

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	1стр из 34

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Заболевания слизистой оболочки полости рта

Код дисциплины: ZSOPR 4310

Название ОП: 6B10103- «Стоматология»

Объем учебных часов / кредитов: 150 часов (5 кредитов)

Курс и семестр изучения: 4\8

Объем лекций: 10 часов

Шымкент 2025

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	2стр из 34

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой (силлабус) дисциплины “Заболевания слизистой оболочки полости рта” и обсуждена на заседании кафедры

Протокол № 11 от 26.06.2025

Зав. кафедрой: м.м.н., и.о. доцент: Л. О. Кенбасова

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA <small>—1979—</small>	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»		74\11-2025
Лекционный комплекс		Зстр из 34

Лекция №1

1. Тема: Анатомия и физиология полости рта. Функции. Слюна. Состав. Функция. Микрофлора полости рта.

2. Цель: Формирование у студента знаний и понятия о анатомии и физиологии полости рта. Изучить функции полости рта. Определить уровень актуальности темы. Дать характеристику слюны и составу. Понятие о микрофлоры полости рта.

3. Тезисы лекции:

В ротовой полости в условиях нормы осуществляются разнообразные взаимосвязанные и взаимозависимые функции: вкусовая апробация пищевых продуктов и их дифференцировка на съедобные и несъедобные, механическая обработка пищи, ее измельчение, смачивание слюной; обеспечение начальных этапов гидролиза углеводов и формирование пищевого комка; обеспечение рефлекторной стимуляции с механо-, хемо- и терморецепторов пищеварительных желез желудка, поджелудочной железы, печени, двенадцатиперстной кишки; барьерная функция по защите организма от патогенной микрофлоры. Ротовая полость может обеспечивать всасывательную функцию, а за счет деятельности слюнных желез экскреторную и инкреторную функции. В связи с вышеизложенным целесообразно остановиться на функциональной значимости отдельных компонентов ротовой полости, в частности слизистой оболочки рта, слюнных железах, а также на аппарате, обеспечивающем процессы сосания, жевания, глотания. Слизистая оболочка рта состоит из следующих основных компонентов: многослойного плоского эпителия, базальной мембранны и подлежащей соединительной ткани. В эпителии различают три слоя: базальный, шиповидный и поверхностный. Количество слоев эпителия неодинаково в различных участках ротовой полости. Утолщен эпителей губ и щек, истончен эпителий нижней поверхности языка и дна полости рта. Эпителий слизистой оболочки десен и твердого неба является ороговевающим. Слизистая оболочка рта переходит в подслизистую, представленную рыхлой соединительной тканью. Однако слизистая оболочка языка, десен, твердого неба не имеет подслизистого слоя. Кровоснабжение слизистой оболочки полости рта обеспечивают наружная сонная артерия и ее ветви – верхняя челюстная артерия, нижняя луночковая артерия и др. Щечная артерия, задняя верхняя альвеолярная и подглазничная артерии кровоснабжают слизистую оболочку преддверия рта и десны верхней челюсти. Слизистую оболочку неба питают ветви нисходящей небной артерии. Вены, сопровождающие артерии, впадают во внутреннюю яремную вену. Лимфа оттекает в регионарные подбородочные и подчелюстные лимфатические узлы. Иннервация слизистой оболочки полости рта обеспечивается за счет второй и третьей ветвей тройничного, носонебного, щечного, язычного, языкоглоточного и блуждающего нервов. Функции слизистой оболочки рта. Слизистая оболочка рта выполняет следующие функции: 1. Секреторную. 2. Буферную. 3. Барьерную. 4. Обеспечивает местный иммунитет. 5. Является важнейшей рефлексогенной зоной. 6. Обладает определенной проницаемостью. 7. Обладает выраженной регенеративной активностью.

4. Иллюстративный материал: презентации лекций.

5. Рекомендуемая литература.

ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	4стр из 34

Основная:

Сағындық, Х. Л. Бет-жақсүйек аймағы және мойынның тіндерінің қабыну аурулары : оку құралы / Х. Л. Сағындық , А. М. Суманова, С. Қ. Әлішер. - Қарағанды : Medet Group, 2021. - 424 с. Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 : окулық / Е.В.Боровский, Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет. Мезгілбаева, Д. М. Терапиялық стоматология : окулық / Д. М. Мезгілбаева, С. Ж. Абдикаримов, Н. Ф. Сапаева. - 2-ші бас. - Алматы : АҚНҮР, 2019. - 536 бет Сагындық , Х. Л. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи : учебное пособие / Х. Л. Сагындық , А. М. Суманова, З. А. Пайзиева. - Караганда : Medet Group, 2021. - 452 с. Зазулевская, Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта : учебное пособие / Л. Я. Зазулевская. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 364 с. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : справочник / И. К. Луцкая. - 2-е изд. - М. : Медицинская литература, 2014. - 224 с.

6.Контрольные вопросы:

- 1.Анатомия полости рта
- 2.Физиология полости рта
- 3.Опишите функции полости рта.
- 4.Слюна ,состав и функции.
5. Микрофлора полости рта.

Лекция №2

- 1. Тема:** Общая морфологическая характеристика патологических изменений слизистой оболочки полости рта.
- 2. Цель:** Формирование у студента знаний и понятия о гистологии и морфологии воспалительных процессов протекающих на слизистой полости рта. Изучить паракератоз, дискератоз, спонгиоз, вакуольная дистрофия.. Определить уровень актуальности темы. Дать характеристику баллонирующая дистрофия.

Понятие о акантолизе.

3. Тезисы лекции:

Патологические процессы, происходящие в СОПР, подчиняются общепатологическим законам. Однако, ввиду анатомо-физиологических особенностей, эти изменения носят своеобразный характер. Заболевания СОПР могут сопровождаться патоморфологическими изменениями — воспалением, дистрофией или образованием опухолей. Воспаление относится к самым распространенным патологическим процессам СОПР. Оно является проявлением защитной реакции всего организма на воздействие патогенного фактора. Течение и исход воспалительного процесса зависят от реактивности организма, места возникновения, интенсивности и длительности действия патогенного раздражителя. По морфологическим признакам различают три фазы воспаления: альтеративную, экссудативную и пролиферативную. В зависимости от течения воспаление бывает острым и хроническим. При остром альтеративном воспалении преобладают дистрофические и некротические процессы в клеточных элементах эпителия и соединительной ткани, отек, мукоидное и фибринOIDное перерождение стенок сосудов и волокнистого компонента собственной пластинки. Для экссудативного воспаления более характерны расширение сосудов, набухание эндотелиальных клеток,, отек и инфильтрация стенок сосудов и периракулярной соединительной ткани лейкоцитами. При пролиферативном воспалении превалируют процессы размножения и

ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	5стр из 34

трансформации клеток, которые завершаются образованием зрелой соединительной ткани. Чаще пролиферативная форма воспаления бывает следствием экссудативной формы, однако иногда процесс с самого начала может приобретать черты хронического продуктивного процесса, не исключающего его периодических обострений. Это связано с реактивностью организма, а также с особенностями повреждающего фактора. При хроническом воспалении сосудистые изменения менее выражены, преобладает накопление размножающихся соединительнотканых клеток, преимущественно лимфоидных, плазматических, фибробластов и др. Последние завершают продуктивное воспаление, секретируя тропоколлаген — предшественник коллагена волокнистой соединительной ткани. В результате продуктивного воспаления наблюдается формирование зрелой соединительной ткани с явлениями склероза и гиалиноза сосудов. Патологические процессы приводят к изменениям слизистой оболочки полости рта, в частности к нарушениям процессов ороговения в эпителии. Различают несколько состояний, соответствующих нарушению нормального процесса ороговения: паракератоз, акантоз, гиперкератоз, дискератоз. Паракератоз — неполное орогование, связанное с потерей способности клеток эпителия вырабатывать кератогиалин. Зернистый слой отсутствует, роговой слой утолщается, а его клетки содержат палочковидные ядра. Клинически это проявляется помутнением эпителия СО. Гиперкератоз — чрезмерное утолщение рогового слоя эпителия. Иногда роговой слой образован несколькими десятками рядов ороговевших клеток. Гиперкератоз возникает в результате избыточного образования кератина, когда зернистый и шиповатый слои утолщаются, или вследствие задержки отшелушивания, когда зернистый, а иногда и шиповатый слои оказываются тоньше обычных. В основе гиперкератоза лежит интенсивный синтез кератина в результате повышения функциональной активности клеток эпителия. Клинически проявляется побелением и утолщением СО. Акантоз — удлинение межсосочковых выростов эпителия вследствие усиления пролиферации клеток базального и шиповатого слоев. Дискератоз — патологическое орогование отдельных эпителиальных клеток. Они становятся более крупными, округлыми; ядра интенсивно окрашены, цитоплазма эозинофильна, слегка зерниста. Такие клетки лишены межклеточных контактов, хаотично располагаются в большинстве слоев эпителия. При доброкачественном дискератозе наблюдается образование круглых телец и зерен в роговом слое. При злокачественном дискератозе происходит орогование незрелых и появление атипичных клеток, что характерно для болезни Боуэна и плоскоклеточного рака. Эксудативные изменения в эпителии являются следствием воспаления. К ним относят вакуольную дистрофию, спонгиоз, баллонирующую дистрофию и акантолиз (по механизму развития). Вакуольная дистрофия — это скопление жидкости внутри клеток шиповатого и базального слоев. Клетки увеличиваются в размере, ядро оттесняется к перipherии, изменяет форму и размеры, затем ядро распадается, образуя одноклеточную полость. При слиянии нескольких таких полостей образуются полости большего размера. Спонгиоз, или межклеточный отек, — скопление жидкости в межклеточных пространствах шиповатого слоя. Серозный эксудат поступает в межклеточные пространства из подлежащей соединительной ткани. Эксудат растягивает, а затем и разрывает межклеточные связи, заполняя образующиеся полости. Баллонирующая дистрофия — очаговые изменения клеток шиповатого слоя, которые увеличиваются, округляются, приобретая вид шаров или баллонов. В результате колliquационного некроза такого участка эпителия образуются полости, заполненные эксудатом, в котором плавают гомогенные шаровидные клетки, напоминающие баллоны. Акантолиз — расплавление межклеточных мостиков, ведущее к потере связи между эпителиальными клетками и образованию между ними щелей, а затем и пузырей. Потерявшие связь эпителиальные клетки уменьшаются в размере, округляются, содержат более крупные ядра, свободно плавают в содержимом пузыря. Эти клетки получили название акантолитических, или клеток Тцанка. Они имеют важное диагностическое значение,

OÝTÝSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	бстр из 34

поскольку их наличие подтверждает диагноз пузырчатки. Вакуольная дистрофия, спонгиоз, баллонирующая дистрофия и акантолиз клинически проявляются наличием на СО пузырьков и пузырей. Каждое из этих изменений самостоятельно встречается редко

4. Иллюстративный материал: презентации лекций.

5. Рекомендуемая литература.

Основная:

Сағындық, Х. Л. Бет-жақсүйек аймағы және мойынның тіндерінің қабыну аурулары : оқу құралы / Х. Л. Сағындық , А. М. Суманова, С. Қ. Әлішер. - Караганды : Medet Group, 2021. - 424 с. Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 : оқулық / Е.В.Боровский,Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет. Мезгілбаева, Д. М. Терапиялық стоматология : оқулық / Д. М. Мезгілбаева, С. Ж. Абдикаримов, Н. Ф. Сапаева. - 2-ші бас. - Алматы : АҚНҮР, 2019. - 536 бет Сагындық , Х. Л. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи : учебное пособие / Х. Л. Сагындық , А. М. Суманова, З. А. Пайзиева. - Караганда : Medet Group, 2021. - 452 с. Зазуlevская, Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта : учебное пособие / Л. Я. Зазулевская. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 364 с. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : справочник / И. К. Луцкая. - 2-е изд. - М. : Медицинская литература, 2014. - 224 с.

6.Контрольные вопросы:

1. Опишите строение слизистой оболочки рта.
2. Перечислите функции слизистой оболочки.
3. Перечислите основные и дополнительные методы обследования в стоматологии.
4. Классификация элементов поражения слизистой оболочки рта.
5. Патоморфологические процессы при заболеваниях слизистой оболочки рта.
6. Перечислите первичные и вторичные элементы поражения слизистой оболочки и кожных покровов, приведите примеры заболеваний, при которых они встречаются.
7. Какие патоморфологические процессы в слизистой оболочке возможны при заболеваниях слизистой оболочки? В чем их суть

Лекция №3

1. Тема: Общие представления о заболеваниях слизистой оболочки полости рта и их классификация

2. Цель: Формирование у студента знаний и понятия о заболеваниях слизистой полости рта. Изучить классификацию заболевания СОПР. Определить уровень актуальности темы.

3. Тезисы лекции:

Классификация заболеваний СОПР имеет большое значение в практической работе врача-стоматолога, так как позволяет хорошо ориентироваться в многообразии нозологических форм болезней. Это способствует правильной диагностике, выбору обоснованной терапии и проведению профилактических мероприятий. Трудности в создании классификации заболеваний СОПР и губ объясняются тем, что многие заболевания этой группы не могут быть систематизированы по одному общему для всех признаку (этиология, патогенез, клинико-морфологические и патоморфологические признаки, характер течения). В основе классификации заболеваний СОПР и красной каймы губ, предложенной Е. В. Боровским, А. Л. Машкиллейсоном в 1984 г., лежит этиопатогенетический признак. Принцип систематизации с учетом этиологии и патогенеза позволяет разработать тактику лечения и профилактики различных заболеваний СОПР и губ. Несовершенство такой систематизации заключается в том, что этиология и патогенез большинства заболеваний до конца не выяснены. По мере

ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	7стр из 34

накопления знаний будут меняться взгляды на причины и механизм развития этих заболеваний и совершенствоваться классификация. Основная цель создания международной номенклатуры стоматологических заболеваний и синдромов в полости рта заключается в стандартизации подходов к выявлению стоматологической патологии с последующей регистрацией и определением уровня стоматологических заболеваний. Полученные данные позволяют определить корреляции общего состояния организма с уровнем стоматологического здоровья. К каждому разделу международной номенклатуры заболеваний есть перечень стоматологических заболеваний и синдромов, проявляющихся в полости рта, характерных для данной системной патологии или состояния. Систематизация стоматологических заболеваний внутри группы проводится по клинико-морфологическим, патоморфологическим признакам, характеру микроорганизмов.

4. Иллюстративный материал: презентации лекций.

5. Рекомендуемая литература.

Основная:

Сағындық, Х. Л. Бет-жақсүйек аймағы және мойынның тіндерінің қабыну аурулары : оқу құралы / Х. Л. Сағындық , А. М. Суманова, С. Қ. Әлішер. - Қарағанды : Medet Group, 2021. - 424 с. Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 : оқулық / Е.В.Боровский, Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет. Мезгілбаева, Д. М. Терапиялық стоматология : оқулық / Д. М. Мезгілбаева, С. Ж. Абдикаримов, Н. Ф. Сапаева. - 2-ші бас. - Алматы : АҚНҮР, 2019. - 536 бет Сагындық , Х. Л. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи : учебное пособие / Х. Л. Сагындық , А. М. Суманова, З. А. Пайзиева. - Караганда : Medet Group, 2021. - 452 с. Зазулевская, Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта : учебное пособие / Л. Я. Зазулевская. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 364 с. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : справочник / И. К. Луцкая. - 2-е изд. - М. : Медицинская литература, 2014. - 224 с.

