

Тема: Проявления в полости рта бактериальных заболеваний (дифтерия, скарлатина, язвенно-некротический гингивостоматит, сифилис, гонорея, туберкулез). Роль врача стоматолога в диагностике, лечении, профилактике.

Общее время занятия: 5 часов

Мотивационная характеристика занятия. При бактериальных заболеваниях в полости рта возникают характерные изменения слизистой оболочки, и такие больные зачастую вначале заболевания обращаются к стоматологу. Поэтому врач стоматолог должен знать возможные клинические проявления этих заболеваний в полости рта, диагностировать их и принимать участие в профилактике и лечении с целью своевременного выявления и предотвращения их распространения.

Цель занятия: Научиться диагностировать проявления бактериальных заболеваний с проявлениями в полости рта, дифференцировать их со сходными заболеваниями, выяснить роль врача стоматолога в профилактике и лечении.

Задачи занятия:

В результате освоения теоретической части данной темы студент должен **знать:**

1. Цель, задачи, этапы диагностики;
2. Этиологические аспекты данных заболеваний;
3. Патогенетические механизмы развития заболеваний;
4. Клинические проявления заболеваний СОПР бактериальной этиологии;
5. О роли врача стоматолога в лечении заболеваний с проявлениями на СОПР.

В ходе практической части занятия студент должен **уметь:**

1. Выяснить жалобы, собрать анамнез заболевания;
2. Провести клиническое обследование ребенка;
3. Сформулировать предварительный диагноз с учетом жалоб, анамнеза и клинических проявлений бактериальных заболеваний;
4. Направить ребенка к соответствующему специалисту;
5. Направить сообщение в центр гигиены и эпидемиологии;
6. Назначить соответствующее местное лечение и дать рекомендации по уходу за полостью рта.

Требования к исходному уровню знаний. Студент должен иметь достаточный уровень базовых знаний из смежных дисциплин. Для лучшего усвоения темы студенту необходимо повторить:

- *Из стоматологии детского возраста* - возрастные особенности СОПР у детей;
- *Микробиологии* - характеристику возбудителей бактериальных заболеваний;
- *Инфекционных и кожно-венерических болезней* - этиологию, патогенез, клинику бактериальных заболеваний;
- *Из фармакологии* - лекарственные препараты для лечения проявлений бактериальных заболеваний в полости рта.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Установите соответствие между нозологической формой заболевания и возбудителем:

<ul style="list-style-type: none">• туберкулез• гонорея• дифтерия• сифилис• язвенно-некротический гингивит• стоматит	<ul style="list-style-type: none">• <i>Candida albicans</i>• бледная трепонема• <i>Streptococcus Haemolyticum</i>• гонококк Нейссера• <i>Corynebacterium diphtheriae</i>• микобактерия туберкулеза• <i>Bac. Fusiformis</i>• <i>Herpes simplex</i>• <i>Spirocheta Vencenti</i>
---	---

2. Назовите характерные клинические проявления бактериальных заболеваний в полости рта, установите соответствие между нозологической формой заболевания и симптомами:
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • туберкулез • сифилис • гонорея
 • скарлатина
 • дифтерия
 • язвенно-некротический гингиво-стоматит | <ul style="list-style-type: none"> • некротические изменения в десне • фибринозные пленки в полости рта • язва неправильной формы с подрывными краями, легко кровоточащим при дотрагивании дном • четко ограниченная гиперемия ротоглотки «пылающий зев» • в полости рта густой с желтоватым оттенком экссудат, имеющий зловонный запах • блюдцеобразная язва округлой формы с приподнятыми ровными краями, дно мясо-красного цвета, блестящее, при пальпации хрящеподобная консистенция |
|--|--|
3. Назовите лекарственные препараты, используемые для лечения проявлений в полости рта бактериальных заболеваний, установите соответствие между нозологической формой заболевания и препаратом:
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • туберкулеза • сифилиса • гонореи • скарлатины • дифтерии • язвенно-некротического гингиво-стоматита | <ul style="list-style-type: none"> • антибиотики • иммунокорректоры • антисептики • протеолитические ферменты • обезболивающие • противогрибковые препараты • эпителизирующие средства • сульфаниламидные препараты • поливитамины • противовирусные препараты • кальций-гидроксидсодержащие пасты |
|--|---|

