% розчину лідокаїну, 3% розчину тримекаїну, 2% розчину піromeкаїну, суспензії анестезину волії (олива та ін.)	Усунути біль при лікувальній обробці, прийманні їжі.	Блокування чутливих закінчень нервових волокон слизової оболонки рота.
Антисептична обробка (при порушенні цілісності епітелія).	Полоскання 1% розчином перекису водню, 0,06% розчином хлоргексидину, розчином перманганату калію 1:5000 та ін	Усунути або послабити вторинне інфікування.	Слабка антисептична та дезодоруюча дія в результаті виділення кисню.
Застосування епітелізуючих засобів (при садну, рані)	Аплікації на 10-20 хв. солкосерил (мазь, желе), олійний розчин вітамінів А і Е, актовегіну (мазь, желе)	Прискорити епітелізацію	Стимуляція регенерації слизової оболонки рота

**СХЕМА ООД ПО ТЕМІ:
«ХРОНІЧНА МЕХАНІЧНА ТРАВМА».**

<i>Порядок обстеження хворого</i>	<i>Виявлені діагностичні симптоми</i>	<i>Патогенетичне обґрунтування симптомів</i>
Опит. Скарги хворого.	Неприємні відчуття, печіння певної ділянки СОПР	Постійно діюча травма викликає катаральне запалення СОПР, що супроводжується набряком, гіперемією.
	Болючість при прийомі їжі, розмові у області травмованої ділянки. Різко болюча виразка в місці постійно діючої травми при дії подразників.	Постійна ерозивність СОПР приводить до хронічного запалення. Розвивається хронічне осередкове гнійне запалення. Біль є результатом механічної і хімічної дії продуктів запалення на рецептори і нервові волокна навколишніх тканин. Хронічне запалення з клітинною проліферацією.
	Розростання на твердому піднебінні, яснах, язиці, під протезом. Скарги можуть бути відсутніми (при огляді видно білуваті ділянки СО в місці постійно діючого травматичного чинника).	Тривала дія механічного агента приводить до проліферативного запалення. Превалюють процеси ділення і трансформації клітин. В процесі клітинної, в основному фібробластної проліферації, відбувається новоутворення сполучної тканини. В окремих випадках тривале подразнення може привести до гіперкератинізації епітелію, навіть в тих місцях, де в нормі не зростає
Перенесені, супутні захворювання	Хронічні захворювання знижують реактивність організму, що приводить до погіршення загоєння травматичних виразок СОПР.	Запалення є місцевою реакцією організму, що визначається станом хворого.
Шкідливі звички.	Звичне прикушування СОПР. Використання нестандартних засобів для гігієни РП	Багаторазовий вплив на ту ж ділянку СОПР може привести до хронічної механічної травми з розвитком запалення.

Розвиток захворювання.	Хронічна механічна травма виникає від постійного подразнення СОПР гострими краями зубів, протезів, зубними відкладеннями, зубами, розташованими поза дугою. При огляді СОПР змін не спостерігається, хоча хворий пред'являє скарги. Запальна пляма або розлите почервоніння виникає в місці травми.	У місці травми початкові порушення в тканинах можуть відбуватися на молекулярному рівні. Обмежене катаральне запалення. Порушення цілісності епітелію травматичного походження, супроводжується інфікуванням і розвитком запальної реакції.
	Ерозія, яка швидко заживає після усунення травми. Виразка розташовується в місці хронічної травми.	Дефект СО виникає в результаті некрозу тканини, має хронічний перебіг. У основі механізму виразок лежить порушення трофіки і розпад тканин. Після усунення травми і лікування виразка заживає протягом 7-10 днів.
	Розростання ясенного краю і міжзубних сосочків виникає після покриття зубів металевими або пластмасовими коронками, глибоко зануреними в ясенні кишені, або в результаті подразнюючої дії зубного каменя. Розростання під протезом (папіломатозна гіперплазія) виникає при тривалому користуванні неповноцінним протезом, частіше на ВЩ.	Хронічне проліферативне запалення. Вогнище співпадає із зоною постійного подразнення твердого неба в результаті поганої фіксації протеза.
	Розростання СО перехідної складки в результаті тривалої травми СО краєм протеза. Підвищене ороговіння виникає в місцях тривалого існування травми СО, при звичному прикушенні СО губ, щік.	Довгі, гострі краї знімного протеза приводять до проліферації СО, часто супроводжуються пролежневою виразкою. Подразнення приводить до надмірного потовщення рогового шару, появи вогнищ ороговіння в ділянках, які зроговівають в нормі.
Огляд. Пальпація регіонарних ЛВ	ЛВ збільшені, болючі. Ступінь зміни залежить від ступеня ураження. Немає змін.	Поява захисної бар'єрної реакції організму на хронічне запалення.
Огляд СОПР	Запальна пляма або еритема	У вогнищі запалення накопичуються гістамін, ацетілхолін і ін. біологічно-активні речовини, що збільшують проникність стінки судин, що приводить до гіперемії, припухлості запальної тканини.
	Ерозія по локалізації відповідає травмуючому агенту, болюча, розташовується на гіперемійованій СО.	Хронічне механічне пошкодження веде до руйнування клітинних структур, порушення всіх видів обміну; у навколишніх тканинах - реактивні зміни.

	Виразка локалізується в місцях травми, в ранньому періоді, болюча при розмові, прийомі їжі. Клінічні прояви різні залежно від сили подразника, місцевих умов, приєднання вторинної інфекції, загального стану організму. Краї і основа виразки трохи ущільнені за рахунок хронічного-запального процесу, навколишні тканини гіперемійовані, дно виразки рівне або частіше горбисте, вкрите нальотом.	Виразка - що гранулює дефект СО, що тривалий час не заживає.
	Розростання ясен у ділянці штучних коронок, краї яких глибоко занурені в ясенну кишеню. Ясенний край набуває вигляду гіперемійованого щільного валика, ясенні сосочки набряклі, легко кровоточат при дотор-	При хронічній травмі: виникає катаральне запалення - гіперемія, набряклість у зв'язку з підвищеною судинно-тканинною проникністю, а іноді і проникністю тканини.
	Папіломатозна гіперплазія - папіломи з м'якою, зернистою, яскраво - червоною поверхнею під протезом, частіше у ділянці твердого піднебіння. Часточкова фіброма утворюється в місці тривалого подразнення СО краєм протеза. Щільне мало болюче утворення, в яке врізається край протеза. У місці прилягання протеза утворюється складка з поверхневою лінійною виразкою або ерозією.	Хронічне проліферативне запалення. Сосочковий шар власне СО, розростаючись, виступає над рівнем СО, в змінює її конфігурацію. У місці тривалого подразнення краєм протеза спостерігається хронічне альтеративне і ексудативне запалення, а в навколишніх тканинах - хронічне проліферативне запалення.
	Папілома - одиничне округле розростання на щоглі, губі, язиці, безболісне, завжди відповідає місцю впливу чинника хронічної травми.	Хронічне проліферативне запалення, спостерігається розростання сосочкового шару власне СО. Відноситься до доброякісних пухлин.
	Гіперкератоз - ділянка білуватої СО відповідає по локалізації травмуючому агенту, безболісна, не знімається при зіскобі	Хронічне подразнення в окремих випадках приводить до гіперкератинізації СО, навіть в тих місцях, де в нормі СО не зроговіває
Огляд зубних рядів	Гострі краї зубів. Зубні відкладення. Аномалії прикусу. Неякісні протези.	Травмуючий чинник ушкоджує СО, викликає запалення
Додаткові методи обстеження		
1.Цитологічне дослідження зіскобів в місці ушкодження	При тривалому існуванні травматичних виразок в мазках - елементи запалення різко переважають над клітинами плоского епітелію.	Визначається велика кількість нейтрофілів, частина яких знаходиться у стадії фагоцитозу, деякі зруйновані; спостерігаються одиничні лімфоцити, полібласти, макрофаги.
	При схильності ерозій і виразок до загоєння цитологічна картина змінюється	Збільшується число нейтрофілів, переважно у стадії фагоцитозу переважають полібласти макрофаги, з'являються плазматичні клітини.
2.Бактеріоскопічне дослідження мазка з пошкодженої ділянки (при ерозії, виразці)	Звичайна для РП мікрофлора характерна для картини неспецифічного запалення	Коки, лептотрихії, палички, іноді фузобактерії

