

**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: «Подготовка и разработка материалов по стоматологическому
просвещению»**

Практическое занятие №16

«Стоматологическое просвещение по профилактике кариеса и его осложнений».

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: научиться проводить стоматологическое просвещение населения по профилактике кариеса и его осложнениям.

Мотивационная характеристика темы:

Болезни твердых тканей зубов могут быть врожденными (недоразвитие или дефектное развитие эмали, дентина), которые возникают еще у плода в утробе матери, и приобретенными (кариес и его осложнения в виде пульпита, периодонтита, а также поражения твердых тканей зуба, вызванные неправильным прикусом: пришеечный кариес, стираемость эмали и т. д.). Кариес и его осложнения – это начало потери зубов, старт к более серьезным заболеваниям, поэтому стоматологическое просвещение по профилактике кариеса предусматривает меры по минимизации факторов, способствующих развитию болезни.

В ходе освоения темы занятия студент должен:

Иметь практический опыт:

- проведения стоматологического просвещения по профилактике кариеса и его

осложнениям.

Уметь:

- проводить индивидуальные и групповые беседы о методах сохранения здоровья полости рта среди пациентов различных возрастных групп населения;
- 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 населения по профилактике кариеса и его осложнениям.

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 населения по профилактике кариеса и его осложнениям.

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

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

Профилактика заболеваний твердых тканей зубов – это комплекс профилактических мер, направленных на предупреждение кариеса и некариозных поражений эмали и дентина.

Всего различают две группы заболеваний твердых тканей зуба:

1. Кариозные поражения.
2. Некариозные дефекты- патология твердых тканей

1. До прорезывания:

- гипоплазия
- гиперплазия
- флюороз
- наследственные нарушения развития тв. тканей зубов
- медикаментозные и токсические нарушения развития тв.тк.зубов

2. После прорезывания:

- эрозия эмали зубов
- клиновидные дефекты
- гиперестезия;
- некроз тв.тк.зубов

- патологическая стираемость зубов
- травмы.

Кариес

Кариес-это патологический процесс, протекающий в твёрдых тканях зуба и развивающийся в результате комплексного воздействия неблагоприятных внешних и внутренних факторов. В начальной стадии развития кариес характеризуется очаговой деминерализацией неорганической части эмали и разрушением её органического матрикса. В конечном итоге это приводит к разрушению твёрдых тканей зуба с образованием полости в дентине, а при отсутствии лечения — к возникновению воспалительных осложнений со стороны пульпы и периодонта.

Классификация кариеса по ВОЗ;

В классификации ВОЗ (10-й пересмотр) кариес выделен в отдельную рубрикацию.

- Кариес эмали (включая «меловое пятно»).
- Кариес дентина.
- Кариес цемента.
- Приостановившийся кариес.
- Одонтоплазия.
- Другой.
- Неуточнённый.

Классификация по глубине процесса:

Для практикующего врача более удобна и приемлема топографическая классификация:

- А) Неосложнённый (простой) кариес.
 - Кариес стадии пятна (кариозное пятно).

На этой стадии эмаль зуба меняет цвет за счёт образования на ней мелового пятна. Поверхность при этом остаётся гладкой, так как эмаль ещё только в начальной стадии разрушения. В этот момент важно не допустить дальнейшего развития заболевания. На ранних стадиях излечить кариес и проще, и дешевле, и безболезненней. На первой стадии лечение зуба начинается с процедуры удаления пятна. Затем осуществляется реминерализация эмали, то есть нанесение на шейку зуба специальных препаратов (например, растворов натрия фторида и кальция глюконата). Также возможно применение такого метода как инфильтрация-пропитывание.

- Поверхностный кариес.

На следующем этапе, вовремя необработанное меловое пятно становится шершавым за счет деминерализации эмали. При этом эмалево-дентинное соединение не поражено. Зуб в этом месте болит от горячей, холодной пищи, а также становится чувствительным к сладкому и кислому (возможно безболезненное течение). Лечение такой стадии пришеечного кариеса будет заключаться в сошлифовке участка зуба, пораженного кариесом. Затем, по аналогии с лечением предыдущей стадии, проводится реминерализующая терапия. (Но если кариес локализуется в фиссурах или на контактных поверхностях (данные участки являются кариесвосприимчивыми, так как здесь хорошие условия для фиксации пищи, и они трудно доступны для очищения), то рем-терапия будет бесполезна, поэтому можно отпрепарировать пораженный участок «по всем правилам» и запломбировать).