Контрольные вопросы по теме:

1. Этиология, эпидемиология и клинические проявления скарлатины в полости рта у детей. Роль врача-стоматолога в диагностике, профилактике и лечении.
2. Этиология, эпидемиология, клиника дифтерии у детей. Роль врача-стоматолога в диагностике и профилактике.
3. Этиология, эпидемиология и клинические проявления на СОПР туберкулеза у детей. Роль врача-стоматолога в диагностике, лечении и профилактике.
4. Этиология и клинические проявления язвенно-некротического гингиво-стоматита. Диагностика и дифференциальная диагностика.
5. Лечение и профилактика рецидивов язвенно-некротического гингиво-стоматита.
6. Сифилис: этиология, эпидемиология, проявления в полости рта в зависимости от формы и периода заболевания. Роль врача-стоматолога в диагностике, лечении и профилактике.
7. Этиология, эпидемиология и клинические проявления гонореи в полости рта у детей. Роль врача-стоматолога в диагностике, лечении и профилактике.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, характеризующееся повышением температуры тела, общей интоксикацией, ангиной и мелкоочечной экзантемой. Возбудитель скарлатины гемолитический стрептококк группы А. Основным

источником инфекции является больной скарлатиной. Инфекция передается воздушно-капельным путем. Заболевают чаще дети от 1 года до 9 лет. Скарлатина характеризуется сезонностью с повышением заболеваемости в холодное время года (осень-зима). Наиболее частым местом проникновения инфекции в организм являются слизистые оболочки миндалин, иногда поврежденная кожа. Попадая, на слизистую оболочку или поврежденную кожу, стрептококк вызывает воспалительные и некротические изменения в месте внедрения. Токсин гемолитического стрептококка вызывает симптом общей интоксикации, проявляющийся высокой температурой тела, сыпью, поражением ЦНС, вегетативной нервной системы и сердечно-сосудистого аппарата.

Клиническое течение. Инкубационный период колеблется от 1 до 12 суток (в основном 2-7 дней). Заболевание начинается остро, повышается температура тела, иногда с ознобом. Через несколько часов появляется *экзантема*: на фоне гиперемизированной кожи возникает яркая мелкоточечная сыпь. На лице отмечается яркая гиперемия щек и бледный носогубный треугольник. В полости рта: яркая гиперемия ротоглотки, миндалины увеличены - проявление так называемой скарлатинозной ангины «*пылающий зев*». В первые дни заболевания на слизистой оболочке мягкого неба появляется точечная *энантема*, которая быстро сливается в сплошную гиперемию (диффузный катаральный стоматит). В начале болезни наблюдаются характерные изменения со стороны слизистой оболочки языка: обложенный, плешивый, лакированный, малиновый язык.

Лечение. Лечение основного заболевания занимается инфекционист. Роль стоматолога заключается в местном лечении, которое направлено на предупреждение вторичного инфицирования СОПР.

Дифтерия – острое инфекционное заболевание, характеризующееся воспалительным процессом с образованием фибринозной пленки на месте внедрения возбудителя и явлениями общей интоксикации. Возбудитель дифтерии относится к роду *Corynebacterium*, виду *Corynebacterium diphtheriae* (токсичные штаммы), которые выделяют сильнодействующий экзотоксин, нарушающий синтез белка в клетках органов и тканей человека, в результате чего клетка погибает. Источником инфекции является больной человек или бактерионоситель токсигенных штаммов. Пути передачи инфекции – преимущественно воздушно-капельный. Входными воротами для возбудителя дифтерии являются слизистые оболочки миндалин, носа, глотки, гортани, конъюнктивы глаз и редко поврежденная кожа. Дифтерия – классическая токсикоинфекция. Под влиянием токсина развивается воспалительная реакция в виде гиперемии и отека слизистых оболочек с образованием поверхностного коагуляционного некроза. На месте пораженной слизистой оболочки образуется экссудат, богатый фибриногеном, который свертываясь, образует на поверхности слизистой оболочки *фибринозную пленку* - характерный признак дифтерии. Токсин воздействует на нервную, сердечно-сосудистую системы, вызывая гемодинамические нарушения, миокардит, токсический нефроз, паренхиматозные невриты.