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОЇ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ

Захворювання	Спільні клінічні ознаки	Відмінні ознаки
Травматична еритема		
Контактний алергічний стоматит	Печіння, біль при прийомі переважно гострої та гарячої їжі. Гіперемія слизової оболонки порожнини рота.	Розлита гіперемія в місці контакту з амальгамою, матеріалами протеза (золото, пластмаса та ін) через 7-10 днів після першого дотику (період сенсibiлізації).
Гальваноз	Неприємні відчуття, печіння, гіперемія слизової оболонки рота.	Не має чіткої локалізації, немає зв'язку з травмою. Металевий присмак у роті. Протези з різнорідних металів, збільшення мікрострумів.
Плоский лишай, ексудативно-гіперемічна форма	Печіння, невеликий біль при прийомі дратує їжі. Гіперемія слизової оболонки порожнини рота.	Папульозні висипання на тлі гіперемії, часто симетричне ураження слизової оболонки рота. Перебіг тривалий.
Травматична ерозія		
Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит	Болюча ерозія, гіперемія навколишнього слизової оболонки.	Ерозії овальної форми, різко болючі, покриті щільним, не знімаються при зішкрябанні нальотом, з обідком гіперемії. Ерозії рецидивують, локалізуються на ділянках слизової оболонки рота, в нормі не зроговілому. Немає зв'язку з дією травмуючого фактора.
Вірусні захворювання (простий, оперізуючий лишай та ін)	Ерозія, біль при прийомі їжі, гіперемія слизової оболонки порожнини рота	Появі ерозії передують пухирчасті висипання. Краї ерозії фестончасті внаслідок злиття дрібних пухирців або ерозій. Можливі порушення загального стану, більш-менш виражені явища інтоксикації, зв'язку із травмуючими факторами немає.
Плоский лишай, ерозивно-виразкова форма	Ерозія, біль при прийомі їжі, гіперемія слизової оболонки.	Гіперемія слизової оболонки з ліхеноїдними висипаннями (злиття сірувато-білих папул у вигляді малюнка), ерозії з'являються в центрі вогнища, важко піддаються лікуванню, рецидивують.
Вульгарна пухирчатка	Ерозія, біль при прийомі їжі.	Множинні ерозії утворюються внаслідок розриву бульбашок. Оточуюча слизова оболонка не змінена. Ерозії не схильні до епітелізації. При цитологічному дослідженні визначаються акантолітичні клітини. Позитивний симптом Нікольського
Травматична виразка		
Ракова виразка	Виразка слизової оболонки порожнини рота	Тривале існування (до декількох місяців) виразки, відсутність тенденцій до загоювання після усунення травмуючого фактора. Зменшення болючості, ущільнення країв в основі виразки, регіонарні лімфатичні вузли збільшені, спаяні з навколишніми тканинами, болісні. У зішкрябку з поверхні виразки атипові епітеліальні клітини. Ракова виразка не завжди пов'язана з механічною травмою.

Твердий шанкр	Виразка на слизовій оболонці порожнини рота, червоній облямівці губ	Тривале існування виразки, відсутність болю, щільні краї і основа. Краї рівні, дно гладке, навколишнє слизова оболонка не змінена. Лімфатичні вузли збільшені, щільні. У зішкрібі з виразки бліда трепонема. Реакція Вассермана позитивна.
Трофічна виразка	Виразка на слизовій оболонці рота, під час прийому їжі біль різної вираженості. Можливий зв'язок з травмуючими факторами.	Тривале існування виразки без тенденції до епітелізації навіть після усунення травмуючого фактора. Спостерігається у хворих з серцево-судинною та серцево-легеневою недостатністю II-III ступеня. Виразка покрита фібринозним нальотом, слабо болюча, розташовується на злегка гіперемованому фоні. Лімфатичні вузли не збільшені. Епітелізація можлива тільки при лікуванні загального захворювання.
Туберкульозна виразка	Виразка, біль при прийомі їжі, розмові. Збільшення лімфатичних вузлів.	Різко болюча виразка має м'які нерівні краї, зернисте дно. Нерідко на поверхні і навколо виразки є жовті точки – зерна Трела. В анамнезі туберкульоз легень, іноді його виявляють при обстеженні
Виразково-некротичний стоматит Венсана	Виразка слизової оболонки порожнини рота, біль при прийомі їжі.	Переважно в осіб молодого віку. Порушення загального стану (температура тіла 37-38 °С, слабкість, головний біль, порушення сну, зниження апетиту). Виразка частіше локалізується в ретромоларній ділянці, вкрита некротичним нальотом. При бактеріоскопічному дослідженні - фузобактерії. Гнильний запах з рота, можливий тризм жувальної мускулатури.
Захворювання крові (лейкоз, агранулоцитоз)	Виразка слизової оболонки порожнини рота, біль при прийомі їжі.	Порушення загального стану: слабкість, блідість шкірних покривів. Виразка рідко одиночна, частіше бувають виразкові ураження ясен, слизової оболонки, не пов'язані з травмою. Навколишня слизова оболонка гіперемована незначно, частіше бліда.
Лейкоплакія	Осередок гіперкератозу білястого кольору у вигляді плями (плоска форма) або бляшки (гіперкератотична форма), безболісний, при зішкрябанні не знімається.	Найбільш часта локалізація лейкоплакії - передні відділи слизової оболонки щік, язика, що не завжди пов'язане з механічною травмою. Частіше обумовлена курінням, іншими шкідливими звичками.
Плоский лишай, гіперкератична форма	Незвичайний білястий вид слизової оболонки, шорстка поверхня вогнища.	Одиничні і зливні в малюнок у вигляді сітки, мережива, смуг папул. Зустрічається переважно у жінок старше 40 років.
Гіпертрофічний гінгівіт	Гіпертрофія ясен, кровоточивість, іноді біль	Частіше виникає у підлітків, вагітних. Епітеліальне прикріплення ясен не порушено, є несправжні кишені. Зміни не пов'язані з механічною травмою.

