

**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 № 19**

**«Стоматологическое просвещение по профилактике одонтогенных воспалительных  
заболеваний челюстно-лицевой области»**

**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 одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

**Мотивационная характеристика темы:**

В связи с взаимообусловленностью качества гигиены рта и возникновением одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, 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 среди различных возрастных групп населения по профилактике одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;

*Уметь:*

- проводить индивидуальные и групповые беседы о методах сохранения здоровья полости рта среди пациентов лечебно-профилактических учреждений, работников организованных коллективов;
- составлять 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 одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

*Знать:*

- цели, задачи и формы стоматологического просвещения;
- 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 в профилактике одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

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

## ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

Воспалительные процессы и заболевания челюстно-лицевой области.

Классификация:

Так, по характеру течения воспалительные процессы могут быть острые, подострые, хронические, периодически обостряющиеся. По степени выраженности течения они протекают по нормо-, гипо- и гиперергическому типу. По типу воспалительной реакции они могут быть катаральные, серозные, гнойные, гнилостные, флегмонозные и др.; по причине возникновения — одонтогенные (наиболее часто встречающиеся в челюстно-лицевой области), лимфогенные, гематогенные, рино- и тонзиллогенные и др. По отношению к тканям воспаление может сопровождаться некрозом, деструкцией ткани — деструктивный тип воспаления — или избыточными разрастаниями — продуктивный, или гиперпластический, тип воспаления. Воспалительные процессы, вызываемые определенными микроорганизмами и имеющие общие характерные признаки течения, относятся к специфическим (сифилис, туберкулез, актиномикоз, лепра, сибирская язва и др.).

Среди одонтогенных воспалительных заболеваний выделяют следующие: Эта классификация основана на характерных данных патологоанатомической картины и особенностях клинической симптоматиологии при этих заболеваниях.

#### А. Одонтогенные воспалительные заболевания

##### 1) Челюстей:

1. Периодонтит (острый, хронический, обострившийся)
2. Периостит (острый, хронический, обострившийся)
3. Остеомиелит (острый, хронический, обострившийся)
4. Альвеолит (острый, хронический)
5. Гайморит (острый, хронический, обострившийся)

##### II) Мягких тканей:

1. Лимфаденит (острый и хронический)
2. Воспалительный инфильтрат
3. Абсцессы
4. Флегмоны
5. Подкожная гранулема лица
6. Перикоронарит (неосложненные и осложненные формы)

#### Б. Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний

1. Флебиты и тромбофлебиты, тромбозы синусов головного мозга
2. Медиастинит
3. Сепсис (острый и хронический)
4. Прочие осложнения: менингит, пневмония, абсцесс мозга и др.

Своеобразие острых гнойных воспалительных процессов связано с перемещением инфекционного фокуса из периодонтита в другие ткани: надкостницу альвеолярного отростка или костную ткань челюсти, окологлазничные мягкие ткани. Различные проявления одонтогенных воспалительных процессов следует рассматривать как непосредственно связанные друг с другом, в которых при нарастании количественных изменений возникают изменения качественные. Все это подтверждено патологоанатомической картиной указанных процессов и клинической картиной заболеваний. Анализируя патологоанатомические данные при одонтогенном воспалении,

выделяют транзиторную форму острого остита - острый гнойный периостит, который может иметь обратимый характер воспаления или перейти в другую форму - острый гнойный остеомиелит челюсти.

Для правильного клинического толкования каждого из одонтогенных воспалительных заболеваний необходимо выделять факторы, определяющие характеристику возбудителя или возбудителей: вирулентность, токсикогенность и их инвазивность. Значительную роль играет качественный и количественный состав микрофлоры. Среди смешанной инфекции выделяют патогенные стафилококки, часто резистентные к антибиотикам. В последние годы определенную роль в этиологии острых одонтогенных воспалительных заболеваний отводят патогенным анаэробам и среди них облигатным.

Микробный фактор как причинный вызывает многокомпонентную и взаимосвязанную систему различных приспособительных и защитных реакций макроорганизма. Развитие и течение одонтогенных воспалительных процессов определяется сложным процессом взаимодействия этих реакций и жизнедеятельностью гноеродных микроорганизмов.

Среди различных приспособительных и компенсаторных реакций, определяемых как реактивность, решающее значение имеет состояние неспецифических и специфических защитных факторов:

- неспецифические реакции первичные и обеспечивают защиту организма от возбудителей независимо от их видовой принадлежности;
- специфическая реакция, или иммунитет, определяет возможную защиту от конкретных антигенных раздражителей микроорганизмов.

Неспецифические и специфические защитные факторы организма работают не изолированно, а во взаимодействии в разные периоды онтогенеза и на разных фазах иммуногенеза. Отделить действие возбудителя или возбудителей от состояния противоинфекционной защиты организма нельзя. Оно определяет при разных воздействиях компенсаторный характер ответной реакции или невозможность обеспечить противодействие антигенным раздражителям, когда развиваются воспалительные процессы различного характера. Это позволило выделять *иммунологические* варианты развития гнойно-воспалительных заболеваний: нормо-, гипер- и гипореактивный.

При развитии воспалительных процессов следует помнить о возможности *врожденных* или *приобретенных* иммунодефицитных состояний.

- Первичный, или врожденный, иммунодефицит обусловлен заболеваниями крови, сахарным диабетом, тиреоидитом, тиреотоксикозом, болезнью Аддисона, гамма-глобулинемией, рассеянным склерозом и др.
- Приобретенный дефицит иммунной системы может быть вторичным, возникающим вследствие таких сопутствующих патологических процессов, как хронические инфекции, сифилис, ревматизм, хронический гепатит, цирроз печени, синдром Шегрена, неспецифический артрит, коллагеноз, системная красная волчанка, неспецифический язвенный колит и др.

Следует также иметь в виду *возрастной* иммунодефицит, который наблюдают у детей.

При одонтогенных воспалительных процессах можно наблюдать различные виды иммунопатологических состояний: аллергию, аутоиммунные реакции, толерантность.

