

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 1 -</p>
--	---	---	--------------

**Методические указания
для обучающихся**

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 2 -</p>
--	---	---	--------------

Тема №1(часть 1)

Тема: Особенности стоматологического обследования детей. Визуальные, мануальные, инструментальные методы исследования. Значение анамнеза и катамнеза.

Цель занятия: научиться проводить осмотр детей с целью выявления стоматологических заболеваний и необходимости обращения за специализированной помощью к врачу-стоматологу.

Продолжительность занятия: 2 час.

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста.

Вопросы для повторения:

1. Асептика и антисептика.
2. Антенатальные факторы риска развития аномалий ЧЛЮ.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Стоматологическое обследование ребенка. Анамнез и катамнез.
2. Методы обследования в детской стоматологии.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

Методы обследования стоматологического больного. Знакомство с ребенком и родителями, сбор жалоб и анамнеза можно проводить вне стоматологического кресла. Согласно основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, непосредственно перед началом стоматологического обследования ребенка в возрасте до 15 лет необходимо получить добровольное информированное согласие его законных представителей. Только с 15 лет ребенок может самостоятельно принимать решение о проведении медицинского обследования и лечения. Клиническое обследование больного проводят с целью постановки диагноза. Оно состоит из выявления жалоб больного, анамнеза заболевания, оценки местного статуса, общих симптомов. Расспрос или анамнез, должен проводиться с учётом возраста ребенка, многие вопросы мы адресуем не самим детям, а их родителям, вне зависимости от возраста ребенка. Беседа с ребенком должна вестись в обстановке располагающей к откровенному высказыванию обо всём, что его беспокоит. Собирая анамнез болезни необходимо выяснить: когда появились первые признаки заболевания, обращались ли к врачу или что-то предпринимали дома, какие проводились исследования, какое лечение назначалось, его эффективность соответственно. Далее начинают с выявления жалоб в момент обращения. При этом выясняют характер, длительность, интенсивность болей, давность и причину их возникновения. Следует помнить, что маленькие дети не могут точно выразить свои ощущения, а родители не всегда знают о том, что происходило с их ребенком в течение дня в детском саду, у бабушки или няни. Дошкольники и школьники могут придумывать жалобы или, наоборот, скрывать их из-за страха перед предстоящим лечением. Поэтому детскому стоматологу нередко приходится полагаться на данные объективного обследования больше, чем на сведения, полученные от детей и их родственников. **Анамнез** — основные сведения о жизни ребенка, которые устанавливаются путем опроса ребенка и его родителей. Изучение анамнеза помогает установить факторы риска и причинные факторы развития стоматологических заболеваний. **Анамнез жизни** может быть отягощенным и неотягощенным. Анамнез считают отягощенным, если установлены факторы, вызвавшие или способствовавшие возникновению заболевания, выявлена генетическая предрасположенность к заболеванию, определены другие болезни ребенка, имелись нарушения питания и условий жизни ребенка и др. Анамнез считают

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 3 -</p>
--	---	---	--------------

неотягощенным, если сведения о здоровье, характере и режиме питания ребенка, условиях его жизни и другие данные соответствуют нормативным показателям. Характеристика анамнеза жизни ребенка включает различные сведения, важность которых определяется клинической картиной заболевания. В процессе беседы с родителями врач устанавливает ряд фактов из жизни ребенка. •Место рождения и место жительства ребенка могут указать на краевую патологию (эндемический флюороз, эндемический зуб и др.). •Данные о течении антенатального периода развития ребенка важны для выявления неблагоприятных факторов, действовавших в различные сроки беременности матери, которые могут объяснить врожденные пороки развития ЗЧС, в том числе пороки развития твердых тканей зубов, повышенную восприимчивость ребенка к кариесу. Нарушению физиологического развития плода, в том числе челюстно-лицевой области, могут способствовать токсикозы беременности, острые и хронические соматические и гинекологические заболевания матери, прием лекарственных средств, физические и психические стрессы, профессиональные вредности, грубые дефекты питания матери в период беременности. Например, ранний токсикоз беременности повышает кариесвосприимчивость временных зубов, а поздний гестоз способствует развитию системной гипоплазии твердых тканей временных зубов. •Срок и особенности рождения ребенка помогают установить повышение вероятности возникновения у ребенка гипоплазии и кариеса временных зубов (недоношенность или переношенность) и ЗЧА и деформаций (родовая травма). •Постнатальный и грудной период важны с точки зрения характера вскармливания ребенка. Искусственное вскармливание с первых месяцев жизни ребенка увеличивает вероятность возникновения кариеса зубов и ЗЧА. Имеют значение также сроки и характер прикорма и докорма ребенка. •Питание ребенка в последующие годы жизни имеет значение для правильного формирования зубов и челюстей ребенка. Длительное кормление из бутылочки, избыток мягкой пищи, леность жевания способствуют развитию ЗЧА. Ночные кормления ребенка первых лет жизни сладкой пищей, сладкими и кислыми напитками, в более старшем возрасте — частые приемы сладкого, мягкая пища, недостаток молочных продуктов, овощей и фруктов способствуют развитию кариеса зубов. Избыточное употребление кислых фруктов и соков, газированных напитков вызывает развитие эрозии эмали. •Общее здоровье ребенка тесно связано со здоровьем полости рта. Любые заболевания, особенно частые острые и хронические, прием антибиотиков и других медикаментов могут быть причиной повышенной кариесвосприимчивости, пороков развития твердых тканей зубов и другой патологии. Многие соматические заболевания имеют четкую связь с определенной патологией полости рта. Рахит способствует развитию кариеса зубов, ЗЧА и деформаций; сахарный диабет — развитию заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. **Анамнез заболевания** — субъективная характеристика ребенком и его родителями динамики заболевания от его начала до обращения к врачу-стоматологу. При сборе анамнеза заболевания устанавливают следующие данные: •когда и как началось заболевание (остро, внезапно, постепенно); •связь его возникновения с инфекцией, травмой, интоксикацией, переохлаждением; какие факторы предшествовали заболеванию; •особенности клинических проявлений (первые патологические признаки, их изменение, появление новых симптомов); •течение заболевания (прогрессирующее, регрессирующее, с ремиссиями); •факторы, отягчающие течение, вызывающие рецидив заболевания; •факторы, способствующие улучшению состояния; •проведенное ранее обследование и его результаты; •проведенное ранее лечение и его результаты; •проведенные профилактические мероприятия. Правильно собранный анамнез в большинстве случаев позволяет предположить диагноз, который в дальнейшем должен быть подтвержден объективными методами обследования больного. Сбор **катамнеза** включает изучение

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 4 -</p>
--	---	---	--------------

записей в медицинской документации ребенка (амбулаторная карта, санационная карта, педиатрическая карта развития ребенка). Полученные сведения о физическом развитии и состоянии здоровья ребенка, перенесенных заболеваниях и проводившемся ранее лечении помогают в постановке диагноза и составлении плана лечебно-профилактических мероприятий.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА. Объективное обследование начинают с **общего осмотра ребенка**, цель которого — определение влияния стоматологических заболеваний на общее состояние здоровья пациента, а также выявление связи между заболеваниями полости рта и патологией внутренних органов. **Общее состояние ребенка** может быть удовлетворительным, средней степени тяжести, тяжелым и крайне тяжелым. Общее состояние ребенка считают удовлетворительным, если отсутствуют жалобы и признаки нарушения деятельности систем и внутренних органов. При состоянии средней степени тяжести имеются жалобы, ребенок в сознании, адекватно вступает в контакт, положение активное. При тяжелом состоянии подвижность ребенка ограничена, он заторможен, может быть без сознания. Крайне тяжелое состояние выражено симптомами, угрожающими жизни ребенка (затрудненность дыхания, резкое снижение ЧСС и АД). Если ребенок умеет говорить, то **оценивают его речь** (внятная, невнятная; четкость и ясность произношения звуков). Нарушения речи возникают вследствие расщелины нёба, ЗЧА, короткой уздечки языка, макроглоссии и другой патологии. Определяют **соответствие физического развития возрасту ребенка**. Ускоренное или замедленное физическое развитие способствуют повышению кариевосприимчивости, развитию ЗЧА и деформаций. **Состояние опорно-двигательного аппарата** определяет осанку ребенка, которую оценивают как нормальную, выпрямленную, сутуловатую, лордотическую, кифотическую, сколиотическую. При нарушенной осанке наблюдают гиперактивность ряда мышц, в том числе грудиноключично-сосцевидной, что обуславливает краниовертебральную патологию и развитие ЗЧА. **Важно оценить положение головы ребенка.** При гармонично развитой фигуре центр тяжести головы ребенка, лопаточно-плечевого пояса, бедер, колен и стоп находятся на одной вертикальной оси. Наклоненное вперед положение головы наблюдают в результате функциональной перегрузки мышц шеи. Запрокидывание головы до 20° изменяет положение атланта, увеличивает лордоз шейного отдела позвоночника. Изменения положения головы способствуют развитию ЗЧА. **Состояние кожных покровов лица** и шеи определяют на основании осмотра и пальпации. В норме кожные покровы естественного цвета, чистые, влажные, теплые. При различной патологии наблюдают изменения цвета кожи (бледность, гиперемия, цианоз). Бледность кожных покровов обусловлена нарушением состава крови (истинная анемия) или спазмом сосудов (псевдоанемия). Бледность носогубного треугольника и краснота щек (симптом Филатова) — вспомогательные признаки скарлатины. Цианоз кожных покровов — один из главных внешних признаков проявления патологии органов дыхания и сердечно-сосудистой системы. Гиперемия кожи возникает у ребенка при неврогенных нарушениях, влиянии высокой и низкой температуры окружающей среды, механическом раздражении, лихорадке, увеличении количества эритроцитов, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (абсцесс, флегмона). Появление на коже различных морфологических элементов может происходить при общих и местных заболеваниях (ветряной оспе, фурункулезе, герпетической инфекции, многоформной экссудативной эритеме и др.). **Состояние периферических лимфатических узлов** (затылочных, задних и передних шейных, околоушных, подчелюстных, подбородочных, надключичных, подключичных) определяют методом пальпации. Критерии оценки лимфатических узлов: •локализация, размеры и количество; •подвижность или спаянность узлов между собой, с подлежащими