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ

Етапи лікування	Засоби лікування	Спосіб застосування	Мета використання	Механізм дії
-----------------	------------------	---------------------	-------------------	--------------

Травматична еритема

Усунення місцевого травмуючого фактора				
Видалення зруйнованого зуба, позбавленого функціональної цінності	Хірургічний інструментарій		Усунути травму слизової оболонки	Ліквідація вогнища хронічного запалення
Зішліфування гострих країв зубів	Карборундові камінці, диски алмазні, інші полірувальні інструменти	Турбінний, механічний наконечник	Усунути травму слизової оболонки порожнини рота	Сприяє усуненню запалення, стимулює регенерацію
Корекція протеза	Ортопедичне відділення	Корекція або виготовлення нового протеза	Усунути хронічну травму	Зниження або усунення запалення слизової оболонки
Видалення зубних відкладень	Набір кюреток, ультразвуковий скалер та ін.	Механічне видалення зубних відкладень, нальоту	Усунути можливу травму та інфікування	Зниження механічного впливу на слизову оболонку, ясна та інфікування порожнини рота
Корекція гігієни порожнини рота	Зубна щітка, паста, індикатори нальоту	Фарбування нальоту розчином фуксину, розчином Люголя. Контроль за правильним використанням засобів гігієни	Видалити мікробний наліт, забезпечити профілактику ускладнення	Видалення нальоту зменшує інфікування і можливість порушення цілісності слизової оболонки
Знеболювання (при болю)	2% розчин лідокаїну, трімекаїна, 10% розчин лідокаїну.	Аплікації, ротові ванночки, ерозоль.	Усунути біль.	Блокуються чутливі закінчення нервових волокон слизової оболонки рота.

Травматична ерозія, виразка

Усунення травмуючого фактора (див. розділ «Травматична еритема»)				
Санація порожнини рота	Лікування карієсу, його ускладнень, хвороб пародонту		Попередити можливі ускладнення ерозії, виразки.	Знижується можливість вторинного інфікування і травми.

Знеболювання	5% мазь піромекаїну, 2% розчин лідокаїну, трімекаїну.	Аплікація на 3-5 хв., Ротові ванночки.	Усунути або зменшити біль під час прийому їжі та подальшого лікування.	Блокують чутливі закінчення нервових волокон слизової оболонки порожнини рота.
Очищення поверхні ерозії та виразки від некротичного нальоту	Протеолітичні ферменти (трипсин, хімопсин та ін)	Аплікація на вогнище ураження на 5-10 хв.	Видалення некротичних мас	При місцевому впливі розщеплюють некротизовані тканини та фібринозні утворення
Антисептична обробка	0,06% розчин хлоргексидину, 0,25% розчин хлораміну, 1% розчин перекису водню та ін	Обробка ватними тампонами, ротові ванночки	Послабити або усунути дію вторинної інфекції	Бактерицидна дія на мікрофлору, денатурація білка бактеріальної клітини
Стимуляція епітелізації	Ретинолу ацетат, актовегін (желе, мазь), солкосерил (гель, мазь), олія шипшини та ін	Аплікації на 15-20 хв.	Прискорити епітелізацію ерозій і виразок	Стимулюють регенерацію, прискорюють загоєння внаслідок поліпшення обмінних процесів в слизовій оболонці

Травматичний гіперкератоз

Усунення травмуючого фактора (див. розділ «Травматична еритема»)				Нормалізуються процеси в епітелію, попереджується підвищене зростання епітелію
Вплив на вогнище з метою зменшення явищ гіперкератозу	3,4% олійний розчин вітаміну А (ретинолу ацетат), каротолін, аевіт	Аплікації на 10-20 хв.	Зменшити явища гіперкератозу	Сприяє нормалізації обміну в епітелії
Висічення вогнища гіперкератозу при неефективності медикаментозної терапії	Хірургічне відділення		Ліквідація вогнища гіперкератозу в цілях профілактики малігнізації	Видалення вогнища гіперкератозу хірургічним шляхом
Кріохірургія при неефективності консервативної терапії		Рідкий азот	Усунення вогнища гіперкератозу	Після впливу на вогнище рідким азотом відбувається відторгнення осередку ураження, загоєння вторинним натягом

Травматична гіперплазія ясен

Усунення травмуючого фактора (див. розділ «Травматична еритема»)	Видалення штучної коронки, протеза	Ортопедичне лікування	Запобігти подальше прогресування процесу	Усунення вогнища хронічного проліферативного запалення
---	------------------------------------	-----------------------	--	--

Навчання гігієні порожнини рота і контроль за її до-триманням	Зубна щітка, паста, нитки і т.д.	Навчання хворого правильному ви-користання засобів гігієни	Усунути мікро-бний наліт, бляшку	Мікроорганізми ясен підтримують запалення, викли-кане механічною травмою
Протизапальна терапія, антисептична обробка	0,06% розчин хлорге-ксидину та ін Метро-нідазол (завись на розчині хлоргексиди-ну)	Обробка ватними тампонами, про-мивання під тис-ком. Аплікації, введення в пародонтальні кишені	Послабити вплив вторинної інфекції на запалені ясна	Виражена антимік-робна дія, зокрема, на анаероби, руйну-вання, денатурація білка клітини мік-роорганізмів
Кюретаж кишені з одночасним ви-січенням гіперт-рофованої ясна	Ультракаїн скандіка-їн, септонест, септо-каїн, лідокаїн, набір інструментів для кю-ретажа	Провідникова або інфільтраційна анестезія, кюрет-ки, скальпель	Видалити гіпер-трофовані ясна	Усунення вогнища хронічного пролі-феративного запалення кишені
При збереженні зубоясеневого з'єднання тільки висічення ясен під анестезією	Пародонтологічний набір (гачки, екскава-тори, ножиці, скаль-пель і ін)	Вишкрібання ки-шені, висічення гіпертрофованих ясен	Усунути кише-ню, видалити гіпертрофовані ясна	Створення умов для вторинного заго-єння, усунення вог-нища проліферати-вного запалення
Виготовлення нового протеза або заміна штуч-них коронок				
<i>Часточнова фіброма</i>				
Усунення травми слизової оболонки краєм протеза (переважно верх-ньої щелепи). Ви-далення часточ-кової фіброми. Не користуватися протезом.	Хірургічне відділення		Зменшити трав-муючий вплив на утворення	Неякісний протез сприяє порушенню цілісності слизової оболонки з подаль-шою проліферацією тканин
Виготовлення нового протеза	Ортопедичне відді-лення			

СХЕМА ООД ПО ТЕМІ:
«Хімічна травма. Діагностика хімічної травми»