Нормальная реактивность обеспечивает адекватную реакцию организма на антигенное раздражение. Воспаление как защитная реакция носит компенсаторный характер (нормергическая воспалительная реакция). Иммунопатологические состояния и заболевания создают нарушение реактивности, когда воспаление из защитной реакции превращается в патологическую и заболевание протекает в виде гипер- и гиперергического воспалений.

Типы воспалительной реакции определяют клинические проявления различных одонтогенных воспалительных заболеваний. Наиболее тяжело протекает воспаление при гиперреактивном типе, когда развиваются диффузные остеомиелиты челюстей, распространенные флегмоны. Последние могут иметь компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную фазы.

Развитие и течение острых одонтогенных воспалительных процессов зависит также от *местных* неспецифических и специфических защитных реакций. Местные защитные факторы создают барьер на пути проникновения в организм микробов. Для развития острого одонтогенного воспалительного процесса большое значение имеют очаги инфекции в полости рта, вызывающие адгезивность ("прилипаемость") бактерий. Это околоверхушечные зубные гранулематозные и гранулирующие очаги и околозубная бактериальная бляшка. Адгезивную способность микроорганизмов регулируют специфические антитела, которые составляют первое звено антиинфекционной защиты в полости рта. Ротовая жидкость, слизистая оболочка полости рта, система костного мозга челюстей, лимфатические узлы, соединительная ткань обеспечивают неспецифическую и специфическую защиту. Большое значение в развитии одонтогенных воспалительных процессов имеют анатомо-топографические особенности челюстей, околочелюстных тканей и в том числе кровеносные и лимфатические сосуды.

### ПЕРИОДОНТИТ

Периодонтит - воспаление тканей, расположенных в периодонтальной щели, может быть инфекционным, травматическим и медикаментозным. Инфекционный периодонтит возникает при внедрении аутоинфекции, находящейся в полости рта.

Травматический периодонтит развивается в результате как однократной (удара, ушиба), так и хронической травмы (нарушения окклюзии при завышении высоты зуба искусственной коронкой, пломбой, вредных привычек удерживания в зубах предметов, перекусывания ниток, разгрызания орехов и др.). Периодонтит может возникнуть при лечении пульпита, когда при обработке канала применяют сильнодействующие лекарственные средства (медикаментозный периодонтит), а также вследствие аллергической реакции периодонта на лекарства.

В клинической практике наиболее часто наблюдают инфекционные верхушечные периодонтиты.

По данным клинической картины и патологоанатомическим изменениям, все воспалительные поражения периодонта можно разделить на следующие группы (по Лукомскому).

- Острый периодонтит:
  - серозный (ограниченный и разлитой);
  - гнойный (ограниченный и разлитой).
- Хронический периодонтит:
  - гранулирующий;
  - гранулематозный;
  - фиброзный.
- Хронический периодонтит в стадии обострения.

### ОСТРЫЙ ПЕРИОДОНТИТ

Острый периодонтит - острое воспаление периодонта.

### ЭТИОЛОГИЯ

Острые гнойные периодонтиты развиваются под действием смешанной микрофлоры, где преобладают стрептококки, иногда стафилококки и пневмококки. Могут быть палочковидные формы (грамположительные и грамотрицательные), анаэробная инфекция.

### ПАТОГЕНЕЗ

Развитие острого воспалительного процесса в периодонте первично возникает в результате проникновения инфекции через отверстие в верхушке зуба, реже через патологический зубодесневой карман.

Поражение *апикальной* части периодонта возможно при воспалительных изменениях пульпы, ее омертвении, когда обильная микрофлора канала зуба распространяется в периодонт через верхушечное отверстие корня. Иногда гниlostное содержимое корневого канала проталкивается в периодонт во время жевания под давлением пищи.

*Маргинальный*, или краевой, периодонтит возникает вследствие проникновения инфекции через десневой карман, при травме, попадании на десну лекарственных веществ, в том числе мышьяковистой пасты. Проникшие в периодонтальную щель микроорганизмы размножаются, образуют эндотоксины и вызывают воспаление в тканях периодонта. Большое значение в развитии первичного острого процесса в периодонте имеют некоторые местные особенности: отсутствие оттока из пульповой камеры и канала (наличие нескрытой камеры пульпы, пломбы), микротравма при активной жевательной нагрузке на зуб с пораженной пульпой. Играют роль также общие причины: переохлаждение, перенесенные инфекции и др. Однако чаще первичное воздействие микроорганизмов и их токсинов компенсируют различные неспецифические и специфические реакции тканей периодонта и организма в целом, тогда острый инфекционно-воспалительный процесс не возникает. Повторное, иногда длительное воздействие микроорганизмов и их токсинов ведет к сенсibilизации. В периодонте развиваются различные клеточные реакции, хронический фиброзный, гранулирующий или гранулематозный периодонтит. Нарушение защитных реакций и повторные воздействия микроорганизмов могут привести к развитию острых воспалительных явлений в периодонте, которые по своей сути являются обострением хронического периодонтита.

Компенсаторный характер ответной реакции тканей периодонта при первичном остром процессе и при обострении хронического ограничивается развитием гнойника в периодонте. Он может опорожняться через корневой канал, десневой карман при вскрытии околоверхушечного очага при консервативном лечении или при удалении зуба. В отдельных случаях при определенных общих патогенетических условиях и местных особенностях гнойный очаг бывает причиной осложнений одонтогенной инфекции, когда развиваются гнойные заболевания в надкостнице, кости, околочелюстных мягких тканях.

#### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При остром периодонтите больной отмечает боль в причинном зубе, усиливающуюся при надавливании на него, жевании, а также постукивании (перкуссии по жевательной или режущей поверхности). Характерно ощущение как бы выростания, удлинения зуба. При более длительном давлении на зуб боли несколько стихают. В дальнейшем болевые ощущения усиливаются, становятся непрерывными или с короткими светлыми промежутками. Нередко они принимают пульсирующий характер. Тепловое воздействие, принятие горизонтального положения, прикосновение к зубу вызывают еще бо́льшие болевые ощущения. Происходит распространение болей (иррадиация по ходу ветвей тройничного нерва). Усиление болей при накусывании, прикосновении к зубу заставляет больных держать рот полуоткрытым.

Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре изменений, как правило, нет. Наблюдают увеличение и болезненность связанных с пораженным зубом лимфатического узла или узлов. У отдельных лиц может быть нерезко выраженный коллатеральный отек соседних с больным зубом околочелюстных мягких тканей. Перкуссия его болезненна и в вертикальном, и в горизонтальном направлении. Слизистая оболочка десны, альвеолярного отростка, а иногда и переходной складки в проекции корня зуба гиперемирована и отечна. Пальпация альвеолярного отростка по ходу корня и особенно соответственно отверстию верхушки зуба болезненна. Иногда при давлении инструментом на мягкие ткани преддверия рта по ходу корня и по переходной складке остается вдавление, свидетельствующее об их отеке.

Температурные раздражители, данные электроодонтометрии указывают на отсутствие реакции пульпы вследствие ее некроза. На рентгенограмме при остром процессе патологические изменения в периодонте могут быть не выявлены или обнаруживают расширение периодонтальной щели. При обострении хронического процесса возникают изменения, характерные для гранулирующего, гранулематозного, редко фиброзного периодонтита.

Диагноз ставят на основании клинической картины заболевания, лабораторных показателей. В крови, как правило, изменений нет, но у некоторых больных наблюдают лейкоцитоз, умеренный нейтрофилез за счет палочко- и сегментоядерных лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) чаще в пределах нормы.

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Следует дифференцировать острый периодонтит с пульпитом, периоститом, остеомиелитом челюсти, нагноением корневой кисты, острым одонтогенным гайморитом.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Терапия острого верхушечного периодонтита или обострения хронического периодонтита направлена на прекращение воспалительного процесса в периодонте и предотвращение распространения гнойного экссудата в окружающие ткани: надкостницу, окологлазничные мягкие ткани, кость. Лечение преимущественно консервативное.

Консервативное лечение обеспечивает успех не во всех случаях острого и обострившегося хронического периодонтита. При неэффективности лечебных мероприятий и нарастании воспалительных явлений зуб следует удалить. Это можно сочетать с разрезом по переходной складке до кости в области корня зуба, пораженного острым периодонтитом, особенно в случае развивающегося ограниченного серозного периостита.

#### ПРОГНОЗ

При правильном и своевременном консервативном лечении в большинстве случаев острого и обострения хронического периодонтита наступает выздоровление. Недостаточное лечение острого периодонтита приводит к развитию хронического процесса в периодонте.

Возможно распространение воспалительного процесса из периодонта на надкостницу, костную ткань, окологлазничные мягкие ткани, т.е. могут развиваться острый периостит, остеомиелит челюсти, абсцесс, флегмона, лимфаденит, воспаление верхнечелюстной пазухи.

#### ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика включает санацию полости рта, своевременное и правильное лечение патологических одонтогенных очагов, функциональную разгрузку зубов с помощью ортопедических методов лечения, а также проведение гигиенических и оздоровительных мероприятий.

#### ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ

Хронический периодонтит - хроническое воспаление периодонта, возникающее как переход острого процесса в хронический или формирующееся, минуя острую стадию. Хронический периодонтит наблюдают чаще, чем острый, значительное количество заболеваний, диагностируемых как острый периодонтит, при углубленном обследовании оказывается обострившимся хроническим периодонтитом.

Морфологическая и клиническая картина хронических периодонтитов разнообразна. Различают гранулирующий, гранулематозный и фиброзный периодонтиты.

#### ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТИ

Острый гнойный периостит челюсти - острое гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти. Чаще поражается надкостница альвеолярного отростка, реже тела челюстей, нёба или подъязычной складки. Процесс развивается в основном на нижней челюсти. Заболевание возникает преимущественно у лиц молодого и среднего возраста (от 16 до 40 лет), чаще у мужчин.

На нижней челюсти причиной развития острого гнойного периостита чаще всего являются первые большие коренные зубы, зуб мудрости, реже вторые большие коренные зубы и вторые малые коренные, первые малые коренные, вторые резцы и одинаково - первые резцы и клыки.

На верхней челюсти острый гнойный периостит возникает в результате распространения инфекции от первых больших коренных зубов, первых малых коренных и затем вторых малых коренных зубов. Реже причиной воспалительного процесса являются большие коренные зубы и вторые резцы, далее первые резцы, клык, зубы мудрости.

### ЭТИОЛОГИЯ

При исследовании гноя в случае острых гнойных периоститов находят смешанную микрофлору, состоящую из стрептококков и стафилококков различных видов, грамположительных и грамотрицательных палочек.

### ПАТОГЕНЕЗ

Острый гнойный периостит - осложнение острого или обострение хронического периодонтита, в том числе маргинального. Этот процесс может также возникать при затрудненном прорезывании зубов, нагноении радикулярных кист, воспалении полуретинированных, ретинированных зубов, одонтоме, заболеваниях пародонта, а также осложнять консервативное лечение зубов. Иногда заболевание развивается после травматического удаления зуба или при активизации инфекции после этого вмешательства.

Общие неблагоприятные факторы (охлаждение, переутомление, стрессовые ситуации) служат фоном для развития воспалительного процесса.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина острого гнойного периостита челюсти бывает разнообразной и зависит от этиологических, патогенетических факторов, локализации и протяженности воспалительного процесса.

Чаще поражается надкостница с вестибулярной поверхности челюстей. В таких случаях характерны жалобы на боли, припухлость мягких тканей лица, нарушение общего самочувствия, повышение температуры тела. Вначале боль и припухлость незначительные, затем быстро, на протяжении 2-3 сут, усиливаются. Боль распространяется иногда на всю челюсть, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва: в ухо, висок, глаз. Под влиянием тепловых процедур боль усиливается, холод на некоторое время ее успокаивает. Бывают общие жалобы на головную боль, недомогание, плохой сон.

