

**Методические разработки к занятиям семинарского типа
по дисциплине «Стоматология»**

Тематический блок №3.

Тема №1. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта. Болезни пародонта..	2
Заболевания слизистой оболочки полости рта	2
Связь стоматологических и соматических заболеваний	2

Цель занятия:

1. Изучить клинику, методы обследования, дифференциальной диагностики гингивита, пародонтита, заболеваний слизистой оболочки полости рта

Задачи занятия:

1. Научиться определять нозологические формы заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта;
2. Научиться постановке клинического диагноза при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта;
3. Научиться выделять основные симптомы гингивита, пародонтита и заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Перечень практических навыков.

1. Обследование стоматологического больного
2. Заполнение истории болезни

Формируемые компетенции - - УК-1,6 ОПК – 1,2,4,5 ПК – 4,10

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения

1. Этиология и классификация заболеваний пародонта.
2. Клинические проявления заболеваний пародонта.
3. Влияние заболеваний внутренних органов и систем организма на полость рта:
 - а) проявления болезней пищеварительной системы в полости рта,
 - б) проявления заболеваний системы крови и сердечно-сосудистой системы в полости рта,
 - в) влияние заболеваний эндокринной системы на полость рта.
4. Принципы лечения болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта.

**Схема ориентировочной основы действий по теме
Клиника и диагностика больных с заболеваниями тканей пародонта.**

Клиника пародонтита

Этапы диагностики	Средства И условия Обследования	Критерии и формы самоконтроля
1) Гингивит	Пациент. Смотровой набор инструментов, средства для определения гигиенического индекса	При генерализованном пародонтите воспалительный процесс поражает весь зубной ряд, при локализованном – отдельный участок зубного ряда.
а) легкая форма: воспалительный процесс в виде тонкой каймы, захватывающей пришеечный край десны и частично вершину межзубных сосочков.	Пациент. Смотровой набор инструментов, средства для определения гигиенического индекса	Диагностируется в начальных стадиях пародонтита.
б) средняя форма: вос- палительный процесс распространяется на весь межзубной сосочек. В десневом сосочке видна граница между воспалёнными и невоспалёнными участками. Незначительная кровоточивость при давлении на межзубной сосочек,	Пациент. Смотровой набор инструментов, средства для определения гигиенического индекса	Эта степень соответствует начальным и развившимся стадиям пародонтита.

в) тяжелая форма: разлитое воспаление слизистой оболочки альвеолярного отростка, резкая гиперемия и отек тканей, болез- ненность при паль- пации, значительная кровоточивость дес- ны, особенно из об- ласти межзубных со- сочков. В воспалительный процесс вовлечены все ткани пародонта.	Пациент. Смотровой набор инструментов, средства для определения гигиенического индекса	Только при тяжелой форме пародонтита.
2. Подвижность зубов	Пациент, угловой зонд. Клинически определяют патологическую	Степень подвижности зубов определяется как до, так и после комплексного лечения, когда сняты

	подвижность зуба в четырех направлениях; медиальном, дистальном, язычном (небном), губном (щечном). Зуб может иметь и вертикальную подвижность.	воспалительные моменты. Оставшаяся подвижность зубов в комплексе с другими показателями является основой при выборе конструкции протеза. I степень: незначительное смещение в одном направлении II степень: смещение в 2-х направлениях III степень: смещение в горизонтальной и вертикальной плоскости.
3. Патологический периодонтальный карман.	Зонд со шкалой, угловой зонд с миллиметровыми делениями, пародонтометр. Глубину кармана измеряют при помощи специального зонда со шкалой, стоматологического углового зонда, на рабочую часть которого нанесены миллиметровые деления. С апроксимальной стороны глубина и ширина периодонтального кармана может быть определена по рентгеновскому снимку. Для оценки глубины десневого кармана также применяют пародонтометры – инструменты, напоминающие зонды под углом или прямые, причем погружаемая часть инструмента имеет деления. Конец инструмента вводят в карман до появления болей или неприятных ощущений. Полученные данные вводятся в специальную схему – пародонтограмму.	Патологический десневой карман образуется вследствие разрушения пучков волокон периодонта кислотной тканевой жидкостью.
4. Наличие наддесневого и поддесневого зубного камня.	Зонды прямой и угловой, стоматологическое зеркало, набор инструментов для снятия зубного камня.	Для локализованного и генерализованного пародонтитов характерным является отложение зубного камня. В увеличенном вследствие отека десневого кармане откладывается зубной камень, дополнительно поддерживающий воспалительный процесс в

