

**ПМ 03. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ В ОБЛАСТИ  
ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**МДК 03.01 СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ**

**Раздел 2. «Консультирование работников дошкольно-школьных  
образовательных учреждений и семьи, по вопросам профилактики  
основных стоматологических заболеваний»**

**Тема 2.1: «Консультирование работников дошкольно-школьных  
образовательных учреждений и семьи по  
вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний»**

**Практическое занятие №18**

**« Стоматологическое просвещение по профилактике заболеваний слизистой  
оболочки полости рта и тканей пародонта»**

**Тип занятий:** практические

**Продолжительность занятия:** 3 часа

**Место проведения занятия:** кабинет «Санитарно-гигиенического просвещения».

**Оснащение занятия:**

- комплект мебели;
- комплект печатной продукции с информационным материалом;
- комплект учебно-методической документации (ситуационные задачи, контрольные вопросы, тестовые задания);
- мультимедиапроектор, экран.

**Цель занятия:** Изучить проведение стоматологического просвещения по профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта.

**Мотивационная характеристика темы:**

В связи с взаимообусловленностью качества гигиены рта и возникновением заболеваний тканей пародонта, необходимости профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта, следует уделять большое внимание стоматологическому просвещению и гигиеническому воспитанию населения и мотивации к ведению здорового образа жизни.

В ходе освоения темы занятия студент должен:

*Иметь практический опыт:*

- проведения стоматологического просвещения по профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта.

*Уметь:*

- проводить индивидуальные и групповые беседы о методах сохранения здоровья полости рта среди пациентов лечебно-профилактических учреждений, работников организованных коллективов;
- составлять планы проведения «уроков здоровья», тексты бесед, памяток, лекций по профилактике стоматологических заболеваний с учетом специфики обучаемого контингента;
- планировать мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения.
- проводить стоматологическое просвещение по профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта.

*Знать:*

- цели, задачи и формы стоматологического просвещения;
- роль стоматологического просвещения в профилактике стоматологических заболеваний;
- особенности проведения стоматологического просвещения среди различных возрастных групп населения;
- критерии оценки эффективности стоматологического просвещения;
- систему организации оказания профилактической стоматологической медицинской помощи населению.
- роль стоматологического просвещения по профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта.

**Интеграционные связи:** анатомия, стоматологические заболевания, профилактика стоматологических заболеваний.

## ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

Полость рта представляет собой начальный отдел желудочно-кишечного тракта, где происходят в основном механическая обработка пищи и формирование пищевого комка. Как и все отделы желудочно-кишечного тракта, ротовая полость выстлана слизистой оболочкой, которая покрыта многослойным плоским эпителием.

В составе слизистой оболочки выделяют эпителиальную и собственную (соединительнотканную) пластинки. Кроме того, в тех участках, где слизистая оболочка подвижна и может собираться в складки, собственная пластинка расположена на подслизистой основе.

Слизистая оболочка полости рта, в отличие от других слизистых оболочек, не имеет мышечной пластинки, отделяющей собственный слой от подслизистой основы.

Слизистая оболочка полости рта удивительно устойчива к действию различных механических, химических и термических факторов при питье, разжевывании пищи и т. п.

Слизистой оболочке полости рта свойственны высокая регенераторная способность, а также относительная устойчивость к внедрению инфекции. Эти свойства слизистой оболочки полости рта тесно связаны с особенностями ее строения.

Функции слизистой оболочки рта разнообразны. Защитная функция состоит в том, что эпителий слизистой оболочки предохраняет подлежащие ткани от влияния вредоносных факторов. В неповрежденном виде эпителий непроницаем для большинства микроорганизмов. Кроме того, эпителиоциты, слущивающиеся с поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки, обладают бактерицидными свойствами.

Всасывательная функция осуществляется благодаря проницаемости слизистой оболочки для ряда веществ (йод, калий, натрий и др.) и некоторых лекарственных препаратов.

Сенсорная функция связана с многочисленными и разнообразными рецепторами, воспринимающими тактильные, температурные, болевые и вкусовые раздражения.

Слизистая оболочка полости рта может отражать нарушения обменных процессов, патологию отдельных органов и систем организма. Вместе с тем особенности строения и функционирования полости рта создают условия для воздействия на слизистую оболочку травмирующих факторов, болезнетворных микроорганизмов или вирусов.

Изменения слизистой оболочки полости рта могут быть строго специфическими, когда уже по внешнему виду слизистой оболочки, а нередко и по внешнему виду кожи можно установить диагноз и определить тактику лечения. Однако в большинстве случаев диагностика заболеваний, проявляющихся на слизистой оболочке, затруднена, так как клиническая картина неспецифическая и часто отягощена дополнительными неблагоприятными местными (недостаточный гигиенический уход, травма, вторичная инфекция) и общими (гиповитаминозы, соматическая патология) факторами.

#### ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Для диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта ведущее значение имеют морфологические элементы, свойственные той или иной патологии. Правильная дифференциация первичных и вторичных элементов поражения, понимание их гистологической сущности помогут клиницисту в установлении диагноза

*пятно (macula)* - ограниченный участок измененной в цвете слизистой оболочки рта. Различают пятна воспалительного и невоспалительного происхождения. Отличительной особенностью пятен является то, что они не ощущаются при пальпации. Воспалительное пятно диаметром до 1,5 см определяется как розеола, более 1,5 см - как эритема. Пятна возникают при ожоге, травме или как проявления общих заболеваний - кори, скарлатины, гиповитаминоза В<sub>12</sub>. Пятна невоспалительного происхождения:

пигментные пятна в результате отложения меланина (врожденное окрашивание участков слизистой оболочки), приема лекарственных препаратов, содержащих висмут и свинец.

*Узелок (papula)* - это бесполомной элемент воспалительного происхождения размером до 5 мм, возвышающийся над уровнем слизистой оболочки, захватывающий эпителий и поверхностные слои собственно слизистой оболочки. Морфологически определяются мелкоклеточная инфильтрация, гиперкератоз, акантоз. Типичным примером папул на слизистой оболочке рта является красный плоский лишай. Слившиеся папулы, если их размер достигает 5 мм и более, образуют 1 бляшку.

*Узел (nodus)* - отличается от узелка большим размером и вовлечением в воспалительный процесс всех слоев слизистой оболочки. Образование узлов может быть следствием воспалительного процесса (туберкулез, сифилис, лепра и др.), опухолевого роста (как доброкачественного, так и злокачественного), и результатом отложения в толще тканей кальция, холестерина и т.д. В зависимости от заболевания инфильтрат, образующий узел, рассасывается, некротизируется, либо гнойно расплавляется. Образовавшиеся на месте узлов язвы заживают рубцом.

*Бугорок (tuberculum)* - представляет собой инфильтративный бесполомной полушаровидной формы округлый элемент розово-красной, синюшно-багровой окраски, размером до горошины, возвышающийся над окружающей поверхностью. Он плотный при пальпации, болезненный, слизистая оболочка гиперемирована, отечна. Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулему. Бугорок склонен к распаду с образованием язвы. При заживлении образуется рубец. Бугорки образуются при туберкулезе, сифилисе, лепре и др.

*Волдырь (urtica)* - представляет собой бесполомное, плоское зудящее образование тестообразной консистенции, возвышающееся над окружающей кожей: довольно резко ограниченное, возникающее в результате острого ограниченного отека дермы. Наблюдается при аллергической реакции (отек Квинке) и др. Возникает внезапно, и спустя некоторое время (от десятка минут до 2-3 ч) бесследно исчезает. На слизистой оболочке полости рта возникает крайне редко.

