

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

“Затверджено”
на методичній нараді
кафедри стоматології
дитячого віку
завідувач кафедри
Микола ДМІТРІЄВ
«29» серпня 2023 р



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Тема: Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких системних і специфічних хворобах

Вінниця 2023

Актуальність теми заняття

Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит – це хронічна запальна хвороба слизової оболонки порожнини рота, яка характеризується рецидивуючим висипанням афт, тривалим перебігом із періодичними загостреннями. Ця хвороба уражує 20% населення і складає 90% усіх виразок на СОПР. Ведучу роль в патогенезі цього захворювання надається інфекційноалергічному фактору. Спостерігається зміна реактивності організму, його сенсibiliзація, яка проявляється у підвищеній чутливості до протей, стафілококу, стрептококу, кишкової палички. Не малу частку у виникненні цього захворювання надають провокуючим факторам: погане харчування, функціональні порушення центральної і вегетативної нервової системи, прийом різних лікарських засобів, хронічні соматичні захворювання, гіпо – та авітамінози, а також локальна інфекція.

2. Конкретні цілі:

- 1.Знати етіологію, патогенез та клініку хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту та синдрому Бехчета.
- 2.Знати зміни СОПР при цих захворюваннях.
- 3.Знати методи лабораторних досліджень хворих на хронічний рецидивуючий афтозний стоматити і синдром Бехчета.
4. Вміти скласти план обстеження тематичного хворого.
- 5.Вміти скласти план місцевого та загального лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту і синдрому Бехчета.
- 6.Вміти провести терапевтичні стоматологічні маніпуляції в порожнині рота при даній патології, обґрунтовано вибравши лікарські препарати.
- 7.Вміти записати в медичній картці проведені лікувальні маніпуляції, виписати рецепти на препарати; скласти план профілактичних заходів.

3. Матеріали доаудиторної самостійної роботи

3.1 Базові знання, навички, вміння необхідні для вивчення теми

Вивчити етіологію, клініку, діагностику та лікування хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту та особливості клінічних проявів в порожнині рота при захворюваннях травного каналу та ендокринної системи у дітей.

Гістологія:Знати будову пародонту та СОПР

Патологічна фізіологія :Знати ланки патогенезу патологічних процесів, які виникають на СОПР при запальних та алергічних реакціях

Патоморфологія :Знати патологічні процеси на СОПР при запальних та алергічних реакціях

Пропедевтика терапевтичної стоматології: Знати методи обстеження стоматологічних хворих

Внутрішні хвороби: Знати показники загального і біохімічного аналізів крові в нормі.

Вміти: виписати направлення в лабораторію з метою диференціальної діагностики і верифікації діагнозу, розшифрувати результати

3.2 Зміст теми заняття:

Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит - хронічне захворювання СОПР, для якого характерна поява афт, з періодичними ремісіями і загостренням. Серед етіологічних чинників ХРАС виділяють наступні: захворювання шлунково-кишкового тракту, що викликає сенсibiлізацію організму (папіломатоз СОПР ШКТ, спайкові процеси, закрепи, лямбліоз, глисна інвазія); віруси; гіповітаміноз В1, В12, С; патологія ендокринної системи; порушення клітинного і гуморального імунітету (місцевого і загального); нейродистрофічні впливи. При ХРАС змінюється неспецифічна резистентність організму, внаслідок цього змінюється функціональна активність антитіл, що призводить до зсуву кількісного складу мікрофлори ротової порожнини: з'являються кишкові палички, гриби та їх асоціації з стрептококами і стафілококами. Це сприяє пригніченню факторів імунного захисту, розвитку виразкування, гіперчутливості сповільненого типу до бактеріальних і тканинних антигенів. Антитіла в силу своєї компетентності атакують епітеліальні клітини, які за своєю антигенною структурою схожі з деякими бактеріями і внаслідок цього на СОПР з'являються афти. Первинним елементом ураження при ХРАС є пляма рожевого чи білого кольору округлої форми, яка не піднімається над рівнем СОПР, вродовж 1-5 годин пляма переходить в афту. Афта болюча, круглої або овальної форми, покрита фібринозним сіро-білим нальотом, що важко знімається, при знятті нальоту ерозивна поверхня кровоточить.