Общее состояние при остром гнойном периостите удовлетворительное, у отдельных больных при поражении надкостницы альвеолярного отростка и тела челюсти - средней тяжести. Температура тела повышена в пределах 37,8, но иногда она достигает 38,9 °С. В результате возникающей интоксикации появляются общая слабость, разбитость, нет аппетита, мучает бессонница, связанная со значительными болями.

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Несмотря на яркие клинические симптомы, при диагностике острого гнойного периостита челюсти иногда допускают ошибки. Этот процесс следует дифференцировать от острого периодонтита, абсцессов некоторых локализаций, флегмон, лимфаденитов, острых сиаденитов и, главное, от острого остеомиелита челюсти.

### ЛЕЧЕНИЕ

Необходимо комплексное лечение острого гнойного периостита челюсти, состоящее из оперативного вскрытия гнойника, консервативной лекарственной терапии и др.

### КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозное лечение острого гнойного периостита включает назначение антибактериальных препаратов в комбинациях с антигистаминными препаратами (дифенгидрамин, хлоропирамин, мебгидролин и др.), препаратами кальция,

витаминами (поливитаминами, витаминами С по 2-3 г/сут). Больному назначают прием на 2-й день после операции. При осмотре и опросе определяют степень стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках проводят местное лечение раны.

#### ПРОГНОЗ

Своевременно начатое и правильно проведенное лечение острого гнойного периостита челюсти заканчивается выздоровлением. Через 3-5 сут больные становятся трудоспособными. При небном абсцессе толщина и плотность отслоенных мягких тканей не позволяют вскрыться гнойнику самопроизвольно. Нередко это ведет к омертвлению кортикальных отделов кости и развитию вторичного кортикального остеомиелита.

Неадекватное лечение, прогрессирование воспалительного процесса у некоторых больных приводят к распространению гнойного экссудата в кость или в околочелюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны и развитию острого остеомиелита челюсти.

#### ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика острого периостита челюсти заключается в санации полости рта и лечении хронических одонтогенных очагов.

## ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТИ

Одонтогенный остеомиелит челюсти - инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс в костной ткани челюстей.

Большинство отмечают преимущественное заболевание одонтогенным остеомиелитом челюсти лиц в возрасте от 20 до 40 лет, чаще мужчин. Нижняя челюсть поражается значительно чаще, чем верхняя.

## ЭТИОЛОГИЯ

Острый гнойный остеомиелит развивается в результате внедрения одонтогенной инфекции. Среди микрофлоры остеомиелитических гнойных очагов чаще бывают золотистые и белые стафилококки, стрептококки и другие кокки, нередко в сочетании с гнилостными бактериями.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Одонтогенный остеомиелит челюсти имеет три стадии, или фазы: острую, подострую и хроническую. Принято различать ограниченное (альвеолярный отросток, основание челюсти в пределах трех-четырех зубов) и диффузное поражение челюсти (половины или всей челюсти). Клиническое течение остеомиелита челюсти может быть разнообразным и зависит от особенностей микрофлоры, неспецифических и специфических факторов противоинфекционной защиты, других индивидуальных особенностей организма, а также локализации, длительности и стадии заболевания. Эти факторы определяют различные типы воспалительной реакции: норм-, гипер- и гиперергической. У людей преклонного возраста, стариков в связи со значительным снижением иммунитета гиперергическая реакция может снижаться до анергии.

Больного беспокоят острые, часто интенсивные боли в области одного зуба, затем ряда зубов и участка челюсти, характерно общее недомогание. При развитии диффузного остеомиелита челюсти больной жалуется на боли в зубах, половине или всей челюсти, а также в половине лица и головы. Кроме того, характерны боли во всем теле, значительная слабость, потеря аппетита, плохой сон, нередко бессонница.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Острую, подострую и хроническую стадии остеомиелита челюсти, а также обострение хронической следует дифференцировать с некоторыми одонтогенными, специфическими воспалительными заболеваниями, опухолями и опухолеподобными образованиями.

## ЛЕЧЕНИЕ

Необходимо комплексное лечение острой стадии остеомиелита челюсти, проводимое в стоматологическом стационаре. Оно состоит из хирургического вмешательства, первичной обработки гнойных очагов в надкостнице, кости, прилежащих к ней мягких тканях и противовоспалительной, дезинтоксикационной, общеукрепляющей, стимулирующей, симптоматической терапии.

Характер и объем оперативных вмешательств, комплексная лекарственная терапия, физические методы и другие лечебные воздействия определяются общим состоянием организма, особенностями патогенеза и местной клинической симптоматикой.

## ПРОГНОЗ

При своевременном и правильном лечении острого остеомиелита челюсти прогноз преимущественно благоприятный.

В остром периоде гиперергического течения заболевания значительная интоксикация может привести к развитию септического шока, острой дыхательной недостаточности. Распространение гнойного процесса на многие области лица и шеи нередко приводит к флебитам вен лица и синусов твердой мозговой оболочки, восходящему распространению гнойной инфекции и развитию абсцесса мозга, менингита, менингоэнцефалита, нисходящему продолжению инфекции в средостение и образованию медиастинита, а также к сепсису. Такие осложнения нередко становятся причиной летальных исходов. Кроме того, при обширных поражениях кости и недостаточной тканевой реакции для образования секвестральной капсулы могут возникать патологический перелом, ложный сустав. С такими формами диффузного остеомиелита связано возникновение деформации челюсти, анкилоза височно-нижнечелюстного сустава и рубцовой контрактуры жевательных мышц.

## Альвеолит

**Альвеолит** – посттравматическое инфицирование и воспаление зубной лунки после удаления зуба. Характеризуется сильной болью в лунке, нарушением общего состояния (слабостью, повышенной температурой тела, головной болью), увеличением подчелюстных лимфоузлов, неприятным, гнилостным запахом изо рта. В течение нескольких дней альвеолит может развиваться в ограниченный остеомиелит (гнойное расплавление кости челюсти). Лечение альвеолита заключается в очищении лунки с последующим регулярным промыванием ее раствором антисептика. При своевременной санации лунки – прогноз благоприятный.