*Пузырек (vesicula)* - это полостное образование округлой формы (до 5 мм), выступающее над уровнем слизистой оболочки и заполненное серозным или геморрагическим содержимым. Располагается внутриэпителиально, легко вскрывается. Обычно пузырек имеет серозное содержимое. В дальнейшем пузырьки лопаются и на их месте образуется небольшая эрозия, находящаяся на уровне верхней части шиповатого или зернистого слоя. Пузырьки формируются в результате баллонизирующей и вакуольной дегенерации и спонгиоза. Возникает при вирусных поражениях: опоясывающем лишае, ящуре, герпесе.

*Пузырь (bulla)* - отличается от пузырька большими размерами, может располагаться внутриэпителиально в результате расслоения (акантолиза) эпителиальных клеток (напр., при акантолитической пузырьчатке) и подэпителиального, когда происходит отслоение эпителиального слоя (при многоформной экссудативной эритеме, аллергии и др.). В пузыре различают покрывку, дно и содержимое. Содержимое пузыря обычно серозное, реже геморрагическое. В полости рта пузыри наблюдаются очень редко (практически не видны), так как они вскрываются, и на их месте образуется эрозия. Нередко по краям эрозии отмечается покрывка пузыря.

*Гнойничок (pustula)* - похож на пузырек, но с гнойным содержимым, наблюдается на коже и красной кайме губ. Гнойничок образуется в толще эпидермиса в результате гибели эпителиальных клеток под влиянием инфекции.

*Киста (cysta)* - это полостное образование, имеющее эпителиальную выстилку и соединительнотканную оболочку.

#### Вторичные элементы поражения

*Пигментация и депигментация (pigmentatio, depigmentatio)* - могут образоваться на месте любого элемента в результате временного скопления или исчезновения пигмента - меланина. Кроме того, пигментация может возникнуть в результате отложения в коже гемосидерина при повреждении стенок сосудов.

*Эрозия (erosio)* - повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия, возникающее после вскрытия пузырька, пузыря или развивающееся на месте папулы, бляшки, а также в результате травмы. Заживает без образования рубца.

*Афта (aphtha)* - эрозия овальной формы, покрытая фибринозным налетом и окруженная гиперемизированным ободком.

*Язва (ulcus)* - дефект, захватывающий все слои слизистой оболочки рта. В отличие от эрозии в язве различают дно и стенки. Язвы возникают при травме, туберкулезе, сифилисе, при распаде новообразования, после заживления образуется рубец.

*Трещина (rhagades)* - это линейный дефект, возникающий при потере эластичности ткани.

*Чешуйка (squama)* - это отторгающиеся верхние ряды клеток рогового слоя (в полости рта - только при лейкоплакии); возникают в результате гипер- и паракератоза; при отторжении чешуек пластами говорят об эксфолиативном шелушении; образуются на местах разрешающихся или возникающих пятен, папул, бугорков и др.

*Корка (crusta)* - это сохшийся экссудат; образуется в результате засыхания содержимого пузырей, а также на поверхности эрозий и язв; цвет корок зависит от характера экссудата; толщина корок определяется характером патологического процесса и

длительностью существования корок; эквивалентом корок на слизистой оболочке полости рта является фибринозный или гнойно-фибринозный налет, образующийся при некоторых заболеваниях на поверхности эрозии и язв.

*Рубец (cicatrix)* - замещение дефекта слизистой оболочки соединительной тканью; состоит в основном из коллагеновых волокон, эластических волокон в нем нет; размеры рубцов определяются площадью повреждения тканей; если рубцовая ткань образуется при разрешении очагов поражения без предварительного изъязвления, то говорят о *рубцовой атрофии*.

*Пигментация (pigmentatio)* - изменения цвета слизистой оболочки или кожи на месте патологического процесса вследствие отложения меланина или другого пигмента.

- физиологическая - у жителей юга,

- патологическая - при поступлении в организм солей тяжелых металлов (свинец, висмут), при отложении гемосидерина вследствие кровоизлияний.

*Веgetация (Vegetatio)* - возникает в результате разрастания сосочков дермы с одновременным утолщением шиповатого слоя эпителия, особенно межсосочковых эпителиальных отростков; макроскопически: бугристые, мягкие разрастания, напоминающие петушиные гребни или цветную капусту, поверхность обычно эрозированная, красная, отделяющая часто большое количество серозного или серозно-гнойного экссудата; чаще образуется на поверхности эрозий и папул, но могут возникать и первично (остроконечные кондиломы).

*Лихенизация, или лихенификация (Lichenificatio)* - изменение кожи и красной каймы губ, связанное с развитием акантоза, а также с одновременным удлинением сосочков в сочетании с хронической воспалительной инфильтрацией верхних отделов дермы; развивается или первично под влиянием длительного раздражения кожи при расчесах, или вторично на фоне различных воспалительных инфильтратов.

*Классификация заболеваний слизистой оболочки*

1. травматические поражения (механические, химические, физические)-  
травматическая эритема, эрозия, язва, лейкоплакия, некатиновый лейкокератоз, актинический хейлит, лучевые и химические повреждения.

2. инфекционные заболевания

1) Вирусные (герпетический стоматит, опоясывающий лишай, ящур, вирусные бородавки, грипп, ВИЧ- инфекция)

2) Язвенно- некротический стоматит Венсана.

3) Бактериальные инфекции (стрептококковый стоматит, пиогенная гранулема, шанкриформная пиодермия, туберкулез и др.).

4) Болезни передаваемые половым путем (сифилис, гонорейный стоматит).

5) Микозы (кандидоз, актиномикоз)

3. Аллергические заболевания (отек Квинке, аллергический стоматит, хейлит, глоссит, медикаментозный хейлит, стоматит, глоссит, многоформная экссудативная эритема, рецидивирующий афтозный стоматит и др.).

4. Изменения слизистой оболочки рта при экзогенных интоксикациях

5. Изменения слизистой полости рта при некоторых системных заболеваниях и болезнях обмена (гипо и авитаминозы, эндокринные заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, системы крови, нервной системы, ревматические болезни, коллагенозы.)

6. Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах (пузырчатка, красный плоский лишай, красная волчанка)

7. Аномалии самостоятельные заболевания языка (складчатый язык, черный «волосатый» язык, ромбовидный и десквамативный глоссит)

8. Самостоятельные хейлиты (гландулярный, эксфолиативный, актинический, метеорологический, атопический, экзематозный, контактный, макрохейлит).

9. Предраковые заболевания (облигатные и факультативные) и опухоли (доброкачественные и злокачественные).

Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта известной этиологии заключается в устранении причин их возникновения. Так, для предупреждения инфекционных заболеваний, проявляющихся на слизистой полости рта (сифилис и др.), необходимы мероприятия, исключающие попадание инфекции в организм. Предупреждение заболеваний слизистой полости рта невыясненной этиологии состоит в проведении мероприятий, направленных на устранение или уменьшение силы воздействия факторов риска, повышение сопротивляемости организма. Для неспецифической профилактики заболеваний слизистой полости рта важны оздоровительные мероприятия, включая систематическую гигиену и санацию полости рта. Для предупреждения заболеваний слизистой полости рта можно рекомендовать следующую схему проведения профилактических мероприятий:

1) санация полости рта (снятие зубных отложений, замена неправильно изготовленных зубных протезов и пломб, удаление разрушенных корней зубов, лечение заболеваний твердых тканей зубов и периодонта);

2) исключение из употребления острой, горячей пищи, крепких алкогольных напитков, запрещение курения, отмена лекарственных препаратов (при явлениях медикаментозного поражения слизистой);

3) замена зубных протезов, изготовленных из разных металлов или из однородного металла, но при наличии явлений гальванизма (жжение, ощущение металлического привкуса во рту и т. д.);

4) устранение профессиональных вредных привычек, неблагоприятно влияющих на слизистую полости рта;

5) исключение применения сильнодействующих медикаментозных средств и т. п.;

6) регулярное посещение стоматолога.

Первичная профилактика предраковых и злокачественных заболеваний полости рта основана на предупреждении, выявлении и устранении следующих факторов: хронических механических и химических травм слизистой оболочки, курения, избыточной лучевой энергии, гиповитаминозов А и В<sub>2</sub>, профессиональных вредностей. Профилактические мероприятия включают также раннее выявление заболеваний и своевременное лечение больных. Одной из наиболее действенных мер профилактики рака полости рта являются периодические профилактические осмотры с последующим диспансерным наблюдением в случае обнаружения хронических заболеваний слизистой полости рта. На диспансерном учете должны находиться больные с такими заболеваниями слизистой полости рта, как болезнь Боуэна, бородавчатый предрак, ограниченный гиперкератоз красной каймы губ, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти, кожный рог, лейкоплакия, папилломатоз, эрозивно-язвенная форма плоского лишая, постлучевой стоматит, актинический и метеорологический хейлиты, хронические трещины губ.

### Заболевания пародонта.

Заболевания пародонта затрагивают все его структуры. Большинство болезней имеют местные проявления, но в ряде случаев они могут быть признаком общих заболеваний или патологических процессов в других органах. В связи с этим можно выделить 3 основных типа патологических процессов, различающихся между собой по характерным признакам, происхождению и клиническому течению. Это воспаление, дистрофия, функциональная травма (гиперфункция) и функциональная недостаточность (гипофункция).

Воспалительные процессы (гингивит, пародонтит) развиваются тогда, когда раздражающий агент оказывает химическое или химико-инфекционное повреждающее воздействие на ткани пародонта. Особую роль при этом играют продукты жизнедеятельности микроорганизмов: ферменты (гиалуронидаза, хондроитинсульфатаза, коллагеназы), которые могут разрушать соединительную ткань пародонта, и микробные эндотоксины (липоидно-полисахаридно-нуклеиновые комплексы), способные приводить к выраженным морфологическим изменениям (остановка митоза, вакуолизация и лизис

клеток, сенсбилизация и аутосенсбилизация организма), токсины, коротко-цепочные жирные кислоты. Влияние микрофлоры полости рта на ткани пародонта во многом зависит от иммунных и неспецифических факторов защиты, питания и соблюдения гигиены полости рта.

Дистрофия - дегенеративные процессы и регрессивные изменения, связанные с общими или местными нарушениями обмена веществ.

Функциональная травма или функциональная недостаточность являются одними из важных факторов, приводящих к патологии пародонта. Как продолжительная перегрузка, так и недогрузка зубов вызывают прогрессирующую деструкцию пародонта. Сочетание этих факторов с воспалением значительно ускоряет деструктивные процессы в пародонте. В каждом случае могут быть признаки одного, двух или всех трех типов патологических процессов.

#### *I. Гингивит.*

Формы: катаральный, гипертрофический, язвенный.

Течение: острое, хроническое, обострившееся.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

*II. Пародонтит* (воспалительно-дистрофическое поражение).

Течение: острое, хроническое, обострившееся.

Степень тяжести: легкая, средняя, тяжелая.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

*III. Пародонтоз* — дистрофическое поражение пародонта.

*IV. Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта* (на фоне врожденных и приобретенных заболеваний).

*V. Пародонтомы* — опухолевые и опухолеподобные процессы в области пародонта.

#### Классификация гингивитов

Гингивит, как и любое другое заболевание ротовой полости, имеет свою определенную классификацию, которой придерживается каждый квалифицированный специалист. Форма болезни может быть определена только на приеме у стоматолога. Имеет свои определенные симптомы и характеристики.

Содержание ▲

•

- 1.Стадии и виды
- 2.Гингивит у детей
- 3.Этиологическая классификация

#### Стадии и виды

В настоящий момент современная стоматология условно классифицирует данное воспаление слизистой десны по клиническому течению, по форме и по распространенности.

Клиническое течение заболевания бывает:

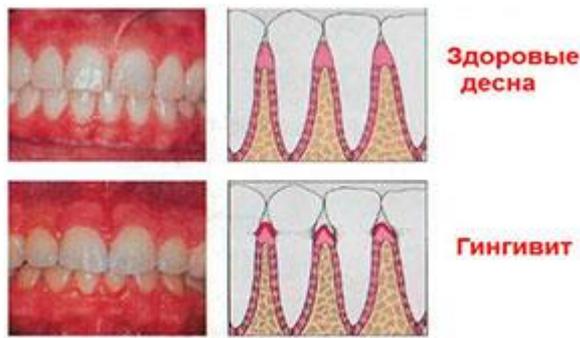
1. Острый.
2. Хронический.
3. Обострившийся.
4. В стадии облегчения.

Различают следующие типы гингивита:

1. Катаральный. Обостряется периодически, то есть имеет период ремиссии. Болевые ощущения в деснах возникают периодами. У пациента наблюдается неприятный запах из ротовой полости.
2. Хронический. Распространен на небольших участках десны. Сильно выражен воспалительный процесс. Боль не беспокоит пациента.
3. Гипертрофический (гиперпластический). Бывает двух форм – фиброзной и отечной.
4. Язвенный. Возникает, как следствие после перенесенных болезней. Наблюдается кровоточивость десен, пониженный аппетит, неприятный запах из ротовой полости, мигрени.
5. Плазмоцитарный.
6. Лимфоцитарный.

По форме развития заболевание бывает:

1. Язвенно-некротический. Стоматолог может обнаружить омертвевшие участки десны.
2. Катаральный. Наблюдается отек и покраснение десны.
3. Гипертрофический. Наблюдается увеличенный объем десны и кровоточивость.
4. Атрофический. Уменьшение десны.
5. Десквамативный. Сильное покраснение и слущивание слизистой десны.



По распространенности гингивит бывает:

1. Локализованный.
2. Генерализованный.

По возникновению гингивит бывает первичный и вторичный. По причине возникновения выделяют:

1. Травматический.
2. Химический.
3. Термический.
4. Гингивит дефицита иммунитета.
5. Инфекционный (герпетический стоматит).
6. Медикаментозный.

Степень тяжести процесса бывает легкой, средней и тяжелой. Воспалительные формы:

1. Острая.
2. Острая некротическая язвенная.
3. Хроническая.

В зависимости от структурных изменений с ткани десны гингивит бывает отечный и фиброзный.

Гингивит у детей

Дети в большей степени подвержены воспалению слизистой десны. По характеру течения гингивит у детей бывает острый и хронический. Если учитывать изменения слизистой десны, то выделяют следующие формы гингивита:

- Катаральный.
- Язвенный.
- Гипертрофический.
- Атрофический.