В зависимости от места локализации различают: дифтерию зева, носа, дыхательных путей, глаза, половых органов, кожи. По распространенности налетов дифтерия может быть локализованной и распространенной, а по тяжести интоксикации – нетоксической, субтоксической и гипертоксической.

Клиника. Инкубационный период продолжается от 2 до 12 дней. Наиболее часто поражаются слизистые оболочки миндалин, небных дужек, язычка, реже – носа, гортани, трахеи и бронхов. Общим симптомом для дифтерии любой локализации является воспалительный процесс с образованием *фибринозной пленки* в месте внедрения возбудителя («плюс ткань»).

Дифтерия зева – наиболее частая локализация дифтерийного процесса. Чаще встречается локализованная форма, при которой налеты локализуются только в области небных миндалин. Болезнь начинается остро, симптомы интоксикации выражены

незначительно, появляется небольшая боль при глотании, регионарный лимфаденит. Фибринозные пленки на миндалинах появляются в конце первых - начале вторых суток от начала заболевания. При катаральной форме локализованной дифтерии зева на миндалинах налетов не бывает, имеются лишь незначительный отек и умеренная гиперемия. Распознается только с помощью бактериологического обследования.

Распространенная форма дифтерии зева встречается довольно редко. Налеты располагаются на миндалинах, небных дужках, язычке, задней стенке глотки. Болезнь начинается остро, симптомы интоксикации умеренно выражены, регионарный лимфаденит, гиперемия слизистых оболочек и умеренный отек миндалин, дужек, мягкого неба.

Токсическая форма. Начало острое, выраженная интоксикация, резкая бледность кожных покровов, яркая гиперемия слизистых оболочек и отек небных дужек, язычка, мягкого неба. Фибринозные пленки толстые, иногда бугристые, грязно-серого цвета. Появляется специфический, сладковато-приторный запах изо рта. Выраженный регионарный лимфаденит. Важнейшим признаком токсической дифтерии является отек подкожной клетчатки на шее. Обычно он появляется в конце первых суток от начала болезни.

Геморрагическая форма характеризуется теми же клиническими симптомами, что и токсическая дифтерия зева, однако уже на 2-3 день болезни у ребенка развивается диссеминированное внутрисосудистое свертывание.

Молниеносная (гипертоксическая) форма характеризуется резчайшей интоксикацией уже с первых часов болезни. Сознание затемнено, могут быть судороги, развивается сердечно-сосудистая недостаточность.

Осложнения. Наиболее выраженные осложнения дифтерии возникают со стороны сердечно-сосудистой системы (миокардит), периферической нервной системы (полирадикулоневриты) и почек (нефроз).

Диагноз. Дифтерию диагностируют на основе клинических данных, лабораторные методы исследования имеют лишь вспомогательное значение.

Лечение. Госпитализация больных дифтерией и при подозрении на дифтерию обязательна. Лечение должно быть комплексным, включающим специфическую и патогенетическую терапию. Специфическая терапия проводится антитоксической противодифтерийной сывороткой. Роль врача-стоматолога в своевременной диагностике заболевания и при малейшем подозрении на дифтерию больного направляют в инфекционную больницу.

Туберкулез слизистой оболочки полости рта вызывается микобактерией туберкулеза, реже возникает первичный туберкулез СОПР (в виде комплекса). Внедрение микобактерии туберкулеза возможно в местах воспаления слизистой оболочки полости рта или нарушения ее целостности на фоне снижения общей резистентности организма ребенка. Входными воротами инфекции могут явиться постэкстракционная рана, нарушение целостности эпителия над прорезывающимся зубом, зубодесневой карман и т.д. Инкубационный период длится 8-30 дней, затем на месте внедрения инфекции появляется болезненное *изъязвление* размером 1-1,5 см с подрытыми неровными краями. Язва неглубокая, болезненная, дно зернистое за счет нераспавшихся бугорков, окружающие ткани отечные, вокруг язв нередко имеются мелкие абсцессы в виде пятнышек (зерна Треля).