6. Контрольные вопросы:

1. Классификация болезней СОПР (МКБ-10).
2. Методы обследования при заболеваниях СОПР.
3. Клиника и дифференциальная диагностика «белых», пузырных, эрозивно-язвенных поражений СОПР.
4. Клиника и дифференциальная диагностика заболеваний губ и языка.
5. Динамика элементов поражения при различных заболеваниях СОПР.
6. Современные принципы лечения пациентов с заболеваниями, имеющими клинические проявления на СОПР

Лекция №4

1. Тема: Травматические поражения слизистой оболочки рта. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

2. Цель: Формирование у студента знаний и понятия о травмах вследствие механических, химических, физических воздействий. Определить уровень актуальности темы. Дать характеристику клинике.

3. Тезисы лекции:

На слизистую оболочку полости рта постоянно действуют различные повреждающие факторы. Под действием раздражителей на слизистой оболочке возникают те или иные изменения. Классификация травматических поражений: 1. Механические; 2. Химические; 3.

OÝTÝSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	8стр из 34

Физические; 4. Комбинированные. Механическая травма Острая механическая травма возникает под воздействием кратковременного, но значительного по силе фактора. Этиология. Острая механическая травма может произойти вследствие прикусывания слизистой оболочки полости рта или ранения ее инструментами. Патогенез. Повреждение эпителия с ограниченным воспалением, инфильтрацией собственной пластинки слизистой оболочки полости рта. Мелкие и крупные кровоизлияния в слизистой оболочке полости рта. Клиника. Она проявляется гематомой (внутритканевое кровоизлияние без нарушения целостности эпителия), эрозией или язвой. При внутритканевом кровоизлиянии на месте травмы отмечается болезненность, которая быстро (через 1–3 дня) исчезает. В случае нарушения целостности эпителия образуются болезненные эрозии или язва с инфильтрацией. Вторично инфицируясь, рана может перейти в длительно не заживающие язвы. Диагностика не представляет затруднений: причина легко выясняется из анамнеза.

Химическая травма При острой химической травме клиническая картина зависит от вида и количества повреждающего вещества, времени воздействия. При ожогах кислотами возникает коагуляционный некроз, щелочами – колликвационный некроз. При хронической механической травме наблюдается хроническое катаральное воспаление, язвенно-некротический гингивостоматит, кератоз, лейкоплакия. Этиология. Ожоги слизистой оболочки рта возможны при контакте с кислотами, щелочами, мышьяковистой пастой, фенолом, формалиновой пастой, нитратом серебра, формалин-резорциновой смесью, при ношении протезов из недостаточно заполимеризованной пластмассы. Иногда больные, стремясь самостоятельно избавиться от зубной боли, накладывают на зуб, а попутно – на слизистую оболочку, спирт, ацетилсалициловую кислоту и другие вещества, что приводит к ожогам. Патогенез. Раздражение нервных окончаний, воздействие медиаторов воспаления. Денатурация, коагуляция белков, образование труднорастворимых белковых соединений, гибель клеток, формирование коагуляционного некроза – плотной пленки, препятствующей глубокому проникновению химического вещества. Взаимодействие химического вещества с тканями, гидролитическое расплавление клеточных структур, формирование колликвационного некроза – рыхлых масс, не препятствующих более глубокому проникновению химического вещества. Воспалительная реакция слизистой оболочки, нарушение микроциркуляции, обмена веществ, нервной трофики, фагоцитарной активности клеточных элементов соединительной ткани. Клиническая картина. При остром поражении резкая боль возникает сразу и локализуется в местах попадания химического вещества. Клиническая картина зависит от характера и количества повреждающего вещества, времени действия. Ожоги кислотами приводят к возникновению на слизистой оболочке коагуляционного некроза – плотной пленки бурого (от серной кислоты), желтого (азотной кислоты), или бело-серого (от других кислот) цвета. Пленки плотно спаяны с подлежащими тканями, располагаются на фоне резко выраженного воспаления слизистой оболочки с отеком и гиперемией. Ожог основаниями (щелочами) вызывает колликвационный некроз слизистой оболочки, при этом плотной пленки не образуется, некротизированные ткани имеют студнеподобную консистенцию. Поражение более глубокое, чем при ожоге кислотами. Некроз при ожоге щелочами может захватить все слои мягких тканей, особенно на деснах и твердом небе. Ожоги, особенно обширные, приносят больному тяжкие страдания. Через несколько дней после отторжения некротизированных тканей обнажаются медленно-заживающие эрозивные или язвенные поверхности. В легких случаях ожоги щелочами могут вызвать легкий катаральный воспалительный процесс

4. Иллюстративный материал: презентации лекций.

5. Рекомендуемая литература.

Основная:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	9стр из 34

Сағындық, Х. Л. Бет-жақсүйек аймағы және мойынның тіндерінің қабыну аурулары : оқу күралы / Х. Л. Сағындық , А. М. Суманова, С. Қ. Әлішер. - Караганды : Medet Group, 2021. - 424 с. Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 : оқулық / Е.В.Боровский, Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет. Мезгілбаева, Д. М. Терапиялық стоматология : оқулық / Д. М. Мезгілбаева, С. Ж. Абдикаримов, Н. F. Сапаева. - 2-ші бас. - Алматы : АҚНҮР, 2019. - 536 бет Сагындық , Х. Л. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи : учебное пособие / Х. Л. Сагындық , А. М. Суманова, З. А. Пайзиева. - Караганда : Medet Group, 2021. - 452 с. Зазулевская, Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта : учебное пособие / Л. Я. Зазулевская. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 364 с. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : справочник / И. К. Луцкая. - 2-е изд. - М. : Медицинская литература, 2014. - 224 с.

6. Контрольные вопросы:

1. Классификация травматических поражений.
2. Этиология травматических поражений.
3. Клиническая картина механической травмы.
4. Клиническая картина химической травмы.
5. Клиническая картина физической травмы.
6. Лечение травматических поражений.

Лекция №5

1. Тема: Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта.

2. Цель: Формирование у студента знаний и понятия о бактериальных инфекциях. Изучить проявления в полости рта.. Определить уровень актуальности темы. Дать характеристику клинике.

3. Тезисы лекции:

Поражение ротоглотки с развитием фарингитонзиллита (тонзиллита) является одним из часто встречающихся синдромов в клинике инфекционных болезней и заболеваний, имеющих другое происхождение. Лимфоидные образования глотки (небные, глоточная, язычная, трубные миндалины) формируют лимфатическое глоточное кольцо Пирогова – Вальдейера. Необходимо отметить, что причины патологического процесса в миндалинах могут быть самыми разнообразными. Это бактериальные (дифтерия, туляремия, листериоз, туберкулез, сифилис и др.), вирусные (острые респираторные вирусные инфекции, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная, герпесвирусная, ВИЧ-инфекция, краснуха, корь и др.), микотические (кандидоз и др.) и другие инфекции. Миндалины вовлекаются в патологический процесс также при паратонзиллите и паратонзиллярном абсцессе (не относятся к инфекционным заболеваниям, хотя этиологический фактор – микроорганизмы). Онкогематологические заболевания (sarкома, лимфомы, острые и хронические лейкозы, лимфогрануломатоз, лимфосаркомы и др.), метастазы злокачественных опухолей также могут затрагивать кольцо Пирогова – Вальдейера. В ряде случаев миндалины участвуют в формировании клинической картины болезней иммунопатологического и аллергического генеза (аллергический тонзиллофарингит, отек Квинке и др.) и ряда других патологий (болезнь Бехчета, ожоги, травмы зева и др.). В зависимости от этиологии и патогенеза тонзиллофарингита в лимфоидной ткани миндалин могут определяться лимфоидно-макрофагальные элементы, интенсивно образующиеся в ходе иммунного ответа на антигены (АГ) микробного и иного происхождения,