В зависимости от распространенности бывает локальным и генерализованным. Что касается степени тяжести, то гингивит бывает:

1. Легкой степени. Поражаются только межзубные сосочки.
2. Средняя степень. Воспаление краевой десны.
3. Тяжелая степень. Поражение свободной и прикрепленной части десны.

#### Этиологическая классификация

В настоящее время стоматологами выделена такая этиологическая классификация воспалительного процесса десны:

##### 1. Гингивиты, вызванные зубным налетом:

- связанный с зубной бляшкой;
- системно-ассоциированный;
- связанный с медикаментами;
- алиментарно-обусловленный.

##### 2. Гингивиты без непосредственной связи с зубной бляшкой:

- связанный с бактериальными инфекциями;
- связанные с вирусными инфекциями;
- связанные с грибковыми инфекциями;
- имеющие генетическое происхождение.

##### 3. Дебютирование системных заболеваний на деснах.

##### 4. Аллергические реакции.

##### 5. Травматические поражения.

##### 6. Реакция на инородное тело.

Пародонтит – заболевание воспалительного характера, сопровождающееся деструктивным разрушением всех тканей пародонта.

Распространенность воспалительных заболеваний пародонта в нашей стране достигает 95% и выше.

Классификация пародонтита по МКБ-10 (1997 г.):

*Острый пародонтит (K05.2):*

K05.20 – периодонтальный (пародонтальный) абсцесс десневого происхождения без свища;

K05.21 – периодонтальный (пародонтальный) абсцесс десневого происхождения со свищом.

*Хронический пародонтит (K05.3):*

K05.30 – локализованный;

K05.31 – генерализованный;

K05.32 – хронический перикоронит;

K05.33 – утолщенный фолликул (гипертрофия сосочка).

## Классификация пародонтита

(пародонтологический конгресс СТАР, 2001 г.)

Течение: хроническое, агрессивное.

Фазы (стадии) процесса: обострение (абсцедирование), ремиссия.

Тяжесть пародонтита определяется тремя симптомами:

1.

Степенью резорбции костной ткани.

2.

Глубиной пародонтального кармана.

3.

Подвижностью зубов.

Степени тяжести:

легкая – пародонтальные карманы не более 4 мм, резорбция костной ткани межкорневой перегородки до 1/3 длины корней, патологической подвижности нет;

средняя – карманы от 4 до 6 мм, резорбция костной ткани перегородок на 1/3-1/2 длины корней, патологическая подвижность I-II ст.

тяжелая – глубина карманов более 6 мм, резорбция костной ткани перегородок более 1/2 длины корней, патологическая подвижность II-III ст.

Распространенность процесса: локализованный (очаговый), генерализованный.

Острый пародонтит наблюдается крайне редко, чаще носит локальный характер и развивается вследствие острой механической травмы пародонта.

Этиология пародонтита. Ведущим этиологическим фактором пародонтита, по данным отечественных и зарубежных исследователей, является микрофлора зубной бляшки, образующейся на пелликуле зуба в области зубодесневой борозды. Патогенное влияние микрофлоры может быть связано с изменением её состава при избыточном накоплении в зубном налёте. В этих случаях появляются преимущественно грамотрицательные микроорганизмы, фузобактерии, спирохеты. В последние годы в зубном налёте, вызывающем воспаление и деструкцию тканей пародонта, отмечают роль так называемых ассоциаций потенциально агрессивной микрофлоры: *Actinobacillus*, *Actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*, *Spirochete*, *Prevotella intermedia*, *Campilobacter rectus*, *Eubacterium nodatum*, *Treponema denticola*, *Streptococcus intermedius*, *Peptostreptococcus micros*, *Fusobacterium nucleatum*, *Eikenella corrodens*.

Выделяют ряд местных и общих факторов риска, способствующих возникновению пародонтита. Факторы, вызывающие перегрузку пародонта: патология прикуса (скученность зубов), супраконтракты, травматические «узлы», парафункциональные

привычки (сжатие зубов, бруксизм), дефекты протезирования и пломбирования. Факторы, вызывающие ишемию тканей пародонта, – короткие уздечки языка и губ, нарушение прикрепления уздечек языка, губ и тяжей, мелкое преддверие рта. Плохая гигиена полости рта, придесневые кариозные полости предрасполагают к развитию пародонтита. Врожденные особенности строения пародонта: тонкая, малокератинизированная десна, недостаточная толщина альвеолярной кости, выпуклый контур зубной дуги, часто сочетающийся с выпуклостью корней.

Общие заболевания, связанные с нарушением процессов адаптации: хронические эмоциональные стрессы, эндокринные заболевания, мочекаменная болезнь, язвенная болезнь ЖКТ, системный остеопороз и др. соматическая патология.

Все перечисленные факторы, нарушая защитную систему пародонта, создают предпосылки к реализации патогенного влияния микрофлоры на ткани пародонта и в первую очередь – на зубодесневое прикрепление, воспаление и деструкция которого является началом пародонтита.

Патогенез. Особенности влияния зубной бляшки на развитие пародонтита:

- активное воздействие протеолитических ферментов, которые, действуя на межклеточные связи эпителия прикрепления, приводят к повышению его проницаемости;
- кроме этого, действуя на органическую субстанцию эпителиального прикрепления, ферменты изменяют коллоидное состояние и способствуют нарушению связи эпителия с эмалью зуба;
- образуемые анаэробными бактериями эндотоксины повреждают клетки, соединительнотканые образования и основное вещество. Они могут активировать систему комплемента, кининов и других медиаторов воспаления, вызывая ответные иммунные реакции – гуморальные и клеточные, способствовать развитию воспаления мягких тканей с последующей деструкцией костной ткани альвеолы;
- секретируемые в процессе воспаления биологически активные вещества (гистамин, серотонин) воздействуют на клеточные мембраны сосудов – прекапилляров и капилляров. Биологически активные вещества активизируют выход форменных элементов крови, активизируют тучные и плазматические клетки, лимфоциты;
- патогенная микрофлора, обладая антигенными свойствами и оказывая сенсibiliзирующее действие, приводит к усилению альтерации и образованию аутоантигенов, которые вызывают лизис круговой связки зуба, костной ткани. При этом освобождаются новые тканевые антигены, которые усугубляют течение пародонтита.

Основные патогенетические механизмы развития хронического пародонтита:

1. Повреждение клеток и межклеточного матрикса, коллагеновых структур вследствие выделения лизосомальных ферментов полиморфно-ядерными лейкоцитами.

2. Выделение плазменных и клеточных медиаторов воспаления.

3. Нарушение микроциркуляторного русла и вследствие этого повышение сосудисто-тканевой проницаемости.

4. Ухудшение трофики тканей пародонта приводит к нарушению кислородного питания тканей и изменению энергетических процессов, обеспечивающих жизнеспособность клеток. В этих случаях включаются примитивные способы выработки энергии при помощи перекисного и свободнорадикального окисления с образованием большого количества высокотоксичных продуктов: супероксиданиона, малонового альдегида и др.

По мере развития пародонтита образуется пародонтальный карман, это связано с разрушением зубодесневого прикрепления, изъязвлением его и прорастанием эпителия в подлежащую соединительную ткань, разрушением соединительнотканного прикрепления и коллагеновых структур круговой связки зуба. В результате лизиса этих структур образуется грануляционная ткань, инфильтрированная макрофагами, плазматическими клетками и лимфоцитами. В механизме образования пародонтального кармана существенную роль играют твердые поддесневые зубные отложения.