- Средний кариес.

На третьем этапе кариес начинает проникать глубже. Поражается эмалево-дентинное соединение. Становится хорошо заметно серьезное поражение зуба. Болевые ощущения становятся более частыми, интенсивными и продолжительными. Лечение среднего кариеса заключается в удалении поврежденной части зуба, обработке медикаментозными препаратами и установке пломбы.

- Глубокий кариес.

Когда повреждения невылеченного зуба доходят до околопульпарного дентина, начинается стадия глубокого кариеса. Процедура лечения заключается в удалении поврежденной части зуба, обработке медикаментозными препаратами, внесении реминерализующих препаратов и установке пломбы. При отсутствии лечения данного заболевания происходит дальнейшее разрушение дентина и поражение пульпы (нерва) зуба — пульпит и, как его дальнейший исход, периодонтит.

- Б) Осложнённый кариес (пульпиты, периодонтиты).

При данной классификации учитывается глубина процесса, что важно для выбора метода лечения.

Кариес в стадии пятна, поверхностный кариес, средний кариес с небольшими дефектами не виден на рентгенограмме. Очень важно дифференцировать кариес от других заболеваний:

- кариес в стадии пятна нужно дифференцировать от таких некариозных поражений, как гипоплазия и флюороз;

общее между этими заболеваниями: наличие пятен, показания ЭОМ (электроодонтометрии) в норме, отсутствие субъективного дискомфорта. Различия:

кариес, в отличие от этих двух заболеваний можно окрасить специальными красителями, также флюороз и гипоплазия возникают до прорезывания зубов, а кариес — после; кариес возникает в кариес-восприимчивых участках, а они в нетипичных (кариес резистентных) местах;

- поверхностный кариес нужно различать с такими некариозными заболеваниями, как клиновидные дефекты и эрозия твёрдых тканей.

Классификация по остроте процесса:

Клиническими наблюдениями установлено, что острота и быстрота кариозного процесса определяют методы и тактику лечения. По их результатам Т. В. Виноградовой была предложена классификация кариеса по остроте и распространённости кариозного процесса:

- компенсированная форма. При данной форме средняя интенсивность кариеса меньше, чем средняя интенсивность для данной возрастной группы. Процесс идёт медленно, существующие кариозные полости выстланы твёрдым пигментированным дентином (хронический кариес);
- субкомпенсированная форма. Средняя интенсивность кариеса равна среднему показателю для данной возрастной группы;
- декомпенсированная форма, или «острый кариес». Средняя интенсивность кариеса намного больше среднего показателя для данной возрастной группы. При этой форме кариозный процесс происходит интенсивно, наблюдаются множественные кариозные полости, которые заполнены мягким дентином. Крайняя форма острого кариеса — так называемое «системное поражение» зубов кариесом, при котором наблюдается поражение всех или почти всех зубов в области шеек.

Классификация по локализации:

Американским учёным Блеком была предложена классификация кариозных полостей по локализации:

- I класс: поражение полостей в области фиссур и естественных углублений зубов;
- II класс: поражение полостей, расположенных на контактных поверхностях малых и больших коренных зубов;
- III класс: поражение полостей, расположенных на контактных поверхностях резцов и клыков без вовлечения режущего края;
- IV класс: поражение полостей, расположенных на контактных поверхностях резцов и клыков с вовлечением режущего края и углов;
- V класс: поражение полостей, расположенных в области шеек всех групп зубов;

- VI класс (выделен позже): поражение полостей атипичной локализации: режущих краёв фронтальных зубов и бугров жевательных зубов.

Классификация по возникновению процесса:

Различают следующие виды кариеса зубов:

- первичный кариес;
- вторичный (рецидивный) кариес — кариес ранее запломбированных зубов.