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 5 -</p>
--	---	---	--------------

тканями; •эластичность или плотность; •болезненность или безболезненность; •температура кожи и внешний вид кожи в месте пальпируемых узлов. В норме лимфатические узлы не удается пропальпировать или пальпируют не более 3-4 узлов в одном участке размером менее 0,5 см, подвижных, не спаянных, эластичной консистенции, безболезненных. Температура кожи в месте пальпируемых узлов и ее внешний вид не изменены. Увеличение и болезненность подчелюстных лимфатических узлов наблюдают при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области (обострение хронического пульпита, периодонтита, периостит и др.), остром герпетическом стоматите. Увеличение, безболезненность и спаянность лимфатических узлов наблюдают при злокачественных новообразованиях.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ СИСТЕМЫ. При исследовании **функции дыхания** у пациента определяют носовой, ротовой или смешанный тип дыхания. Причины нарушения носового дыхания: искривление носовой перегородки; хронический ринит; аденоидные разрастания, гипертрофия небных и глоточных миндалин; пониженная функция мышц, замыкающих ротовую полость. Клинические признаки нарушения носового дыхания: •лицо ребенка удлинено, имеет типичное вялое, апатичное выражение (аденоидный тип); •переносица широкая, ноздри узкие; •губы не сомкнуты, сухие; •контур подбородка двойной. Последствия нарушения функции дыхания: деформация верхней челюсти (готическое небо, сужение челюсти, протрузия резцов); дистальное положение нижней челюсти, гингивит, кариес фронтальной группы зубов, заболевания губ. **Функция глотания** обеспечивает перемещение пищи из полости рта через пищевод в желудок. В первые месяцы жизни ребенок, не имеющий зубов, производит глотательные движения, располагая язык в ромбовидном пространстве между десневыми валиками верхней и нижней челюстей. С появлением зубов у ребенка меняется характер глотательных движений в стадии отправного толчка: кончик языка при глотании упирается в небную поверхность фронтальных зубов и фронтальный участок твердого неба (нормальный или соматический тип глотания). Нарушение функции глотания происходит при сохранении у ребенка инфантильного типа глотания, при котором язык располагается между зубами и его кончик упирается в сомкнутые и напряженные губы. Причины сохранения инфантильного типа глотания — неправильный способ искусственного вскармливания (длинная соска и большое отверстие в ней); макроглоссия, переднее положение языка; длительное кормление ребенка жидкой и полужидкой пищей; патология верхних дыхательных путей (хронический тонзиллит); вредная привычка давления языка на зубы, прокладывания языка между зубами; дисфункция языка. Клинические признаки нарушения функции глотания в стадии отправного толчка: •повышенная активность мимических мышц, особенно подбородочной и мышц нижней губы; •симптом наперстка (точечные углубления на подбородке при глотании, которые возникают при повышении тонуса мимических мышц); •увеличение высоты нижней трети лица во время глотания (за счет разобщения зубных рядов). Последствия нарушения функции глотания — ЗЧА. Процесс **речеобразования** обеспечивает центральный и периферический аппараты. Центральный включает головной мозг и проводящие пути, периферический — органы дыхания, гортань, легкие, носовую и ротовую полости и органы артикуляции (губы, язык, зубы, альвеолярные отростки, твердое и мягкое небо). Для определения нарушений речи пациенту предлагают произнести слова, содержащие шипящие и свистящие звуки, а также «р», «л», «д», «т». Нарушения звукопроизношения (дислалия) могут быть функциональными или органическими. Органическая дислалия обусловлена аномалиями зубов, челюстей, языка, неба (короткая уздечка языка, аномалии прикуса, расщелина неба и др.). При функциональной дислалии аномалий органов артикуляции нет. Нарушения

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 6 -</p>
--	---	---	--------------

артикуляции (дизартрия) возникают вследствие органического поражения ЦНС и недостаточности иннервации речевого аппарата. При дизартрии речь становится невнятной, нарушаются все составляющие произносительной стороны речи — звукопроизношение, голос, речевое дыхание, интонация и общая мелодика речи. У детей с дизартриями отмечают парез мышц артикуляционного аппарата, ограничение и затруднение в движениях языка, губ, нёба, голосовых складок, диафрагмы, невыразительность и однообразие мимики из-за малоподвижности мышц лица, ЗЧА и деформации. **Функцию височно-нижнечелюстного сустава** определяют на основании жалоб, результатов пальпации головок суставных отростков нижней челюсти и жевательных мышц, наблюдения за пациентом во время открывания и закрывания рта, в покое. В норме открывание рта плавное, свободное, полное, безболезненное, бесшумное. Признаки нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава: •боль в суставе и мышцах, шелканье, хруст и треск в суставе при движениях нижней челюсти; •затруднение и ограничение открывания рта; •отклонение подбородка в сторону при открывании рта; •нарушения плавности движений суставной головки. Для выявления органических нарушений височно-нижнечелюстного сустава необходимы дополнительные исследования (рентгенография). **Функция жевания** обеспечивает начальную фазу пищеварительного процесса в полости рта ребенка, при нарушениях функции жевания формируются заболевания органов пищеварения. У детей активное жевание твердой пищи способствует полноценной трофике и развитию тканей пародонта и челюстей, минерализации и созреванию твердых тканей зубов, очищению зубов от налета. Причины нарушения функции жевания — кариозное разрушение зубов, удаление зубов, первичная адентия, ЗЧА и деформации. Косвенные признаки нарушения функции жевания: ребенок отказывается от твердой пищи, долго и лениво жуёт, запивает водой, жидкостью или другим каждый кусочек пищи. Оценивают функцию с помощью жевательных проб Рубинова, миографии жевательных мышц, по данным окклюдозграфии, результатам осмотра (разрушенные, отсутствующие зубы, зубной камень, покрывающий жевательную поверхность зубов, выраженные нарушения прикуса). Последствия нарушения функции жевания — кариес зубов, заболевания пародонта, задержка роста и развития челюстей, ЗЧА. **Функция слюноотделения** обеспечивается деятельностью больших и малых слюнных желез. Нарушения функции слюноотделения выражены в снижении скорости и объема, уменьшении реактивности и адаптивности, появлении монотонности и быстрой истощаемости секреции. К наиболее важным нарушениям свойств и состава слюны относят уменьшение перенасыщенности кальцием и фосфатами, концентрации минеральных и органических веществ, снижение рН и буферной емкости, гликолитической активности и способности к микрокристаллизации, повышение вязкости. Снижение функциональной активности, неблагоприятные изменения состава и свойств слюны способствуют развитию кариеса зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Оценку функции слюноотделения, состава и свойств слюны проводят с помощью клинико-лабораторных методов исследования. В клинике проводят пальпацию слюнных желез, определяя размеры, консистенцию, наличие болезненности. Оценивают характер выделений из слюнных протоков. В норме слюна прозрачная, свободно выделяется при механической, психогенной или химической стимуляции; при патологии выделение слюны затруднено, болезненно, слюна мутная, с примесью крови, гноя.

