ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

"БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСТИТЕТ" МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**Я**звенно-некротический гингивостоматит Венсана.

Выполнила: студентка

группы СТ-502 Ханнанова Д.Ю.

Уфа-2012

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**ФИО больного**:

**Год рождения**: 1987

**Адрес**: г. Уфа

**Место работы:** магазин "Эльдорадо"

**Профессия**: продавец-консультант

**Дата обращения**: 5 февраля 2012 года.

**Диагноз:** язвенно-некротический гингивостоматит Венсана.

## ***ДАННЫЕ РАССПРОСА БОЛЬНОГО***

**ЖАЛОБЫ**

Жалобы при поступлении: недомогание, повышение температура тела, зуд, жжение.

Пациент предъявляет жалобы на кровоточивость десен во время приема пищи и чистке зубов с окрашиванием ротовой жидкости в розовый цвет, на эстетический дефект: пигментированные зубные отложения.

## ***АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ***

При сборе анамнеза установлено, что заболевание возникло около 2 недели назад. Заболевание началось с болей в области десны, затруднение приема пищи, увеличилась температура тела. Лечение ранее не проводилось.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Со слов пациента, гигиенический уход за полостью рта проводился регулярно с использованием таких зубных паст, как "Жемчуг", "Аквафреш", "Лесная" и зубных нитей.

Вредные привычки: курение отрицает.

В детстве часто болел острыми респираторными вирусными инфекциями. Заболевания центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, щитовидной и половых желез, сердечно-сосудистой системы отрицает.

Сифилис, гепатит, ВИЧ отрицает. Аллергические реакции отрицает.

язвенный некротический гингивостоматит венсан

Характер питания: частое употребление твердой пищи и газированных напитков.

Профессиональные вредности отсутствуют.

Наследственность не отягощена (наличия аналогичных заболеваний у родителей нет).

## ***ОСМОТР БОЛЬНОГО***

**ВНЕШНИЙ ОСМОТР**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Тип конституции - нормостеник. Выражение лица спокойное. Речь больного внятная.

Кожа бледно-розового цвета, эластичная, сухости, сыпи, расчесов, кровоизлияний на коже не выявлено. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, умеренная.

Асимметрии лица, деформации, припухлости тканей челюстно-лицевой области нет.

Трети лица пропорциональны. Точки выхода конечных ветвей тройничного нерва (точки Валле) безболезненны.

Регионарные лимфатический узлы (затылочные, задние ушные, околоушные, передние шейные, задние шейные, надключичные, подключичные) не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации. Поднижнечелюстные, подбородочные регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, с окружающей тканью не спаяны.

Движения в височно-нижнечелюстном суставе свободное. Открывание рта свободное, безболезненное на 3 пальца.

Носогубная и подподбородочные складки: умеренно выражены.

Красная кайма губ без патологических изменений, губы достаточно увлажнены, сухости, эрозий, трещин, корок нет.

**ОСМОТР ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА**

Преддверие полости рта: слизистая оболочка бледно-розовая, средняя глубина - 8 мм.

Уздечки верхней и нижней губ: не укорочены.

Слизистые тяжи: не выражены.

При внутриротовом осмотре преддверия полости рта - слизистая оболочка губ, щек бледно - розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений.

Выводной проток околоушной слюнной железы находиться в области коронки верхнего первого коренного зуба. Секрет выделяемый при пальпации из выводного протока околоушной слюнной железы прозрачный, безцветный, жидкий.

Прикус дистальный:

1. Зубы верхней челюсти перекрывают зубы нижней челюсти на 1/3

2. Имеются контактые пункты со всеми зубами

3. Средняя линия смещена в право

. 2 класс по Энглю

. В зубном ряду 31 зуб

6. Высота коронок от резцов снижаетя в сторону моляров, за исключением клыков

. Наличие режуще-бугоркового контакта между верхней и нижней челюстью.

. Все зубы верхней челюсти имеют по 2 антогониста, за исключением нижних центральных резцов и восьмых зубов.