Классификация по длительности течения:

- быстroteкущий;
- медленнотекущий;
- стабилизированный.
-

Множественный кариес — это острое заболевание, приводящее к одновременному разрушению 6–20 единиц. При этом на одном зубе сразу могут обнаруживать по несколько пятен или полостей. Множественный кариес появляется на фоне сильно ослабленного иммунитета, инфекционных, эндокринных заболеваний.

Чтобы предупредить болезнь, проводится комплексная профилактика, которая начинается еще во время беременности женщины:

Основными мерами профилактики кариеса являются:

- регулярный уход за полостью рта;
- снижение потребления сахара;
- использование фторсодержащих зубных паст;
- соблюдение правильной технологии чистки зубов;
- использование зубной нити до или после чистки зубов щёткой;
- использование растворов 0,1—0,2 % хлоргексидина для ежедневного полоскания полости рта или зубных паст с хлоргексидином;
- использования ополаскивателей для полости рта;
- употребление ксилита не менее 3 раз в день после еды в виде содержащих ксилит жевательных резинок;
- профилактический осмотр у стоматолога не реже 1 раза в полгода.

Важную роль для устранения кариесогенной ситуации имеет оздоровление организма, соблюдение хорошей гигиены полости рта, устранение зубочелюстных деформаций (скученность зубов), а также проведение специальных мероприятий:

- запечатывание фиссур и слепых ямок;
- коррекция диеты.

Пульпит

Пульпит — воспалительный процесс в сосудисто-нервном пучке (пульпе). Самой частой причиной возникновения пульпита является глубокий кариес, когда уже поддаются разрушению твердые ткани зуба. При этом патогенные микроорганизмы, заполняющие кариозную полость, приводят к воспалению пульпы (ее в народе называют нервом). Может развиваться пульпит и от некачественного пломбирования или травматизации зуба.

Классификация пульпитов различает следующие виды данного заболевания:

Острый пульпит. Характеризуется острым течением воспаления с сильной иррадирующей болью, усиливающейся ночью или при контакте зуба с горячим или холодным. Острая форма пульпита подразделяется на:

- Серозный — является начальной стадией воспаления пульпы, без образования гнойного экссудата;
- Очаговый гнойный — является второй стадией воспаления пульпы, при которой в зубной полости образовывается гнойный экссудат, а боль иногда проходит при контакте зуба с холодным веществом;
- Диффузный гнойный.

Хронический пульпит. Обычно является продолжением развития острого пульпита. Характеризуется ослабленной болью с частыми обострениями. Иногда протекает с минимальной симптоматикой, однако патологические процессы при этом продолжают разрушать зуб. Хроническая форма пульпита подразделяется на следующие подвиды:

- Фиброзный — является начальной стадией хронического пульпита, которая характеризуется разрастанием соединительной ткани пульпы, при этом воспаление проходит практически бессимптомно;
- Гипертрофический (пролиферативный) — является продолжением фиброзного пульпита, при котором ткань пульпы разрастается через кариозную полость зуба, образуется фиброзный полип;
- Гангренозный — характеризуется распадом тканей пульпы.

Также существует ретроградный пульпит, который характеризуется попаданием инфекции к тканям пульпы через апикальное отверстие зуба.

Профилактика пульпитов

Чаще всего пульпит является осложнением кариозного процесса. Поэтому, самой эффективной профилактикой воспаления пульпы будет своевременное лечение кариеса и регулярные стоматологические осмотры.

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 омертвлении, когда обильная микрофлора канала зуба распространяется в периодонт через верхушечное отверстие корня. Иногда гнилостное 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 невоскрытой камеры пульпы, пломбы), микротравма при активной жевательной нагрузке на зуб с пораженной пульпой. Играть 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 гнояника 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 вырастания, 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.

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

Хронический периодонтит наблюдают чаще, чем острый, значительное количество заболеваний, диагностируемых как острый периодонтит, при углубленном обследовании оказывается обострившимся хроническим периодонтитом.

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 слюнных железитов и, главное, от острого остеомиелита челюсти.