Дифференцировать туберкулезную язву следует с *твердым шанкром*, с *травматической (декубитальной) язвой*, с *раковой язвой*.

Милиарно-язвенный туберкулез - наиболее часто встречающаяся форма вторичного туберкулеза у детей. *Клинические проявления:* выделяясь в большом количестве с мокротой, микобактерии туберкулеза внедряются в СОПР в местах травм, где появляются серовато-желтые или красноватые точечные, несколько возвышающиеся

над слизистой оболочкой образования, которые быстро распадаются с образованием язв. Чаще всего поражения локализуются по линии смыкания зубов на слизистых оболочках щек, спинке и боковых поверхностях языка, мягком небе. Регионарные лимфоузлы увеличены, спаяны между собой, болезненны при пальпации. Общее состояние ребенка нарушается: субфебрильная температура, потливость, одышка, исхудание.

Лечение. Туберкулез слизистой оболочки полости рта является чаще всего проявлением общего туберкулеза и лечится общепринятыми методами лечения туберкулеза в специализированных медучреждениях. Роль врача стоматолога - раннее выявление детей, больных туберкулезом СОПР, направлении их в противотуберкулезные учреждения и организации диспансерного наблюдения.

Язвенно-некротический гингивостоматит – инфекционное заболевание слизистой оболочки полости рта или десен, редко встречается у детей дошкольного возраста, иногда у детей 6-12 лет и, значительно чаще в юношеском возрасте. Заболевание имеет многофакторную этиологию: причиной заболевания является анаэробная, смешанная инфекция, в состав которой входят трепонемы, селеномонады, *prevotella intermedia*, *porphyromonas gingivalis* и фузобактерии. Возбудители язвенно-некротического гингивостоматита относятся к резидентной флоре полости рта и в норме обнаруживаются в небольшом количестве у детей, имеющих зубы, и находятся в кариозных полостях, зубодесневых карманах, десневых желобках. При плохом уходе и в несанированной полости рта количество их значительно возрастает и риск развития язвенно-некротического стоматита резко увеличивается. Решающую роль в развитии заболевания играет снижение общей и местной резистентности организма ребенка.

Провоцирующими факторами развития язвенно-некротического гингивостоматита являются: травматические повреждения СОПР, плохая гигиена полости рта, воспалительный процесс в тканях периодонта, переохлаждение, переутомление, стрессовые ситуации, перенесенные тяжелые соматические и инфекционные заболевания, неполноценное питание ребенка, гиповитаминозы, заболевания крови, ЖКТ, эндокринопатии, врожденные и приобретенные иммунодефициты.

Заболевание может протекать остро или хронически. В зависимости от характера течения, выраженности общей реакции организма и местных проявлений различают легкую, средне-тяжелую и тяжелую формы. Местные проявления могут быть локализованными и генерализованными.

Клинические проявления. Главным клиническим симптомом язвенно-некротического гингивостоматита являются: острая боль, некроз и изъязвление межзубных сосочков, маргинального края десны и/или других отделов слизистой полости рта, кровотечение, возникающее без видимого воздействия, кратероподобные язвы, повышенное слюноотделение.

Дополнительные признаки заболевания – это гнилостный запах изо рта, увеличение регионарных лимфатических узлов, ухудшение общего состояния ребенка, лихорадка.

Хроническая форма язвенно-некротического гингивостоматита может явиться исходом острого процесса или развивается первично как самостоятельное заболевание и характеризуется вялым течением. У детей встречается редко.

Диагноз язвенно-некротического гингивостоматита ставится на основании жалоб ребенка или его родителей, данных объективного обследования полости рта и результатов микробиологического исследования.

Лечение язвенно-некротического гингивостоматита комплексное, включает этиотропное, патогенетическое, симптоматическое местное и общее лечение, зависит от характера течения заболевания, распространенности процесса, общего состояния ребенка и факторов, способствующих развитию патологии.

В начальной стадии развития заболевания лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение воспалительных реакций и предотвращение некроза. В этот

период заболевания основные изменения происходят в системе микроциркуляции, поэтому все лечебные мероприятия должны быть направлены на нормализацию микроциркуляции и борьбу с микроорганизмами.