<i>Етапи обстеження хворого</i>	<i>Виявлення діагностичних симптомів</i>	<i>Патогенетичне обґрунтування виявлених симптомів</i>
1. Скарги хворого	1.1 Печіння, біль різної інтенсивності, з іррадіацією по ходу гілок трійчастого нерва 1.2 Зміна зовнішнього вигляду СОПР	Подразнення закінчень хімічним агентом, медіаторами запалення. Виникнення альтеративного запалення в результаті впливу хімічного агента.
2. Розвиток нинішнього захворювання 2.1. Попадання на СОПР: - кислоти; - спирту, одеколо-ну; - на прийомі у стоматолога: миш'якової пасти, фенолу, формаліну, рідини або гелю, для протравлення емалі при пломбуванні композитами, резорцин формалінової рідини або пасти. 2.2. Вплив луґу або схожих по механізму дії агентів (побутова і проф. травма).	2.1. Легкий перебіг. Гіперемійована пляма, рідше - пляма не певної величини і форми, на набряклій основі, хвороблива при пальпації. 2.1.2. Середньо-тяжкий перебіг Гіперемія, набряк, некроз тканин, формування щільної некротичної плівки, виразка в межах шарів СО рідше: некроз альвеолярного відростка. Гіперемія, набряк тканин, формування рихлих некротичних мас, глибока виразка, що охоплює всі шари СО, а іноді розповсюджується на оточуючі тканини.	Взаємодія хімічної речовини з білками клітин, зміна їх структури, функцій, обміну речовин, вихід біологічно-активних речовин, порушення мікроциркуляції, збільшення проникності капілярів розвиток гострого неспецифічного запалення СОПР. Хімічна речовина взаємодіє з білками клітин, викликає денатурацію і коагуляцію білків, утворення важкорозчинних білкових з'єднань, руйнування клітин, формування коагуляційного некрозу - щільна плівка, запобігає глибокому проникненню хімічних речовин в тканини. Взаємодія хімічних речовин з тканинами, гідролітичне розплавлення клітинних структур, формування колікваційного некрозу - рихлих мас, не перешкоджаючих глибокому проникненню хімічних речовин
3. Перенесені супутні захворювання	3.1. Здоровий. 3.2. Серцево-судинні ендокринні, захворювання ШКТ, захворювання крові.	Резистентність СО не порушена. Зниження резистентності СО в результаті порушення мікроциркуляції, обміну речовин, нервової трофіки, фагоцитарної активності клітинних елементів сполучної тканини, більш важкі прояви і перебіг патологічних процесів.
4. Огляд хворого Зовнішній огляд	Без видимих змін	
4.2 Пальпація лімфатичних вузлів	Регіонарні лімфатичні вузли пальпуються, болючі, неспаяні з навколишніми тканинами	Реакція на запалення СОПР при приєднанні вторинної інфекції
4.3 Огляд ротової порожнини	1. Гіперемійована пляма (рідше плями) невизначеної форми і розмірів, на набряклій основі, болючі при пальпації	Короточасний вплив кислот низької концентрації, речовин схожих по механізму дії.
	2. Ерозія невизначеної форми і розмірів на гіперемійованій основі, болюча при пальпації, вкрита щільною, спаяною з навколишніми тканинами некротичною плівкою, яка частково знімається, частіше білого кольору (бурого при взаємодії з сірчаною кислотою, жовтого - азотної)	Короточасний вплив кислот високої концентрації, тривалий вплив кислот низької концентрації або речовин схожих по механізму дії
	3. Виразка вкрита щільною, спаяною з навколишніми тканинами некротичною плів-	Тривалий вплив кислот або схожих по механізму дії речовин; короточасна дія

	вкою бурого або жовтого кольору, яка важко знімається, округлої або овальної форми, м'яка, болюча при пальпації, гіперемійована, набрякла по периферії, захоплює всі шари	кислот високої концентрації
	4. Некроз частини альвеолярного відростка аж до секвестрації кісткової тканини	Тривалий вплив миш'яквистої кислоти
	5. Виразка вкрита товстим шаром рихлих некротичних мас сірого кольору, округлої або овальної форми, з гіперемією або набряком по периферії, м'яка, різко болюча при пальпації захоплює всі шари СО, іноді і більш глибокі тканини	Вплив основ або речовин схожих по механізму дії
	Картина неспецифічного запалення	Запальна реакція СО на вплив пошкоджуючого агента.
5. Додаткові методи: 1. Цитологічне дослідження	1. Звичайна мікрофлора РП	Склад мікроорганізмів на поверхні ділянки пошкодження не порушений.
2. Бактеріоскопічне дослідження зіскобу з поверхні пошкодженої ділянки	2. Мікрофлора, характерна виразковий – некротичного стоматиту Венсана	Ускладнення перебігу основного захворювання, приєднання вторинної інфекції

ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ:
«Диференціальна діагностика хімічної травми»

<i>Назва захворювання</i>	<i>Загальні клінічні ознаки</i>	<i>Відмітні ознаки</i>
1. Запальна пляма (еритема) 1. Механічна травма	Печіння, біль розлітої інтенсивності. На СО : гіперемійована пляма (плями) невизначеної величини і форми на набряклій основі, болюча при пальпації	Розташування запальної еритеми відповідає локалізації травмуючого чинника; усунення травмуючого чинника приводить до зникнення змін на СО
2. Фізична травма	Скарги на печіння або біль в якій-небудь ділянці СОПР Причина появи гіперемійованих плям з'ясовується з анамнезу.	У анамнезі вплив на СОПР гарячої води, пари, електричного струму на ряду з катаральними явищами, можливо наявність пухирів і ерозій тих, що з'явилися в результаті їх розтину. Наявність різних металів - гальванізм; поява змін на СОПР співпадає в часі з постановкою протеза з металу, або металевих пломб, гальванічні струми в РП перевищують 10 мкА. Заміна амальгамових пломб на композитні, цементні, видалення металевих протезів сприяє лікуванню.
3. Алергический медикаментозний стоматит	Печіння, хворобливість в РП особливо під час прийому їжі. Розлита або обмежена гіперемія і набряк СО	Алергологічний анамнез: появи змін передують прийом лікарських препаратів всередину або місцево їх застосування в ротовій порожнині; застосування десенсибілізуючих препаратів використовуються для лікування.
4. Ендогенна вітаміно-дефіцитна анемія (перніціозна анемія Аддісона - Бірмера)		Парестезія, печіння язика. Атрофія грибоподібних сосочків, блідість СОПР, гіперемічні плями - частіше множинні; загальне нездужання; у крові - зменшення кількості еритроцитів (до 1000000 в 1 мм. і нижче), гемоглобіну до 30-20 % і нижче) колірний показник більше 1, хворіють частіше жінки

5. Червоний плоский лишай, ексудативно-гіперемічна форма	Гіперемічні плями на різних ділянках СОПР: печіння, болючість, гіперемія і набряк СО	По периферії гіперемійованих плям спостерігаються білясті папули, що зливаються в нижній сітчастий малюнок, зміни на СОПР симетричні, переважно в задніх відділах ротової порожнини, на язиці; часті зміни неврологічного статусу.
II. Ерозія 1. ХРАС	Печіння СО і біль при прийомі їжі і розмові, порушення цілості епітелію у вигляді ерозії	Хронічне рецидивуюче запальне захворювання інфекційно-алергічної природи, елемент виразки - афта. З'являються як правило, на ділянках СО, в нормі не зроговіває. Сприяє появі нових афт макро- і мікро травм.
2. Механічна травма	Біль, гостре запалення з ерозійністю поверхні, іноді кровоточивість.	Розміщення ерозії відповідає локалізації травмуючого чинника, заживає після його усунення
3. Червоний плоский лишай, ерозивно-виразкова форма	Біль, різко виражене запалення, ерозування поверхні СОПР	Ерозія (ерозії) визначається на гіперемійованій основі, по периферії видно папули, що зливаються в малюнок; ураження, як правило, симетричне; виникненню ерозій сприяють місцеві травмуючі чинники, захворювання ШКТ, нервової системи.
III. Виразка 1. Виразково-некротичний стоматит Венсана	Біль, печіння СО, зміна загального стану хворого. Пошкодження м'яких тканин аж до некрозу. Виразка розташовується на гіперемійованій і набряклій основі, вкрита нальотом	Захворювання виникає самостійно або ускладнює перебіг виразки іншої етіології, розвивається на тлі зміненого загального стану хворого, підвищення температури. Виразка покрита смердючим некротичним нальотом сіро-бурого кольору, який частково знімається; при бактеріоскопічному дослідженні зіскоба з поверхні виразки переважає фузоспірохетоз.