		пародонте.
5. Гноетечение из патологического десневого кармана.	При давлении на межзубной сосочек наблюдается гноетечение.	Вследствие болезненности и кровоточивости десен больные избегают пользоваться щетками, пережевывают пищу определенными зубами, что способствует отложению десневого белого налета, состоящего из эпителия, микроорганизмов, белых кровяных телец, слизи. Пищевые остатки скапливаются в межзубных промежутках, подвергаются разложению и появляется запах из полости рта. Затем при затяжном течении воспалительного процесса появляется гноетечение из десневого кармана, при этом воспалительный процесс распространяется глубже на все ткани пародонта.
7. Изменение костной ткани альвеолы и тела челюсти.	Рентгеновские снимки, негатоскоп. При пародонтозе компактное вещество кости декальцинируется. Костная ткань преобразуется в однородную остеоидную ткань, лишенную костных пластинок, при этом уменьшается количество костных клеток, которые утрачивают присущую им форму и становятся все более похожими на клетки соединительной ткани. Наступает превращение кости в волокнистую соединительную ткань, которая также инфильтрируется лейкоцитами. Такой процесс происходит в костной ткани, затем появляются большие многоядерные клетки – остеокласты, деятельность которых приводит к образованию костных лакун, в которых скапливается гнойное отделяемое.	Деструктивные процессы – один из основных симптомов пародонтита. Локализация деструктивных процессов в тканях пародонта является в настоящее время специфическим симптомом, позволяющим дифференцировать генерализованный и очаговый пародонтит.

8. Клиновидные дефекты (75%).		
9. Гиперестезия твердых тканей зуба (до 60%).		
10. Обнажение шеек, а затем и корней зубов.		Один из главных симптомов пародонтита
11. Патологическая травматическая окклюзия.	Восковые накусочные пластинки, диагностические модели. Очень часто при пародонтозе наблюдается миграция зубов, особенно фронтальных, хотя иногда встречается и в жевательной группе зубов. При этом между зубами появляются тремы, зубы фронтальной группы располагаются веерообразно, перемещаясь не только в горизонтальном, но и в вертикальном направлении, иногда наблюдается поворот зуба вокруг оси.	Характерно для генерализованного и локализованного пародонтита, но в большей степени для генерализованного.
12. Электровозбудимость пульпы.		Изменение ее свидетельствует о поражении сосудистого пучка. Вначале повышение – 1-1,5 мА, в дальнейшем снижение до 15-20 мА. При значительных воспалительных и атрофических процессах она достигает 30-40 мА. Характерно для генерализованного пародонтита.
13. Течение заболеваний пародонта.	.	Заболевание характеризуется длительным течением. Время от времени наблюдается период уменьшения, а затем вновь обострения заболевания. Все симптомы воспаления, даже в не леченых случаях после потери зуба исчезают.
14. Генерализованная медленно прогрессирующая атрофия альвеолярного отростка, устанавливаемая		Главный симптом пародонтоза