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	10стр из 34

метастатические злокачественные клетки. Возможна пролиферация злокачественных клеток *in situ*, а также (редко) инфильтрация макрофагами, «нагруженными» продуктами метаболизма при различных болезнях накопления. Исторически сложилось, что некоторые тонзиллиты описаны рядом авторов как «ангина», хотя эти болезни имеют различную этиологию и существенно отличаются по клинической картине. Например, ангина Симановского – Плаута – Венсана (Н.П. Симановский, российский оториноларинголог, 1854–1922 гг.; Н.К. Plaut, нем. врач, 1858–1928 гг.; J.H. Vincent, франц. бактериолог, 1862–1950 гг.), ангина Людвига (нем. хирург W.F. Ludwig; 1790–1865 гг.), ангина Дюге (J.B.N. Duguet, франц. врач, 1837–1914 гг.). Часто при описании воспалительного процесса в миндалинах продолжает использоваться термин «ангина (angina)», под которым подразумевается в первую очередь бактериальная (чаще стрептококковая) природа острого тонзиллита (тонзиллофарингита). При ряде заболеваний (прежде всего инфекционных) поражение ротоглотки является ведущим синдромом, вокруг которого строится дифференциально-диагностический поиск. Примером могут служить острый тонзиллит стрептококковой этиологии, дифтерия зева. При других болезнях патологический процесс в ротоглотке бывает частым, ярким и одним из значимых синдромов, наряду с другими симптомами – например, при скарлатине, инфекционном мононуклеозе, лимфоме. Наконец, при некоторых заболеваниях (брюшной тиф, лейкоз и др.) вовлечение лимфоидного аппарата носо- и ротоглотки возможно, но необязательно, и синдром фаринготонзиллита остается второстепенным, дополняющим признаком, не определяющим общую картину болезни. Таким образом, если при осмотре больного выявляется поражение миндалин, то врачу необходимо принять решение, как расценивать данный синдром. Это может быть острый или хронический тонзиллит (фаринготонзиллит) различной этиологии (стрептококковой, стафилококковой, пневмококковой, фузоборрелиозной и др.) как самостоятельное заболевание, или тонзиллит как один из синдромов в составе нозологической формы инфекционного или другого генеза

4. Иллюстративный материал: презентации лекций.

5. Рекомендуемая литература.

Основная:

Сағындық, Х. Л. Бет-жақсүйек аймағы және мойынның тіндерінің қабыну аурулары : оқу күралы / Х. Л. Сағындық, А. М. Суманова, С. Қ. Әлішер. - Караганда : Medet Group, 2021. - 424 с. Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 : окулық / Е.В.Боровский, Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет. Мезгілбаева, Д. М. Терапиялық стоматология : окулық / Д. М. Мезгілбаева, С. Ж. Абдикаримов, Н. Ф. Сапаева. - 2-ші бас. - Алматы : АҚНҮР, 2019. - 536 бет Сагындық, Х. Л. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи : учебное пособие / Х. Л. Сагындық, А. М. Суманова, З. А. Пайзиева. - Караганда : Medet Group, 2021. - 452 с. Зазулевская, Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта : учебное пособие / Л. Я. Зазулевская. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 364 с. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : справочник / И. К. Луцкая. - 2-е изд. - М. : Медицинская литература, 2014. - 224 с.

6. Контрольные вопросы:

1. Бактериальные инфекции
2. Этиология и патогенез инфекционных заболеваний в полости рта .
3. Клиника и диагностика инфекционных заболеваний.
4. Лечение инфекционных заболеваний.
5. Профилактика инфекционных заболеваний.

ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯSY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA <small>—1979—</small>	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	Лекционный комплекс	74\11-2025
		11стр из 34

1. Тема: Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Многоформная экссудативная эритема.

2. Цель: Формирование у студента знаний и понятия о аллергических заболеваниях слизистой полости рта. Изучить хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Определить уровень актуальности темы. Дать характеристику клинике.

3. Тезисы лекции:

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. (ХРАС) Хронический рецидивирующий афтозный стоматит – это хроническое воспалительное заболевание СОРП, характеризующееся появлением афт, протекающее с периодическими ремиссиями и обострениями. Болеют дети от 3 лет и старше. В настоящее время этиология данного заболевания окончательно не изучена. Ведущее место в этиологии ХРАС детского возраста занимают заболевания желудочно-кишечного тракта, вызывающие сенсибилизацию организма. Этиологическими факторами заболевания также могут быть вирусы, нарушения витаминного баланса, нарушение клеточного и гуморального иммунитета (как местного, так и общего). Клиника. В продромальном периоде дети точно указывают на участок СОРП, где, по их мнению, появляется «язва». Дети становятся вялыми, капризными. Выраженность этих симптомов различная. При внешнем осмотре у детей бледные кожные покровы. Десна рыхлые, пастозные, СОРП бледно-розового цвета. Участок, в области которого предполагается развитие афты, гиперемирован, видны инъецированные сосуды, иногда в центре этого участка уже определяется очень маленькая белая головка – участок некроза эпителия, болезненный при пальпации. 47 Часто локализацией афты у детей является передний отдел полости рта, слизистая оболочка полости рта, слизистая губ, переходная складка верхней и нижней губы, кончик и боковые поверхности переднего отдела языка и реже дно полости рта. Одновременно афтозные высыпания можно обнаружить на слизистой оболочке ЖКТ, половых органах и конъюктиве. Рубца после себя афта не оставляет. Первичный элемент – пятно розового цвета округлой формы, не возвышающееся над уровнем слизистой оболочки. Пятно переходит в афту в течение 1-5 часов. Болезненная афта округлой или овальной формы покрыта фибринозным налетом, который при поскабливании не снимается, а при насилиственном удалении некротического налета эрозивная поверхность начинает кровоточить. Различают три вида афты: хроническая рецидивирующая афта Микулича – одиночная афта величиной с чечевичное зерно, заживает без рубцов; афта Сеттона – имеет величину большую, чем афта Микулича, заживает неделями, оставляет после себя рубец; герпетiformное изъязвление Куке характеризуется массовым появлением точечных афт в любой точке полости рта, даже на ороговевающей слизистой оболочке. ХРАС полости рта классифицируют по степени тяжести. 1. Легкая форма – афты одиночные, малоболезненные, рецидивируют один раз в несколько лет. Дети страдают незначительно, выявляются отдельные, малозначительные симптомы патологии органов пищеварения. В основном в анамнезе – склонность к запорам, редкая, периодическая боль в животе, не связанная с приемом пищи, нередко проявление экссудативного диатеза на первом году жизни. 2. Среднетяжелая форма – рецидивы развиваются ежегодно, чаще несколько раз в год (1-3 раза). Афты болезнены, расположены в различных местах слизистой оболочки, но преимущественно в переднем отделе полости рта. СОРП бледная, несколько отечная. Заживление афты происходит в течение 7-9 дней. У детей при этой форме ХРАС не обнаруживается 48 хронических заболеваний, однако отсутствует аппетит, отмечаются запоры, боль в животе, непереносимость отдельных пищевых продуктов. В анамнезе – пищевые токсикоинфекции, ложные приступы аппендицита. При осмотре ребенка на коже лица можно найти «звездочки», «паучки», что является клиническим симптомом функциональной недостаточности печени. 3. Тяжелая форма – характеризуется единичными или множественными различного размера высыпаниями, локализующимися не только в передних отделах полости рта, но и на слизистой оболочке твердого, мягкого неба,