При возникновении некротических изменений на слизистой оболочке местное лечение включает рациональное обезболивание, орошение полости рта растворами антисептиков, удаления некротизированных тканей, орошение растворами протеолитических ферментов, аппликации противовоспалительных и противомикробных средств под повязку, аппликация средств, стимулирующие регенерацию тканей.

Общее лечение проводится в зависимости от тяжести заболевания, по показаниям назначают жаропонижающие, гипосенсибилизирующие, иммунокорректирующие препараты, поливитамины и антибактериальную терапию в возрастных дозировках.

Для предупреждения рецидивов после эпителизации очагов поражения необходимо провести: мотивацию, обучение гигиене полости рта или ее коррекцию, санацию полости рта, выявление и устранение факторов, способствующих развитию заболевания, лечение сопутствующей патологии, общеукрепляющие процедуры.

Сифилис – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, поражающее весь организм. Заражение происходит путем проникновения бледной трепонемы через поврежденную кожу или слизистую оболочку. Бледная трепонема быстро проникает в организм и уже через 1-2 суток достигает регионарных лимфатических узлов. Инкубационный период сифилиса в среднем равен 3-4 неделям, однако возможно его удлинение до 6 месяцев и укорочение до 10-12 дней. Бледная трепонема быстро проникает в организм и уже через 1-2 суток достигает регионарных лимфоузлов.

Различают приобретенный и врожденный сифилис. Врожденный сифилис возникает при попадании бледной трепонемы в организм плода через плаценту от больной сифилисом беременной женщины.

Клиника. *Первичный период сифилиса* длится 6-7 недель и начинается с возникновения на месте внедрения бледных трепонем *первичной сифиломы (твердый шанкр)* – эрозия мясо-красного цвета, или язва круглой или овальной формы, блюдцеобразная, с приподнятыми ровными краями размером от 3 мм до 15 см в диаметре с плотноэластическим инфильтратом в основании, дно язвы ровное, без налета, мясо-красного цвета, блестящее или покрытое серовато-желтым «сальным» налетом. Через 5-7 дней образования твердого шанкра появляется второй симптом первичного периода – *увеличение регионарных лимфатических узлов*. Первичный период сифилиса делят на первичный серонегативный и первичный серопозитивный. При внеполовых заражениях локализация шанкра на губах, языке и СОПР встречается наиболее часто, реже на миндалинах. Возможны атипичные формы твердого шанкра в виде ссадины, небольшой эрозии, трещины, заеды.

Вторичный период сифилиса начинается через 6-7 недель после появления твердого шанкра. Вторичный период сифилиса продолжается в течение 3-5 лет и сопровождается положительными серологическими реакциями. Различают вторичный свежий, латентный (скрытый) и рецидивный сифилис. Вторичному периоду сифилиса свойственны специфические *розеолы, папулы, пустулы*, которые имеют некоторые общие черты. Все сыпи вторичного этапа сифилиса представляют большую эпидемиологическую опасность, т.к. содержит большое количество бледных трепонем. У детей во вторичном периоде часто наблюдается *эритематозная ангина*.

Третичный период сифилиса наблюдается у небольшого числа больных. Он начинается через 4-6 лет после начала заболевания. Различают активный и скрытый период третичного сифилиса. На слизистой оболочке полости рта (чаще образуются на мягком и твердом небе, языке) могут образовываться *гуммы и бугорковые высыпания*. Края гуммозной язвы плотные, темно-бурого цвета, отвесные. В центре язвы

располагается некротическая масса – гуммозный стержень. После отделения стержня гуммозная язва приобретает кратерообразную форму, плотные ровные края, дно ее покрыто грануляциями. Язва безболезненная. Постепенно язва заживает (3-4 месяца) с образованием звездчатого втянутого рубца. При локализации на небе на месте гуммы нередко образуется перфорация. СОПР может явиться единственным местом клинического проявления болезни.