клинически и рентгенологически		
15. Клиническая диагностика вытекает из симптомов заболеваний, перечисленных выше.		
16. Рентгенологическая диагностика	Рентгенологические снимки, негатоскоп. Просветление отдельных участков межзубных промежутков, особенно в области вершин, с сохранением слабой тени структуры костных балочек. Рассасывание костной ткани протекает как с поверхности, так и со стороны костномозговых пространств. На ранних стадиях пародонтита определяются нарушения кортикальной пластинки гребня межальвеолярных перегородок и проявления очагов остеопороза в них. Развившаяся стадия характеризуется нарушением целостности кортикальной пластинки, стенок лунок зубов дальнейшим рассасыванием гребней межальвеолярных отростков, увеличением очагов остеопороза, истончением и исчезновением костных балочек, расширением костномозговых пространств и	Локализация деструктивных процессов в тканях пародонта является в настоящее время специфическим симптомом, позволяющим дифференцировать генерализованный пародонтит и пародонтоз. Лучшими методами рентгенологического исследования являются внутри ротовая рентгенография, ортопантография.

	периодонтальной щели. При частых воспалительных процессах и значительной подвижности зубов полностью исчезают кортикальные пластинки, в очаге деструкции отмечается смазанность всего рисунка губчатого вещества. Неравномерное поражение костной ткани альвеолярного отростка	
--	---	--

Основные принципы лечения заболевания слизистой оболочки полости рта.

Компоненты действия	Методы и средства действия	Критерии самоконтроля
I. <u>Местное лечение</u>	Устранение местных травмирующих факторов: снятие зубных отложений, сошлифовывание острых краев зубов и т.д.	Ликвидация возникающих патологических изменений; восстановление нормальной функции органов полости рта.
1. Медикаментозное лечение (зависит от стадии развития морфологических элементов)	а) обезболивание	При наличии болевого синдрома.
	б) антисептическая обработка	На стадии альтерации, предотвращение инфицирование очагов поражения.

	в) противовоспалительные средства: ферменты антимикробные препараты	На стадии деструкции слизистой оболочки При инфицировании очагов поражения
	г) средства, стимулирующие эпителизацию	На стадии пролиферации
2. Физические методы лечения	электрофорез гальванизация УФО, лазер УВЧ	на различных стадиях заболеваний, по показаниям
3. Хирургическое лечение	Иссечение длительно незаживающих и рецидивирующих трещин, гиперплазии ткани	Профилактика онкологических заболеваний.
4. Ортопедическое лечение	Восстановление дефектов зубных рядов. Устранение гальванического тока, аллергической реакции на зубопротезные материалы.	
<u>II.Общее лечение</u>	Выбор методов и средств общего лечения определяется характером и тяжестью заболевания, выраженностью общих изменений организма.	

**Схема ориентировочной основы действия лечения клинических форм
герпетических стоматитов**

Клинические формы герпетических стоматитов	Методы и средства действия
<i>Острый герпетический стоматит</i>	
1) Продромальный период 24-48 час. Симптомы: озноб, недомогание, ревматоидные боли, повышение температуры тела до 38-39°C. Местно: жжение слизистой, катаральное воспаление др. десневого края,	При эпидемиологической информированности показано: инъекция полигерпетического гаммаглобулина, закапывать в нос раствор интерферона, реоферона, мазь бонафтона и проч противовирусных препаратов. Вит. С до 2-3 гр. в сутки