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	12стр из 34

щеках, дужках миндалин. рецидивы наблюдаются свыше 4 раз в год, порой ежемесячно или непрерывно. При этой форме патологии в первые дни заболевания может подниматься температура, но лимфаденит и гингивит отсутствует. Развитие элементов высыпания происходит длительно, в течение нескольких недель, в среднем 9 до 20 дней. В связи с этим период эпителизации одних афт совпадает с появлением новых и порой, особенно в запущенном случае вся СОПР представляет собой как бы сплошную раневую поверхность. Перед появлением афт на слизистой оболочке обнаруживается ограниченный очаг гиперемии, затем участок некроза размером с булавочную головку, потом происходит его увеличение. Параллельно развитию афты увеличивается гиперемия и инфильтрация подлежащей ткани. В самых тяжелых случаях афты переходят в язвы, после эпителизации которых остаются рубцы (афта Сеттона). Дети с тяжелой формой ХРАС имеют в анамнезе уже сформировавшиеся болезни органов пищеварения. При лабораторном исследовании можно установить признаки витаминной недостаточности, дисбактериоза, анемии. Кроме классификации ХРАС по степени тяжести, И.А.Рабинович (1998) предложил клиническую классификацию форм этого заболевания: 1. Фибринозная – характеризуется появлением 3-5 афт и эпителизацией их в течение 7-10 дней. 2. Некротическая – протекает с первичной деструкцией эпителия и появлением некротического налета. 3. Глангулярная – первично поражается эпителий протока малой слюнной железы, в связи с чем снижается ее функциональная активность. Деформирующаяся – характеризуется образованием обезображивающих рубцов на месте афтозных элементов, изменяющих рельеф и конфигурацию слизистой. Дифференциальная диагностика. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит следует дифференцировать с: 1) Хроническим рецидивирующими герпетическим стоматитом, 2) Многоформной экксудативной эритемой, 3) Хроническими травматическими эрозиями и язвами, 4) Вторичным сифилисом, 5) Медикаментозным стоматитом, 6) Язвенно-некротическим гингиво-стоматитом Венсана, 7) Афтозом Беднара, 8) Синдромом Бехчета

4. Иллюстративный материал: презентации лекций.

5. Рекомендуемая литература.

Основная:

Сағындық,Х. Л. Бет-жақсүйек аймағы және мойынның тіндерінің қабыну аурулары : оқу күралы / Х. Л. Сағындық , А. М. Суманова, С. Қ. Әлішер. - Қарағанды : Medet Group, 2021. - 424 с. Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 : оқулық / Е.В.Боровский,Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет. Мезгілбаева, Д. М. Терапиялық стоматология : оқулық / Д. М. Мезгілбаева, С. Ж. Абдикаримов, Н. Ф. Сапаєва. - 2-ші бас. - Алматы : АҚНҰР, 2019. - 536 бет Сагындық , Х. Л. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи : учебное пособие / Х. Л. Сагындық , А. М. Суманова, З. А. Пайзиева. - Караганда : Medet Group, 2021. - 452 с. Зазуlevskaya, Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта : учебное пособие / Л. Я. Зазулевская. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 364 с. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : справочник / И. К. Луцкая. - 2-е изд. - М. : Медицинская литература, 2014. - 224 с.

6. Контрольные вопросы:

1. Аллергические заболевания слизистой полости рта.
2. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.
3. Реакции немедленного и замедленного действия.
4. Этиология и патогенез.
5. Клиника и диагностика.
6. Лечение аллергических заболеваний полости рта.

ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	13стр из 34

Лекция №7

- 1. Тема:** Изменения слизистой оболочки полости рта при острых инфекционных заболеваниях.
- 2. Цель:** Формирование у студента знаний и понятия о острых инфекционных заболеваниях. Изучить изменения полости рта при инфекционных заболеваниях. Определить уровень актуальности темы.

3. Тезисы лекции:

Изменения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях. Скарлатина. Возбудителем заболевания является гемолитический стрептококк группы А. Заражение передается воздушно-капельным и контактно-бытовым путем. Первичные проявления заболевания обнаруживаются в месте внедрения инфекции – на слизистой оболочке зева, глотки – еще в проромальном периоде. Элементами поражения являются небольших размеров очаги гиперемии, отчего слизистая имеет пятнистый вид. За сутки до появления сыпи развивается острый диффузный катаральный стоматит, сопровождающийся сухостью СОПР. Наиболее выражено катаральное воспаление в дистальных отделах полости рта. На 3-4 день в случаях тяжелого течения заболевания на миндалинах, небных дужках, СОПР в отдельных участках может развиться некроз слизистой оболочки. «Скарлатинозная ангина» с очагами некротического налета на поверхности миндалин сопровождается эритемой кожи. На фоне эритемы появляется мелкоточечная папулезная сыпь, которая отсутствует на коже носа и в приротовой области. Язык с первого дня заболевания обложен плотным сероватым налетом, возникающим как следствие непосредственного воздействия стрептококка на слизистую оболочку языка, так и в связи с нарушением процессов отторжения эпителия. На 3-5 день заболевания сначала очищается от налета кончик и боковые поверхности языка, а затем и весь язык. В результате десквамации эпителия сосочковый рельеф языка сглаживается. Язык становится гладким, блестящим. На таком фоне возвышаются отечные, гиперплазированные грибовидные сосочки языка ярко-красного цвета, язык напоминает малину. «Малиновый язык» является характерным диагностическим признаком, который сохраняется в течение 2 недель, катаральный стоматит сохраняется на весь период заболевания. Губы отечны, ярко-красного цвета. Отмечается их шелушение, трещины на углах рта. При тяжелой степени заболевания возможно развитие гнойного отита, артрита височно-нижнечелюстного сустава. Дифференциальная диагностика. Скарлатину следует дифференцировать от дифтерии, кори, заболевания крови и ангины (катаральной, лакунарной, некротической). Лечение. Общее лечение включает антибиотикотерапию, антигистаминные, жаропонижающие средства. Лечение изменений СОПР при скарлатине состоит в устранении симптомов патологии, обусловленных повышенной десквамацией эпителия, сухости слизистой оболочки, иногда жжения. Для этой цели рекомендуется смазывание слизистой 1-2% раствором анестезиновой эмульсии на персиковом масле, полоскание антисептическими растворами (фурациллин, раствор перманганата калия слабо-розового окрашивания, риванол и др.), применять кератопластические средства (қызылмай, масло шиповника, облепихи, каротолин, солкосерил, метилурациловая мазь и др.). Корь Острое вирусное заболевание вирусной природы, передается воздушно-капельным путем. Попадая в организм, вирус циркулирует в крови и поражают СОПР, дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, ЦНС. В проромальном периоде, для которого характерны недомогание, кашель, насморк, конъюктивит и катаральный стоматит, на слизистой щек преимущественно в области проекции моляров появляются желтовато-белые высыпания – так называемые пятна Филатова-Коплика. Они похожи на брызги извести, и выявляясь еще до появления сыпи на коже, имеют большое диагностическое значение. Эти образования округлой формы диаметром 1-2 мм, окруженные узким ярко-красным ободком. Количество до десятков, располагаются группами, никогда не сливаются, не снимаются

ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	14стр из 34

тампоном. Пятна Филатова-Коплика держатся 2-3 дня, с появлением сыпи на коже они постепенно исчезают. Период высыпания наступает через 3-5 дней и длится 3 дня. Последовательность появления сыпи очень характерна: в 1 день – на лице, за ушами, на шее; на 2 день – на туловище и на 3 день – на конечностях. В этот период сохраняется катаральный стоматит, возникает коревая энантема на слизистой оболочке твердого и мягкого неба в виде небольших четко очерченных пятнышек. Пятна Филатова-Коплика к этому времени исчезают, либо вследствие резкого снижения реактивности организма на их месте развиваются язвенные и некротические процессы, значительно усугубляющие общее состояние ребенка. На губах появляются трещины, в области углов рта – заеды. Иногда на этом фоне возникает герпетический стоматит. Дифференциальная диагностика. Корь необходимо дифференцировать от молочницы, скарлатины, острого герпетического стоматита. Лечение кори. Необходимо соблюдение постельного режима в течение 8-10 дней от начала заболевания. Назначается щадящая диета, обильное питье. Поддержание гигиенического состояния полости: полоскание полости рта слабыми антисептическими растворами, применение противовирусных, затем кератопластических средств. Дифтерия. Дифтерия – острое инфекционное заболевание, возбудителем которого является палочка Леффлера. Первично поражаются миндалины, слизистая оболочка зева, носоглотки и гортани, может вовлекаться в процесс СОПР. Внедрению инфекции способствует нарушение целостности СОПР, разрыхление ее или повышение проницаемости, развивающееся под действием продуктов жизнедеятельности микроорганизмов. Признаком заболевания является поражение слизистой оболочки зева: умеренная гиперемия, отечность, миндалины набухшие, покрыты беловато-серым или желтовато-серым налетом. В полости рта процесс чаще локализуется в области зева, небных дужек и ретромолярном пространстве, захватывая десневой край верхней и нижней челюсти. Налет грязно-серого, коричнево-желтого или черного цвета. Образующиеся пленки снимаются с трудом, обнажая кровоточащую эрозию. При дифтерийном гингивите, помимо беловатых пленок, может быть студенистый отек. Во всех случаях заболевания определяется сладковатый запах изо рта. Лимфаденит подчелюстных и шейных лимфатических узлов. Дифференциальная диагностика. Дифтерии следует дифференцировать от скарлатины, некроза слизистой при лейкозе, фолликулярной и лакунарной ангине, инфекционного мононуклеоза, заглоточным абсцессом, герпетическим стоматитом с поражением миндалин, при токсической форме – с инфекционным мононуклеозом, эпидемическим паротитом, изменениями СОПР при заболеваниях крови. Лечение. Общее лечение проводится в стационаре (инфекционная больница) и заключается во введении дифтерийного анатоксина, антибиотикотерапии, витаминотерапии, иммуностимулирующей терапии. Местно на СОПР применяют обезболивающие препараты, растворы протеолитических ферментов, кератопластические средства. Ветряная оспа. Ветряная оспа - острое инфекционное заболевание, возбудителем является вирус. В полости рта пузырьковые элементы быстро вскрываются, образуя эрозии, покрытые фибринозным налетом. Пузырьковые высыпания локализуются преимущественно на спинке языка. На коже лица и околосотовой области основным элементом выражения является пузырь, после подсыхания которого образуется корочка бурого цвета. Возможно изолированное поражение СОПР, без поражения кожи. Дифференциальную диагностику ветряной оспы проводят с генерализованной герпетической инфекцией, скарлатиной, пиодермией, токсикодермий, аллергической сыпью. Лечение: Общее лечение проводит инфекционист. Назначают постельный режим, диету, обильное питье. В период выздоровления - поливитамины и общеукрепляющие средства. Противовирусные препараты и антибактериальная терапия показаны при тяжелых формах. При местном лечении: обрабатывать элементы сыпи на коже 2 раза в день спиртовыми растворами анилиновых красителей – метиленовым синим, бриллиантовым зеленым, раствором Кастеллани. Местное

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	15стр из 34

лечение в полости рта: антисептическая обработка полости рта, противовирусные терапия. В период угасания кератопластические средства. Необходимо проводить мероприятия по гигиене полости рта. Грипп. Возбудителем является вирус. Катаральный гриппозный стоматит характеризуется тем, что через 12-24 часа от начала заболевания появляется гиперемия небных дужек, миндалин, мягкого неба. Через 1-2 дня на гиперемированной слизистой мягкого неба и задней стенки глотки возникают высыпания в виде мелких зерен, обусловленные воспалением мелких лимфоидных образований. На 3-4 сутки болезни появляется отечность и точечные кровоизлияния на слизистой оболочке щек и языка. Лечение: общее лечение проводит педиатр. Местно: соблюдение гигиены полости рта. Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова-Пфейффера) Заболевание вирусного происхождения начинается остро с повышения температуры тела до 38-39°. С первого дня болезни отмечается лимфаденит шейных лимфатических узлов. Нередко увеличены печень, селезенка. Лицо одутловато, отек век, носовое дыхание затруднено. Зев гиперемирован, цианотичен. Определяется отек и уплотнение небных и язычных миндалин с обширным бугристым налетом желтоватого цвета, крошковатой консистенции, легко снимаемым. В полости рта катаральный гингивит, иногда язвеннонекротический гингивостоматит. Геморрагические высыпания на коже и слизистой оболочке полости рта. Красная кайма губ истончена, цианотична, имеются трещины. Язык влажный с беловато-желтым налетом, грибовидные сосочки увеличены. Гнилостный запах изо рта. Характерны изменения в периферической крови: лейкоцитоз (25-50 тысяч) лимфо-, моноцитоз, отмечаются плазмоциты, мононуклеарные клетки Дифференциальная диагностика проводится с ОРВИ, ангиной, дифтерией зева, корью, краснухой, эпидемиологическим паротитом, лимфаденитом, лимфогрануломатозом, ВИЧ-инфекцией, лейкозом. Лечение: общее лечение проводит педиатр. Назначение гипосенсибилизирующей терапии, жаропонижающих средств, поливитаминов, диета. Местно на СОПР применяют обезболивающие, антисептические препара-ты, антибактериальные, кератопластические средства. Соблюдение гигиены полости рта

4. Иллюстративный материал: презентации лекций.

5. Рекомендуемая литература.

Основная:

Сағындық, Х. Л. Бет-жақсүйек аймағы және мойынның тіндерінің қабыну аурулары : оку құралы / Х. Л. Сағындық , А. М. Суманова, С. Қ. Әлішер. - Караганды : Medet Group, 2021. - 424 с. Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 : оқулық / Е.В.Боровский,Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет. Мезгілбаева, Д. М. Терапиялық стоматология : оқулық / Д. М. Мезгілбаева, С. Ж. Абдикаримов, Н. Ф. Сапаева. - 2-ші бас. - Алматы : АҚНҮР, 2019. - 536 бет Сагындық , Х. Л. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи : учебное пособие / Х. Л. Сагындық , А. М. Суманова, З. А. Пайзиева. - Караганда : Medet Group, 2021. - 452 с. Зазуlevская, Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта : учебное пособие / Л. Я. Зазулевская. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 364 с. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : справочник / И. К. Луцкая. - 2-е изд. - М. : Медицинская литература, 2014. - 224 с.

6. Контрольные вопросы:

1. Поражения слизистой оболочки полости рта при гриппе.
2. Поражения слизистой оболочки полости рта при ветрянной оспе.
3. Поражения слизистой оболочки полости рта при инфекционном мононуклиозе.
4. Тактика врача-стоматолога при острых инфекционных заболеваниях.
5. Современные представления об этиологии и патогенезе ВИЧинфекции, методы диагностики СПИДа.
6. Системные проявления СПИДа.

ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	16стр из 34

7. Поражения слизистой оболочки полости рта у ВИЧинфицированных.

Лекция №8

1. Тема: Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах. Пузырчатка. КПЛ, СКВ, пемфигоиды, пузырный эпидермолиз.

2. Цель: Формирование у студента знаний и понятия о изменениях слизистой при дерматозах. Изучить этиологию и патогенез. Определить уровень актуальности темы. Дать характеристику клинике.