Врожденный сифилис – возникает в результате попадания бледной трепонемы в организм плода через плаценту от болеющей сифилисом матери. Внутриутробное заражение происходит в конце 3-го – начале 4-го месяца беременности. Различают ранний врожденный сифилис (до 5 лет), поздний и скрытый врожденный сифилис. Проявления раннего врожденного сифилиса является *сифилитическая пузырьчатка, инфильтрация Гохзингера* в области губ и подбородка, а спустя 2-3 месяца инфильтрация разрешается и *рубцы Робинсона-Фурнье*. Поздний врожденный сифилис проявляется после 5 лет (до 14 лет) жизни ребенка. Все симптомы позднего врожденного сифилиса делят две группы: достоверные (*триада Гетчинсона* – паренхиматозный кератит, зубы Гетчинсона, лабиринтная глухота) и вероятные (*околоротовые рубцы, ягодицеобразный череп, седловидный нос, саблевидные голени, кистообразные первые моляры и клыки*) признаки.

Лечение сифилиса проводится в специальных венерологических лечебных учреждениях. Осмотр и лечение стоматологом больных сифилисом рекомендовано начинать через 10-12 часов после начала лечения сифилиса. Местное лечение заключается в гигиеническом содержании полости рта, устранение раздражителей, антисептических полосканиях.

Гонорея - инфекционное заболевание с резко выраженными местными явлениями, первично поражающие слизистую оболочку мочеполовых путей, при этом могут быть поражены конъюнктивы и СОПР глотки и носа. Возбудитель гонореи – гонококк, грамотрицательный диплококк. Заражение происходит половым путем. Поражение глотки, СОПР, миндалин может иметь место при орорегенитальном контакте.

Клинические проявления. Слизистая оболочка полости рта при гонококковом стоматите гиперемирована, отечна, болезненна. По мере развития болезни в области щек, на боковых поверхностях языка, на мягком небе, миндалинах появляется *густой с желтоватым оттенком экссудат*, имеющий зловонный запах. Такой же экссудат можно обнаружить на деснах и на слизистой оболочке носа. В более тяжелых случаях появляется большое количество эрозий и язв на слизистой оболочке щек, языка, десен.

Лечение: оральной гонореи предусматривает применение антибиотиков внутрь и местно. Профилактика гонорейного стоматита у новорожденных, родившихся от матерей, больных гонореей состоит в обработке полости рта тот час после рождения 20% раствором альбуцида.

Задание для самостоятельной работы: после разбора теоретической части занятия студент должен принять 1-2 пациентов. Выяснить жалобы, собрать анамнез заболевания, провести клиническое обследование ребенка, сформулировать предварительный диагноз с учетом жалоб, анамнеза и клинических проявлений бактериальных заболеваний, направить ребенка к соответствующему специалисту, назначить соответствующее местное лечение и дать рекомендации по уходу за полостью рта.

Задание на дом: после изучения темы студент должен в рабочей тетради решить ситуационные задачи: поставить диагноз, указать характерные для каждого заболевания этиологию, патогенез, жалобы, клинические проявления. Провести дифференциальную диагностику. Определить роль врача-стоматолога в диагностике, лечении и профилактике заболевания.

Самоконтроль усвоения темы: после изучения темы для контроля качества усвоения предлагается решить ситуационные задачи.

Задача 1. Ребенку 5 лет. Со слов мамы, заболевание началось остро с подъема температуры тела до 39°C , слабости, головной боли и боли при глотании. Мать заметила налет на десне нижней челюсти в виде паутины и вызвала стоматолога.

Объективно: состояние ребенка тяжелое, дыхание поверхностное, поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы увеличены, отмечается отек клетчатки в области шеи. В полости рта: слизистая оболочка зева отечна и гиперемирована, миндалины увеличены, гиперемированы, покрыты грязно-серым налетом, не снимающимся штапелем, аналогичные изменения на передних дужках и в ретромолярном пространстве. Слизистая оболочка десны покрыта беловатым паутинообразным налетом. Налет не снимается. Обильное слюноотделение. У ребенка множественный кариес. Глубина преддверия полости рта – 2 мм.

Сформулируйте диагноз. Определите тактику стоматолога при данной патологии.

Задача 2. Девочке 13 лет. Жалобы на наличие «язвочки» на языке, появившейся неделю назад. На прием явилась без родителей.