. Верхняя челюсть в виде полуэлипса, нижняя челюсть - в виде параболы.

**ОСМОТР СОБСТВЕННО ПОЛОСТИ РТА**

Слизистая оболочка задней стенки глотки: умеренно увлажнена, без изменений.

Передние, задние нёбные дужки: без изменений.

Нёбный язычок: бледно - розового цвета.

Слизистая мягкого нёба: бледно-розовая.

Свод нёба: куполообразный.

Нёбный шов: без изменений.

Поперечные нёбные складки: выражены.

Язык без изменений, слизистая оболочка языка бледно-розового цвета, хорошо увлажнена, сосочки (нитевидные, грибовидные, желобоватые, листовидные) хорошо выраженные. Спинка языка чистая, десквамаций, трещин, язв нет.

Слизистая оболочка дна полости рта бледно-розовая, сосудистый рисунок выражен. Секрет выделяемый из выводного протока подъязычной слюнной железы прозрачный, безцветный, жидкий.

Десна цианотична, разрыхлена в области альвеолярной части, вершины десневых сосочков изъязвлены справой стороны. Некротическое поражение распространяется на близлежащие участки слизистой оболочки щек, твердого неба справа. Поражение в области зубов 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | С | С | П |  |  |  |  |  |  |  |  | П | П | П |  |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  | П |  | П |  |  |  |  |  |  |  |  | С |  |  | У |

Общепринятые условные обозначения:

С - кариес

К - коронка (искусственный зуб)

П - пломба

У - удален

Индекс КПУ: 10

# *Предварительный диагноз - язвенно-некротический гингивостоматит Венсана.*

Диагноз поставлен на основании данных анамнеза: При сборе анамнеза установлено, что заболевание возникло около 2 недели назад, с болей в области альвеолярной части слизистой оболочки полости рта. Повышения температуры тела. Пациент предъявляет жалобы на кровоточивость десен во время приема пищи и чистке зубов с окрашиванием ротовой жидкости в розовый цвет, на эстетический дефект: над и поддесневые зубные отложения.

На основании клинической картины: увеличения подбородочных, поднижнечелюстных регионарных лимфатических узлов. Десна цианотична, разрыхлена в области альвеолярной части, вершины десневых сосочков изъязвлены справой стороны. Некротическое поражение распространяется на близлежащие участки слизистой оболочки щек, твердого неба справа. Поражение в области зубов 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8.

Основных методах исследования: опрос, осмотр, пальпация

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Общий анализ крови:

Сдвиг формулы влево (лейкоцитоз, повышение СОЭ)

**ОАК:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | У пациента | В норме |
| Эритроциты | 4,01\*1012/л | 4,98\*1012/л |
| Лейкоциты | 3,1\*109/л | 7,65\*109/л |
| Гемоглобин | 115 г/л | 146,2г/л |
| Гематокрит | 33,2 % |  |
| Нейтрофилы (сегментоядерные) (палочкоядерные) | 47 2 | 60,5 |
| Эозинофилы | 0 | 2,0 |
| Лимфоциты | 41 | 28,0 |
| Моноциты | 10 | 9,0 |
| СОЭ | 15 мм/ч | 8 мм/ч |

Цитологичексий метод: картина неспецифического воспаления. Преобладание нейтрофилов в стадии распада, увеличение фагоцитирующих нейтрофилов, лимфоцитов и гистоцитов. Наряду с распавшимися нейтрофилами появляются полноценные фагоцитирующие нейтрофилы, много гистоцитов.

Бактериоскопическое исследование: в поверхностных слоях обилие спирохет, веретенообразных палочек и обычной микрофлоры полости рта.