**Альвеолит** – это острое воспаление стенок лунки на месте удаленного зуба. Вместе с альвеолитом наблюдается повреждение самой лунки и размозжение окружающей ее десны.

### Этиология

Альвеолит встречается после экстракции зубов. В норме лунка должна заживать за несколько дней, и интенсивных болей уже через сутки после удаления зуба быть не должно. В результате того, что сгусток крови, прикрывающий ранку, был сдвинут или же не сформировался вообще, она инфицируется. Возникает альвеолит и заживление раневой поверхности затягивается.

Нарушения постоперационного режима, когда активное полоскание полости рта приводит к вымыванию тромба и обнажению раневой поверхности с последующим ее инфицированием, являются основными причинами альвеолитов. К альвеолиту может привести нарушения гигиены полости рта, попадание в лунку пищи. Нелеченый кариес соседних зубов и воспалительные процессы в полости рта приводят к альвеолитам. Поэтому если нет экстренных показаний для экстракции зуба, то сначала проводят лечение кариеса.

Постэкстракционным альвеолитом осложняется около 3% всех операций по удалению зубов. При удалении нижних коренных зубов альвеолит диагностируется чаще. Удаление нижних зубов мудрости с затрудненным прорезыванием в 20% случаев осложняется альвеолитом.

#### Клинические проявления альвеолита

После экстракции зуба болезненные ощущения являются нормальным явлением. По мере заживления лунки боль утихает и через несколько дней проходит. При альвеолите дискомфорт и боль сначала стихают, но на 3-5 день после экстракции зуба, появляется сильная, иногда пульсирующая боль в лунке. По мере развития инфекционного процесса боль усиливается. Тяжесть альвеолита характеризует болевой синдром: боль может быть умеренной или пульсирующей нестерпимой. Болезненность наблюдается только в области удаленного зуба, но иногда при альвеолите боль иррадирует на всю половину лица.

При альвеолите температура может подниматься до субфебрильных цифр, повышается чувствительность зубов к холодной/горячей пище. Иногда увеличиваются регионарные лимфатические узлы, появляется горький привкус во рту и зловонное дыхание. Из-за болезненных ощущений снижается аппетит, повышается слюноотделение. Если лунка зуба была довольно большого размера, то альвеолит сопровождается припухлостью лица. Иногда страдает общее состояние, появляется слабость, повышенная утомляемость, иногда на слизистой оболочке полости рта возникают вторичные инфекционные очаги.

#### Диагностика альвеолита

Появления острой боли на 3-5 день после экстракции зуба и затянувшийся процесс заживления лунки – являются основными признаками альвеолита. Хронический альвеолит может выявиться во время профилактических осмотров, когда на месте давно удаленного зуба имеется совершенно пустая без грануляционных тканей лунка, на ее дне нередко видна кость.

Выявить наличие изменений тканей и подтвердить диагноз альвеолита помогает рентгенография или радиовизиография области удаленного зуба.

#### Лечение альвеолита

Целью лечения альвеолита является устранение очага инфекции, предотвращение осложнений и сохранение остального зубного ряда.

Местно прибегают к механическому очищению лунки и к последующему вымыванию гнойных остатков с помощью раствора нитрофураля или перекиси водорода. Для купирования болевого синдрома используют местные аппликации с анальгетиками и анестетиками. Примочку прикладывают на полчаса, потом удаляют ее, чтобы предотвратить в ней размножение микробов. Процедуру можно повторять несколько раз в день. Применение таблетированных анальгетиков нецелесообразно, так как требует больших дозировок, что чревато острыми гастритами.

При наличии сопутствующих заболеваний и снижении иммунитета применяют антибиотики. Если симптомы альвеолита в течение нескольких дней не стихают, то это

указывает на развитие ограниченного остеомиелита. При своевременном обращении к стоматологу и лечении альвеолит проходит в течение нескольких дней, остаточные луночные боли могут затягиваться на 2-3 недели.

## Одонтогенный гайморит

**Одонтогенный гайморит** – это воспаление слизистой оболочки верхнечелюстного синуса, вызванное распространением патологического процесса из первичного очага инфекции, находящегося в верхней челюсти. Основные проявления заболевания – ярко выраженная головная боль, которая усиливается при наклоне головы, выделения из носа гнойного или серозного характера, слезотечение, интоксикационный синдром. Диагностика базируется на сборе анамнестических данных, общем осмотре, риноскопии, пункции синуса и лучевых методах визуализации. Лечение включает антибиотикотерапию, промывание антисептиками, хирургическую санацию полости пазухи и первичного очага.

### Этиология

Практически всегда вызывается смешанной патогенной микрофлорой, которая может включать в себя стафилококки, стрептококки, диплококки, энтерококки, грамположительные и грамотрицательные бациллы, дрожжевые грибы. К состояниям, чаще всего осложняющимся одонтогенным гайморитом, относятся:

- **Заболевания моляров и премоляров.** Обычно это инфекционные поражения зубов верхней челюсти, одонтогенный периостит и остеомиелит, хронический периодонтит, гнойный пародонтит и нагноившиеся челюстные кисты.
- **Эндодонтическая терапия.** Заболевание может возникать в результате стоматологического лечения премоляров и моляров, в процессе которого происходит перфорация апикального отверстия, введение в полость пазухи пломбирочного материала, элементов внутрикостного имплантата и т. д.
- **Травмы.** Травматические повреждения зубов и/или верхней челюсти, которые сопровождаются перфорацией стенки гайморового синуса и образованием гематомы, являются наименее распространенной причиной развития данной формы гайморита.