Тестовые задания:

001. ДОСТИГНУТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО СНИЖЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕВОЗМОЖНО БЕЗ ВНЕДРЕНИЯ

1) ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

2) ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ



- 3) третичной профилактики 4) коммунальной профилактики
002. АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, УСЛОВИЙ И ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕЕ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) стоматологическим анализом 2) гигиеническим анализом
3) эпидемиологическим анализом 4) ситуационным анализом
003. ЗУБНЫЕ НИТИ-ФЛОССЫ - ЭТО СРЕДСТВО ГИГИЕНЫ
- 1) основное 2) дополнительное 3) вспомогательное 4) обязательное
004. СТРУКТУРА НАДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ
- 1) слюнному 2) сывороточному 3) белково-полисахаридному 4) неорганическому
005. ПЕЛЛИКУЛА СОСТОИТ
- 1) из кератина 2) из коллагена 3) из слюнных гликопротеидов 4) из бактерий слюны
006. К ЭКЗОГЕННЫМ МЕТОДАМ ФТОРПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСИТСЯ
- 1) фторирование молока 2) фторирование питьевой воды
3) покрытие зубов фторсодержащим лаком 4) прием фторидсодержащих таблеток
007. СООТНОШЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) нормой 2) прикусом 3) оскалом 4) улыбкой
008. ПРИКУС ПРИ ПЕРЕКРЫВАНИИ ВЕРХНИМИ ПЕРЕДНИМИ ЗУБНЫМИ РЯДАМИ НИЖНИХ БОЛЕЕ, ЧЕМ 1/3 КОРОНКИ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) глубоковатым 2) глубоким 3) низким 4) закрытым
009. ДЕСНЕВАЯ ЖИДКОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛОВ ЗУБНОГО КАМНЯ
- 1) поддесневого 2) наддесневого 3) межзубного 4) пришеечного
010. ОРГАНИЧЕСКУЮ ОСНОВУ ЗУБОВ СОСТАВЛЯЮТ
- 1) белки 2) фосфаты 3) фториды 4) азот
011. ФОРМА ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПОСТОЯННОМ ПРИКУСЕ
- 1) полукруг 2) полуэллипс 3) парабола 4) трапеция
012. ГАЛАКТОЗА СОДЕРЖИТСЯ В
- 1) фруктах 2) зерновых 3) молоке человека 4) молоке коровы
013. ОЦЕНИТЬ ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ МОЖНО, ИСПОЛЬЗУЯ ИНДЕКС
- 1) КПУ(з) 2) КПУ(з) + кп(з) 3) кпу(з) 4) КПУ(п)
014. ЗДОРОВАЯ ЭМАЛЬ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОДЕРЖИТ СВОБОДНОЙ ВОДЫ
- 1) 1%-3% 2) 4%-7% 3) 8%-10% 4) 11%-14%
015. КОЛИЧЕСТВО ЗУБОВ В СМЕННОМ ПРИКУСЕ
- 1) 20 2) 28-32 3) вариательно 4) 24

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 8 -</p>
--	---	---	--------------

Тема №1(часть 2)

Тема: Особенности стоматологического обследования детей. Визуальные, мануальные, инструментальные методы исследования. Значение анамнеза и катамнеза.

Цель занятия: научиться проводить осмотр детей с целью выявления стоматологических заболеваний и необходимости обращения за специализированной помощью к врачу-стоматологу.

Продолжительность занятия: 2 час.

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста.

Вопросы для повторения:

3. Вскармливание.

Контрольные вопросы по теме занятия:

3. Сроки прорезывания молочных зубов.

4. Характеристика сменного прикуса у детей.

5. Сроки прорезывания постоянных зубов.

6. Характеристика постоянного прикуса.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

ОБСЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА - Осмотр слизистой оболочки проводят с помощью одного или двух стоматологических зеркал при естественном освещении, других органов и тканей полости рта — при искусственном освещении. Внимательный осмотр, онкологическая настороженность врача помогают выявить не только стоматологические проблемы, но и ранние стадии серьезных заболеваний организма (сахарный диабет, лейкоз и др.). При клиническом обследовании используют следующий алгоритм: •оценивают состояние губ, преддверия рта, уздечек языка и губ; •осматривают слизистую оболочку щек, языка и других отделов полости рта; •оценивают количество, форму, размер и расположение зубов, зубных рядов и окклюзии; •изучают состояние тканей пародонта и зубов (клинико-инструментальные методы). Окраска слизистой оболочки полости рта меняется с возрастом: ярко-красная — у новорожденных, красная — у детей раннего возраста, розовая — старшего возраста. Яркий цвет слизистой у детей младшего возраста обусловлен обилием кровеносных сосудов, просвечивающих через тонкий слой эпителия. При заболеваниях и патологических состояниях отмечают изменение цвета слизистой оболочки полости рта: гиперемия при инфекционных и воспалительных заболеваниях, повышении температуры тела; бледность при анемии, желтушность при гепатите, цианотичность при сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Ограниченные изменения цвета слизистой оболочки полости рта обусловлены различными заболеваниями: гиперемия или синюшность наблюдают в области очага острого или хронического воспаления; точечные кровоизлияния возможны при гриппе. Энантему и пятна Филатова-Коплика отмечают при кори, пигментацию вследствие применения лекарственных препаратов (азидотимидина, миноциклина), стоматологических материалов (металлосодержащих протезов, амальгамовых пломб) и т.д. При осмотре тканей преддверия полости рта отмечают его глубину, выраженность, размеры и напряжение уздечек и щечных тяжей, место их прикрепления. Глубину преддверия полости рта определяют в миллиметрах с помощью градуированной гладилки или зонда (измеряют расстояние от края маргинальной десны до горизонтального уровня переходной складки). Преддверие полости рта глубиной до 5 мм считают мелким, от 5 до 10 мм — средним, более 10 мм — глубоким. Мелкое преддверие полости рта в области фронтальной группы зубов нижней челюсти

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 9 -</p>
--	---	---	--------------

способствует развитию локализованного гингивита, пародонтита. Уздечки губ — тонкие треугольные складки слизистой оболочки, имеющие широкое основание на слизистой губ и оканчивающиеся по средней линии альвеолярного отростка примерно на 5 мм от десневого края. Уздечки губ оценивают визуально при оттягивании губы до горизонтального. К аномалиям относят сильные, короткие, широкие уздечки губ, прикрепляющиеся к межзубному сосочку, вплетающиеся в межчелюстной шов. Аномалии уздечек губ способствуют развитию диастемы, локализованного гингивита, пародонтита. Уздечка языка представляет собой дубликатуру слизистой оболочки, проходящую от оральной поверхности альвеолярной десны между нижними резцами до нижней поверхности языка. В норме уздечка выражена слабо и не ограничивает движения языка. Уздечку оценивают визуально (просят ребенка достать языком верхние резцы при широко открытом рте) и пальпаторно. По форме, плотности, протяженности, месту прикрепления верхней точки различают пять видов аномалий уздечек, ограничивающих подвижность языка. При аномалиях уздечки языка нарушается произношение звуков «р», «л», «д», «т» и шипящих, развивается дизокклюзия зубов в переднем и боковых участках. При прикреплении уздечки к десневому сосочку между нижними резцами, вплетении в межчелюстной шов формируется диастема, развиваются рецессия десны, локализованный гингивит, пародонтит. Детей с пороками развития в виде аномалий уздечек губ и языка, мелким преддверием рта следует направлять на консультацию к стоматологу-хирургу. При осмотре слизистой оболочки щек обращают внимание на наличие отпечатков зубов, следов вредной привычки сосания и прикусывания щек (побеление слизистой, мелкие эрозии с обрывками эпителия, кровоизлияния). У новорожденных и детей раннего возраста в толще щек имеются довольно плотные и ограниченные скопления жира — комочки Биша, или жировое тело щеки. Они придают известную упругость щекам новорожденного, что важно для сосания. По линии смыкания зубов в заднем отделе щек выявляют желтоватого цвета узелки (сальные железы), которые лучше видны при натяжении слизистой оболочки. Оценка соответствия прорезывания зубов ребенка средневозрастным срокам помогает определить биологический возраст ребенка, выявить отставание или ускорение его физического развития. Нарушения парности, последовательности и симметричности прорезывания зубов могут быть обусловлены различными причинами (новообразованием, гистиоцитозом, преждевременным удалением временного зуба, сверхкомплектным зубом и др.), для установления которых потребуются углубленное обследование, в первую очередь рентгенография. Изучение количества, формы, размеров, расположения зубов, зубных рядов и окклюзии проводят с учетом возрастного периода формирования прикуса ребенка. У новорожденных зубов нет, альвеолярные отростки имеют полукруглую форму с хорошо выраженными зубными валиками, нижняя челюсть относительно верхней расположена дистально на 1-1,5 см. Период формирования временного прикуса начинается с момента прорезывания первых зубов в 5-6 мес и продолжается до 2-3 лет. После прорезывания первых временных моляров начинается первый физиологический подъем высоты прикуса, который завершается после полного прорезывания вторых временных моляров. Основные характеристики сформированного временного прикуса: •количество зубов равно 20 (резцы, клыки и моляры); •при смыкании зубы верхней челюсти перекрывают нижние более чем на треть высоты коронки; •клык верхней челюсти контактирует с клыком и первым моляром нижней челюсти, клык нижней челюсти — с клыком и латеральным резцом верхней челюсти; •срединная линия между центральными резцами верхней и нижней челюстей совпадает со средней линией лица; •зубные ряды имеют форму полукруга; •окклюзионная плоскость ровная, режущие края и жевательные бугорки всех верхних и нижних зубов расположены в горизонтальной плоскости; •зубы в зубном ряду