ЛЕЧЕНИЕ

Необходимо комплексное лечение острого гнойного периостита челюсти, состоящее из оперативного вскрытия гнояника, 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 нёбном 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

гипоергической. У людей преклонного возраста, стариков в связи со значительным снижением иммунитета гипоергическая 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.

Основу профилактики 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 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 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 противомикробной 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 кариеса и его осложнений.

Контрольный тест:

1. Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

- 1. покрытие зубов фторлаком
 - 2. фторирование питьевой воды
 - 3. фторирование молока
 - 4. прием таблеток фторида натрия
-
- 5. фторирование соли
2. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:
- 1. покрытие зубов фторлаком
 - 2. прием таблеток фторида натрия
 - 3. полоскания фторидсодержащими растворами
 - 4. аппликации фторидсодержащими растворами
-
- 5. использование фторидсодержащих зубных паст
3. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:
- 1. на передней контактной поверхности премоляров
 - 2. в фиссуре на жевательной поверхности премоляров
 - 3. в пришеечной области премоляров
 - 4. в пришеечной области на контактной поверхности моляров
-
- 5. на задней контактной поверхности премоляров
4. Причины возникновения кариеса:
- 1. кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали
 - 2. кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали
 - 3. легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жиры
 - 4. высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора
-
- 5. углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали
5. Классификация кариозных полостей по Блэку включает:
- 1. 3 класса
 - 2. 4 класса
 - 3. 5 классов
 - 4. 6 классов
-
- 5. 7 классов
6. Общие факторы, оказывающие влияние на возникновение кариеса:
- 1. зубная бляшка
-

- 2. диета и питьевая вода
- 3. углеводистые пищевые остатки в полости рта
- 4. полноценная структура и химический состав твердых тканей зуба

- 5. белковые пищевые остатки в полости рта

7. Длительное взаимодействие кариесогенной флоры, легкоусвояемых углеводов при низкой резистентности твердых тканей зубов приводит к развитию:

- 1. некариозных поражений
- 2. кариеса
- 3. заболеваний пародонта
- 4. заболеваний слизистой рта

- 5. дисбактериоза

8. Наиболее частой причиной возникновения очаговой деминерализации эмали является:

- 1. наследственность
- 2. инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни
- 3. высокое содержание фторида в питьевой воде
- 4. неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта

- 5. использование высокоабразивных средств гигиены полости рта

9. Для определения интенсивности кариеса зубов у пациента используется индекс:

- 1. ИГР-У
- 2. СРITN
- 3. РНР
- 4. КПУ

- 5. РМА

Ответьте на тест и вышлите ответы на электронный адрес: nakuhtenko@gmail.com

Самостоятельная работа:

- Работа с дополнительной литературой.
- Написание дневника-конспекта по теме занятия.

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. Муравьянникова Ж. Г. Профилактика стоматологических заболеваний [Текст] : учеб. пособие для студентов средн. проф. образования, обучающихся в мед. уч-щах и колледжах / Ж. Г. Муравьянникова ; 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 здравоохр. 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 – научная электронная библиотека
- www.e-stomatology.ru - официальный сайт Стоматологической ассоциации России (СтАР)
- www.volgmed.ru - сайт Волгоградского государственного медицинского университета • <http://library.volgmed.ru/Marc> - электронный каталог библиотеки ВолГМУ
- 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 - текущие события в России и за рубежом, научные статьи ведущих специалистов, обзор литературы.
- www.web-4-u.ru/stomatinfo - электронные книги по стоматологии.
- www.stomatlife.ru - справочно- информационный ресурс по стоматологии и медицине.
- 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 - профессионалам о стоматологии.
- www.stomatolog.ru - книги, журналы, газеты, оборудование, инструмент, английский язык, работа для стоматолога. • www.webmedinfo.ru/library/stomatologiya - на сайте представлены книги по стоматологии для бесплатного скачивания.
- www.dental-revue.ru - информационный стоматологический сайт, статьи по разным разделам стоматологии, дискуссии.
- www.volgostom.ru - для профессионального общения врачей – стоматологов