Объективно: подчелюстные лимфоузлы до 1 см, плотно-эластичной консистенции, подвижны, безболезненны при пальпации, кожа над ними в цвете не изменена. В полости рта интенсивность кариеса 10 (к – 9; п – 1), ОНI-S – 2,8. На боковой поверхности языка безболезненная язва, 1 см в диаметре, блюдцеобразной формы с приподнятыми краями. Дно язвы ровное, мясо-красного цвета. При пальпации язвы определяется хрящеподобный инфильтрат. В других отделах СОПР розового цвета.

Сформулируйте предварительный диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Тактика и роль врача-стоматолога в диагностике, лечении, профилактике?

Задача 3. В инфекционный стационар стоматолог приглашен на консультацию. Ребенку 7 лет. Жалобы на повышение температура тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, боль в горле. Болен в течение 2 дней.

Объективно: кожа туловища, конечностей, за исключением носогубного треугольника покрыта точечной сыпью на гиперемированном фоне. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, плотные, болезненные при пальпации. Губы сухие, потрескавшиеся, малиновой окраски. В полости рта: слизистая оболочка миндалин, небных дужек ярко гиперемирована. Язык обложен серо-желтым не снимающимся налетом, по краям языка – отпечатки зубов.

Сформулируйте диагноз. Роль врача-стоматолога в лечении ребенка?

Задача 4. Ребенку 14 лет. Жалобы на впервые появившиеся 2 дня назад боль, кровоточивость, неприятный запах изо рта, головную боль, общую слабость, повышение температуры тела до 38°C .

Из анамнеза: ребенок неделю назад перенес ОРВИ.

Объективно: десна гиперемирована, болезненна, кровоточит при дотрагивании. Десневые сосочки и краевая десна покрыты серым, снимающимся налетом, под которым определяется язвенная поверхность. Интенсивность кариеса – 1. Зубы покрыты обильным мягким зубным налетом. В области резцов нижней челюсти определяется отложение зубного камня.

Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Роль врача-стоматолога в лечении и профилактике?

Задача 5. Девочке 13 лет. Жалобы на плохое общее самочувствие, головную боль, высокую температуру, боль при глотании, неприятный запах изо рта. Больной себя считает 2 дня.

Объективно: температура тела – 37,8⁰С, поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, КПУ – 10, индекс Silness Loe – 2,0. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна. Слизистая десны в области нижней челюсти отечна с синюшным оттенком. Язык слегка обложен. Миндалины резко увеличены, гиперемированы с отчетливым цианотичным оттенком. В области мягкого нёба и миндалин определяется густой экссудат, желто-серого цвета, зловонный запах изо рта.

Сформулируйте предварительный диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Направьте больную к соответствующему специалисту.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Лекционный материал.
2. Поражения слизистой оболочки полости рта у детей при бактериальных заболеваниях: учеб.-метод.пособие / В.П. Михайловская, Т.Г. Белая, К.А. Горбачева. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск: БГМУ, 2009. – 36 с.
3. Стоматология детского возраста / под ред. А.А.Колесова. – М.: Медицина, 1991. – С. 256 – 268.

Дополнительная:

1. Боровский, Е.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. - М.: Медицина, 1993. – С. 156-169.
2. Виноградова, Т.Ф. Заболевание пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, Э.М. Мельниченко - М.: Медицина, 1993. – 208 с.
3. Виноградова, Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей / Т.Ф. Виноградова. – Л.: Медицина, 1982. – 160 с.
4. Гусаковская, Ж.С. Клинико-лабораторная оценка поражений слизистой оболочки полости рта у детей и подростков больных сифилисом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ж.С. Гусаковская; Беларус. гос. мед. ун-т. – Минск: БГМУ, 2003. - 20 с.
5. Панкратов О.В. Сифилис у беременных и детей / О.В.Панкратов. – Мн: ИПАТИ, 2007. – 360 с.
6. Стоматология детского возраста (Руководство для врачей) / Т.Ф. Виноградова [и др.]; под ред. Т.Ф. Виноградовой.- М.:Медицина,1987. - 526 с.
7. Ralph, E. Avery Dentistry for the child and adolescent / E. Ralph, David R. McDonald. –St. Louis - Washington D. C. – Toronto - 1988.- 937с.