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 10 -</p>
--	---	---	---------------

имеют плотные контакты; •бугорки и режущие края зубов хорошо выражены; •дистальные поверхности вторых моляров расположены в одной вертикальной плоскости. Стабильное состояние временного прикуса сохраняется до 4-4,5 лет. Затем начинается период редукции временного прикуса (до 5-6,5 лет), характеризующийся ростом челюстей и рассасыванием корней временных зубов. Образуются физиологические тремы и диастемы, дистальная ступень в области задней поверхности вторых временных моляров, появляются физиологическая стертость бугорков и режущих краев, подвижность зубов, на альвеолярных отростках за вторым временным моляром формируются площадки для первых постоянных моляров. Любое нарушение перечисленных характеристик свидетельствует о формировании ЗЧА. Отсутствие трем — неблагоприятный прогностический признак, при котором в четыре раза чаще отмечают тесное расположение постоянных зубов. В период **смешанного прикуса** (с 5-6 до 11-12 лет) в определенной последовательности происходит замена временных зубов на постоянные, в полости рта присутствуют и временные, и постоянные зубы. Процесс смены прикуса происходит синхронно: после выпадения временного зуба в лунке выявляется бугорок или режущий край постоянного зуба. В этом периоде происходит второй физиологический подъем высоты прикуса, обусловленный прорезыванием первых постоянных моляров, формируются сагиттальная и трансверзальная окклюзионные кривые. Третий период повышения высоты прикуса происходит после прорезывания второго постоянного моляра. В период смешанного прикуса возможны как саморегуляция возникших ранее отклонений, так и формирование новых видов ЗЧА. **Постоянный прикус** формируется после смены последнего временного зуба (12-13 лет) и имеет следующие признаки, характерные для всех физиологических видов прикуса (ортогнатического, прямого, альвеолярного, бипрогнатического и опистогнатического): •количество зубов равно 28-32 (резцы, клыки, премоляры, моляры); •зубной ряд верхней челюсти имеет эллипсоидную форму, нижней — параболическую; •верхняя зубная дуга больше нижней; зубная дуга верхней челюсти больше альвеолярной, которая, в свою очередь, больше базальной, на нижней челюсти — обратные взаимоотношения; •каждый верхний зуб смыкается с одноименным и позади стоящим нижним, нижний — с одноименным и впереди стоящим верхним зубом (исключение составляют нижние центральные резцы, верхние последние моляры, которые контактируют только с одноименными антагонистами); •зубы расположены плотно, соприкасаясь контактными пунктами на апроксимальных поверхностях; •зубы верхней и нижней челюстей имеют плотный окклюзионный контакт; •высота коронок зубов постепенно уменьшается в направлении от центральных резцов к молярам, исключение составляют клыки; •вертикальная линия между верхними и нижними центральными резцами совпадает с центральной линией лица. Нарушение любой физиологической характеристики свидетельствует о формирующейся или сформированной патологии прикуса. Выраженные изменения формы и размеров зубов, обусловленные различными причинами (наследственностью, гипоплазией и др.), нарушают физиологию и эстетику прикуса, способствуют развитию ЗЧА. Уменьшение количества зубов может быть вызвано первичной адентией, преждевременным удалением временных зубов, задержкой прорезывания постоянных зубов, потерей постоянных зубов вследствие травмы, осложнений кариеса, других причин. Увеличение количества зубов обусловлено, как правило, наличием сверхкомплектных зубов, реже — задержкой в зубном ряду временных зубов. Выявленные при обследовании ребенка изменения характеристик временного, смешанного или постоянного прикуса необходимо учитывать при планировании стоматологического лечения и диспансеризации ребенка. Дети с подобными нарушениями должны быть направлены на консультацию к врачу-ортодонт.

Оценка гигиены ПР. Изучение гигиенического состояния полости рта ребенка проводят



3) покрытие зубов фторсодержащим лаком
таблеток

4) прием фторидсодержащих

007. СООТНОШЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ
ОККЛЮЗИИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) нормой 2) прикусом 3) оскалом 4) улыбкой

008. ПРИКУС ПРИ ПЕРЕКРЫВАНИИ ВЕРХНИМИ ПЕРЕДНИМИ ЗУБНЫМИ
РЯДАМИ НИЖНИХ БОЛЕЕ, ЧЕМ 1/3 КОРОНКИ НАЗЫВАЕТСЯ

1) глубоковатым 2) глубоким 3) низким 4) закрытым

009. ДЕСНЕВАЯ ЖИДКОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛОВ ЗУБНОГО
КАМНЯ

1) поддесневого 2) наддесневого 3) межзубного 4)
пришеечного

010. ОРГАНИЧЕСКУЮ ОСНОВУ ЗУБОВ СОСТАВЛЯЮТ

1) белки 2) фосфаты 3) фториды 4) азот

011. ФОРМА ЗУБНОГО РЯДА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПОСТОЯННОМ
ПРИКУСЕ

1) полукруг 2) полуэллипс 3) парабола 4)
трапеция

012. ГАЛАКТОЗА СОДЕРЖИТСЯ В

1) фруктах 2) зерновых 3) молоке человека 4) молоке
коровы

013. ОЦЕНИТЬ ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ МОЖНО,
ИСПОЛЬЗУЯ ИНДЕКС

1) КПУ(з) 2) КПУ(з) + кп(з) 3) кпу(з) 4)
КПУ(п)

014. ЗДОРОВАЯ ЭМАЛЬ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОДЕРЖИТ СВОБОДНОЙ
ВОДЫ

1) 1%-3% 2) 4%-7% 3) 8%-10% 4) 11
%-14%

015. КОЛИЧЕСТВО ЗУБОВ В СМЕННОМ ПРИКУСЕ

1) 20 2) 28-32 3) варьиabelьно 4) 24

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 13 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 2 (часть 1)

Тема: Болезни твердых тканей зубов: кариес, пульпит, периодонтит.

Этиология, патогенез, основные клинические симптомы и методы лечения.

Цель занятия: Иметь представление о заболеваниях твердых тканей зубов у детей, их этиологии, патогенезе, основных клинических симптомах и методах лечения.

Продолжительность занятия: 2 час.

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста.

Вопросы для повторения:

1. Анатомо-физиологические особенности строения твердых тканей зуба.
2. Основные функции органов полости рта.