СХЕМА ООД ПО ТЕМІ:
«Лікування хімічної травми СОПР»

Етапи лікування	Використовувані засоби	Мета використання	Механізм дії
1. Видалення і нейтралізація хімічного агента. а) Зрошування, полоскання	Вода	Профілактика виникнення і зменшення тяжкості клінічних проявів хімічної травми	Усунення пошкоджуючого агента, зниження концентрації.
б) Зрошування, полоскання, ротові ванночки, аплікація	Слабкі р-ни кислот (0,5 % лимонної кислоти, оцетової кислоти чайна ложка на стакан води), 1 % борної кислоти.	Профілактика виникнення і зниження тяжкості клінічних проявів хімічної травми	Нейтралізація лугів
	Слабкі розчини лугів (мильна вода, розчин соди -1 чайна ложка на стакан води, 0,1 % нашатирного спирту-15 крапель на стакан води)	Профілактика виникнення і зниження тяжкості клінічних проявів хімічної травми	Нейтралізація кислот
	Видалення миш'яковистої пасти ватним тампоном, змоченим 3% р-ном перекису водню, порошок паленої магнезії, унітиол, р-н Люголя. Видалення ділянок некрозу після появи демаркаційної лінії		Обмеження дії миш'яковистої пасти нейтралізація і перехід її в нерозчинне з'єднання.

<p>I. Вплив на осередок ураження у стадії розгорнених змін</p> <p>1. Гіперемійована пляма</p> <p>а) Знеболення (аплікації)</p>	<p>2% р-н лідокаїну</p> <p>2% р-н тримекаїну</p> <p>2% р-н дикаїну</p>	<p>Усунення больових відчуттів при розмові, прийомі їжі, мед. обробці.</p>	<p>Зниження чутливості нервових закінчень</p>
<p>2. Ерозія, виразка</p> <p>а) знеболення (аплікація)</p>	<p>Піромекаїнова мазь.</p> <p>Препарати ті ж</p>	<p>Препарати на жировій основі перед медикamentозною обробкою не використовуються оскільки жирова плівка, що утворилася, утрудняє лікувальну дію на СОПР лікарських засобів</p>	

<p>б) Вплив на некротичні маси (аплікації 10-15 мин.)</p>	<p>Протеолітичні ферменти</p>	<p>Лізис некротичних мас, більш легень їх видалення</p>	<p>Розчинення некротичних тканин, фіброзних утворень; по відношенню до здорових тканин не токсичні.</p>
<p>в) Антисептична обробка (зрошування ротові ванни)</p>	<p>Слабкі теплі р-ни антисептиків</p>	<p>Профілактика приєднання вторинної інфекції</p>	<p>Бактерицидна, бактериостатична дія на мікрофлору РП, очищаюча дія, що дезодорує.</p>
<p>г) Стимуляція епітелізації (аплікації)</p>	<p>Масляні р-ни вітаміну А,Е, аевіт, масло шипшини, обліпихи, солкосерил</p>	<p>Стимуляція утворення епітелію, прискорення епітелізації ерозії виразки.</p>	<p>Вітамінні препарати впливають на обмін речовин, покращують трофіку тканин, утворюють на поверхні виразки жирову плівку.</p>
<p>д) Вплив на фузобактерії і спірохети</p>	<p>Засоби, які використовуються для лікування виразково-некротичного стоматиту</p>	<p>Ліквідація ускладнень - приєднання вторинної інфекції</p>	<p>Див. лікування виразково-некротичного гінгівіту, стоматиту Венсана</p>
<p>е) Рекомендації</p>	<p>Гігієна РП, використання препаратів у вказаній вище послідовності</p>		
<p>ж) Видалення рубців видалення секвестрів кістки альвеоли</p>	<p>Хірургічне лікування</p>	<p>Нормалізація архітекtonіки РП.</p>	<p>Загоєння рани первинним натягненням після видалення рубців і секвестрів</p>
<p>II. Загальне лікування</p> <p>1. Вітамінотерапія (при обширних ураженнях)</p>	<p>Комплекс вітамінів А, Е, С, В.</p>	<p>Підвищення реактивності організму</p>	<p>Активізація обмінних процесів</p>
<p>2. Дієта</p>	<p>Калорійна, не дратівлива</p>	<p>Усунення дратівливих чинників</p>	

ГАЛЬВАНОЗ

Порядок обстеження	Виявлені симптоми	Патогенетичне обґрунтування симптомів
<i>Скарги</i>	Металевий присмак, спотворення смаку, печіння в язика та інших ділянках слизової оболонки порожнини рота	Різниця потенціалів і сила струму залежать від рН слини (при відхиленні рН в будь-яку сторону сила струму збільшується), а також від змін на поверхні металів (корозія).
<i>Розвиток захворювання</i>	Неприємні суб'єктивні відчуття з'являються незабаром після протезування	Виражені суб'єктивні відчуття з'являються при комбінаціях: золото-амальгама, золото-латунь, сталь
<i>Огляд</i>		
<i>Зовнішній огляд</i>	Без видимих змін	Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються
<i>Огляд слизової оболонки порожнини рота</i>	Схильність слизової оболонки до підвищеного ороговіння	Підвищення мікрострумів в порожнині рота може провокувати початок і довгостроково підтримувати лейкоплакію і плоский лишай
<i>Додаткові методи дослідження (вимірювання мікрострумів в порожнині рота)</i>	Збільшення мікрострумів від 10 до 19 мкА і вище	

Травматичні ушкодження слизової оболонки порожнини рота

Травматичні ушкодження СОПР виникають внаслідок дії на неї різних місцевих чинників (механічних, фізичних, хімічних), якщо інтенсивність їх впливу перевершує фізіологічний запас міцності СО.

МЕХАНІЧНА ТРАВМА

Механічна травма може бути гострою або хронічною.

Гостра механічна травма (trauma mechanicum acutum) СО виникає випадково при прикушуванні, ударі чи пораненні різними предметами. Найчастіше ушкоджується СО язика, губ та 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 на СО збігаються з такими травмуючого агента. Гематоми і поверхневі ушкодження (ексдоріація, ерозії) відносно швидко (за 1—3 доби) зникають.

Лікування. При гострих травматичних ушкодженнях СОПР, якщо травмуючий чинник походить з порожнини рота, треба оглянути зубні ряди і з метою профілактики хронічної травми провести лікування карієсу та його ускладнень, відновивши анатомічну форму коронки ураженого зуба чи просто зішліфувавши його гострий край.

Неглибокі ушкодження СО досить обробити антисептичними засобами (фурацилін, етоній, перекис водню та ін.) та призначити полоскання ротової порожнини штучним лізоцимом, розчином калію перманганату, напаром листків шавлії, цитралем, а за наявності ерозій — додати апікації з кератопластичними засобами (сік каланхое, ектерицид, олійний розчин ретинолу та ін.).

При глибоких травматичних виразках, якщо вони ще не ускладнені вторинною інфекцією, після їх оброблення накладають шви. Якщо ж виразки уже покриті нальотом, мають інфільтрат, то перебіг їх затягується. В такому разі для лікування застосовують протеолітичні ферменти у поєднанні з антисептичними засобами або антибіотиками, а з появою чистих грануляцій — препарати, що поліпшують репаративні властивості тканин (метацил, піримідант, солкосерил та кератопластичні засоби).

Хронічна механічна травма (trauma mechanicum chronicum) СО трапляється досить часто. Вона буває спричинена гострими краями зубів при ураженні їх карієсом чи патологічною стертістю, відсутністю зубів та порушенням прикусу, неякісно виготовленими протезами, ортодонтичними апаратами, зубним каменем, поганими звичками тощо.