Розрізняють три види афт: хронічна рецидивуюча афта Микулича загоюється без рубця;

афта Сеттона загоюється тижнями, залишає після себе рубець; герпетичне виразкування

Куке, що характеризується появою великої кількості точкових афт на будь-якій ділянці СОПР.

Улюбленою локалізацією афт у дітей є передній відділ ротової порожнини, слизова оболонка губ, перехідна згортка верхньої і нижньої губи, кінчик і бічні поверхні переднього відділу язика, рідше – дно порожнини рота.

За ступенем важкості виділяють три форми ХРАС: легку, середньоважку, важку.

За клінічним перебігом І.А.Рабинович запропонував наступну класифікацію даного захворювання:

фібринозна – характеризується появою 3-5 афт і епітелізацією їх протягом 7-10 днів; некротична – характеризується первинною деструкцією епітелію і появою некротичного нальоту;

гландулярна – характеризується первинним ураженням протоку слинної залози, в зв'язку з цим знижується її функціональна активність; деформуюча – характеризується утворенням рубців на місці афтозних елементів, що змінює рельєф і конфігурацію слизової.

Диференційну діагностику ХРАС проводять з хронічним рецидивуючим герпетичним стоматитом, БЕЕ, хронічними травматичними ураженнями СОПР, вторинним сифілісом, медикаментозним стоматитом, виразково-некротичним гінгіво-стоматитом Венсана, синдромом Бехчета.

Для постановки діагнозу ХРАС необхідне анамнестичне, стоматологічне, копрологічне обстеження, що проводиться разом з педіатром та гастроентерологом. Завдання стоматолога полягає у визначенні ступеня важкості і характеру порушення патології органів травлення. При стоматологічному огляді виявляються афти і оцінюється перший етап травлення – функція відкушування і пережовування їжі. З цією метою стоматолог повинен встановити стан прикусу, вияснити тривалість прийому їжі, чи не запиває дитина їжу водою (ознака лінивого жування).

Копрологічне обстеження буде свідчити про завершеність перетравлювання основних інгредієнтів їжі: білків, жирів, вуглеводів. Перший етап загального лікування ХРАС передбачає регуляцію моторної діяльності кишечника і усунення закрепів, лікування дисбактеріозу кишечника, а також при потребі – дегельмінтизація. Місцеве лікування включає знеболення, антисептичну обробку, застосування кератопластиків (вітаміну А, ретинолу, масло обліпихи, каротоліну, мазі і гелю солкосерилу).

Дітей з ХРАС необхідно брати на диспансерне спостереження: при легкій формі огляд проводиться один раз на рік, при важкій – два рази на рік. Рекомендовано вести харчовий щоденник і щоденник рецидиву афт.

Лікування ХРАС проводимо обов'язково сумісно з педіатром гастроентерологом.

Для синдрому Бехчета характерна тріада симптомів: рецидивуюче ураження слизової оболонки порожнини рота, очей та статевих органів.

Хворіють переважно діти і підлітки. Ураження слизової оболонки подібні до уражень при хронічному рецидивуючому афтозному стоматиті (ХРАС). Афти можуть бути локалізовані також на слизовій оболонці статевих органів, кон'юктиви. Захворювання має рецидивуючий перебіг, супроводжується високою температурою та інтоксикацією. Характерним може бути ураження очей (рецидивуючий гіпопіон – ірит або іридоцикліт), яке призводить до втрати зору. Частими є висипання на шкірі типу вузлової еритеми, піодермії, тромбофлебії на руках та ногах, ураження ЦНС, що в літературі зустрічається під назвою «великого афтозу Турена». У залежності від переваг тих чи інших симптомів синдром Бехчета поділяється на типи:

- слизово-шкірна форма;
- класична форма з ураженням шкіри оральної та генітальної ділянки кон'юнктиви;
- суглобова форма – артрит в поєднанні з шкірно-слизовими ураженнями;

- неврологічна форма;

- очна форма – увеїти та ураження оральної та генітальної ділянок.

При діагностиці синдрому Бехчета, як і інших алергічних захворювань, значення має алергологічний анамнез. Окрім того, використовуються специфічні і неспецифічні тести,

зокрема шкірні алергічні проби (аплікаційні, скарифікаційні внутрішньошкірні) та пробіркові реакції. Лікарі-інтерни проводять диференційну діагностику синдромів алергічного походження з іншими захворюваннями слизової оболонки порожнини рота.