гиперсаливация.	
2) Период активного высыпания патологических элементов (до 4-5 дней от начала заболевания). Первичный элемент — серозные, напряженные, внутриэпителиальные пузырьки, группирующиеся кучно. На слизистой области рта быстро вскрываются, образуя эрозии изрезанных очертаний с фестончатым краем. Расположение — чаще симметричное (передние отделы полости рта).	Идентично терапии продромального периода. Аппликации противовирусных препаратов на патологически измененные отделы слизистой на 10-15 мин. через каждые 2-3 часа. Гелий-неоновый лазер или ЛКУФ — ежедневно. Гигиена полости рта. Диета.
<i>По клиническому течению: легкая, средней тяжести и тяжелая форма заболевания.</i>	
а) <u>Легкая клиническая форма</u>: единичные эрозии. В продромальный период симптомы общей интоксикации отсутствуют.	Только <i>местное лечение</i>. Длительность заболевания - 5-8 дней.
б) <u>Средней тяжести течения заболевания</u>. Продромальный период с выраженными симптомами общей интоксикации. Значительные диффузные воспалительные изменения слизистой. Число высыпных элементов порядка 50 (красная кайма, слизистая губ, щек, языка).	<i>Местное лечение</i>: ирригация полости рта ошелачивающими растворами. Противовирусные препараты. Полоскания растворами антисептиков в комбинации с анестетиками. Водные растворы анилиновых красителей, ГНЛ. <i>Общее лечение</i>: антигистаминные и противовирусные средства: бонафтон, ацикловир, ремантадин. Витамины С, В, РР.
в) <u>Тяжелая клиническая форма</u> заболевания: возникает на фоне ослабленного различными инфекционными и соматическими заболеваниями организма, приобретенного иммунодефицита. Ярко выражены симптомы общей интоксикации организма.	Лечение больных в условиях стационара. <i>Местное лечение</i> как при терапии герпетического стоматита средней тяжести течения. <i>Общее лечение</i> проводится врачом-интернистом: нестероидные противовоспалительные препараты, иммунокорректирующие, анаболические стероиды и другие симптоматические средства.

Слизистая тотально поражена. Вовлекается кожа области носовых отверстий, губ. Возможны конъюнктивиты, паронихии.	
3) Период эпителизации. Общее состояние удовлетворительное. Патологически измененные участки слизистой и кожи освобождаются от фибринозного налета и корочек.	Назначают обязательное соблюдение гигиены полости рта и эпителиотропные средства: винилин, масло шиповника, облепихи. Полоскания настоем трав: шалфея, календулы, зверобоя и др.
4) Период ремиссии.	<i>Противорецидивная терапия:</i> санация полости рта. Общеукрепляющая терапия. Здоровый образ жизни.

Схема ориентировочной основы действия лечения опоясывающего лишая слизистой оболочки полости рта.

Клинические периоды заболевания	Методы и средства действия
1) Продромальный период (до 48 час.) Общее недомогание, головная боль, миалгия. Характерны неврогенные, односторонние боли, без ремиссий, по ходу ветвей тройничного нерва, чаще 2-й ветви.	Диф. диагностика с острым пульпитом, либо периодонтитом, а также невралгией. Проводниковая анестезия, ненаркотические анальгетики, салицилаты, тепло.
2) Период высыпаний патологических элементов: серозные пузырьки, напряженные. Группировка элементов — линейная, по ходу нервного волокна. Образуется линейной формы эрозия с фестончатым краем, покрытая фибринозным налетом. Поражение слизистой одностороннее.	Местное лечение аналогично герпетическому стоматиту ВОГ.
3) Период эпителизации (5-8 день от начала заболевания).	Местно применение средств, ускоряющих эпителизацию: каротоллин, аэвит, винилин и др.

Вопросы для самостоятельной работы.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больному 25 лет. Жалобы на жжение и болезненность слизистой оболочки полости рта в течение 2-х дней. Начало заболевания связывает с приемом антибиотика, который был назначен по поводу общего заболевания. При осмотре выявлена гиперемия слизистой твердого неба, языка, щек. Укажите методы исследования, необходимые для постановки диагноза.

2. При профилактическом осмотре выявлено пятно на боковой поверхности языка в области разрушенного левого верхнего восьмого зуба. При поскабливании не снимается, безболезненное. Чем вызвано образование пятна, какой патологический процесс лежит в его основе?