На дію цих факторів СОПР може відреагувати зміною кольору (гіперемія — катаральне запалення), порушенням цілісності (ерозії, виразки), проліферативними явищами і розростаннями (гіпертрофія ясенних сосочків, папіломатоз), посиленням зроговінням (лейкоплакія) або їх комбінаціями. Такі порушення можуть інколи не турбувати хворих, але більшість із них скаржаться на відчуття дискомфорту й болю, припухлість, часте прикушування чи наявність задоволеної виразки.

При хронічній механічній травмі спочатку виникають застійна гіперемія, набряк, на місці яких може з'явитися ерозія, а потім і виразка, яку називають декубітальною. Локалізується така виразка в основному на язиці та на губах і щоках по лінії змикання зубів, а також у межах протезного поля. Як правило, вона поодинокі, болюча, оточена запальним інфільтратом; дно її вкрите фібринозним нальотом. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації. При тривалому перебігу краї виразки і її основа ущільнюються, можлива малігнізація.

Серед чинників, які можуть викликати подразнення і ушкодження СОПР, слід виділити протези. Пластинковий протез передає жувальний тиск на СО, затримує самоочищення порожнини рота, що призводить до порушення сталої рівноваги між різними видами мікроорганізмів, змінює аналізаторну функцію рецепторів СО. Ці зміни нерідко є пусковим моментом Для розвитку патології СО та нейростоматологічних захворювань або загострень хронічних вогнищ, що перебували в стадії ремісії Виникнення запалення СО під протезом слід пов'язувати з дією мінімум двох факторів — травматичного і токсико-алергічного.

Запалення буває вогнищевим і дифузним. Воно супроводжується набряком і гіперемією СО. на фоні яких можуть спостерігатися крововиливи, ерозії і гіперплазія СО у вигляді зернистості. Крім того, можливий проліферативний процес на місці травмування краєм протезу СО по перехідній складці

В осіб, яким властива звичка кусати чи смоктати губи, язик, щоки. СО (в основному по лінії змикання зубів) набуває своєрідного вигляду. Вона набрякла, з білуватою мацерованою поверхнею у вигляді плям чи великих нечітко обмежених ділянок або бахромчаста (немов поїдена міллю) через безліч дрібних клаптиків нерівномірно скушеного епітелію (мал. 11). Здебільшого ураження має безсимптомний перебіг, проте у разі глибокого скушування утворюються ерозії, які супроводжуються болем при дії хімічних подразників.

Диференціальна діагностика. Хронічну травму при звичці закушувати СО треба диференціювати від кандидозу (відсутність грибів при цитологічному дослідженні), білого губчастого невусу Кеннона (проявляється ще з раннього дитинства і з роками прогресує; СО щік виглядає потовщеною, з глибокими складками, губчаста). Припинення кусання СО зумовлює спонтанне одужання.

Травматичну виразку слід відрізнити від ракових, трофічних виразок, міліарно-виразкового туберкульозу, твердого шанкеру.

Для травматичної виразки характерні наявність подразнювального чинника, болючість ділянки ураження, існування запального інфільтрату, відсутність специфічних змін при цитологічному дослідженні. Усунення травмуючого чинника, як правило, за 5—6 днів приводить до її загоювання

Ракова виразка відрізняється від травматичної більшою щільністю країв і основи, наявністю розростання по краях, інколи їх зроговінням. Після усунення подразника загоєння не відбувається. Вирішальним у діагностиці є проведення цитологічного чи гістологічного дослідження. При ракових виразках виявляють атипові клітини з характерним для них клітинним і ядерним поліморфізмом. При цьому визначають порушення ядерно-цитоплазматичного співвідношення за рахунок збільшення ядра, багатоядерні клітини з ядрами різної, часто неправильної форми, а також голі ядра, неправильні мітози, явища автофагії.

Виразкові ураження СОПР при міліарно-виразковому туберкульозі характеризуються болючістю, підритими краями, дно їх зернисте, жовтувате. Вони не епітелізуються після усунення подразника.

При цитологічному дослідженні виявляють епітеліоїдні клітини і гігантські клітини Лангганса, при бактеріоскопічному дослідженні — мікобактерії туберкульозу.

Твердий шанкер (виразкова форма) відрізняється від травматичної виразки наявністю щільного інфільтрату, що оточує виразку, рівними краями, гладеньким дном м'ясо-червоного кольору. Ото-

чуюча його СО без змін. Регіонарні лімфовузли збільшені, не болючі, ущільнені (склероаденіт). Діагноз уточнюють знаходженням блідої трепонеми у виділеннях виразки. Реакція Вассермана стає позитивною через 3 тиж після виникнення твердого шанкеру.

Усунення травмуючого чинника, якщо такий існує, суттєво не впливає на перебіг твердого шанкеру. Трофічна виразка відрізняється від травматичної тривалим існуванням, млявим перебігом, маловираженими ознаками за палення, наявністю у хворого загальних захворювань (найчастіше серцево-судинної системи). Усунення передбачуваного травмуючого чинника не зумовлює швидкого загоєння виразки.

Лікування хронічних травматичних ушкоджень СОПР передбачає обов'язкове усунення травмуючого агента, оброблення виразки і порожнини рота розчинами антисептиків (перманганату калію 1:5000, перекису водню, фурациліну 1:5000, етонію та ін.). За наявності некротизованих тканин їх видаляють механічно під анестезією або з допомогою протеолітичних ферментів. Чисті ерозії і виразки обробляють препаратами, що посилюють епітелізацію (олії шипшини, обліпихи, олійний розчин ретинолу, солкосерил, метацил, сік каланхое тощо).

Профілактика травматичних ушкоджень полягає в усуненні всіх подразнювальних чинників у порожнині рота і її своєчасній санації.

ФІЗИЧНА ТРАВМА

Фізична травма (trauma physicum) є досить частим ураженням СОПР. Найпоширенішими серед уражень СОПР, які спричинені фізичними факторами, є термічні (вплив високих та низьких температур), ураження електричним струмом (опіки, гальваноз) та променеві ураження (при локальному впливі великих доз іонізуючого випромінювання).

Термічні ураження виникають унаслідок дії на СО високих (опіки) або низьких (обмороження) температур. Опіки СО можуть бути спричинені гарячою їжею, паром, гарячими предметами, вогнем, гарячим повітрям. Під дією гарячої води чи пари розвивається гострий катаральний стоматит, який супроводжується болем. СО стає різко гіперемійованою, відзначається мацерація епітелію. При сильному опіку епітелій злущується великими шарами або виникають пухирі, на місці яких утворюються поширені поверхневі виразки чи ерозії. Приседнання вторинної інфекції та дія місцевих подразнювальних чинників ускладнюють перебіг стоматиту і сповільнюють епітелізацію ділянок ураження.

Лікування. Ділянку опіку СО треба знеболити, застосувавши місцевоанестезуючі засоби. Після цього проводять антисептичне оброблення, призначають обволікаючі та протизапальні препарати у поєднанні з протимікробними засобами. У фазі дегідратації використовують кератопластичні засоби.

З впливом низьких і наднизьких температур на СОПР лікар зустрічається в основному при кріотерапії різних уражень СО та пародонта. При цьому в осередку кріовтручання одразу виникає різке локальне катаральне запалення, яке за 1—2 доби переходить у некроз (мал. 12). У післяопераційний період з перших годин після кріодеструкції призначають ротові ванночки чи полоскання антисептичними засобами, а з розвитком кріонекрозу проводять лікування, як при виразково-некротичному стоматиті.