В глубоких слоях почти чистая культура фузобактерий и спирохет.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЯГКОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ:**

**1. Острый лейкоз**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сиптомы | Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана | Острый лейкоз |
| Общие клинические признаки | Молодой возраст (до 30 лет). Слабость, снижение аппетита, недомогание. Бледность кожных покровов. Язвенно-некротический гингивостоматит. Регионарные лимфотические узлы увелеченны, болезненны, мягкие на ощупь, не спаяны с окружающими тканями. | |
| Различие | На десневом крае некроз возникает в области верхушки межзубных увеличенных сосочков. Язва покрыта серовато-желтым налетом, при надавливании на сосочек кровоточит. Хорошо отграничена от здоровой слизистой оболочки. Некроз может поражать сосочек до десны. | Гемморагический синдром проявляеться в виде питехий, экхимозов, гематом на коже и слизистой оболочке полости рта. В полости рта резкая кровоточивость десны, кровоизлияния на слизистой оболочке полости щек по линии смыкания зубов, на языке. Спонтанные кровотечения. Гиперпластические процессы на небе, десне, спинке языка. Боль в интактных зубах, челюстях. Анализ крови в лейкограмме преобладание недифференцированных клеток крови. |

**2. Хронический лейкоз.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сиптомы | Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана | Хронический лейкоз |
| Общие клинические признаки | Слабость, утомляемость, снижение аппетита. Язвенно-некротическое поражение слизистой оболочки полости рта. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, мягкие на ощупь, не спаяны с окружающими тканями. | |
| Различие | На десневом крае некроз возникает в области верхушки межзубных увеличенных сосочков. Язва покрыта серовато-желтым налетом, при надавливании на сосочек кровоточит. Хорошо отграничена от здоровой слизистой оболочки. Некроз может поражать сосочек до десны. Общий анализ крови: сдвиг формулы влево (лейкоцитоз, повышение СОЭ) | Определяется в возрасте 30 - 60 лет. Боль в костях суставах, невралгическая боль. Кровоизлияния на коже, слизистых оболочках полости рта. Послеэкстракционные кровотечения. Картина крови: в начале заболевания незначительный лейкоцитоз, появление базофилов, затем нарастает количество лейкоцитов, эозинофилов, базофилов. Число зрелых гранулоцитов резко падает. Прогрессирует анемия. |

**. Твердый шанкр (язвенная форма)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сиптомы | Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана | Твердый шанкр (язвенная форма) |
| Общие клинические признаки | Язва на слизистой оболочке полости рта. Регионарные лимфотические узлы увелеченны, болезненны, мягкие на ощупь, не спаяны с окружающими тканями. | |
| Различие | На десневом крае некроз возникает в области верхушки межзубных увеличенных сосочков. Бактериоскопическое исследование: в поверхностных слоях обилие спирохет, веретенообразных палочек и обычной микрофлоры полости рта. В глубоких слоях почти чистая культура фузобактерий и спирохет. Язва покрыта серовато-желтым налетом, при надавливании на сосочек кровоточит. Хорошо отграничена от здоровой слизистой оболочки. Некроз может поражать сосочек до собственно десны. | Длительное существование безболезненной язвы с плотными краями и основанием. В соскобе язвы обнаруживают бледную трепанему. Регионарные лимфотические узлы увеличенны, уплотнены (склероаденит). Реакция васермана положительна через 3 недели после возникновения твердого шанкра. |

**4. Травматическая язва**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сиптомы | Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана | Травматическая язва |
| Общие клинические признаки | Болезненная язва на слизистой оболочке полости рта, боль при приеме пищи. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. | |
| Различие | На десневом крае некроз возникает в области верхушки межзубных увеличенных сосочков. Язва покрыта серовато-желтым налетом, при надавливании на сосочек кровоточит. Хорошо отграничена от здоровой слизистой оболочки. Некроз может поражать сосочек до собственно десны. | Язва распологается на участке хронической травмы, может существовать долго, ее основание инфильтрированно. При бактериоскопическом исследование обычная микрофлора полости рта, сопровождающая неспецифическое воспаление. Единичные фузобактерии и спирохеты. Гнилостный запах из полости рта не характерен. Устранение травмирующего фактора приводит к заживлению язвы через 5-6 дней. |