Контрольные вопросы по теме занятия:

7. Этиопатогенез кариозного поражения зубов.
8. Классификация и клиника кариеса зубов.
9. Методы лечения кариеса молочных и постоянных зубов

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

Этиология - В настоящее время возникновение кариеса зубов связывают с локальным изменением pH на поверхности зуба под зубным налётом вследствие брожения (гликолиза) углеводов, осуществляемого микроорганизмами, с образованием органических кислот. Количество фтора, поступающего в организм, обуславливает достаточную или недостаточную кариесрезистентность тканей. Количество и качество слюны (реминерализующий потенциал, буферные свойства, неспецифические и специфические факторы защиты) и сдвиги в функциональном состоянии организма также влияют на развитие кариеса и т. д. Однако основными этиологическими факторами признаны следующие: кариесвосприимчивость тканей зубов, высокая частота приема сладкой пищи и напитков и плохая гигиена полости рта. В полости рта обнаруживаются множество бактерий, но в процессе формирования зубного налёта и последующей деминерализации эмали участвуют в основном кислотообразующие стрептококки (*Streptococcus mutans*, *Str. sanguis*, *Str. mitis*, *Str. salivarius*), для которых характерно анаэробное брожение и лактобактерии (*Lactobacillus*). Уже через несколько минут после приёма углеводов, особенно сахарозы, отмечается уменьшение pH с 6 до 4. В зубном налёте кроме молочной кислоты, которая непосредственно образуется при брожении углеводов, обнаруживаются муравьиная, масляная, пропионовая и другие органические кислоты. Именно кислоты, образовавшиеся при брожении углеводов, приводят к разрушению поверхности эмали. Наличие и активность брожения в налёте зависит от количества и качества доступных углеводов. Наиболее интенсивно идёт брожение сахарозы, менее интенсивно — глюкозы и фруктозы. Маннит, сорбит и ксилит также проникают в зубную бляшку, однако вследствие малой активности фермента, превращающего их во фруктозу, они неопасны. Крахмал, являющийся полисахаридом, в чистом виде не кариесогенен, так как его молекулы не проникают в зубной налёт. Однако, пищевая обработка может привести к разрушению молекулярной структуры крахмала и повысить его кариесогенность.

Кариес — это патологический процесс, развивающийся после прорезывания зубов, сопровождающийся деминерализацией твердых тканей зубов с образованием дефекта в виде кариозной полости. **Классификация кариеса МКБ-10:** K02.0 Кариес эмали стадия мелового пятна (начальный кариес) K02.1 Кариес дентина K02.2 Кариес цемента K02.3 Приостановившейся кариес зубов K.02.3 Одонтоклазия, детская меланодентия, меланодонтоклазия K02.8 Другой кариес зубов K02.9 Кариес зубов неуточнённый.



Топографическая классификация кариеса зубов - по глубине поражения. **Стадия кариозного пятна** – очаговая деминерализация твёрдых тканей зуба, причём она может протекать интенсивно (белое пятно) или медленно (коричневое пятно). **Поверхностный кариес** – кариозная полость в пределах эмали. **Средний кариес** – дефект расположен в пределах поверхностного слоя дентина (плащевой дентин). **Глубокий кариес** – патологический процесс доходит до глубоких слоёв дентина (околопульпарный дентин). **Классификация кариозных полостей по Блеку:** - **1 класс** – полости, расположенные в области фиссур и естественных углублений (например, слепая ямка латеральных резцов); - **2 класс** – полости, расположенные на контактных поверхностях малых и больших коренных зубов; - **3 класс** – полости, расположенные на контактных поверхностях резцов и клыков при сохранении режущего края; - **4 класс** – полости, расположенные на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением углов и режущего края коронки; - **5 класс** – полости на губных, щёчных и язычных поверхностях, расположенных в придесневой части коронки.

Лечение - В схеме лечебно-профилактических мероприятий при кариесе в стадии пятна помимо этиотропных методов: нормализация питания, устранения микробного фактора, повышению резистентности ТТЗ. Используя средства, ускоряющие процессы созревания твердых тканей зубов фторидсодержащие пасты, гели и лаки и кальцийсодержащие препараты в течение 6-12 месяцев после прорезывания зубов можно добиться высокого профилактического эффекта - 76,09 %, редукции кариеса. В случае кариеса с уже образовавшейся кариозной полостью лечение включает следующие этапы: 1)Анестезия зуба (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая). 2)Очистка зуба от пищевого налёта. 3)Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия - полное удаления размягчённого инфицированного дентина. При глубоком кариесе область дна препарировать вручную стоматологическими «экскаваторами», чтобы исключить перфорацию (вскрытие) пульпы или бормашиной на малых оборотах. 4)Антисептическая (медикаментозная) обработка кариозной полости проводится с помощью 2 % водного раствора хлоргексидина или гелем на его основе, так же в некоторые кондиционирующие гели входят уже антисептики. 5)В случае глубокой кариозной полости на её дно помещают лечебные и изолирующие прокладки. 6)В зависимости от вида вносимого материала, проводят обработку кариозной полости с помощью праймера, адгезива. 7) Пломбирование кариозной полости. 8) Пришлифовка окклюзионных контактов, полировка пломбы.

Есть и другие методы лечения кариеса у детей. Например, так называемый атравматичный ART-метод, при котором удаление предварительно размягченных специальным составом некротизированных тканей проводится вручную, специальными острыми экскаваторами, после чего полость пломбуется стеклоиономерным цементом. Глубокий кариес лечится методом отсроченного пломбирования – в первое посещение - временная лечебная пломба из цинкоксидаэвгенола, а через месяц – постоянная пломба.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

1. Смена зубов происходит в возрастной период с

- 1) 3 – 6 2) 4-10 3) 6-12 4) 8-14 5) 7-15

2. Во временной окклюзии форма зубных рядов соответствует:

- 1) полукругу
2) полуэллипсу
3) параболе
4) трапеции
5) прямоугольнику



3. К концу первого года жизни у ребенка должно прорезаться зубов не менее:

- 1)4 2)5 3)8 4)10 5)12

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

- 1)нейтральное
- 2)мезиальное
- 3)дистальное
- 4)латеральное
- 5)вариабельное

5. Форма верхней зубной дуги в постоянной окклюзии соответствует

- 1)полукругу
- 2)полуэллипсу
- 3)параболе
- 4)трапеции
- 5)прямоугольнику

6. Осмотр зубов — это:

- 1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта
- 2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов и тканей
- 3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- 4) определение отклонения зуба от оси
- 5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

7. Пальпация—это:

- 1)простукивание по зубу для определения состояния пародонта
- 2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения неподвижности органов и тканей
- 3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- 4)определение отклонения зуба от оси
- 5)определение реакции зуба на тепловые раздражители

8. Перкуссия — это:

- 1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта
- 2)ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов и тканей
- 3)оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- 4)определение отклонения зуба от оси
- 5)определение реакции зуба на тепловые раздражители

9. Причиной эндемического флюороза является:

- 1) недостаток кальция в организме ребенка
- 2)недостаток фтора в организме ребенка
- 3)системные заболевания матери в период беременности
- 4)инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни
- 5)повышенное содержание фторида в питьевой воде

10. Перкуссией оценивается состояние:

- 1) пульпы
- 2) периодонта
- 3) эмали
- 4)дентина
- 5)слизистой полости рта

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 16 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 2 (часть 2)

Тема: Болезни твердых тканей зубов: кариес, пульпит, периодонтит.
Этиология, патогенез, основные клинические симптомы и методы лечения.

Цель занятия: Иметь представление о заболеваниях твердых тканей зубов у детей, их этиологии, патогенезе, основных клинических симптомах и методах лечения.

Продолжительность занятия: 2 час.

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста.

Вопросы для повторения:

- Сроки прорезывания молочных и постоянных зубов.

Контрольные вопросы по теме занятия:

10. Пульпиты у детей. Особенности течения. Классификация.
11. Принципы лечения пульпита. Показания к биологическому методу лечения.
12. Витальные и девитальные методы лечения. Показания. Суть методов.
13. Периодонтиты. Этиология. Классификация. Особенности течения у детей.
14. Показания к удалению зубов при периодонтите.
15. Лечение периодонтита. Общие принципы.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

Пульпит — воспаление сосудисто-нервного пучка зуба (пульпы). *Этиологическими факторами*, вызывающими пульпит, могут быть: – микробы и их токсины, поступающие в пульпу из кариозной полости по дентинным канальцам, и, крайне редко, ретроградно гематогенным, или лимфогенным путем; – механическая травма, которая может быть бытовой (переломом коронки зуба со вскрытием полости зуба) и ятрогенной (случайное вскрытие полости зуба при препарировании кариозной полости); – химическая травма (при попадании в пульпу раздражающих, токсических лекарственных веществ); – термическая травма - при несоблюдении врачом правил препарирования: (непрерывная работа бором, работа без охлаждения, использование тупых боров и т.д.). Воспаление пульпы происходит в соответствии с общими закономерностями этого патологического процесса, аналогично тому, как это происходит и в других тканях. Различный уровень реактивности организма обуславливает характер воспаления: с преобладанием альтерации, экссудации либо пролиферации. Это в свою очередь определяет клиническую картину воспаления пульпы - острое или хроническое течение, экссудативные, альтеративные либо пролиферативные формы.