У зв'язку з важким клінічним перебігом синдрому Бехчета пацієнти лікуються в умовах

стаціонару. Стоматологи проводять симптоматичне лікування.

Загальне лікування передбачає призначення:

- антигістамінних препаратів (тавегіл, кларетин);
- нестероїдних протизапальних препаратів (мефенамінова кислота, ібупрофен, ефералган);
- стероїдних протизапальних засобів (преднізолон, дексаметазон);
- антибіотиків (препаратів пеніцилінового та цефалоспоринового ряду);
- дезінтоксикаційної терапії (активованого вугілля, «Ентеросгеля»);
- вітамінних препаратів (групи В, аскорбінової кислоти);
- корекцію харчування.

Місцеве лікування включає:

- аплікаційне знеболювання;
- антисептичну обробку порожнини рота;
- використання протеолітичних ферментів (трипсину, хемотрипсину);
- протизапальних засобів (гелю «Флуцінар», мазі «Ауробін»);
- кератопластичну терапію (обліпихова олія, олія шипшини, каратолін, мазь

«Солкосерил»).

Після усунення гострих проявів доцільно провести специфічну алергодіагностику та десенсибілізацію організму, санувати вогнища хронічної інфекції, відновити імунологічну реактивність. Необхідно максимально обмежити контакт з побутовими алергенами, пилом рослин, домашніми тваринами, заміну медикаментів, що можуть викликати алергічну реакцію.

Організм дитини – це єдиний механізм, в якому фізіологічні і патологічні процеси тісно взаємопов'язані. Анатомо-фізіологічні особливості слизової оболонки ротової порожнини та внутрішніх органів мають багато спільного, що забезпечує їм взаємозв'язок та взаємозалежність. Тканини ротової порожнини особливо чутливі до порушень метаболізму, перебіг яких

в значній мірі залежить від функцій ендокринних залоз та стану органів травного каналу. Стоматологічні прояви деяких захворювань можуть випереджати загальні прояви хвороби, що має особливо важливе значення для діагностики.

Ендокринні залози – це залози внутрішньої секреції, що не мають вивідних проток. Продукти діяльності ендокринних залоз – гормони (біологічно-активні речовини, що виділяються безпосередньо в кров або лімфу). Гормони регулюють процеси розвитку і росту клітин, тканин, органів і цілого організму, контролюють трофічні функції всіх органів і систем.

Гіпофіз. Передня його доля виробляє гормон – соматотропін, що є основним стимулятором гістогенезу зубних тканин. При гіпофункції залози розвивається адипозогенітальна дистрофія та карликовість (нанізм). Для адипозогенітальної дистрофії характерними є затримка росту організму в цілому та сповільнений розвиток зубів. Карликовість проявляється затримкою розвитку всього скелету. При цьому кістки щелеп малих розмірів, знижена еластичність шкіри, наявні променеві зморшки навколо рота. Зуби прорізаються пізно, проте сформовані правильно, мають великі пульпові камери, вторинний дентин утворюється повільно. При гіперфункції гіпофізу розвивається гіпофізарний гігантизм та юнацька акромегалія. Гіпофізарний гігантизм характеризується вираженим прискореним розвитком зубів. Коронки зубів нормальних розмірів, але корені дещо видовжені. Юнацька акромегалія розвивається повільно, непомітно для хворого. Збільшуються скули і нижня щелепа, виникає прогнатія, розширюються міжзубні проміжки. З часом розростаються і м'які тканини (макрохейліт, макроглотит), гіпертрофуються сосочки язика. На спинці язика утворюються складки, борозни. Язик ледве поміщається в роті, слизова оболонка рота щільна, блідо-рожевого кольору, не береться в складку. Гіперплазовані ясна нерідко покривають коронки зубів. Знижується тембр голосу за рахунок розростання язичка і голосових зв'язок. Щитоподібна залоза є одним з основних регуляторів основного обміну. Щитоподібна залоза виробляє йодовані гормони (тироксин і трийодтиронін) та нейодований гормон тирокальцитонін. Останній перешкоджає резорбції кісткової тканини, пригнічуючи діяльність остеокластів та бере участь у регуляції фосфорно-кальцієвого обміну, що відображається на розвитку зубів і лицевого скелету.