3. Тезисы лекции:

Слизистая оболочка полости рта (СОПР) при инфекционных заболеваниях почти всегда бывает вовлечена в патологический процесс. Характер изменений зависит от вирулентности возбудителя, стадии развития заболевания, индивидуальных особенностей организма, возраста пациента, физического состояния, генетического статуса. Могут появляться типичные симптомы – например, пятна Бельского–Филатова–Коплика при кори, «малиновый язык» при скарлатине, отдельные геморрагии при гриппе. Эрозии обнаруживаются на месте пустул при ветрянке. В виде пареза и паралича мягкого неба проявляется полиневрит при дифтерии. В других случаях изменения СОПР носят общий неспецифический характер. Кроме того, на фоне остого инфекционного заболевания могут возникать и обостряться вирусные, бактериальные, грибковые поражения. В свою очередь вовлечение СОПР в общий патологический процесс в большинстве случаев отягощает и осложняет течение основного заболевания. Скарлатина Скарлатина – острое стрептококковое поражение организма, характеризующееся лихорадкой, общей интоксикацией, тонзиллитом и мелкоточечной экзантемой. Возбудителем является β-гемолитический стрептококк группы А. Тонзиллит наблюдается практически у всех больных в виде гипертрофии и гиперемии миндалин, дужек, язычка, мягкого неба и задней стенки глотки. Ангина – один из наиболее частых симптомов скарлатины. Характерна интенсивная яркая гиперемия зева, довольно резко ограниченная по краю твердого неба. На слизистой оболочке мягкого неба определяется точечная сыпь (рис. 1). Миндалины увеличены, разрыхлены и могут быть покрыты налетом, который чаще носит тот же характер, что и при вульгарной лакунарной ангине. Он довольно быстро исчезает к концу начального периода болезни. Особенno типичен для скарлатины некроз, который обнаруживается с 3–4-го дня заболевания. Некротическая ангина – постоянный симптом септической формы скарлатины. Она характеризуется появлением на поверхности миндалин грязно-белых некротических пленок, которые могут распространяться на всю поверхность, в тяжелых случаях переходить на небные дужки, язычок, мягкое небо, стенки глотки. Губы утолщаются, принимают яркую пунцовую окраску, с 4–5-го дня болезни появляются трещины, изъязвления. Лимфаденит определяется с 1-го дня заболевания. Характерны изменения языка. В 1-й день болезни он густо обложен налетом; на 2-й день начинает очищаться с кончика и краев до 1/3 (рис. 2); на 3-й день язык бывает чистым на 2/3; к 4-му дню остается обложенным только у корня. На 5-й день язык полностью очищается, приобретает вид «малинового» («сосочкового») за счет гипертрофии сосочеков и слущивания эпителия. В лабораторной диагностике стрептококковой инфекции используют бактериологическое исследование пленок, сосков, мазков-отпечатков, однако положительные результаты бактериологических анализов не могут однозначно трактоваться в пользу заболевания. В качестве вспомогательного серологического метода, позволяющего подтвердить стрептококковую природу возбудителя, используют реакцию на внутрикожное введение 0,1 мл антитоксической сыворотки: при положительной реакции на месте инъекции появляется белое пятно без сыпи.

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	17стр из 34

4. Иллюстративный материал: презентации лекций.

5. Рекомендуемая литература.

Основная:

Сағындық, Х. Л. Бет-жақсүйек аймағы және мойынның тіндерінің қабыну аурулары : оқу күралы / Х. Л. Сағындық , А. М. Суманова, С. Қ. Әлішер. - Қарағанды : Medet Group, 2021. - 424 с. Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 : оқулық / Е.В.Боровский,Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет. Мезгілбаева, Д. М. Терапиялық стоматология : оқулық / Д. М. Мезгілбаева, С. Ж. Абдикаримов, Н. Ф. Сапаева. - 2-ші бас. - Алматы : АҚНҰР, 2019. - 536 бет Сагындық , Х. Л. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи : учебное пособие / Х. Л. Сагындық , А. М. Суманова, З. А. Пайзиева. - Караганда : Medet Group, 2021. - 452 с. Зазуlevская, Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта : учебное пособие / Л. Я. Зазулевская. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 364 с. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : справочник / И. К. Луцкая. - 2-е изд. - М. : Медицинская литература, 2014. - 224 с.

6. Контрольные вопросы:

1. Изменения слизистая оболочки рта при дерматозах.
2. Пузырчатка проявления.
3. Этиология и патогенез.
4. Дифференциальная диагностика

Лекция №9

1. Тема: Заболевания языка. Аномалии и заболевания языка. Складчатый язык, ромбовидный, десквамативный глоссит. Волосатый (чёрный) язык.

2. Цель: Формирование у студента знаний и понятия о аномалиях заболевания языка. Изучить заболевания языка. Определить уровень актуальности темы. Дать характеристику этиологии и патогенезу.

3. Тезисы лекции:

Языку человека придается особое значение среди органов полости рта. У него развита рецепторная чувствительность к различным воздействиям: механическим, химическим, бактериальным и регенеративная способность. Состояние слизистой оболочки языка может «сказать» о развитии ряда заболеваний органов и систем организма человека. Слизистая оболочка языка быстро реагирует на патологические процессы в организме человека. Сосочки слизистой оболочки, играющие значительную роль в процессе пищеварения, при нормальных условиях быстро стираются и регенерируются. Значительную группу заболеваний слизистой оболочки полости рта составляют поражения языка. Причины возникновения и развития глоссита, характер клинического проявления, довольно разнообразны. Изменение слизистой оболочки языка часто наблюдаются при системных заболеваниях человека. При одних заболеваниях эти изменения носят спорадический характер, при других – являются обязательным симптомом общего заболевания. Большую группу представляют поражения, которые развиваются только на языке, не вовлекая в процесс другие отделы слизистой оболочки полости рта: десквамативный глоссит, складчатый язык, ворсинчатый язык, нейрогенные заболевания языка. Одни заболевания языка протекают остро, другие хронически или с чередованием периодов благополучия и рецидивов. Развитие процесса обусловлено общим состоянием организма, силой и характером воздействия местных и общих факторов. Заболевания слизистой оболочки языка встречаются в любом возрасте. Однако одни из них наблюдаются у детей, другие – у взрослых. Если их не лечить, они прослеживаются на протяжении всей жизни человека. Значительное разнообразие причин развития заболеваний

ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	18стр из 34

слизистой оболочки языка, патологическая особенность в развитии отдельных заболеваний, накладывает отпечаток на характер клинических проявлений и течения процесса, а также на особенности их профилактики и лечения.

4. Иллюстративный материал: презентации лекций.

5. Рекомендуемая литература.

Основная:

Сағындық, Х. Л. Бет-жақсүйек аймағы және мойынның тіндерінің қабыну аурулары : оқу құралы / Х. Л. Сағындық , А. М. Суманова, С. Қ. Әлішер. - Қарағанды : Medet Group, 2021. - 424 с. Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 : оқулық / Е.В.Боровский,Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет. Мезгілбаева, Д. М. Терапиялық стоматология : оқулық / Д. М. Мезгілбаева, С. Ж. Абдикаримов, Н. Ф. Сапаева. - 2-ші бас. - Алматы : АҚНҮР, 2019. - 536 бет Сагындық , Х. Л. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи : учебное пособие / Х. Л. Сагындық , А. М. Суманова, З. А. Пайзиева. - Караганда : Medet Group, 2021. - 452 с. Зазуlevская, Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта : учебное пособие / Л. Я. Зазулевская. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 364 с. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : справочник / И. К. Луцкая. - 2-е изд. - М. : Медицинская литература, 2014. - 224 с.

6. Контрольные вопросы:

1. Заболевания языка.
2. Этиология и патогенез заболеваний языка
3. Аномалии заболевания языка.
4. Клиника и диагностика заболеваний полости рта.