Международная классификация пульпита (МКБ-10, 4)- К 04.0. Болезни пульпы. К 04.1. Некроз пульпы. К 04.2. Дегенерация пульпы. К 04.3. Неправильное формирование твердых тканей в пульпе.

Классификация Т.Ф. Виноградовой (1987) - Острые пульпиты временных зубов: острый серозный пульпит; острый гнойный пульпит; острый пульпит с вовлечением в процесс периодонта или регионарных лимфатических узлов. - Острые пульпиты постоянных зубов: острый серозный частичный пульпит (возможен в зубах со сформированными корнями); острые серозный общий пульпит; острые гнойный частичный пульпит; острый гнойный общий пульпит. - Хронические пульпиты временных и постоянных зубов: простой хронический пульпит; хронический пролиферативный пульпит; хронический пролиферативный гипертрофический пульпит; хронический гангренозный пульпит. - Хронические обострившиеся пульпиты временных и постоянных зубов.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 17 -</p>
--	---	---	---------------

Особенности клинического течения **острого пульпита** временных зубов: 1. Острый пульпит временных зубов встречается крайне редко, и диагностируется у соматически здоровых детей, редко болеющих и имеющих, как правило, компенсированную форму кариеса. 2. Частичный пульпит встречается реже, чем общий (из-за несостоятельности макрофагально-гистиоцитарного барьера на границе коронковой и корневой пульпы). 3. При остром пульпите полость зуба всегда закрыта, и кариозная полость выполнена светлым инфицированным дентином. 4. Острый пульпит временных зубов, особенно в период формирования или резорбции корней, нередко сопровождается реакцией тканей периодонта и регионарных лимфатических узлов, отеком окружающих зуб тканей (что обусловлено наличием широкого сообщения корневых каналов с тканями периодонта и отсутствием защитных клеточных барьеров в месте перехода корневой пульпы в периодонт). 5. Острый пульпит нередко сопровождается ухудшением общего состояния организма в связи с переходом воспалительного процесса на хорошо васкуляризованную костную ткань. 6. Серозный пульпит временных зубов очень быстро переходит в гнойный, что связано с наличием большого количества клеточных элементов, хорошим кровоснабжением пульпы и тонкими сосудистыми стенками растущих сосудов. 7. Исходом острого пульпита временных зубов чаще, чем постоянных, является некроз пульпы.

Особенности клинического течения **хронического пульпита** временных зубов: 1. Хронические формы пульпита у детей встречаются очень часто и развиваются, как первично-хронические. 2. Хронический пульпит, как правило, протекает бессимптомно, и нередко диагностируется во время санации полости рта. 3. Хронический пульпит может протекать при неглубокой кариозной полости, полость зуба чаще закрыта слоем рыхлого, пигментированного, инфицированного дентина. 4. Кариозная полость обычно выполнена пигментированным дентином, легко снимающимся пластинами. 5. На рентгенограмме временных зубов с хроническими формами пульпита нередко имеются изменения у верхушки или в области фуркации. 6. Во временных зубах из трех форм хронического пульпита чаще встречается фиброзный, затем гангренозный и реже гипертрофический. 7. Проллиферативный пульпит у детей может протекать с закрытой полостью зуба и прорастанием «грануляций» под слизистую оболочку десны. Трудности диагностики пульпита у детей обусловлены тем, что подавляющее большинство детей не могут четко охарактеризовать болевые ощущения, частоту и продолжительность болевых приступов, локализацию и иррадиацию боли. Если же они и предъявляют жалобы, то часто несвязные, отрывочные, иногда противоречащие тем данным, которые сообщают родители. Поэтому при сборе анамнеза и обследовании детей необходимо быть максимально внимательными в оценке и анализе полученных данных. Применяемые в диагностических целях у взрослых: зондирование дна кариозной полости, термометрия и электроодонтометрия, основанные на дополнительном болевом воздействии, оказываются часто неприемлемыми в детской практике, так как болевое раздражение вызывает у ребенка отрицательные эмоции и приводит к негативному отношению к дальнейшему обследованию и лечению, что усложняет работу стоматолога.

Лечение. При лечении пульпита перед врачом стоят следующие задачи: Ликвидация очага воспаления в пульпе и тем самым устранение боли; Стимуляция процессов заживления и дентинообразования; Предупреждение развития периодонта; Восстановление формы и функции зуба. При выборе метода лечения следует учитывать общее состояние больного (при противопоказаниях к анестезии проводят девитальные методы); анатомию КК (проходимые – экстирпация, непроходимые и несформированные – ампутация); формы пульпита (обратимые – биологический или ампутация, необратимые – экстирпация), рентгенологическую картину (периодонт без изменений – биологический или ампутация,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 18 -</p>
--	---	---	---------------

наличие изменений в периодонте – экстирпация.) **Биологический метод лечения** – сохранение жизнеспособности всей пульпы. Варианты проведения биологического метода: не прямое (индиректное) покрытие пульпы препараты накладывают на сохранённый тонкий слой дентина – в два посещения; прямое (директное) покрытие пульпы на вскрытую точку – в одно посещение, кальцийсодержащая прокладка, базовая прокладка, постоянная пломба. **Метод витальной ампутации** – удаление коронковой пульпы под анестезией с сохранением жизнеспособной корневой пульпы. **Витальная экстирпация** – односеансный метод лечения пульпита, при котором проводят удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией. **Девитализация** – это некротизация или умерщвление пульпы с целью обезболивания и возможности манипулирования в пульпе. Способы девитализации: химический (мышьяковистый, параформальдегидный), физический (диатермокоагуляция). **Комбинированный метод.** Показания: многокорневые зубы с проходимыми (нёбным или дистальным) и непроходимыми (щёчными или медиальными) каналами. Заключается в проведении девитальной экстирпации в проходимом канале и ампутации в непроходимых корневых каналах.

Периодонтит — это воспаление периодонта, характеризующееся нарушением целостности связок, удерживающих зуб в альвеоле, кортикальной пластинки кости, окружающей зуб и резорбции костной ткани от незначительных размеров до образования кист больших размеров. *Этиология* - Часто периодонтиты развиваются как следствие пульпита, если методы сохранения пульпы (биологический метод, витальная ампутация) применяют без строгого определения показаний, с нарушением методики проведения, без учета степени компенсации кариеса и состояния здоровья ребенка. При лечении пульпита с применением девитализирующих средств может развиваться периодонтит, если необоснованно сокращаются число и сроки действия мумифицирующих средств. Не менее важное значение в развитии периодонтита молочных зубов после лечения пульпита методом девитализации имеет отказ от классических мумифицирующих средств (резорцин-формалиновая паста и др.). Причиной возникновения и развития периодонтита может быть травма. Выделяют восемь основных причин возникновения данного заболевания: острое или хроническое воспаление пульпы; передозировка или удлинение экспозиции действия девитализирующих средств при лечении пульпита; травма периодонта при экстирпации пульпы или обработке корневого канала; при выведении пломбирочного материала за верхушку корня при лечении пульпита; применение сильнодействующих антисептиков; проталкивание инфицированного содержимого корневого канала за верхушку корня; аллергическая реакция периодонта на продукты бактериального происхождения и медикаменты; механическая перегрузка зуба (ортодонтическое вмешательство, завышение прикуса на пломбе или коронке).

Патогенез - В настоящее время считают, что воспалительный процесс в периодонте возникает в результате поступления инфекционно-токсического содержимого корневых каналов через верхушечное отверстие. При этом вирулентности микрофлоры придается меньшее значение, чем влиянию на околоверхушечные ткани эндотоксина, образующегося при повреждении оболочки грамотрицательных бактерий, что ведет к образованию биологически активных продуктов, усиливающих проницаемость сосудов. **Классификация периодонтита** - По этиологии: инфекционный, травматический, медикаментозный; По локализации: апикальный, маргинальный; По клиническому течению: острый, хронический, обострение хронического. По патоморфологическим изменениям: серозный, гнойный, фиброзный, гранулематозный, гранулирующий.

В диагностике хронического воспалительного процесса в периодонте определяющее значение имеет данные рентгенологического исследования. При этом рентгенологическая картина периапикальных изменений у каждого из корней многокорневого зуба может

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 19 -</p>
--	---	---	---------------

быть различной. Рентгенологически при остром периодонтите не отмечается. При хроническом фиброзном сужение или чаще расширение периодонта. При хроническом гранулематозном картина четко очерченного разряжения костной ткани округлой формы. Иногда можно видеть деструкцию тканей зуба в области верхушки и гиперцементоз в боковых отделах корня. Хронический гранулирующий - очаг разряжения с изъеденными контурами, деструкцией цемента и дентина в области верхушки зуба.