При гіпофункції щитоподібної залози (гіпотиреозі) розвивається ендемічний кретинізм та юнацька мікседема. Ендемічний кретинізм у ротовій порожнині проявляється макроглотією, сповільненим розвитком тимчасових і постійних зубів, гіоплазією емалі, схильністю до карієсу, збільшенням розмірів губ, сухістю та тріщинами губ. Іноді відсутні зачатки постійних зубів. При юнацькій мікседемі у дітей прорізування тимчасових зубів, а також період їх зміни сповільнюються. Порушується послідовність прорізування зубів. Структура зубних тканин не змінена. Язик, губи значно збільшені у розмірах, є схильність до їх сухості.

Гіперфункція щитоподібної залози (тиреотоксикоз) характеризується передчасним прорізуванням зубів, схильністю до множинного карієсу у пришийковій ділянці зубів.

Захворювання супроводжується катаральним гінгівітом, стоматитом, глоситом. Відмічається десквамація епітелію язика. Хворі скаржаться на зниження смакових відчуттів та пекучість слизової оболонки. В пубертатний період виникає гіпертрофічний гінгівіт.

Прищитоподібні залози продукують гормон паратиреоїдин (паратгормон, паратирин), який регулює обмін кальцію та рівень неорганічного фосфору. Ці залози відіграють важливу роль у мінералізації твердих тканин зуба.

При гіпофункції спостерігається гіпоплазія емалі постійних різців та перших молярів, можливий розвиток кандидозу слизової оболонки, пародонтиту. З'являється відчуття стягнутості губ, печіння і сухості в роті. Відмічається сухість шкіри, ламкість нігтів, волосся. Виникають приступи тетанії (тонічні судоми при гіпокальціємії), з'являється відчуття оніміння і поколювання язика.

При гіперфункції прищитоподібних залоз спостерігається надлишкове виділення паратгормону. Розвивається хвороба Реклінгхаузена (фіброзна остеодистрофія), при якій відбувається заміна кісткової тканини фіброзною масою. Це генералізована хвороба скелета, в основі якої лежить активація функції остеокластів та пригнічення функції остеобластів. Характерними симптомами є біль у суглобах, розм'якшення кісток, різка деформація скелету. У комірковому відростку – прогресуюча резорбція кісткової тканини з розхитуванням і випадінням зубів. Надниркові залози виділяють цілий ряд гормонів: глікокортикоїди (кортизон, кортикостирон), мінералокортикоїди (альдостерон), статеві гормони (естрадіол, тестостерон) та адреналін і норадреналін. Завдяки цьому надниркові залози беруть активну участь у регуляції вуглеводного, білкового, мінерального та водноелектролітного обмінів. Гіперфункція коркової речовини наднирників проявляється, як хвороба Іценко-Кушинга. Виникає ожиріння обличчя, шиї, грудей, живота. Обличчя стає округлим, щоки вишнево-червоного кольору, надуті. Шкіра суха, утворюються вугрі, фурункули. Слизова оболонка порожнини рота набрякла, наявні відбитки зубів на щоках та язиці. Часто утворюються ерозії та виразки, що довго гояться. Можливе приєднання кандидозу.

При гіпофункції кори наднирників виникає Аддісонова хвороба, яка дітей зустрічається

дуже рідко. Характерною ознакою хвороби є 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, коричнево-червоного кольору. Ці зміни в порожнині рота і на шкірі виникають внаслідок відкладення великої кількості меланіну. Характерні також і загальні симптоми: артеріальна гіпертензія, нудота, блювота, пронос, виснаження. Підшлункова залоза виробляє гормон інсулін, що регулює рівень глюкози в крові. Відсутність утворення інсуліну або