В дальнейшем наблюдается воспалительная резорбция костной ткани альвеолы на фоне активации остеокластов. Одновременно подавляется активность остеобластов, то есть нарушается остеогенез, поэтому костная ткань замещается грануляционной тканью. Так формируется пародонтальный карман и возникает полное разрушение опорно-удерживающего аппарата зуба, что в итоге приводит к потере зубов.

Клиника. Диагностика.

Жалобы: на боль в деснах, выраженную кровоточивость и нарушение функции жевания, смещение зубов и неприятный запах изо рта, периодически возникающее гноетечение из десен.

Объективно: помимо признаков воспаления десны (как свободной, так и прикрепленной), наблюдается веерообразное расхождение фронтальных зубов, значительные над- и поддесневые зубные отложения. Определяются пародонтальные карманы различной глубины (более 6мм) и конфигурации, иногда достигающие верхушки корня, подвижность зубов II-III степени.

Рентгенологическое обследование выявляет деструкцию костной ткани на  $\frac{1}{2}$  и более длины корня. При пародонтите тяжелой степени вследствие подвижности и смещения зубов может возникнуть нарушение окклюзии, что усугубляет патологические процессы.

Дополнительные методы обследования – ИГ, индекс кровоточивости, реопародонтография, причем все они имеют тенденции к увеличению по мере

прогрессирования процесса. Все перечисленные индексы имеют обратимый характер. Также для диагностики при пародонтите используют ПИ, КПИ, которые характеризуют тяжесть пародонтита.

Обострение хронического пародонтита часто связано с ухудшением общего состояния больного (ОРВИ, пневмония и т.д.), снижением реактивности больного.

Жалобы: на постоянную боль, часто пульсирующую, резко выраженную кровоточивость, гноетечение из зубодесневых карманов, изъязвление десны, абсцессы.

Обострение сопровождается бурным ростом грануляционной ткани и увеличением подвижности зубов. Страдает общее состояние (лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение температуры тела, головные боли, недомогание). Рентгенологическое обследование пародонта демонстрирует различную степень резорбции костной ткани, но не характеризует остроту воспаления.

Стадия (фаза) ремиссии пародонтита наблюдается после комплексного лечения, которое включает хирургическое и ортопедическое. Жалоб больные обычно не предъявляют. Десна бледно-розового цвета, плотно прилегает к поверхности зуба, нет пародонтальных карманов. Отмечается отсутствие зубных отложений, гигиена полости рта хорошая. Индекс ПМА равен нулю, ПИ и КПИ уменьшаются за счет отсутствия пародонтальных карманов и воспаления десны.

Развитие агрессивных форм течения пародонтита, так же как и хронических, связано с воздействием микроорганизмов. Но микрофлора, которую обнаруживают у пациентов с этой патологией, более агрессивна (*Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Campylobacter species*), количество агрессивных микроорганизмов повышено, и они более устойчивы к воздействию антибактериальных препаратов.

Классификация агрессивных форм пародонтита (R.C. Page, H.E. Schroeder, 1982): препубертатный пародонтит (до 13 лет): локализованный, генерализованный; юношеский пародонтит (с 13 до 17 лет): локализованный, генерализованный; быстро прогрессирующий пародонтит (с 17 до 35 лет): генерализованный.

Быстро прогрессирующий пародонтит: распространенность – 2-5% от всех заболеваний пародонта; возраст – 17-35 лет; скорость убыли костной ткани при агрессивных формах – 1,08-1,8 мм в год; системных заболеваний не выявляют; дефекты нейтрофилов моноцитов; нарушения хемотаксиса ++ ++; микроорганизмы – преобладают *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.

Клинически условно выделяют два типа течения: первый тип – с признаками активного воспаления (гиперемия, кровоточивость, изъязвление, пролиферативные

изменения); второй тип – без признаков активного воспаления (бледно-розовая десна, слегка отечна, но пародонтальные карманы глубокие, при пальпации – гноетечение). Может быть нарушено общее состояние (слабость, потеря веса, депрессия). У пациентов до 30 лет агрессивность процесса выше.

Дифференциальная диагностика пародонтита различных степеней тяжести между собой (по степени деструкции межальвеолярных перегородок, глубине кармана и степени подвижности зубов).

Дифференциальная диагностика *хронического генерализованного пародонтита легкой степени от хронических форм (катарального и гипертрофического) гингивита*. Общими в клинической картине этих заболеваний являются жалобы больных на кровоточивость десен, отек и гиперемию десневого края, наличие зубных отложений, ИГ и ПМА больше нормы, проба Шиллера – Писарева положительная. Отличительные признаки: при пародонтите определяются пародонтальные карманы до 4мм и резорбция костной ткани межальвеолярной перегородки до 1/3 длины корня. Следует помнить, что функциональные методы обследования, реопародонтография и полярография, помочь в дифференциальной диагностике не могут.

*Дифференциальная диагностика пародонтита в стадии обострения от острого и обострения хронического периодонтита* исходит из общности некоторых симптомов: ухудшение общего состояния больного, болезненность определенного зуба (при приеме пищи, сжатии челюстей), гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка, инфильтрат, иногда абсцесс. Отличительные признаки: при пародонтитах – абсцессы периодически появляются на разных участках ближе к десневому краю, не сообщаются с пародонтальным карманом, они единичны и следуют один за другим с интервалом 5-7 дней, часто вскрываются свищевым ходом, на рентгеновских снимках определяется резорбция костной ткани альвеолярных отростков с преобладанием костных карманов.

*Дифференциальная диагностика хронического локализованного пародонтита от эозинофильной гранулемы в продромальном периоде* основана на общности некоторых симптомов: подвижность 1-2 премоляров или моляров, кровоточивость десен, пародонтальные карманы. Отличительные признаки: при эозинофильной гранулеме отсутствует местная причина заболевания, глубокие пародонтальные карманы без гнойного отделяемого, быстрое течение процесса в 1,5-2 месяца, на рентгенограммах в костной ткани очаги резорбции четкой овальной или округлой формы (1-4 мм) с локализацией в области верхушек корней, в области угла нижней челюсти или восходящей ветви.

*Дифференциальная диагностика пародонтита в стадию ремиссии от пародонтоза*. Общие клинические признаки: обнажение поверхности корней зубов,

гиперестезия, некариозные поражения. Отличительные признаки: при пародонтозе отсутствуют признаки воспаления (гиперемия, отек, кровоточивость, пародонтальный карман). На рентгенограмме при пародонтозе равномерное снижение высоты межзубных перегородок, кортикальная пластинка сохранена.

Препараты подбираются в зависимости от степени и характера поражения тканей:

#### 1. Гингивит:

- катаральный — предпочтение отдается хлорофиллипту, сальвину, прополису; также хорошо помогают бутадионовая мазь, викасол и другие; в дополнение к этому показан массаж десен;
- гипертрофический — для наложения аппликаций используются повязки, пропитанные стероидными мазями, турунды с раствором резорцина оказывают кератолитический эффект;
- язвенный — хорошо помогают аппликационные мази с лидокаином, способствующие уменьшению болезненности, а также на основе антибиотиков, кортикостероидных средств и ферментов.

- #### 2. Пародонтит.
- Обычно назначаются антисептики в сочетании с антибиотиками и глюкокортикостероидами, призванные обеспечить кератолитический эффект; показаны повязки с индометациновой мазью, мирамистином; в целях уменьшения отека и снятия воспаления применяются аппликации с троксевазином, позволяющие наряду с этим существенно улучшить микроциркуляцию в тканях.