**5. Распадающаяся злокачественная опухоль (рак, саркома)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сиптомы | Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана | Расподающаяся злокачественная опухоль (рак, саркома) |
| Общие клинические признаки | Язва на слизистой оболочке полости рта может располагаться в месте с травмирующего фактора (острые края зубов и др.). | |
| Различие | На десневом крае некроз возникает в области верхушки межзубных увеличенных сосочков. Язва покрыта серовато-желтым налетом, при надавливании на сосочек кровоточит. Хорошо отграничена от здоровой слизистой оболочки. Некроз может поражать сосочек до собственно десны. Регионарные лимфатические узлы болезненны. Цитологическое исследование: картина неспецифического воспаления. Преобладание нейтрофилов в стадии распада, увеличение фагоцитирующих нейтрофилов, лимфоцитов и гистоцитов. Наряду с распавшимися нейтрофилами появляются полноценные фагоцитирующие нейтрофилы, много гистоцитов. | Преимущественно у людей пожилого возраста. Длительное существование язвы (до нескольких месяцев), отсутствие тенденции заживать после устранения травмы, уменьшение болезненности, уплотнение краев и основания. Лимфотичексие узлы спаяны с окружающими тканями, болезненны. Раковая язва не всегда связана с механичекой травмой. Цитологически определяются конгламераты атипичных клеток с характерным для них клеточным составоми ядерным полиморфизмом. При бактериоскопическом исследовании обычная микрофлора полости рта. |

**6. Трофическая язва**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сиптомы | Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана | Трофическая язва |
| Общие клинические признаки | Язва на слизистой оболочке полости рта, боль во время еды разной выраженности, возможна связь с травмирующим фактором. | |
| Различие | На десневом крае некроз возникает в области верхушки межзубных увеличенных сосочков. Язва покрыта серовато-желтым налетом, при надавливании на сосочек кровоточит. Хорошо отграничена от здоровой слизистой оболочки. Некроз может поражать сосочек до собственно десны. | Язва с вялым течением без тенденции к эпителизации даже при устранении травмирующего фактора. Наблюдается у больных с сердечно - сосудистой и сердечно - легочной недостаточности II-III степени. Язва покрыта фибринозным налетом, слабо болезненна, окружающая слизистая оболочка незначительно воспалена. Эпителизация возможна только при лечении общего заболевания. |

**ЭТИОЛОГИЯ**

Возбудители язвенно-некротического гингивостоматита Венсана относятся к резидентной флоре полости рта и обнаруживаются в небольшом количестве в норме у всех людей, имеющих зубы, особенно в десневом желобке. При плохом уходе и несанированной полости рта, особенно при пародонтитах, количество их резко увеличивается.

Фузобактерии и боррелии Венсана относятся к условно-патогенным микроорганизмам. Решающую роль в возникновении заболевания играет, как правило, понижение сопротивляемости организма к инфекциям. Оно возникает особенно часто при общем охлаждении, вследствие общего заболевания, переутомления, стресса, недостаточного питания (например, в военное время).

Предрасполагающим фактором служит также нарушение целостности слизистой оболочки, что создает условия для инвазии микроорганизмов. Также затрудненное прорезывание зубов мудрости. Так бывает при травмах, чаще хронических, например острыми краями зубов, при затрудненном прорезывании третьих моляров. Прорыв эпителиального барьера имеет место также при пародонтите. Язвенно-некротический стоматит Венсана возникает чаще при небрежном гигиеническом уходе за полостью рта на фоне имеющихся ранее воспалительных процессов десен, при отложении над - и поддесневого камня, который препятствует нормальному процессу десквамации эпителия, раздражает десну и, закрывая вход в пародонтальные карманы, создает благоприятные условия для развития анаэробной инфекции.