зменшення його кількості призводить до цукрового діабету, при якому збільшується вміст глюкози в крові. Прояви в ротовій порожнині не рідко є першими ознаками хвороби, вираженість яких залежить від ступеня і тривалості цукрового діабету. Раннім симптомом діабету є ксеростомія (сухість у порожнині рота), як наслідок дегідратації організму. Виникає спрага, підвищується апетит, посилюється діурез. Слизова оболонка стає слабо зволоженою або сухою, мутною, зі значним накопиченням нальоту, часто гіперемійованою. Розвивається катаральний гінгівіт, можливі крововиливи і ерозії. Слизова оболонка легко травмується. Інколи виникає солодкуватий присмак у роті. При високому вмісті цукру в крові виникають зміни спинки язика: вона покривається білим нальотом, висихає, утворюються тріщинки. У хворих можливе зниження смакових відчуттів до солоного, солодкого, кислого. Утворюються трофічні виразки з тривалим перебігом і сповільненою регенерацією. Нерідко пацієнти скаржаться на свербіж слизової оболонки, шкіри в ділянці геніталій та інших частинах тіла. Виникає крайовий пародонтит. Спочатку розвивається катаральне запалення, потім утворюються пародонтальні кишені з грануляційною тканиною, альвеолярна кістка розсмоктується. Виникає грибковий стоматит і мікотичні заїди. Різко знижується опірність організму. Стан шлунково-кишкового тракту, функціонування всіх його відділів, відображається на стані слизової оболонки порожнини рота. Типовими проявами патології ШКТ в порожнині рота є зміни язика (наліт на язиці, набряк, десквамація епітелію, зміна сосочкового апарату, порушення смакових відчуттів). Зміна кольору слизової оболонки рота, наявність афт та ерозій, порушене слиновиділення також є проявами розладів шлунково-кишкового тракту.

Хронічний гастрит з підвищеною кислотоутворювальною функцією:

- наявність білувато-жовтого чи сірувато-жовтого нальоту в середній та дистальній ділянках спинки язика;
- гіпертрофія ниткоподібних та грибоподібних сосочків язика;
- набряк язика;
- біль і печучість язика при вживанні їжі;
- катаральний гінгівіт;
- гіперсалівація.

Хронічний гастрит з пониженою кислотоутворювальною функцією:

- наліт на язичку відсутній, поверхня гладка, блискуча, з яскравими, червоними плямами та смугами „лакований” язик;
- атрофія сосочків (атрофічний глосит);
- поколювання, печучість, біль при вживанні їжі;
- десквамація епітелію;
- металевий присмак в роті;
- ксеростомія;

- ангулярний хейліт;
- генералізований гінгівіт (рихлість і кровоточивість ясен).

Виразка шлунку та 12-палої кишки:

- наліт на язика сіруватого кольору щільно прикріплений в ділянці кореня язика;
- ділянки мігруючої десквамації;
- гіпертрофія грибоподібних сосочків у вигляді яскраво-червоних цяток що підвищуються над слизовою;
- зниження смакових відчуттів до солодкої їжі;
- в період загострення хвороби – гіперсалівація;
- мікротріщини, афти і ерозії на пізніх стадіях хвороби та в період загострення.

Хронічний ентерит:

- блідість шкіри і слизової оболонки порожнини рота;
- десквамативний гінгівіт;
- ангулярний хейліт;
- ксеростомія;
- жовтий наліт у дистальних відділах язика переважно зранку;
- притуплення смакових відчуттів натще;
- набряк язика.

Хронічний коліт:

- набряк язика;
- пастозність слизової оболонки порожнини рота і язика;
- десквамація епітелію з утворенням ерозій, крововиливів;
- рецидивуючі афти в порожнині рота;
- хронічний кандидоз у формі хейліту, глоситу, стоматиту;
- притуплення смакових відчуттів натще.

Хронічний гепатит:

- парестезія слизової оболонки язика і порожнини рота;
- гіркота в роті (кислий присмак);
- слизова оболонка піднебіння жовтуватого кольору.

Холецистохолангіт і дискінезія жовчовивідних шляхів:

- жовтуватий відтінок слизової оболонки м'якого піднебіння і піднебінних дужок, рідше – щік;
- жовтуватий наліт на язика;
- посилення капілярного малюнка м'якого піднебіння;
- гіперплазія епітелію кінцевих відділів вивідних протоків малих слинних залоз м'якого піднебіння.

Хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту часто супроводжуються ураженням губ. Відмічається сухість і злучення їх червоної облямівки, утворення вертикальних тріщин. Тріщини, мацерація і злучення епітелію відзначаються також у кутах рота. Причиною цих змін є: - порушення всмоктування вітамінів і їх ендogenous синтезу (особливо групи В) при

дисбактеріозі кишківника;
- посилене руйнування вітамінів В і РР і С при гіпоацидному гастриті;
- порушення обміну вітамінів А, С, РР і каротину при виразковій хворобі 12-палої кишки.

З метою встановлення діагнозу слід чітко зібрати анамнез життя і захворювання, ретельно оглянути слизову оболонку порожнини рота. Провести диференційну діагностику з специфічними та інфекційними захворюваннями, травматичними ураженнями та алергічними станами. Провести додаткові обстеження (аналіз крові, сечі). Скерувати пацієнта до педіатра, гастроентеролога, ендокринолога, які проводять загальне лікування даного захворювання вдома або в умовах стаціонару.

Лікар-стоматолог проводить симптоматичне лікування у період ремісії патологічного процесу.

3.3 Список рекомендованої літератури

- 1.Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубєва І. М. та інш. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книгаплюс», 2018.- 448 с.
2. Моделювання анатомічної форми зубів: підручник / П.С. Фліс, Т.М. Банних, А.М. Бібік, С.Б. Костенко. -2019, 352 с.
3. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. - 2018, 992 с.
- 4.Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. - 2018, 992 с.
5. Рожко М.М., Попович В.Д., Куроедова В.Д. Стоматологія: у 2 книгах. «Медицина», 2018 р., 992 с.
6. Ілько А.А. Анестезіологія, інтенсивна терапія і реаніматологія: навчальний посібник (ВНЗ І-ІІІ р.а.). 2е вид. -2018. – 256 с.
- 7.Малик С.В. Хірургія для стоматологічних факультетів. -Нова книга.-2020. -440 с.
- 8.Профілактика стоматологічних захворювань: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. / Л. Ф. Каськова, Л. І. Амосова, О. О. Карпенко [та ін.]; за ред. проф. Л. Ф. Каськової. — Х.: Факт, 2019. — 392 с.: іл. ISBN 978-966-637-697-1.
- 9.Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Халак Р.О. М 38 Дитяча хірургічна стоматологія: Навчальний посібник. – Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2018. – 92 с.
- 10.Казакова Р.В., Мельник В.С., Горзов Л.Ф. Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології : навч. посіб. / під ред. проф. Р.В. Казакової. – Ужгород : Говерла, 2018. – 128 с.
- 11.Обстеження дітей із хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Затверджено Вченою Радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця як навчальний посібник для студентів, лікарів-інтернів стоматологічного факультету україномовної форми навчання вищих медичних навчальних закладів України

III-IV рівня акредитації, щелепно-лицевих хірургів, хірургів-стоматологів, логопедів та лікарів-ортодонтів (протокол № 13 від 18 червня 2021 року) Автор: Яковенко Л.М., Чехова І.Л., Єфименко В.П. 2022р.

12.Борисенко А. В., Коленко Ю. Г., Мялківський К. О. Мікробна екологія пародонту в осіб молодого віку //Сучасна стоматологія. – 2018. – №. 5. – С. 28-31.9

Додаткова література:

1. Мочалов Ю.О. Перспективи подальшого вдосконалення стоматологічних фотокомпозитних пломбувальних матеріалів. Медична наука та практика: виклики та сьогодення. Зб.тез міжнар.наук.-практ.конф. (м. Львів, 22-23 серпня 2019 р.). - 2019. - С. 39-41.
2. Ашаренкова О.В. Особливості своєчасної діагностики пухлиноподібних новоутворень на альвеолярних паростках щелеп (клінічний випадок) / О.В. Ашаренкова // Науково-практичний журнал Вісник стоматології. - 2020. – Т. 38. - № 4 (113). – С. 60-63.
3. Biloklytska Galyna F. Resources to improve the effectiveness of periodontal treatment in patients with diabetes mellitus / Galyna F. Biloklytska, Svitlana Yu. Viala // Wiadomości Lekarskie. – 2021. - – LXXIV. - ISSUE - 3. – Part – 2.– P. 702 – 708.
4. Kopchak Oksana Improvement of treatment guidelines for patients with gingival fibromatosis considering interdisciplinary approach / Oksana Kopchak, Oleksii Azarov, Svetlana Cherniak, Olha Asharenkova, Karolina Airapetian // Stomatologia Współczesna. - 2021. - Vol. 28. - № 1-2. – P. 21 – 27.