### Патогенез

Патогенез одонтогенного гайморита связан с распространением бактериальной микрофлоры и продуктов ее жизнедеятельности (токсинов) в полость гайморовой пазухи из первичных очагов инфекции – пораженных зубов или очагов в верхней челюсти. Это становится возможным из-за особенностей строения альвеолярных отростков 6 и 7 (в редких случаях – 5 и 8) верхних зубов, которые отграничены от синуса только конкой костной стенкой. В результате гнойного расплавления или механической перфорации перегородки инфекционные агенты проникают в полость синуса и вызывают воспаление слизистых оболочек.

В дальнейшем происходит obturation природного входного отверстия пазухи. Это становится причиной нарушения вентиляции и скопления большого количества катарального или гнойного экссудата внутри костной полости. Всасывание кислорода слизистыми оболочками приводит к возникновению отрицательного давления, усиливающего отечность, развитию гиперкапнии и гипоксии, образованию большого количества недоокисленных продуктов. Создается благоприятная среда для дальнейшего размножения анаэробной микрофлоры, формируется порочный круг.

### Классификация

С учетом длительности течения все одонтогенные гаймориты разделяют на три основных клинических варианта:

- **Острый.** Длительность заболевания составляет менее 21 дня.
- **Подострый.** Для этого варианта характерна продолжительность от 21 дня до 6 недель.
- **Хронический.** Затяжная форма болезни, при которой клинические симптомы сохраняются на протяжении 6 недель и более.

В зависимости от характера одонтогенного поражения верхнечелюстной пазухи выделяют следующие формы патологии:

- **Закрытая.** Характеризуется развитием воспаления без прямого соединения между первичным очагом и гайморовой пазухой. Основные причины – хронические периодонтиты и нагноение кист, вросших в синус.
- **Открытая.** Распространение микрофлоры из ротовой полости происходит вследствие гнойного расплавления одной из стенок полости верхнечелюстного синуса. Включает перфоративные гаймориты и осложнения остеомиелита верхней челюсти.

По характеру морфологических изменений слизистой оболочки гайморовой пазухи принято различать следующие варианты:

- **Катаральный.** Проявляется заполнением полости пазухи серозным экссудатом и выраженной отечностью слизистых оболочек.
- **Гнойный.** Отмечается образование большого количества гнойных масс, выявляются воспалительные и деструктивные изменения внутренних оболочек пазухи.
- **Полипозный.** Главное отличие от других вариантов – образование на слизистой оболочке синуса уплотнений, из которых позднее формируются полипы.
- **Гнойно-полипозный.** Представляет собой сочетание гнойной и полипозной форм.

Симптомы одонтогенного гайморита

Острый гайморит

С клинической точки зрения целесообразно выделять две формы заболевания – острую и хроническую. При остром варианте вначале появляется острая пульсирующая приступообразная головная боль, тяжесть или чувство распирания в области правой или левой верхней челюсти. Болевые ощущения также могут локализоваться в области зубов и имитировать пульпит. Боль усиливается при опускании головы.

В последующем возникает синдром общей интоксикации, который характеризуется ознобом, общей слабостью, разбитостью, лихорадкой до 38,5-39,5° С и ознобом. Процесс пережевывания пищи становится резко болезненным, зубы ощущаются как значительно более длинные, чем есть на самом деле. У многих больных нарушается носовое дыхание, теряется способность различать запахи, развивается фотофобия и усиленное слезоотделение. Выявляется односторонний насморк, который сопровождается выделением большого количества слизи и/или гнойных масс.

Хронический гайморит

При хроническом одонтогенном гайморите клиническая картина развивается постепенно. Течение патологии волнообразное, обострения возникают после переохлаждения или перенесенных острых вирусных заболеваний верхних дыхательных путей. Первичный

признак – интенсивная односторонняя головная боль или ярко выраженное чувство тяжести. К этому симптому почти сразу присоединяется боль в верхнечелюстной области с иррадиацией в орбиту, височную и лобную область, прилегающие верхние зубы.

Выделения из носа могут иметь различный характер и объем – от обильных до скудных, от серозных до гнойных. Наибольшее количество выделений обычно отмечается утром и постепенно снижается в течение суток. Характерный симптом – усиление гноетечения при прижатии нижней челюсти к груди. При негнойных формах и образовании свищей выделения могут отсутствовать.

#### Осложнения

К наиболее распространенным осложнениям одонтогенного гайморита относятся менингит, флегмона орбиты, и тромбоз венозного синуса. Их возникновение обусловлено распространением патогенной флоры через переднюю лицевую и глазничную вены в полость орбиты, сигмовидный синус и венозную систему головного мозга. В тяжелых случаях на фоне отсутствия своевременного лечения развивается диффузный остеомиелит верхней челюсти, который приводит к деструкции кости и образованию выраженного косметического дефекта. Реже у больных возникает сепсис, поражение миокарда и почек. Генерализация инфекции связана с попаданием бактериальных агентов и их токсинов в системный кровоток.

#### Диагностика

Диагностика одонтогенного гайморита основывается на комплексном анализе анамнестических сведений, результатах клинических и вспомогательных методов исследований. Постановка диагноза и ведение пациента, как правило, осуществляется совместно отоларингологом и челюстно-лицевым хирургом. Полный перечень диагностических мероприятий включает в себя:

- **Сбор жалоб и анамнеза.** При опросе пациента наряду с детализацией специфических жалоб важно уточнить наличие имеющихся или ранее перенесенных стоматологических заболеваний, суть недавно выполненных терапевтических мероприятий в области верхней челюсти.
- **Общий осмотр.** Позволяет выявить припухлость околоносовой области и щеки, покраснение кожных покровов с больной стороны. При пальпации и перкуссии гайморовой пазухи и скуловой кости наблюдается усиление болевых ощущений.
- **Переднюю риноскопию.** При визуальном осмотре носовой полости со стороны пораженного синуса определяется гиперемия и отечность слизистой оболочки средней и/или нижней носовой раковины. Возможно выделение экссудата из-под свободного края средней раковины.
- **Зондирование верхнечелюстной полости.** Дополнение к риноскопии, позволяющее определить наличие гнойного содержимого в верхнечелюстном синусе при закупорке его природного дренажного отверстия.
- **Пункцию гайморовой пазухи.** Сочетает в себе диагностическую и терапевтическую цели, так как позволяет идентифицировать даже небольшое количество патологического содержимого в синусе, а затем провести промывание антисептическими средствами.
- **Рентгенографию придаточных пазух носа.** На рентгенограмме выявляется затемнение полости синуса и наличие горизонтального уровня жидкости. Для установления этиологии проводится рентгенография зубов с пораженной стороны.
- **Лабораторные анализы.** В общем анализе крови обнаруживается лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. При наличии гнойных

выделений с целью определения конкретного возбудителя и его чувствительности к антибиотикам выполняется бактериологическое исследование.