Електротравма СО часто буває пов'язана з електролікуванням (гальванізація, електрофорез) або розвитком гальванізму в ротовій порожнині.

Гальванічний опік утворюється на місці контакту активного електрода із СО в разі порушення методики проведення електрофорезу чи гальванізації. Осередок ураження нагадує форму електрода і має білувато-сіру болісну поверхню. Згодом на ній утворюється майже суцільна болісна ерозія, яка оточена реактивним запаленням прилеглих тканин і супроводжується болісною реакцією регіонарних лімфовузлів.

Гальванізм та гальваноз. Ці несприятливі явища спостерігаються в порожнині рота у зв'язку із наявністю у ній різнойменних металів.

Гальванізм — це виникнення реєстрованих електропотенціалів у порожнині рота за наявності металевих включень, без виражених суб'єктивних і об'єктивних ознак.

Гальваноз — патологічні зміни місцевого і загального характеру, що з'являються унаслідок електрохімічної взаємодії між металевими включеннями у порожнині рота.

Наявність різномірних металевих включень сприяє виникненню електрохімічних реакцій, появи значних катодних і анодних ділянок та накопиченню електрорушійної сили на межі металу і ротової рідини, що забезпечує виникнення гальванічних пар. Катодні й анодні ділянки можуть мігрувати

по поверхні металевого зубного протезу, періодично накопичуючи заряд і розряджаючись Електрохімічні процеси посилюють корозію металів. Припої паяних конструкцій протезів мають значну пористість та темний колір поверхні за рахунок корозії і утворення оксидів металів, які постійно розчиняються у ротовій рідині.

Значний вміст іонів металів у ротовій рідині зумовлює їх накопичення в СО м'яких тканинах порожнини рота, кістках щелеп та постійне надходження в травний канал, що веде до їх поширення, по всьому організму і виникнення сенсibiliзації до металів.

При гальванозі хворі скаржаться на металічний присмак у роті, спотворення смакових відчуттів, печіння чи пощипування, біль у язиці, щоках, сухість або гіперсалівацію, легку подразливість, біль голови, слабкість. Ці ознаки більшою мірою виражені вранці, причому ступінь суб'єктивного відчуття може не залежати від різниці потенціалів, а визначатися загальним станом організму, його індивідуальною чутливістю до гальванічного струму.

Клінічні прояви гальванозу СО залежать від сили струму, часу його впливу та індивідуальної чутливості тканин. Гальванічні струми можуть викликати гіперкератоз або опіки окремих ділянок СО, які клінічно проявляються катаральним чи ерозивно-виразковим ураженням. Осередки ураження при гальванозі частіше з'являються на кінчику, бічних і нижній поверхнях язика, значно рідше — на щоках (по лінії змикання зубів), губах, піднебінні.

При катаральному ураженні виникають яскрава гіперемія, набряк та печіння. Вогнища запалення чітко відмежовані від незміненої поверхні СО.

Ерозивно-виразкова форма електрогальванічного стоматиту трапляється рідко, характеризується вогнищевим або дифузним запаленням СО з утворенням поодиноких чи множинних ерозій (інколи — виразок або пухирів), покритих білувато-сірим нальотом.

Діагностика. Для встановлення діагнозу «гальваноз» необхідна наявність принаймні 5 критеріїв:

1. Скарги хворого на металічний присмак у роті.
2. Більша виразність суб'єктивних симптомів уранці і збереження їх протягом дня.
3. Наявність у порожнині рота 2 металевих включень і більше.
4. Визначення реєстрація) різниці потенціалів між металевими включеннями. Поліпшення самопочуття хворого після видалення протезів з порожнини рота.

Лікування. Етіотропна терапія гальванозу СО зводиться до видалення з порожнини рота протезів та пломб із неоднорідних металів. Крім того, при ураженнях СО катарального характеру в ранніх стадіях застосовують інгібітори протеаз, протизапальні та антисептичні засоби. Осередок ураження обробляють 5% розчином унітіолу. Гальванічні опіки, які перебігають з ерозіями, виразками, пухирями і супроводжуються вираженою болісністю, обробляють антисептичними засобами у поєднанні з місцевоанестезуючими речовинами, 4—10% олійними розчинами анестетика, 10% спиртовим розчином прополісу з гліцерином (1:1), 20—40% розчином ДМСО. Знеболювальний протизапальний ефект дають настої подорожника, деревію, зеленого чаю, листків кропиви.

Для поліпшення епітелізації ділянок уражень застосовують солкосерил (мазь, желе), ербісол, вінілін, протиопікову рідину тощо.

Ураження слизової оболонки порожнини рота при променевої терапії новоутворень щелепно-лицевої ділянки

Під час проведення променевої терапії новоутворень щелепно-лицевої ділянки під вплив опромінювання потрапляють і неуразені ділянки СО. Реакції різних зон СОПР на опромінення не є тотожними. Притаманні їм певні клінічні особливості залежать від виду променевої терапії, одноразової і сумарної дози опромінення, радіочутливості тканин та стану порожнини рота до початку опромінювання.

Перші клінічні ознаки порушення стану СО з'являються на ділянках, що покриті незроговілим епітелієм: гіперемія, набряк, які збільшуються з підвищенням дози опромінювання. Надалі, внаслідок посиленого зроговіння СО, вона мутніє, втрачає блиск, ущільнюється, стає складчастою. При подальшому опромінюванні відбувається вогнищеве відторгнення зроговілого епітелію, а відтак з'являються ерозії, покриті клейким некротичним нальотом. Якщо некроз поширюється на прилеглі ділянки, то ерозії зливаються і виникає зливний плівчастий радіомукозит. Особливо чутлива до опромінення СО м'якого піднебіння: тут радіомукозит виникає відразу, без фази зроговіння. У ділянках СО, які в нормі вкриті зроговілим епітелієм, відзначаються лише осередкова десквамація епітелію або поодинокі ерозії.

Надалі розвиток процесу ускладнюється ураженням слинних залоз, епітелій яких дуже чутливий до опромінення. В перші 3—5 діб слиновиділення може бути посиленим, а потім швидко настає стійка гіпосалівація. Через 12—14 діб розвивається ксеростомія, яка супроводжується дисфагією та спотворенням і втратою смакового відчуття. Пізніше з'являються гіперемія кінчика та бічних поверхо́нь язика і атрофія його сосочків.

Променеві зміни у порожнині рота значною мірою оборотні. За 2—3 тижні після припинення опромінювання стан СО повертається до відносної норми. Однак при великій поглинутій дозі (5000—6000 рад) можуть виникнути необоротні зміни в слинних залозах і СО (гіперемія, атрофія, променеві виразки).

У профілактиці променевих реакцій важливе значення має санація порожнини рота. Її слід проводити у такій послідовності:

- 1) не пізніше ніж за 3—5 діб до променевої терапії видалення розхитаних і зруйнованих зубів з хронічними вогнищами в періодонті з наступним накладанням швів;
- 2) видалення над- і під'ясенного зубного каменю, кюретаж пародонтальних кишень;
- 3) пломбування всіх каріозних порожнин цементом або пластмасою. При цьому необхідно зняти металеві протези та пломби з амальгами або виготовити на зубні ряди гумові чи пластмасові захисні капи зовтовшки 2—3 мм і накладати їх безпосередньо перед сеансом променевої терапії. Замість кап можна використовувати тампони, просочені вазеліновою олією чи новокаїном. Безпосередньо перед опромінюванням СО зрощують розчином адреналіну в ізотонічному розчині натрію хлориду (2:100) або адреналін вводять під шкіру, а СО обробляють преднізолоном.