3.4. Матеріали для самоконтролю лікарів-інтернів на доаудиторному етапі:

А. Теоретичні питання для самоконтролю:

1. Етіологія, патогенез та діагностика ХРАС. Елементи ураження.
2. Диференційна діагностика ХРАС з хронічним рецидивуючим герпетичним стоматитом.
3. Диференційна діагностика ХРАС з ББЕ травматичними ураженнями СОПР
4. Лікування і профілактика ХРАС.
5. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика синдрому Бехчета.
6. Схема загального лікування синдрому Бехчета.
7. Місцева терапія синдрому Бехчета.
8. Диференційна діагностика синдромів алергічного походження від інших захворювань

СОПР

9. Гіпофункція та гіперфункція гіпофізу. Основні клінічні прояви в порожнині рота.
10. Прояви в порожнині рота при хворобах щитоподібної та прищитоподібної залоз.
11. Прояви в порожнині рота при хворобі Іценко-Кушинга.
12. Основні симптоми Аддісонової хвороби в ротовій порожнині.
13. Назвати основні симптоми, що проявляються в ротовій порожнині при ЦД.
14. Назвати основні зміни при захворюваннях шлунково-кишкового тракту.
15. Провести диференційну діагностику змін в порожнині рота при хронічних гастритах.
16. Особливості змін СОПР при патології печінки та дискінезії жовчовивідних шляхів.
17. Тактика лікаря-стоматолога при лікуванні проявів на СОПР при захворюваннях ШКТ та ендокринної системи.

В. Задачі для самоконтролю:

1. Дитина 12 років звернулась до лікаря зі скаргами на біль при жуванні. Зі слів матері у дитини раз в півроку, а іноді і частіше, з'являються «виразки» в різноманітних ділянках слизової оболонки порожнини рота, які самовільно загоюються за 7-10 днів. Хлопчик погано їсть, скаржиться на періодичний біль в живота, часті закрепи. Дитина знаходиться на диспансерному спостереженні у гастроентеролога. Об'єктивно: на слизовій оболонці щік, губ - дрібні овальні форми ерозії, оточені ободком гіперемії, покриті фібринозним нальотом. Визначте діагноз.

- A. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.
- B. Гострий герпетичний стоматит.
- C. Рецидивуючий герпетичний стоматит.
- D. Багатоформна ексудативна еритема.
- E. Гострі респіраторні вірусні інфекції.

2. Дівчинка 12 років скаржиться на наявність виразок та біль в ротовій порожнині, особливо під час вживання їжі. Об'єктивно: на перехідній складці слизової оболонки в ділянці фронтальних зубів нижньої щелепи виявлено 3 афти розміром 5 мм, вкриті жовтуватим нальотом, оточені запаленою облямівкою червоного кольору, різко болючі. Встановлено діагноз: хронічний рецидивуючий афтозний стоматит. Препарати якої групи слід призначити дитині до обстеження

в алерголога для загального лікування?

- A. Гіпосенсибілізує.
- B. Протівірусні.
- C. Протигрибкові.
- D. Нестероїдні протизапальні.
- E. Антибіотики.

3. Пацієнт 14 років знаходиться на лікуванні в стаціонарі з приводу загострення хронічного коліту. Об'єктивно: в порожнині рота 4 круглих ерозії з ділянкою гіперемії на боковій поверхні язика і перехідній складці в області 45 зуба. Які препарати слід застосувати для лікування даних елементів е перше відвідування лікарем стоматологом?

- A. Знеболювальні, антисептики.
- B. Знеболювальні, протівірусні.
- C. Знеболювальні, протигрибкові.
- D. Знеболювальні, антибіотики.
- E. Кератопластики.

4. Батьки дитини 8 років скаржаться на наявність у неї в порожнині рота болючого утвору, що перешкоджає прийому їжі. Схожі скарги спостерігались 2 роки тому. На боковій поверхні язика виявлена ерозія розміром до 0,6 см овальної форми, покрита нальотом сіро-жовтого кольору, оточена гіперемованою смужкою, болюча при пальпації. Порожнина рота санована. В анамнезі у дитини – хронічний холецистохолангіт. Встановіть діагноз.