Показания к применению стоматологических гелей

Гель для десен в зависимости от вида проявляет своё действие: устраняет воспалительные реакции;

обезболивает;

является антисептиком;

уменьшает зуд;

кровоточивость;

укрепляет десны;

восстанавливает и заживляет поврежденные ткани.

Показаниями к их назначению служат:

инфекции и воспаления в полости рта;

прорезывание зубов;

неудобства, болезненность, зуд, натирание протезами;

послеоперационный период;

различные боли в полости рта;

повреждения;

травмы;

профилактика стоматологических заболеваний.

Гели от воспаления снижают выраженность покраснения и отечность, галитоз, борются с кровоточивостью при чистке зубов, принятии твердой пищи.

Стоматологические противовоспалительные гели

Эффективные гели для лечения болезней имеют легкую текстуру, хорошо наносятся и быстро впитываются. В результате достигается стойкий положительный эффект.

Холисал Стоматологический гель выпускается в двух размерах: 10 и 15 г. Первая туба удобна при острых болезнях, вторая – при длительном лечении хронических воспалений. Состоит из НПВП холина салицилат и антисептика цеталкония хлорид. Гель борется с болевым синдромом, микроорганизмами, воспалением и его признаками. Сфера назначения геля: боль (у детей при прорезывании зубов, у взрослых); воспаления десен (гингивит, пародонтит); болезненность слизистой при стоматите, травмах и повреждениях. Также используют с терапевтической и профилактической целью после оперативных вмешательств. Его применяют с года, до года – только по назначению специалиста. Побочные эффекты – аллергия, кратковременное ощущение покалывания и жжения после нанесения.

Метрогил дента Действие основано на двух компонентах: антисептик Хлоргексидин и противомикробное средство Метронидазол. Аналоги: Метродент, Дентамет и Метрогекс. Гель применяют от воспаления десен. Возможны аллергические реакции. Ограничения к применению – возраст до 18 лет, индивидуальная непереносимость, болезни нервной системы и органов кроветворения.

Асепта Лекарство снимает болезненность, уменьшает зуд и очаг воспаления, борется с микробами, улучшает процессы обмена и восстановления. В состав входит прополис, поэтому при аллергии применять средство противопоказано. Особенность данного геля – наличие специального аппликатора, обеспечивающего точечное нанесение, удобное использование. Предназначен для местного применения курсами одну-две недели. Его следует наносить после пищи дважды в сутки, после следует придерживаться рекомендаций по дальнейшему приему пищи и питью. Для уменьшения кровоточивости, очага воспаления подойдет другая форма выпуска – бальзам для зубов и десен Асепта. Он обладает антисептическими, противовоспалительными, освежающими дыхание свойствами. В состав средства входит метронидазол, хлоргексидин, ментол и мята.

Камистад Для взрослых выпускается Камистад, а для облегчения боли при прорезывании зубов у грудничков – охлаждающий гель Камистад Беби. В состав

лекарства входит аптечная ромашка с лидокаином. Его нельзя применять до 12 лет, в периоды беременности и лактации. В детской форме лидокаин заменен более безопасным аналогом – полидоканолом. Обычная форма геля используется при: воспалении в деснах (гингивит); стоматите; стоматологических манипуляциях; некомфортных ощущениях после установки протезов и брекетов; болезненном появлении зубов мудрости. Частота использования в сутки достигает 3 раз, правильное нанесение – легкими массажными движениями.

Троксевазин гель Гель против воспаления десен состоит из флавоноида, который снимает отечность, стимулирует рассасывание ушибленного места, укрепляет стенки капилляров. Он показан при различных ушибах и травмах челюстно-лицевого аппарата. Лекарство нельзя использовать, если есть раны и другие нарушения целостности кожных покровов и слизистой. Можно заменить гепариновой мазью или гелем троксерутин.

Солкосерил Регенерирующий и обезболивающий гель, действие наступает через пару минут и сохраняется до 5 часов. Дополнительно защищает десны и раневые поверхности от инфицирования, повреждений, создавая на месте нанесения лечебный слой. Область применения пасты: гингивит, пародонтит, пародонтоз; после различных оперативных вмешательств, процедуры удаления зубного камня и установки имплантов; заеды в уголках рта; стоматит; для лучшей адаптации после протезирования и устранения так называемых пролежней. Лекарство абсолютно безопасно: его применяют в детской практике, назначают беременным и кормящим. Исключение – наличие индивидуальной непереносимости. Возможна аллергия и кратковременное изменение вкуса.

Пародонтоцид Гель для заживления и уменьшения признаков воспаления на основе фенилсалицилата и масел лекарственных трав: шалфей, мята, гвоздика. Особенность лекарства в отсутствии влияния на микрофлору. Область использования: · различные воспаления в ротовой полости; · Есть противопоказания. Посоветуйтесь с врачом.

Дентамет. Эффективное средство для лечения периодонтита.

Димексид Гель противовоспалительный Снимает боль и воспаление. Усиливает действие других лек.средств. Быстро впитывается! · кровоточивость; · болевой синдром; · обеспечение комфортного состояния после протезирования; · травмы (после удаления зуба и зубного камня, хирургических операций); · нарушения целостности слизистой оболочки вследствие воздействия различных факторов.

Элюгель и Эльгифлуор Эти два геля основаны на хлоргексидине с антисептическими свойствами. В результате разрушаются мембраны возбудителей, останавливается их жизнедеятельность и устраняется причина воспаления. Область назначения – воспаление десен (гингивит), твердых тканей (пародонтит, пародонтоз),

налет на зубах, раны. Лекарства безопасны и используются для терапии детей с года и взрослых, если нет индивидуальной непереносимости хлоргексидина.

Дентол Обезболивающий гель для взрослых состоит из бензокаина, дополнительно купирует воспалительный процесс. Применяется от боли в деснах, при зубной боли, прорезывании зубов, кратковременных хирургических процедурах, повреждениях слизистой небольшого размера. Имеется две концентрации: 10% предназначена для взрослых и детей с 6 лет, Бэби 7,5% 0 с 4 месяцев. Гель хорошо переносится, в некоторых случаях возникают симптомы аллергии в месте втирания: жжение, покраснение, покалывание, отечность и зуд. Лекарство наносят на десны или вокруг зуба 3-4 раза в сутки.

Стомадент Гель ухаживает за проблемной слизистой ротовой полости и деснами. Содержит антисептик хлоргексидин и прополис, экстракты коры дуба, овса, липы и шалфея. Лекарство применяют, чтобы заживить слизистую, успокоить и смягчить, прекратить жизнедеятельность возбудителей, уменьшить кровоточивость, сделать ношение брекет систем и протезов комфортным.

Апидент актив Гель обладает противовоспалительным, улучшающим кровоснабжение тканей, успокаивающим и заживляющим свойствами. Используется для профилактики стоматологических заболеваний. Состоит из пчелиного яда, д-пантенола, экстрактов шалфея, тысячелистника, ромашки и календулы. Для оказания профилактического действия препарат наносят на десны после приема пищи и последующей чистки зубов.