При початкових проявах променевої реакції рекомендується обробляти СО і ясна 4—5 разів на добу слабкими розчинами антисептичних засобів (1% розчин перекису водню, фурацилін 1:5000, 2% розчин борної кислоти та ін.). У розпал променевої реакції для знеболювання застосовують 1% розчин новокаїну чи тримекаїну, 1% розчин дикаїну, 10% олійну емульсію анестезину; пародонтальні кишені промивають теплим розчином антисептичних засобів, проводять аплікації ферментів з антибіотиками, а потім СО обробляють 1% спиртовим розчином цитралю на персиковій олії, олією шипшини або обліпихи. У цей час протипоказані видалення зубів, зубного каменю і кюретаж пародонтальних кишень.

Терапія постпроменевих реакцій і ускладнень спрямована на підвищення опірності організму, зменшення проникності тканин, а також усунення чинників, які негативно впливають на СОПР

Призначають рутин, нікотинову кислоту, ціанокобаламін, аевіт. препарати кальцію, галаскорбін. Відносна нормалізація СОПР настає за 2—3 міс.

ХІМІЧНА ТРАВМА

Хімічне ушкодження (trauma chymicum) виникає при потраплянні на СО хімічних речовин. Воно може бути гострим і хронічним. Гостре хімічне ушкодження виникає у разі потрапляння на СО хімічних речовин досить високої концентрації. Найчастіше це буває при помилковому застосуванні їх у побуті, на виробництві; при спробі самогубства, під час прийому у стоматолога

Опіки СО можуть виникнути при контакті з кислотами, лугами, застосуванні миш'якової паст, фенолу, формаліну, формалін-резорцинової суміші, нітрату срібла. Клінічна картина ураження (гіперемія, набряк, ерозія, некроз, виразка) залежить від характеру хімічної речовини, її кількості, концентрації та часу дії.

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

Опик 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 вельми болючі ерозивні чи виразкові поверхні, які загоюються дуже повільно.

Лікування. Передусім необхідно швидко видалити ушкоджуючу хімічну речовину і промити порожнину рота слабким розчином нейтралізуючої речовини. Якщо опік спричинений кислотами, то використовують мильну воду, 1% вапняну воду, палену магнезію (оксид магнію), 0,1% розчин аміаку, або нашатирного спирту (15 крапель на 1 склянку води). Луги нейтралізують 0,5% розчином оцтової або лимонної кислоти, а також 0,1% розчином хлористоводневої кислоти (10 крапель на 1 склянку води), чим зупиняють подальше проникнення хімічної речовини в тканини

Щоб зменшити всмоктування концентрованих розчинів нітрату срібла, вживають 2—3% розчин натрію хлориду або розчин Люголя, при цьому утворюються нерозчинні сполуки срібла. При ураженні фенолом СО обробляють рициновою олією або 50% етиловим спиртом. Подальше лікування хворих з хімічними опіками проводять за зразком терапії гострого неспецифічного запального процесу: знеболювальні засоби, слабкі розчини антисептичних препаратів у вигляді ротових ванночок, полоскань, а також засоби, що прискорюють епітелізацію (1% розчин цитралю на персиковій олії, метилурацилова мазь, ретинол, токоферол, цигерол).

Інтерн повинен знати:

1. Етіологію, патогенез травматичних уражень СОПР.
2. Клінічні прояви травматичних уражень СОПР.
3. Діагностику, диф. діагностику і лікування травматичних уражень.

Інтерн повинен вміти:

1. Діагностувати травматичні ураження в порожнині рота.
2. Проводити диференціальну діагностику різних видів травматичних уражень СОПР з іншими травматичними ураженнями.
3. Проводити лікування і заходи профілактики травматичних уражень СОПР.

Самоконтроль знань і умінь по темі і контроль кінцевого рівня знань

Завдання № 1.

Хворий Н., 68 років, звернулася з скаргами на дискомфорт в нижній щелепі зліва, неможливість жування, викликану больовими відчуттями під пластинчастим протезом нижньої щелепи. Час появи симптомів пов'язує з виготовленням протеза 1,5 мес тому.

Об'єктивно: альвеолярний гребінь і перехідна складка на нижній щелепі зліва гіперемійовані, набряклі. У центральній частині гіперемійованої ділянки виразка 0,5-2 см, з щільними краями, вкрита сіруватим нальотом, болюча при пальпації. Локалізація виразки співпадає з краєм протеза. Підщелепні лімфовузли зліва збільшені, болючі при пальпації.

1. *Перерахуйте захворювання, з якими необхідно провести диференціальну діагностику.*
2. *Поставте найбільш вірогідний діагноз.*
3. *Які додаткові методи обстеження треба застосувати для забезпечення повної диференціальної діагностики?*
4. *Складіть схему місцевого лікування діагностованого захворювання.*

Еталон відповіді:

1. а) ракова виразка;
б) трофічна виразка;
в) міліарно-виразковий туберкульоз;
г) сифілітична виразка (твердий шанкр);
д) виразково-некротичний стоматит Венсана;
е) лейкоз.
2. Травматична (декубітальна) виразка.
3. а) бактеріологічний;
б) цитологічний;
в) біопсію;
г) загальний аналіз крові;
д) серологічні реакції на сифіліс.
4. Усунення травмуючого чинника (корекція протеза). Знеболення. Антисептична обробка. Кератопластичні засоби.

Завдання № 2.

Хворого До., 58 років, турбує відчуття стягнутості і шорсткості в кутках рота з внутрішньої сторони. Вперше напруженість в кутках рота відчув близько року тому. Не лікувався. Палить не менше пачки сигарет в день.

Об'єктивно: на слизовій оболонці щік біля кутів рота видно ділянки трикутної форми, білувато-перламутового кольору, що підносяться над рельєфом слизової оболонки, щільні при пальпації, з горбистою поверхнею. Навколишня слизова оболонка без змін.

1. *Про які захворювання слід подумати в першу чергу, аналізуючи умови завдання?*
2. *Грунтуючись на клінічних даних, поставте найбільш вірогідний діагноз.*
3. *Виберіть з умов завдання дані для підтвердження поставленого діагнозу.*

4. Які причинні чинники могли сприяти виникненню захворювання?

5. Перерахуйте методи лікування діагностованого захворювання.

Еталон відповіді:

1.а) веррукозна лейкоплакія;

б) екзофітний рак;

в) червоний плоский лишай.

2. Веррукозна лейкоплакія.

3. Шкідливі звички: хворий інтенсивно палить. Локалізація патологічних елементів в кутках рота, їх форма. Щільна, горбиста поверхня уражених ділянок. Білувато-перламутровий колір поразок.

4. Інтенсивне куріння.

5. Відмова від куріння. Санація порожнини рота, усунення травмуючих чинників. Консервативне лікування протягом 2 тижнів (кератолітичні і кератопластичні препарати). Хірургічне лікування (видалення або кріодеструкція ділянок гіперкератозу).

Завдання для самостійної роботи.

Реферат на тему: «Хірургічні методи лікування передракових форм лейкоплакії».