- A. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.
- B. Травматична ерозія.
- C. Багатоформна ексудативна еритема.
- D. Синдром Бехчета.
- E. Синдром Стівенса – Джонсона.

5. Дитина 15 років скаржиться на болючі ерозії в порожнині рота, які виникають і зникають протягом кількох діб, а через 3-4 місяці з'являються знову. Об'єктивно: на слизовій оболонці нижньої губи виявлено ерозією округлої форми розміром 6,5мм з чіткими краями, оточену обідком гіперемії з рівною поверхнею, вкриту сіруватим нальотом, при дотику різко болючу. Після обстеження встановлено діагноз: ХРАС. Які препарати для місцевого лікування слід застосувати щоб зняти набряк і запалення в перші дні?

- A. Кортикостероїди
- B. Анестезуючі
- C. Кератопластики
- D. Протимікробні
- E. Десинсібілізує

6. Дитина 10 років скаржиться на наявність в порожнині рота болісного утворення, яке заважає прийому їжі. Дану симптоматику вперше відчув 2

роки тому. В анамнезі: хронічний коліт. Об'єктивно: санована порожнина рота, ортодонтичної патології немає. На СОПР нижньої губи ліворуч виявлено невелику болючу ерозію овальної форми, що має чіткий гіперемійований контур, вкриту сірувато-білим нальотом. Лімфовузли не збільшені. Який діагноз ?

- A. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит
- B. Афта Сеттона
- C. Хронічний рецидивуючий герпетичний стоматит
- D. Папульозний сифіліс
- E. Гострий герпетичний стоматит

7. Дитина 11 років скаржиться на наявність в порожнині рота болючого утвору, який заважає прийому їжі. Подібна симптоматика вперше відзначалася 2 роки назад. На дні порожнини рота виявлена ерозія невеликих розмірів овальної форми, покрита нальотом сіро-білого кольору, що має гіперемовані і інфільтровані краї. Яку схему місцевого лікування потрібно обрати для

лікування даної патології?

- A. Знеболення, антисептики, кератопластичні засоби.
- B. Знеболення, етіотропна терапія, кератопластичні засоби.
- C. Видалення травмуючого чинника, ушивання пошкодження.
- D. Усунення подразнюючого фактора, антисептична обробка, знеболення кератопластики.
- E. Десинсибілізуючі, кератопластики.

9. Дитина 10 років з'явилась до стоматолога зі скаргами на періодичну появу в порожнині рота болючих висипань. Об'єктивно: на дещо набряклій з ціанотичним відтінком слизовій оболонці коміркового відростка в ділянці 41 і 31 зубів виявлена невелика афта з гіперемійованими краями, покрита фібринозним нальотом. Спинка язика вкрита щільним нальотом сіруватобілого кольору з ділянками гіперплазії сосочків та десквамації епітелію. Слизова оболонка щік набрякла. В анамнезі біль у животі після їжі, проноси, запори. Дана симптоматика є □ характерною для:

- A. Дисбактеріозу кишківника.
- B. Виразкової хвороби.
- C. Холецистохолангіту.
- D. Хронічного гастриту з підвищеною кислотоутворювальною функцією.
- E. Гострого гастриту.

10. Батьків 3-річної дитини турбує стан її здоров'я, що характеризується низькою активністю, поганим розвитком мови, великим

розміром язика, що дещо не поміщається у роті і посиленням слиновиділенням. Також з'ясувалось пізнє прорізування тимчасових зубів. При огляді: лице округлої форми, бліде, шкіра суха, пастозна, губи дещо збільшені. Слизова оболонка порожнини рота анемічна, набрякла, язик великий, борозенчастий, ниткоподібні сосочки гіперплазовані, значне слинотечіння, $k_{\text{п}}=6$. Дані симптоми спостерігаються при:

- A. Гіпотиреозі.
- B. Гіпертиреозі.
- C. Гіпопаратиреозі.
- D. Гіперпаратиреозі.
- E. Гіпофункції гіпофізу.