Язвенно-некротический стоматит Венсана может возникнуть как осложнение вирусных инфекций (гриппозный, герпетический стоматит), эрозивных аллергических стоматитов, многоформной экссудативной эритемы. Раковые язвы и сифилиды во рту иногда также осложняются фузоспирохетозом.

**Патогенез**

Раздражение нервных окончаний токсинами, медиаторами воспаления, химическимми и механическими раздражителями. Нарушение целостности слизистой оболочки полости рта, десны вследствие гиперергической реакции с выделением веществ, приводящих к ограниченному некрозу.

Общая интоксикация продуктами распада некротизированных участков слизистой оболочки полости рта и токсинами микроорганизмов.

Активизация анаэробной инфекции.

Если процесс перешел в хроническую стадию: к процессу альтерации присоединяется пролиферативное воспаление, при котором происходит размножение соединительнотканных клеток, преимущественно лимфоцитов, плазматических клеток, фибробластов. Затем образуется богатая клетками грануляционная ткань.

**Клинический диагноз.**

Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана.

Диагноз поствлен на основании:

Данных анамнеза: При сборе анамнеза установлено, что заболевание возникло около 2 недели назад, с болей в области альвеолярной части слизистой оболочки полости рта. Повышения температуры тела. Пациент предъявляет жалобы на кровоточивость десен во время приема пищи и чистке зубов с окрашиванием ротовой жидкости в розовый цвет, на эстетический дефект: над и поддесневые зубные отложения.

На основании клинической картины: увеличения подбородочных, поднижнечелюстных регионарных лимфатических узлов. Десна цианотична, разрыхлена в области альвеолярной части, вершины десневых сосочков изъязвлены справой стороны. Некротическое поражение распространяется на близлежащие участки слизистой оболочки щек, твердого неба справа. Поражение в области зубов 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8.

Основных методах исследования: опрос, осмотр, пальпация

Проведения дополнительных методов исследования: общий анализ крови, цитологическое исследование, бактериоскопическое исследование.

Общий анализ крови:

Сдвиг формулы влево (лейкоцитоз, повышение СОЭ)

Цитологический метод: картина неспецифического воспаления. Преобладание нейтрофилов в стадии распада, увеличение фагоцитирующих нейтрофилов, лимфоцитов и гистоцитов. Наряду с распавшимися нейтрофилами появляются полноценные фагоцитирующие нейтрофилы, много гистоцитов.

Бактериоскопическое исследование: в поверхностных слоях обилие спирохет, веретенообразных палочек и обычной микрофлоры полости рта.

В глубоких слоях почти чистая культура фузобактерий и спирохет.

**План лечения**

· снятие боли

· уменьшение явлений интоксикации.

**Лечение:**

Первая помощь больным язвенно-некротическим гингивостоматитом Венсана должна быть направлена на снятие боли: ротовые ванночки раствором Анестезина на персиковом масле.

Обработка ферментом - Трипсин.

Обработка антисептиком - 3% раствор перекиси водорода.

. В целях воздействия на анаэробную инфекцию внутрь назначают метронидазол - по 0,25 г 3 - 4 раза в день.

Десенсибилизирующие средства: Димедрол - по 0,1 г 2 раза в день в течение 7 дней.

Анальгетики и комплексные витамины " Алфавит" по 1 таблетке 3 раза в день в течение 14 дней.

После того как будут снято воспаление - назначают профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта.

Домой назначают: болеутоляющие Аналгин по 1 таблетки 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Мягкий налет снимают 3 % раствором перекиси водорода, 0,3% раствором калия перманганата, растворами фурацилина (1: 5000) и этакридина лактата, 0,5 % раствором этония, 0,2 % раствором хлоргексидина. Некротизированные участки слизистой оболочки обрабатывают протеолитическими ферментами (трипсин), разведенными в изотоническом растворе натрия хлорида, либо эмульсиями, содержащими ферменты, Трихонол. В репаративной стадии применяют витаминные и кератопластические средства. Пациент назначен на повторное посещение на 16.02.2012.