Лечение. Цель — сохранение зуба и устранение очагов хронической инфекции. Консервативные методы лечения периодонтита не всегда позволяют добиться полной ликвидации одонтогенного очага инфекции поэтому возникает необходимость в оперативном вмешательстве завершающемся удалением зуба. Лечение периодонтита молочных зубов представляет очень сложную манипуляцию. Задача детского стоматолога — уметь правильно оценить состояние молочного зуба с периодонтитом. Показания к удалению молочных зубов с периодонтитом: до физиологической смены остается менее 2 лет; подвижность зуба II—III степени, резорбция корня больше чем на 2/3 длины, в анамнезе несколько обострений патологического процесса, патологический процесс распространяется на зачатки или ростковую зону постоянного зуба. Показанием для консервативного лечения временного зуба является характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на зачатки постоянных зубов. Для лечения хронических периодонтитов в однокорневых зубах используется односеансный метод (раскрытие полости зуба, удаление продуктов распада и пломбировка пастой на эвгеноле). Если в канале обнаруживаются грануляции, рекомендуется пломбировать канал в то же посещение. При пломбировании каналов следует избегать введения пломбирочного материала в периапикальные ткани. При плохой проходимости канала, резкой болезненности и страхе у ребенка рекомендуются комбинированные методы (односеансное пломбирование с мумифицирующим методом). При лечении хронических воспалительных процессов без деструктивных изменений представляется возможным добиться стойкого выздоровления и сохранить условия для физиологической резорбции корней временных зубов.

Хронический периодонтит постоянных зубов с незаконченным формированием корня
Наиболее широко распространен метод консервативной терапии с использованием препаратов гидроокиси кальция, метод апексификации. Наряду с ним используется метод депофореза гидроокиси меди-кальция, резекции верхушки корня и метод гемисекции в многокорневых зубах. Удаление зуба является крайней мерой. В начале всех методов проводят инструментальную обработку каналов — создается доступ к очагу воспаления и обеспечивается его лечение антибиотиками, антисептиками, ферментами. В случаях, когда по данным рентгенологического обследования установлено, что замыкающая пластинка кости в области дна лунки не разрушена, следует предположить, что сохранились ткани зоны роста и можно рассчитывать на дальнейший рост и формирование корня.

Ситуационные задачи.

Задача 1. К стоматологу обратилась мама 2-х летнего ребенка с жалобами на появление пятен на зубах. Объективно: в пришеечной области 51,52,53,61,62,63 имеются пигментированные пятна, шероховатые, тусклые.

Какие сведения из анамнеза помогут установить диагноз? Поставьте диагноз.

Задача 2. Ребенок 5-ти лет жалуется на зубную боль при приеме сладкой пищи. Объективно: 51,52,61,62 тесно расположены, кариозных полостей не обнаружено. 54,64,75 под пломбами. Уровень гигиены полости рта хороший.

Какой метод обследования поможет уточнить диагноз? Каковы причины заболевания. Проведите адекватное лечение.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 20 -</p>
--	---	---	---------------

Задача 3. Ребенку 5 лет. Явился с матерью для санации полости рта. *Объективно:* на дистально-апроксимальной поверхности 84 - неглубокая кариозная полость, заполнена кариозным дентином, дно плотное. Зондирование болезненно по стенкам полости. Перкуссия зуба безболезненна. Десна в области 84 без патологических изменений.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

Задача 4. Ребенку 4 года. Жалуется на приступообразную ночную боль в зубе. *Объективно:* На окклюзионной поверхности зуба 64 - глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование дна и удаление размягченного пигментированного дентина бором болезненно.

Сформулируйте диагноз. Перечислите методы лечения.

Задача 5. Ребенку 4 года. Со слов матери, у ребенка зуб болит в течение 2 дней. Характер боли установить не удалось. Впервые сутки ребенок плохо спал, ночью несколько раз просыпался и плакал. На вторые сутки появилась припухлость щеки, температура тела повысилась до 38,5°C, зуб болит от горячей пищи. Раньше зуб не беспокоил. *Объективно:* асимметрия лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области нижней челюсти слева; подчелюстные лимфоузлы слева увеличены до 1,5 см, подвижны, болезненны. Десна в области зуба 75 гиперемирована, отечна. На апроксимально - медиальной поверхности зуба 75 - глубокая кариозная полость, выполненная размягченным светлым дентином, после удаления которого перфорирована полость зуба, получен гнойный экссудат. Перкуссия болезненна. Подвижность 1 степени.

Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Назначьте лечение

Задача 6. Ребенку 7 лет. Жалобы на свищ в области 54. *Объективно:* на дистальной поверхности зуба 54 – глубокая кариозная полость, зондирование, перкуссия безболезненна.

Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Назначьте лечение

Задача 7. Родители ребенка 8 лет обратились с жалобами на разрушение 85 зуба. При осмотре – 85 - кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Глубокое зондирование сообщения слабо болезненно, сопровождается кровоточивостью. Перкуссия зуба безболезненна. Рентгенологически в области бифуркации и верхушек корней 85 зуба определяются очаги просветления костной ткани с нечеткими контурами.

Сформулируйте диагноз. Какой метод лечения наиболее эффективен в данном случае?

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 21 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 3 (часть 1)

Тема: Антенатальная, постнатальная профилактика кариеса зубов у детей. Методы и средства местной профилактики. Системная профилактика, значение фторированной воды, молока, соли.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: научиться правилам выбора и выполнения мероприятий по профилактике кариеса зубов у детей.

Продолжительность занятия- 2 часа

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста

Вопросы для повторения:

1. Назовите возрастные периоды развития ребёнка.
2. Сроки развития - закладки, минерализации, прорезывания временных и постоянных зубов.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Виды профилактических мероприятий (первичная, вторичная, третичная профилактика). комплексная система профилактики стоматологических заболеваний.
2. Какие виды, группы мероприятий, методы первичной профилактики кариеса зубов у детей вы знаете.
3. Антенатальная профилактика - виды, группы и методы.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Профилактика - это система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение заболеваний. Согласно классификации ВОЗ профилактика подразделяется на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика - это система государственных, социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предупреждение стоматологических заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения, а также повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды.

Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов и осложнений заболеваний. Одним из важнейших мероприятий по вторичной профилактике стоматологических заболеваний является плановая санация полости рта в различных группах населения.

Третичная профилактика - это система мероприятий, направленных на реабилитацию стоматологического статуса путем сохранения функциональных возможностей органов и тканей челюстно-лицевой области. Эти мероприятия на практике осуществляются преимущественно ортопедами и хирургами-стоматологами.

Первичная профилактика является наиболее перспективной и эффективной, так как призвана охранять ненарушенное здоровье: формирование понятий здорового образа жизни, своевременное проведение этиотропной и патогенетической профилактики в антенатальный и постнатальный периоды жизни среди основных континентов населения (беременных женщин, детей и подростков, взрослого населения). Профилактическая работа может проводиться методами массовой, коллективной и индивидуальной профилактики. Для достижения максимального эффекта первичной профилактики необходима координация работы акушеров-гинекологов, стоматологов, педиатров и родителей.

По рекомендации ВОЗ выделяют два вида мероприятий первичной профилактики кариеса: основные и вспомогательные. Основные мероприятия направлены на

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 22 -</p>
--	---	---	---------------

поддержание высокого уровня здоровья населения. К ним относятся: здоровый образ жизни, рациональное питание, физическая культура, гигиена труда и отдыха, оздоровление окружающей среды и тр. Вспомогательные или специальные мероприятия предусматривают повышение кариесрезистентности эмали с помощью специальных методов (эндогенные, экзогенные) и средств (лекарственные и безлекарственные).

В зависимости от цели применения различают 4 группы мероприятий первичной профилактики кариеса зубов:

1. Обеспечение оптимальных условий для формирования и первичной минерализации зубов в период внутричелюстного развития;
2. Создание условий для физиологического течения процесса созревания твердых тканей после прорезывания зубов;
3. Повышение кариесрезистентности эмали до прорезывания зубов;
4. Повышение кариесрезистентности эмали после прорезывания зубов.

В антенатальном периоде развития ребенка наша цель - обеспечение оптимальных условий для формирования и первичной минерализации зубов в период внутричелюстного развития. Поэтому важным является ведение здорового образа жизни матери - соблюдение гигиены, оптимизация питания, устранение вредных привычек и действия неблагоприятных факторов внешней среды, профилактика различных заболеваний, исключение профессиональных, бытовых и медикаментозных вредностей, стрессовых ситуаций, занятия физической культурой, соблюдение рационального режима труда и отдыха, закаливание и др. Большое значение в формировании зубов играет питание. Питание должно быть разнообразным, с необходимым количеством витаминов (А, Д, витамины группы В) и микроэлементов (Са, Р, F, Mg, др.).