Дифференциальная диагностика проводится с риногенным и аллергическим гайморитом,

Лечение одонтогенного гайморита

Терапевтическая тактика во многом зависит от варианта болезни. Лечение острой формы при отсутствии тяжелой стоматологической патологии проводится в условиях поликлиники. При хроническом воспалении гайморовой пазухи зачастую требуется госпитализация в стационар с последующей операцией. К основным терапевтическим мероприятиям относятся:

- **Антибактериальная терапия.** Применяется независимо от формы и этиологии гайморита. До получения результатов бактериального посева назначаются антибиотики широкого спектра действия, после – препараты, к которым проявила чувствительность высеянная микрофлора.
- **Промывание антисептиками.** Введение антисептических растворов выполняется через сформировавшийся дефект в нижней челюсти или путем диагностической пункции при помощи иглы Куликовского. После промывания устанавливается дренаж полости синуса.
- **Хирургическое лечение.** Применяется при хронических и полипозных формах поражения. Оперативное вмешательство (гайморотомия) проводится по методике Колдуэлла-Люка. Его суть заключается в санации полости пазухи, иссечении патологически измененной слизистой оболочки и формировании искусственного соустья с носовой полостью.

Прогноз и профилактика

Прогноз при одонтогенном гайморите зависит от своевременности и рациональности лечебных мероприятий. При правильно подобранной терапии лечение острой формы заболевания занимает 7-14 дней, исходом становится выздоровление. При хроническом варианте комплексное лечение может длиться до 3 недель с последующей ремиссией или полным выздоровлением.

Профилактические мероприятия заключаются в своевременной санации очагов инфекции, предотвращении травм лицевой области, соблюдении рекомендаций стоматолога или челюстно-лицевого хирурга после перенесенных оперативных вмешательств.

## АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ЛИЦА И ШЕИ

Среди острых одонтогенных воспалительных заболеваний большую группу представляют гнойные процессы в окологлазничных мягких тканях.

Абсцесс - ограниченное гнойное воспаление клетчатки с образованием полости.

Флегмона - разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной и межфасциальной клетчатки.

## ЭТИОЛОГИЯ

В качестве возбудителей при абсцессах и флегмонах выделяют резидентную смешанную микрофлору одонтогенных очагов, в которой преобладают различные виды стафилококков или стрептококков в симбиозе с другими видами кокков, а также кишечной и другими палочками. Наиболее часто в качестве возбудителя выделяют белый или золотистый стафилококк.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При абсцессе больные жалуются на боли в участке пораженных тканей, при локализации гнойного очага вблизи жевательных мышц - на ограничение открывания рта и нарушение жевания, при локализации в подъязычной области, крыловидно-нижнечелюстном, окологлоточном пространствах, языке - на болезненное глотание. Некоторые больные предъявляют жалобы на общее недомогание, головную боль, слабость.

Абсцессы протекают во многих случаях при удовлетворительном состоянии больного. Температура тела может быть субфебрильной.

Клиническая картина абсцесса или флегмоны отличается развитием воспалительных явлений в области одонтогенного очага и перемещением их за пределы челюсти - в околочелюстные мягкие ткани.

В последние годы наблюдают изменение клинической картины абсцесса. Воспалительные процессы отличаются более медленным и вялым течением. Жалобы незначительны. Болевые ощущения в основном появляются при пальпации гнойного очага. Общее состояние удовлетворительное, температура тела может быть нормальной. В анализе крови выявляют нормальное количество лейкоцитов или лейкопению, СОЭ может быть в пределах нормы и лишь иногда незначительно повышена до 11-20 мм/ч.

Клиническое течение флегмон областей головы и шеи отличается значительным разнообразием. Следует различать флегмоны, локализующиеся в одной, реже двух смежных и в двух-трех и более областях. Возможно также развитие прогрессирующих флегмон во многих областях лица и шеи, нередко с развитием грозных для жизни осложнений.

## ЛИМФАНГИТ, ЛИМФАДЕНИТ, АДЕНОФЛЕГМОНА ЛИЦА И ШЕИ

Лимфангит - воспаление лимфатических сосудов.

Лимфаденит - воспаление лимфатического узла.

Аденофлегмона - разлитое гнойное воспаление лимфатического узла и прилегающей к нему клетчатки.

## ЭТИОЛОГИЯ

Источником инфекции при лимфангите и лимфадените лица и шеи могут быть одонтогенные очаги: острый периодонтит или обострение хронического периодонтита, нагноение корневой кисты, затрудненное прорезывание зубов, в том числе нижнего зуба мудрости, альвеолит. Кроме того, острый лимфаденит осложняет течение острого гнойного периостита челюсти, одонтогенного остеомиелита челюсти, околочелюстных абсцессов и флегмон, одонтогенного гайморита.

Лимфадениты лица и шеи могут также развиваться вследствие распространения инфекции при воспалительных заболеваниях и повреждениях слизистой оболочки рта, из миндалин, тканей наружного, среднего и внутреннего уха. Реже поражение лимфатических узлов челюстно-лицевой области может быть связано с заболеваниями и повреждениями кожных покровов лица и головы.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Исходя из особенностей клинической и патологоанатомической картины заболеваний лимфатической системы, различают острый и хронический лимфангиты, острый серозный, острый гнойный и хронический лимфадениты, аденофлегмону.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

При острых формах решающее значение имеют пункция, исследование гнойного экссудата и морфологическое изучение пораженных тканей, позволяющих отличить неспецифический лимфаденит от специфических поражений - актиномикоза, туберкулеза, сифилиса, а также опухолевого процесса.