3. Больная А. обратилась в клинику терапевтической стоматологии в первый день заболевания. Накануне почувствовала недомогание, появилась головная боль. Приняла одну таблетку ацетилсалициловой кислоты. Утром появилась боль в полости рта при приеме пищи, разговоре и высыпания на слизистой оболочке полости рта в области щек, языка.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. На воспаленной слизистой оболочке языка, щек, твердом небе — эрозии с фестончатыми краями, покрытые серым налетом. Врачом был поставлен диагноз — аллергический медикаментозный стоматит.

Ваша тактика? Что необходимо для уточнения окончательного диагноза? Поставьте окончательный диагноз.

4. Больная 23 лет обратилась к врачу по поводу кровоточивости десен, болей при приеме пищи. Заболела пять дней назад, освобождена от работы врачом-терапевтом по причине заболевания ОРЗ. Заболела остро, температура тела поднималась до 39°C, на третий день появилось жжение слизистой, а затем боль при приеме пищи. При осмотре выявлены геморрагические корочки в области красной каймы верхней губы, воспаление десневых сосочков обеих челюстей. На слизистой оболочке щек, по линии смыкания зубов, а также боковой поверхности языка справа имеются эрозии с фестончатым краем и фиброзным налетом. Пальпируются подчелюстные и шейные лимфоузлы.

Поставьте предположительный диагноз. Дополнительные исследования.

5. На слизистой оболочке щеки афта. К каким патоморфологическим элементам поражения относится афта, какие процессы в слизистой оболочке лежат в основе ее образования?

Литература.

1. Кузьмина Э. М. Профилактическая стоматология : учебник по спец. 31.05.03 "Стоматология" / Кузьмина Э. М., Янушевич О. О. ; ГБОУ ВПО "Моск. гос. мед.-стомат. ун-т" им. А. И. Евдокимова Минздрава РФ. - М. : Практ. медицина, 2016. - 543, [1] с. : цв. ил. Текст : непосредственный.
2. Терапевтическая стоматология : учебник для студентов мед. вузов / Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. ; под ред. Е. В. Боровского. - М. : МИА, 2011. - 798 с. - Текст : непосредственный.
3. Терапевтическая стоматология. В 3-х частях. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки рта. : учебник / под ред. Г. М. Барера. - 2-е изд., доп. и перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3460-4. - Текст : электронный //

- ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL
: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434604.html>
4. Терапевтическая стоматология : в 3 ч. Ч. 2 : Болезни пародонта : учебник / под ред. Г. М. Барера. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-6018-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL
: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460184.html>
5. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Запись и ведение истории болезни / под ред. О. О. Янушевича, В. В. Афанасьева. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-7005-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL
: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470053.html>
6. Сахарный диабет и стоматологические заболевания: проблемы диагностики, лечения и менеджмента : учеб. пособие / Маслак Е.Е., Стаценко М.Е., Туркина С.В., Михальченко Д.В., Наумова В.Н. ; ВолгГМУ Минздрава РФ, Каф.пропедевтики стоматол. заболеваний. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2014. – 44 с. - Текст : непосредственный.
7. Маслак, Е. Е. Изучение вопросов междисциплинарного взаимодействия врачей-стоматологов и врачей-клиницистов : методическое пособие / Е. Е. Маслак, В. Н. Наумова, Л. Ф. Онищенко ; рец.: И. В. Фирсова, Т. С. Дьяченко ; Министерство здравоохранения Российской Федерации, Волгоградский государственный медицинский университет. - Волгоград : Издательство ВолгГМУ, 2019. – 60 с. - Текст : непосредственный.
8. Афанасьев, В.В. Хирургическая стоматология : учебник / В. В. Афанасьев и др. , под ред. В. В. Афанасьева. - 3-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 400 с. : ил. ISBN 978-5-9704-6080-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL
: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460801.html>
9. Стоматология : учебник / В. В. Афанасьев [и др.] ; под ред. В. В. Афанасьева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-7450-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL
: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474501.html>
10. Терапевтическая стоматология : учебник / О. О. Янушевич, Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-7454-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL
: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474549.html>