Повторное посещение (11.02.2012год):

Жалобы: на небольшую болезненность в области слизистой оболочки полости рта.

При осмотре: Слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, язва в стадии эпителизации, отечности не наблюдается. Домой назначают: болеутоляющие Аналгин по 1 таблетки 1 раз в сутки в течение 5 дней, обработка кератопластическими мазями. Назначено повторное посещение на 20.02.2012

Повторное посещение 20.02.2012 год

Жалоб нет.

Слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба бледно-розового цвета, без патологических высыпаний, умеренно увлажнена. Десны бледно-розового цвета, плотно охватывают шейки, зубов, умеренно увлажнены. Десневые сосочки бледно-розового цвета, нормальных размеров, без нарушения целостности.

С помощью таблетки "Динзл" был повторно определен индекс гигиены (ИГР-У). Он равняется 1,31, что указывает на удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.

Рекомендовано посещение стоматолога раз в 3 месяца и соблюдение правил гигиены полости рта

**Прогноз.**

При соблюдении лечения прогноз благоприятный.

**Эпикриз.**

Иванов алексей дмитриевия 5 февраля 2012 года обратилсяс жалобами на кровоточивость десен во время приема пищи и чистке зубов с окрашиванием ротовой жидкости в розовый цвет, на эстетический дефект: пигментированные зубные отложения.

Обьективно: Десна цианотична, разрыхлена в области альвеолярной части, вершины десневых сосочков изъязвлены. Некротическое поражение распространяется на близлежащие участки слизистой оболочки щек, твердого неба справа.

Дополнительные методы исследования: Общий анализ крови:

Сдвиг формулы влево (лейкоцитоз, повышение СОЭ)

Цитологический метод: картина неспецифического воспаления. Преобладание нейтрофилов в стадии распада, увеличение фагоцитирующих нейтрофилов, лимфоцитов и гистоцитов. Наряду с распавшимися нейтрофилами появляются полноценные фагоцитирующие нейтрофилы, много гистоцитов.

Бактериоскопическое исследование: в поверхностных слоях обилие спирохет, веретенообразных палочек и обычной микрофлоры полости рта.

В глубоких слоях почти чистая культура фузобактерий и спирохет.

На основании жалоб, объективного обследования, дифференциальной диагностики, дополнительных методов обследования поставлен диагноз язвенно-некротический гингивостоматит Венсана.

Назначено лечение: снятие боли, уменьшение явлений интоксикации. после того как будут снято воспаление - назначают профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта.

Лечение:

Первая помощь больным язвенно-некротическим гингивостоматитом Венсана должна быть направлена на снятие боли: ротовые ванночки раствором Анестезина на персиковом масле. Обработка ферментом - Трипсин. Обработка антисептиком - 3% раствор перекиси водорода. В целях воздействия на анаэробную инфекцию внутрь назначают метронидазол - по 0,25 г 3 - 4 раза в день. Десенсибилизирующие средства: Димедрол - по 0,1 г 2 раза в день в течение 7 дней. Анальгетики и комплексные витамины " Алфавит" по 1 таблетке 3 раза в день в течение 14 дней. После того как будут снято воспаление - назначают профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта. Мягкий налет снимают 3 % раствором перекиси водорода, 0,3% раствором калия перманганата, растворами фурацилина (1: 5000) и этакридина лактата, 0,5 % раствором этония, 0,2 % раствором хлоргексидина. Некротизированные участки слизистой оболочки обрабатывают протеолитическими ферментами (трипсин), разведенными в изотоническом растворе натрия хлорида, либо эмульсиями, содержащими ферменты, Трихонол.

# ***Список литературы***

1. Лукиных Л.М. Болезни полости рта. - Н. Новгород, 2009.

2. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. - М., 2010.

. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. - М., 2008.

. Иванова Е.Н. Заболевания слизистой оболочки полости рта. - М., 2009.

. www.e-stomatology.ru

. http://www.murzim.ru

. www.100matolog.com.ua