## ЛЕЧЕНИЕ

При *остром лимфадените* прежде всего необходимо соответствующее вмешательство в области одонтогенного источника инфекции (удаление зуба или вскрытие верхушечного отверстия при периодонтите, медикаментозная обработка зубной альвеолы удаленного зуба при альвеолите и др.), чтобы предотвратить дальнейшее поступление микроорганизмов в лимфатические узлы.

Только *при серозном лимфангите и лимфадените* лечение может быть консервативным. Показаны физиотерапевтические процедуры. Хороший результат дают согревающие повязки с камфарной мазью, калия йодидом, повязки Дубровина. Эффективна пункция лимфатического узла с его блокадой: ткани, окружающие воспалительный очаг, инфильтрируют раствором анестетика, иногда с добавлением антибиотика, ферментов.

При *остром гнойном лимфангите, гнойном или хроническом с обострением лимфадените* проводят хирургическое лечение - первичную хирургическую обработку гнойной раны: разрез соответственно локализации процесса (вскрытие гнойника), выскабливание некротизированных тканей, медикаментозное воздействие на очаг воспаления.

Схема комплексного лечения зависит от реактивности организма и местных симптомов острого или обострения хронического лимфаденита. Назначают общеукрепляющее, стимулирующее, десенсибилизирующее лечение, иммунотерапию, ослабленным больным и лицам старшей возрастной группы - курс лечения антибиотиками и сульфаниламидами. Делают перевязки, дренируют рану, проводят ее лечение с применением антибактериальных препаратов, ферментов, в том числе иммобилизованных, аэрозольную и ультразвуковую обработку, накладывают повязки с лекарственными веществами.

Лечение *аденофлегмоны* проводят по той же схеме, что и флегмоны.

Терапию хронического лимфаденита начинают с ликвидации одонтогенного источника инфекции. Для ускорения рассасывания увеличенного лимфатического узла блокады анестетика с антибиотиками и ферментами целесообразно чередовать с наложением мазовых повязок. Физиотерапевтические процедуры (электрофорез калия йодида, ферментов, диметилсульфоксида, лазерные процедуры) назначают после пункции и цитологического подтверждения диагноза лимфаденита. При длительном течении хронического лимфаденита, значительном развитии грануляций в очаге, прорастании их к коже с образованием свищевого хода лимфатический узел иссекают вместе со свищевым ходом (некротомия) и ткани ушивают послойно.

## ПРОГНОЗ

Прогноз при воспалительных заболеваниях лимфатической системы лица и шеи благоприятный. Осложнения наблюдают при аденофлегмонах, главным образом шеи, если развивается распространенный воспалительный процесс.

### Профилактика одонтогенной инфекции.

Основу профилактики одонтогенных инфекций составляет плановая санация полости рта — комплекс организационных, диагностических и лечебных мероприятий, регулярно проводимых врачами-стоматологами гигиенистами стоматологическими, и направленными

на раннее выявление и устранение очагов одонтогенной инфекции терапевтическими и хирургическими методами. 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 составлен план их лечения (при кариесе, пульпите зубов — пломбирование, периодонтитах зубов, околокорневых кистах — эндодонтическое лечение зубов, резекция верхушек корней, удаление зубов и т. д.). От качества эндодонтического лечения зубов зависит сохранение, ликвидация или трансформация в другую нозологическую форму очага одонтогенной инфекции. Важным фактором профилактики ГВЗ ЧЛЮ 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 одонтогенной инфекции.

#### Контрольный тест:

1. Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня (рентгенологическая картина) характерно для:

1. хронического фиброзного периодонтита
  2. хронического гранулематозного периодонтита
  3. хронического гранулирующего периодонтита
  4. острого периодонтита
- 

5. среднего кариеса

2. Укажите классиф. периодонтитов по клин. течению

1. острые, хронические и обострившиеся хронические
2. инфекционные, токсические, травматические, химические (медикаментозные)
3. ограниченные и разлитые (диффузные)
4. верхушечные (апикальные) и краевые (маргинальные)
5. острые серозные и острые гнойные

3. Пародонтоз это:

1. заболевание твердых тканей зуба, внешнее проявление которого заключается в разрушении эмали и дентина зуба
2. воспалительный процесс вокруг верхушки корня зуба

3. воспаление десны, протекающее без нарушения целостности зубо-десневого прикрепления
4. воспалительное заболевание тканей пародонта, характеризующиеся деструкцией периодонтальной связки и кости

5. дистрофическое поражение пародонта

4. При остром верхушечном периодонтите реакция на перкуссию

1. резко болезненная

2. вертикальная и горизонтальная перкуссия вызывает боль 3. как правило болезненная

4. безболезненная, иногда неприятные или нерезко выраженные болевые ощущения

5. как правило безболезненная

5. К моменту рождения нижняя челюсть ребенка занимает положение по отношению к верхней:

1. нейтральное

2. мезиальное

3. дистальное

4. латеральное

---

5. переменное

6. Вестибулярное прорезывание верхних постоянных клыков встречается при:

1. укороченной уздечке верхней губы

2. недостатке места в зубном ряду

3. множественном кариесе

4. флюорозе

---

5. гингивите

7. Мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний должны проводиться у беременных в течение триместра:

1. первого

2. второго

3. третьего

4. всего периода беременности

8. Предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключая факторы риска возникновения стоматологических заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень

стоматологического здоровья - это определение:

- 1.стоматологического просвещения
2. анкетирования населения
3. первичной профилактики стоматологических заболеваний
4. профессиональной гигиены

9. Пародонтоз - заболевание:

1. воспалительное
2. воспалительно-дистрофическое
3. дистрофическое
4. опухолевидное
5. инфекционное

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 одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

### **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. Каливрадзян [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. профилакт. (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