Лекция №10

1. Тема: Синдромы: Россолимо - Бехтерева, пузырно-сосудистый, Рандю-Ослера-Вебера. Адиссона, Иценко-Кушинга, глоссодиния, Верльгофа, Шегрена.

2. Цель: Формирование у студента знаний и понятия о синдромах. Изучить этиологию и патогенез. Определить уровень актуальности темы. Дать характеристику клинике.

3. Тезисы лекции:

СИНДРОМ ШЕГРЕНА Синонимы Сухой синдром, синдром Гужеро-Шегрена, синдром Съегрена. Впервые описан Yourgerot (1925), наиболее полное клиническое описание представлено Siogren (1935). Синдром Шегрена - прогрессирующее ревматоидное аутоиммунное заболевание. Код по МКБ-10 M35.0 Сухой синдром (Шегрена). Этиология неизвестна, но предполагают вирусную природу, возможно, возникает как осложнение при поражении вирусом Эпштейна-Барр. В литературе выделен ещё один термин, относящийся к сложному симптомокомплексу, - болезнь Шегрена. Однако в описании обоих вариантов заболевания имеются аутоиммунные нарушения. В возникновении и развитии заболевания играют роль также стрессовые ситуации, нарушения вегетативной нервной и эндокринной систем. Синдром Шегрена характеризуется системным поражением экзокринных желёз с преимущественным вовлечением слюнных и слёзных, а также с развитием недостаточности функции потовых, сальных, слизистых желёз. Наиболее типичное морфологическое проявление болезни - лимфоплазмоцитарная инфильтрация экзокринных желёз с последующим вовлечением близлежащих лимфатических узлов. Иногда у больных развивается генерализованная лимфаденопатия. Клиническая картина Для синдрома Шегрена типична классическая триада: сочетание ксеростомии, сухого кератоконъюнктивита с системным поражением соединительной ткани (хронический полиартрит, системная красная

ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	19стр из 34

волчанка, первичный билиарный цирроз, фибромиалгии и др.). В патологический процесс вовлекаются и экзокринные железы верхних дыхательных путей, начиная с носовых ходов, носоглотки, трахеи и бронхов с развитием трахеобронхита, пневмонии. В ЖКТ развивается ахилический гастрит, в гениталиях - вульвиты, вагиниты, цервициты. Одновременно у половины больных наблюдают сухость волос. Часты спленомегалия, синдром Рейно, нетромбопеническая пурпур. Сравнительно часто у больных развивается рецидивирующий паротит. В начальной стадии больные жалуются на незначительное уплотнение чаще околоушных, реже подчелюстных желёз, распирающие ощущения во время еды. При обострении повышается температура тела, появляется разлитая припухлость в области железы, полностью прекращается выделение слюны. В последующих стадиях околоушные железы увеличены, плотны, бугристы, безболезненны. Припухлость периодически уменьшается и увеличивается. Обострения протекают тяжело, с высокой температурой, сильными болями, слизисто-гнойным отделяемым из протока. В поздней стадии припухлость достигает больших размеров, чаще возникают обострения, секрет из протоков не выделяется. В зависимости от стадии заболевания возникают различные проявления сухости полости рта - одного из ведущих симптомов. В течение длительного срока единственным симптомом заболевания может быть постепенно прогрессирующее снижение функции экзокринных желёз. В полости рта изменения могут быть первыми признаками проявления болезни, слюна становится вязкой, её количество уменьшается вплоть до полного прекращения секреции и развития ксеростомии. В выраженной стадии больные жалуются на сухость, жжение и боль во рту, затруднения при разговоре, приёме пищи, снижение вкусовых восприятий, гиперестезию твёрдых тканей зубов и быстрое разрушение зубов кариозным процессом. Слизистая оболочка атрофична, рельеф сосочков сглажен. В эпителии слюнных желёз наступают необратимые дегенеративные изменения. Ксеростомия способствует развитию воспаления слизистой оболочки рта, тяжёлому поражению пародонта, возникновению множественного, быстро прогрессирующего кариеса. У трети больных синдромом Шегрена воспаление слизистой оболочки рта связано с поражением *Candida albicans*, при этом чаще всего возникает эритематозная (атрофическая) форма кандидоза. Наиболее типичные симптомы - пятнистая эритема, повышенная десквамация эпителия и образование мелких эрозий. Красная кайма губ сухая, покрыта мелкими чешуйками, в углах рта образуются трещины. У некоторых больных заболевание начинается с поражения глаз, развивается сухость глаз, светобоязнь, ощущения песка в глазах, развитие кератоконъюнктивита. Диагностика В выраженной стадии заболевания диагностика не представляет трудности при наличии характерных клинических признаков - ксеростомии, кератоконъюнктивита, хронического паренхиматозного паротита. Диагностике помогает информация о наличии у больного ревматизма, заболевания суставов, системной красной волчанки, склеродермии и др. Для подтверждения диагноза необходимо углублённое обследование больного с выполнением специальных методов исследования (сиалография, сканирование слюнных желёз, термовизиография, рентгенография с контрастным веществом и др.). Необходимо обследование внутренних органов, лабораторное обследование. Кроме общеклинического и стоматологического обследования при синдроме Шегрена проводят рентгенологическое, микробиологическое, иммунологическое, морфологическое обследования. У больных с синдромом Шегрена выявляют изменения в крови: нормоили гипохромную анемию, иногда лейкопению, значительное ускорение СОЭ (до 60-70 мм/ч), гиперпротеинемию, гипергаммаглобулинемию с повышением содержания иммуноглобулинов трёх классов, повышение титра ревматоидного фактора. Обнаруживают антинуклеарные факторы, а также широкий круг циркулирующих органоспецифических аутоантител. Дифференциальный диагноз При синдроме Шегрена с поражением околоушных слюнных желёз проводят отличие от других видов паротита и от опухоли. В начальной стадии заболевания, протекающего со

ОҢТҮСТИК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»	74\11-2025
Лекционный комплекс	20стр из 34

снижением функции слюнных желёз, наличием парестезий, трофических нарушений, следует отличать синдром Шегрена от стомалгии (глоссалгии). Лечение больных синдромом Шегрена проводят в ревматологической клинике. При аутоиммунном процессе в зависимости от его активности назначают глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, противовоспалительные средства, а также общеукрепляющие препараты. В комплексном лечении больных принимают участие специалисты разного профиля: стоматологи, офтальмологи, невропатологи, эндокринологи и др. Стоматолог осуществляет: санацию полости рта (лечение кариеса, пульпита, периодонтита); лечение кандидоза, воспаления слизистой оболочки рта, патологии пародонта; обеспечение влажного состояния полости рта; профилактику кариеса

4. Иллюстративный материал: презентации лекций.

5. Рекомендуемая литература.

Основная:

Сағындық, Х. Л. Бет-жақсүйек аймағы және мойынның тіндерінің қабыну аурулары : оку құралы / Х. Л. Сағындық, А. М. Суманова, С. Қ. Әлішер. - Қарағанды : Medet Group, 2021. - 424 с. Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 : оқулық / Е.В.Боровский, Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет. Мезгілбаева, Д. М. Терапиялық стоматология : оқулық / Д. М. Мезгілбаева, С. Ж. Абдикаримов, Н. Ф. Сапаева. - 2-ші бас. - Алматы : АҚНҮР, 2019. - 536 бет Сагындық, Х. Л. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи : учебное пособие / Х. Л. Сагындық, А. М. Суманова, З. А. Пайзиева. - Караганда : Medet Group, 2021. - 452 с. Зазуlevская, Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта : учебное пособие / Л. Я. Зазулевская. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 364 с. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта : справочник / И. К. Луцкая. - 2-е изд. - М. : Медицинская литература, 2014. - 224 с.

6. Контрольные вопросы:

1. Изучить синдромы.
2. Этиология и патогенез синдромов.
3. Клиника и диагностика синдромов.