Криогель лекарственный При воспалении десен препарат закладывается в пародонтальный карман на приеме стоматологом. Область применения – пародонтит и пародонтоз. Оказывает антимикробное, обеззараживающее, кровоостанавливающее действие, дренирует карман и уменьшает возникновение нагноения. По форме гель напоминает мелкопористое средство для заживления десен. Обезболивающие гели для десен Некоторые стоматологические гели для снятия воспаления обладают дополнительным обезболивающим действием. Их назначают детям и взрослым для безболезненного прорезывания зубов, для облегчения ощущений пациента при некоторых стоматологических манипуляциях, сильных болях различной причины (афтозный стоматит, травмирование).

Замораживающие и купирующие болезненность препараты: Холисал; Камистад и Камистад Бэби; Дентинокс; Дентол; Солкосерил; Асепта гель и бальзам для десен; Метрогил дента. В некоторых препаратах содержится лидокаин. При аллергии на него средства нельзя использовать. После нанесения возможно покалывание, кратковременное

жжение и зуд. При сильных аллергических проявлениях применение лекарства необходимо прекратить.

Мази от воспаления десен Наряду с гелями стоматологи назначают противовоспалительные мази для десен: Метилурацил. Гепариновая мазь. Левомеколь. Левометил. У них жирная основа, труднее впитываются. Предназначены для наружного использования, поэтому нельзя глотать.

Метилурацил – мазь для заживления десен, уменьшения очагов воспаления, состояния тканей, их питания. Используется в виде аппликаций, потом излишки препарата убираются ватным тампоном. При превышении дозировки и более частом применении возможны негативные реакции: головокружение, проявление аллергии, головная боль.

Гепарин – мазь для десен при наличии кровоизлияний, кровоподтеков, микротравм, отечности. Лекарство наносят в виде компрессов и аппликаций. При курсовом использовании уменьшается отек тканей, ускоряются циркуляция крови и восстановительные процессы, предупреждается развитие патологии.

Мази для десен Левомеколь и Левометил имеют одинаковый состав и свойства: антибиотик хлорамфеникол и заживляющий компонент метилурацил. Назначают при воспалении, сопровождающемся нагноением, отделением некротических масс.

Мази для лечения данных состояний накладывают в виде аппликаций или втирания в пораженные области, на раны. Хранение мазей зависит от производителя, но в основном требуется помещение тубы в холодильник. Перед использованием мазь выдавить и нагреть до температуры тела (36-37 градусов). В результате она станет жидкой массой, которую легко наносить и втирать.

Противовоспалительные зубные пасты Крема и бальзамы, специализированные зубные пасты уменьшают кровоточивость, проявления воспаления, чувствительность эмали. Применяются при болезнях полости рта для лечения и профилактики. Эффективные средства: Лакалют Актив; серия Пародонтас (с фтором и без); Асепта Актив; Президент Актив; серия Сенсодин; Мексидол Дент Актив. Содержат антисептики, экстракты лечебных трав, фтор и другие компоненты. Данные зубные пасты снимают отек и воспаление, помогают при кровоточивости, повышенной чувствительности эмали, заживляют, укрепляют десна. Являются дополнительной мерой к основной терапии.

Как наносить гели и мази Очень важно правильно наносить гели и мази, чтобы получить желаемый эффект и снизить неприятные последствия. Для этого вымыть руки, провести санацию полости рта. К месту нанесения приложить сухой стерильный ватный тампон и удалить слюну. Затем выдавить 0,5-1 см лекарства, если в инструкции не указано другое количество. Для нанесения подойдет ватная палочка или чистый палец. Нанести на очаг и аккуратно втереть. Другой способ – аппликация с гелем для десен при воспалении

для уменьшения симптомов или мазью. Для этого на салфетку выдавить лекарство, приложить на 15-20 минут к пораженной поверхности. После процедуры воздержаться от приема пищи, напитков, курения минимум на полчаса. Рекомендуемое время – час-полтора. Количество использований в сутки составляет 2-3 раза, если другое не указано в инструкции. Оптимальный курс лечения – 7-10 дней. При более частом нанесении возникает риск возникновения нежелательных реакций, более быстрого привыкания к антибактериальным компонентам. Противовоспалительные гели и мази улучшают качество жизни пациента, избавляют от недомоганий и неприятных ощущений, являются профилактикой многих стоматологических болезней.

Основу профилактики тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта составляет плановая санация полости рта — комплекс организационных, диагностических и лечебных мероприятий, регулярно проводимых врачами-стоматологами и гигиенистами стоматологическими, и направленных на раннее выявление и устранение очагов инфекции. В настоящее время имеются объективные трудности для ее проведения даже в организованных коллективах (детсадах, школах, вузах и т. д.). Однако каждому человеку необходимо 2 раза в год обращаться к врачу-стоматологу для осмотра полости рта, в ходе которого будут выявлены прежде всего пораженные зубы и заболевания окружающих мягких тканей, и составлен план их лечения. Важным фактором профилактики является личная гигиена полости рта, выполняемая пациентами регулярно и тщательно с применением лечебно-профилактических зубных паст. К основным мероприятиям гигиены полости рта относятся качественная чистка зубов, которая проводится 2 р/с (утром и вечером) после приема пищи и обеспечивает удаление мягкого налета, микроорганизмов и остатков пищи; массаж десен и воздействие лекарственных препаратов, содержащихся в зубной пасте, на твердые ткани зуба и слизистую оболочку полости рта. В комплекс профилактических мероприятий следует включить повышение противоинфекционной резистентности организма с помощью закаливания, физкультуры, ведения здорового образа жизни и полноценного питания. Рекомендуется диета с оптимальным содержанием белков, витаминов А, В, С, D, солей кальция, фосфора и фтора, направленная на реминерализацию эмали и дентина зубов. Большое значение отводится широкой и активной санитарно-просветительной работе, целью которой является повышение санитарно-гигиенической культуры населения, качества и уровня рациональной личной гигиены полости рта, что также способствует профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта.

## Контрольный тест:

1. Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:

- 1. наследственность
  - 2. наличие микробного налета
  - 3. вредные привычки
  - 4. подвижность зубов
- 
- 5. наличие эндокринной патологии

2. Для катарального гингивита характерно:

- 1. кровоточивость десен
  - 2. наличие пародонтальных карманов
  - 3. ретракция десны
  - 4. гипертрофия десны
- 
- 5. атрофия альвеолы

3. Для уменьшения кровоточивости десен наиболее целесообразно использовать зубные пасты:

- 1. фторидсодержащие
  - 2. кальцийсодержащие
  - 3. с растительными добавками
  - 4. гигиенические
- 
- 5. отбеливающие

4. Основным методом профилактики катарального гингивита является:

- 1. рациональная гигиена полости рта
  - 2. сбалансированное питание
  - 3. полоскание полости рта растворами фторидов
  - 4. санация полости рта
- 
- 5. избирательное шлифование зубов

5. Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта в стадии обострения рекомендуют пользоваться зубной щеткой:

- 1. мягкой
  - 2. средней жесткости
  - 3. жесткой
-

- 4. очень жесткой

---
- 5. чистка зубов не требуется
- 6. Наличие пародонтального кармана является характерным признаком:**
- 1. катарального гингивита
  - 2. язвенно-некротического гингивита
  - 3. пародонтита
  - 4. пародонтоза
- 
- 5. пародонтомы
- 7. Наличие ложного десневого кармана характерно для:**
- 1. катарального гингивита
  - 2. язвенно-некротического гингивита
  - 3. гипертрофического гингивита
  - 4. хронического пародонтита
- 
- 5. хронического пародонтита в стадии обострения
- 8. Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:**
- 1. заболевания желудочно-кишечного тракта
  - 2. скученность зубов
  - 3. заболевания крови
  - 4. гиповитаминоз С
- 
- 5. низкое содержание фтора в питьевой воде
- 9. Причиной генерализованного пародонтита может быть:**
- 1. отсутствие контактного пункта между соседними зубами
  - 2. нависающий край пломбы
  - 3. эндокринные заболевания
  - 4. скученность зубов
- 
- 5. нарушение техники чистки зубов
- 10. При гингивите на рентгенограмме наблюдается:**
- 1. равномерная атрофия альвеол
  - 2. снижение высоты межальвеолярных перегородок
  - 3. резорбция костной ткани с четкими контурами в области верхушек корней зубов
  - 4. склеротические изменения альвеолярной кости
- 
- 5. изменений нет

**11. Профилактике воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:**

- 1. прием фторидсодержащих препаратов
  - 2. проведение профессиональной гигиены
  - 3. реминерализирующая терапия
  - 4. уменьшение употребления углеводов
- 

- 5. прием витаминов

**12. Предупреждению воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:**

- 1. покрытие зубов фторлаком
  - 2. реминерализирующая терапия
  - 3. прием витаминов
  - 4. рациональная гигиена полости рта
- 

- 5. герметизация фиссур

**13. К воспалительным заболеваниям пародонта относится:**

- 1. пародонтит
  - 2. пародонтоз
  - 3. эпюлис
  - 4. фиброматоз
- 

- 5. все перечисленные заболевания

**14. Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки - это:**

- 1. бугорок
  - 2. рубец
  - 3. гнойничок
  - 4. узелок
- 

- 5. Пятно

**15. Повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия - это:**

- 1. эрозия
  - 2. язва
  - 3. чешуйка
  - 4. корка
- 

- 5. рубец

**16. Пузырек - первичный морфологический элемент поражения при:**

- 1. плоском лишае
  - 2. простом герпесе
  - 3. лейкоплакии
  - 4. пузырчатке
- 
- 5. сифилисе

**17. Поверхностный дефект эпителия слизистой оболочки полости рта:**

- 1. язва
  - 2. эрозия
  - 3. трещина
  - 4. рубец
- 
- 5. узелок

Ответьте на тест и вышлите ответы на электронный адрес: [nakuhtenko@gmail.com](mailto:nakuhtenko@gmail.com)

**Самостоятельная работа:**

- Работа с дополнительной литературой.
- Написание дневника-конспекта по теме занятия.
- Составление памятки по профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта.

**Информационное обеспечение обучения:**

**Основная литература:**

1. Пропедевтическая стоматология: [Электронный ресурс] учеб. для студентов, обучающихся по специальности 060201,65 "Стоматология"/[Базилян Э.А. и др.]; под ред. Э.А. Базиляна, О.О. Янушевича. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.: ил. Режим доступа : <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426210.html>
2. Пропедевтическая стоматология [Электронный ресурс]: учебник / Э.С. Каливградиян [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.: ил. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426388.html>
3. Болезни зубов и полости рта [Электронный ресурс]: учебник / Макеева И.М., Сохов С.Т., Алимова М.Я. и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 248 с.: ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

**Дополнительная литература:**

1. Пропедевтическая стоматология [Электронный ресурс]: учебник / Базилян Э.А., Робустова Т.Г., Лукина Г.И. и др.; Под ред. Э.А. Базиляна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 768 с.: ил. - Режим доступа : <http://www.studentlibrary.ru>
2. Муравянникова Ж. Г. Профилактика стоматологических заболеваний [Текст] : учеб. пособие для студентов средн. проф. образования, обучающихся в мед. уч-щах и колледжах / Ж. Г. Муравянникова ; под ред. Б. В. Кабарухина. - Ростов н/Д : Феникс, 2004. - 380 с. : ил. - (Среднее профессиональное образование).
3. Стоматология профилактическая [Текст] : учебник для обучающихся по спец. Стом.

профилактик. (квалификация "Гигиенист стоматол.") / Л. Ю. Орехова [и др.] ; Минздравсоцразвития РФ, ГОУ ВУНМЦ. - М. : ГОУ ВУНМЦ, 2005. - 272 с. : ил.

4. Попруженко Т. В. Профилактика основных стоматологических заболеваний [Текст] / Т. В. Попруженко, Т. Н. Терехова. - М. : МЕДпресс-информ, 2009. - 464 с. : ил., 7 л. цв. ил.

5. Маслак Е. Е. Социальные проблемы службы детской стоматологии/ Е. Е. Маслак // социология медицины – реформе здравоохранения. Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2010. – С. 164-169. Организация и особенности оказания стоматологической помощи беременным женщинам [Текст] : учеб.-метод. пособие / Е. Е. Маслак [и др.] ; Минздравсоцразвития РФ, ГОУ ВПО "ВолГМУ", Каф. стоматологии детского возраста, Каф. терапевт. стоматологии, Департамент здравоохран. Адм. Волгограда ; рец. Е. В. Фомичев. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2010. - 136 с..

6. Курякина Н. В. Стоматология профилактическая [Текст] : (рук. по первичной профилактике стоматол. заболеваний) : учеб. пособие для студентов стоматол. фак. мед. вузов / Н. В. Курякина, Н. А. Савельева. - М. ; Н. Новгород : Мед. книга : Изд-во НГМА, 2005. - 284 с. : ил. - (Учебная литература для медицинских вузов. Стоматологический факультет).

***Программное обеспечение и интернет - ресурсы:***

- [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru) – научная электронная библиотека
- [www.e-stomatology.ru](http://www.e-stomatology.ru) - официальный сайт Стоматологической ассоциации России (СтАР)
- [www.volgmed.ru](http://www.volgmed.ru) - сайт Волгоградского государственного медицинского университета • <http://library.volgmed.ru/Marc> - электронный каталог библиотеки ВолГМУ
- [www.mma.ru](http://www.mma.ru) - сайт Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова
- <http://www.studentlibrary.ru> - электронная библиотечная система «Консультант студента»
- <http://www.studmedlib.ru> – консультант студента
- информационно-поисковая база Medline
- [www.stom.ru](http://www.stom.ru) - текущие события в России и за рубежом, научные статьи ведущих специалистов, обзор литературы.
- [www.web-4-u.ru/stomatinfo](http://www.web-4-u.ru/stomatinfo) - электронные книги по стоматологии.
- [www.stomatlife.ru](http://www.stomatlife.ru) - справочно- информационный ресурс по стоматологии и медицине.
- [www.edentworld.ru](http://www.edentworld.ru) - информация о периодических изданиях, событиях в стоматологическом мире в России и за рубежом, научные статьи по различным направлениям стоматологии.
- [www.dentalsite.ru](http://www.dentalsite.ru) - профессионалам о стоматологии.
- [www.stomatolog.ru](http://www.stomatolog.ru) - книги, журналы, газеты, оборудование, инструмент, английский язык, работа для стоматолога. • [www.webmedinfo.ru/library/stomatologiya](http://www.webmedinfo.ru/library/stomatologiya) - на сайте представлены книги по стоматологии для бесплатного скачивания.
- [www.dental-revue.ru](http://www.dental-revue.ru) - информационный стоматологический сайт, статьи по разным разделам стоматологии, дискуссии.
- [www.volgostom.ru](http://www.volgostom.ru) - для профессионального общения врачей – стоматологов