В период гистогенеза, для образования матрицы эмали важно достаточное поступление в организм матери белка (мясо, рыба, яйца). Во второй половине беременности возрастает потребность в витаминах и минеральных солях. Основными источниками витаминов должны являться продукты питания, а также прием поливитаминных препаратов. Женщина должна находиться на диспансерном учете у акушера-гинеколога в течение всего срока беременности, При первом визите в женскую консультацию врач должен направить женщину к стоматологу, который обучит рациональной гигиене полости рта, проведет санацию полости рта, профессиональную гигиену полости рта. Важной является организация просветительской работы по профилактике стоматологических заболеваний у будущего ребёнка: мотивация по уходу за зубами детей сразу после их прорезывания, пропаганда грудного вскармливания до 12 месячного возраста, рекомендации по ограничению в питании детей сахара (до 20 г в сутки), правилам пользования соской пустышкой.

Тестовые задания:

1. Стоматологическая заболеваемость населения оценивается при проведении:
 - 1) диспансеризации населения
 - 2) плановой санации полости рта
 - 3) эпидемиологического стоматологического обследования
 - 4) профилактических осмотров
 - 5) профилактических мероприятий
2. Методика эпидемиологического стоматологического обследования по ВОЗ предусматривает обследование детей в возрасте (лет)
 - 1) 3, 6, 9
 - 2) 6, 9, 12
 - 3) 6, 12, 15
 - 4) 9, 12, 15
 - 5) 12, 15, 18
3. Фторсодержащие зубные пасты рекомендуется использовать детям с возраста (лет):
 - 1) 1 – 1,5
 - 2) 4 – 5
 - 3) 6 – 7
 - 4) 10 – 12
 - 5) 16 – 18
4. Жевательную резинку рекомендуют использовать:
 - 1) перед чисткой зубов
 - 2) после чистки зубов
 - 3) после приема пищи

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 24 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 3 (часть 2)

Тема: Антенатальная, постнатальная профилактика кариеса зубов у детей. Методы и средства местной профилактики. Системная профилактика, значение фторированной воды, молока, соли.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: научиться правилам выбора и выполнения мероприятий по профилактике кариеса зубов у детей.

Продолжительность занятия- 2 часа

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста

Вопросы для повторения:

1. Перечислите кариесогенные факторы.
2. Показатели, характеризующие стоматологическую заболеваемость.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Постнатальная профилактика кариеса зубов у детей - задачи стоматолога, педиатра и родителей.
2. Роль фторидов в профилактике кариеса зубов.
3. Методы и средства местной - экзогенной профилактики.
4. Системная - эндогенная профилактика.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

Постнатальная профилактика - Программа профилактики возникновения кариеса у детей раннего возраста ставит следующие задачи перед 1) педиатрами : при первом визите направить ребёнка к стоматологу; вести пропаганду грудного вскармливания; дать рекомендации по режиму питания ребенка. 2) стоматологами: мотивация родителей- с 6-месячного возраста регулярное посещение стоматолога(1 раз в полгода); мотивация родителей к уходу за зубами детей с момента их прорезывания; обучение родителей гигиеническому уходу за полостью рта детей; регулярный контроль за осуществлением гигиенических мероприятий у детей. 3) родителями: проведение ежедневного, правильного гигиенического ухода за полостью рта и зубами ребёнка; соблюдение режима кормления; ограничение потребления сахара детьми; соблюдение правил по использованию соски; предупреждение возникновения у ребенка вредных привычек.

Повышение резистентности эмали до прорезывания зубов способствуют препараты общего действия (**эндогенные**): препараты кальция, фосфора, фтора, др. микроэлементы, витамины, средства, регулирующие обменные процессы.

Препараты фтора являются основными средствами профилактики кариеса зубов. В организме человека или в препаратах для профилактики кариеса содержатся соединения фтора- фториды. Наиболее интенсивное накопление фторида в тканях зуба происходит во время формирования коронки и в первые годы после прорезывания зуба, когда осуществляется его минерализация. Фторид проявляет свои противокариозные свойства в полости рта двумя путями - воздействуя на эмаль зуба и на бактерии зубного налета. Если фторид поступает после прорезывания, то он снижает растворимость эмали, способствует реминерализации частично деминерализованной эмали, образование фторида кальция на поверхности зуба и в окружающей его среде.

В настоящее время введение соединений фтора для профилактики кариеса зубов может быть: **Системным (эндогенным)** - поступление фторидов в организм с водой, солью, молоком, в таблетках или каплях; **Местным (экзогенным)** – использование зубных паст, лаков, растворов для полосканий, гелей для аппликаций.

Выбор методов и способов применения фторидов в значительной степени определяется степенью интенсивности кариеса зубов на популяционном уровне и уровнем

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 25 -</p>
--	---	---	---------------

концентрации фтора в питьевой воде. Сочетание системных и местных методов способствует некоторому увеличению эффективности.

Системные методы применения фторидов

Системные методы введения фторидов являются групповыми или популяционными. Нельзя применять два системных метода.

Фторирование питьевой воды: Употребление природной воды или искусственно фторированной с оптимальным содержанием фтора - от 0,7 до 1,2 мг/л. Клиническая эффективность фторированной воды высока: от 50%-75%.

Фторирование молока: Молоко играет важную роль в питании человека в течение всей его жизни. Оно является высококалорийной пищей, богато содержанием лактозы, кальция и фосфатов (способствуют реминерализации эмали). 50 лет назад швейцарский педиатр E.Ziegler рекомендовал добавлять к молоку соединения фтора и использовать в качестве альтернативного метода доставки фтора для профилактики кариеса там, где его содержание в воде ниже оптимальных значений. ВОЗ даны рекомендации по применению фторированного молока: - ежедневный прием по 200 мл в день;

- детьми от 3 до 12 лет;
- не менее 250 дней в году

Клиническая эффективность этого метода (редукция) 50-60%.

Фторирование поваренной соли: Дешевым и достаточно эффективным является фторирование поваренной соли, производство которой не представляет особых технологий (на 1 кг соли добавляют 250 мг фтора), а от пациента больших усилий.

Клиническая эффективность - редукция прироста кариеса составляет примерно 40-50%.

Таблетки и растворы, содержащие фторид: При правильном и регулярном приеме таблеток фтора натрия можно восполнить дефицит фтора в организме. Таблетки эффективны во время развития и созревания зубов. Применять их следует не менее 250 дней в году с 2 до 15 лет. Используют фторид и в виде капель – препарат «Витафтор». Прием фтора с витаминами можно назначать в антенатальном периоде, но не позже, чем через 2 года после рождения ребенка. Клиническая эффективность: прием детьми с рождения до 4 лет фторид витаминсодержащих препаратов приводит к снижению прироста кариеса постоянных зубов на 41%.

Местные противокариозные средства:

Наиболее интенсивно процесс созревания эмали протекает в первые 2-3 года после прорезывания зубов, поступление в эмаль минеральных веществ осуществляется из ротовой жидкости, воды, пищевых продуктов, из зубных паст. Применение местных противокариозных средств, содержащих фтор, кальций, фосфор и др. позволяют ускорить процесс созревания эмали. Способствует реминерализации частично деминерализованной эмали. Местное применение препаратов в виде полосканий, аппликаций, покрытия зубов лаками, гелями, запечатывание фиссур.

Зубные пасты: В настоящее время 95 % всех зубных являются фторид содержащими. В качестве противокариозных добавок в их состав вводят фторид натрия, олова; монофторфосфат, фтористый натрий, аминоксиды. Эти пасты рекомендуются и детям и взрослым. Важно отметить, что детям раннего возраста рекомендовано применение паст без фтора, с трех лет использование только детских паст с содержанием фтористых соединений до 0,023%, после прорезывания первых постоянных зубов (с 6 лет) возможно применение зубных паст для взрослых. Применение фторидсодержащих зубных паст приводит к редукции кариеса на 20-40%.

Фторидсодержащие лаки: Один из самых распространенных средств местной профилактики кариеса зубов. Частота нанесения лаков 2-4 раза в год, в зависимости от степени активности кариозного процесса у данного пациента. Клиническая эффективность

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 26 -</p>
--	---	---	---------------

колеблется по данным различных авторов от 20 до 70%. На клинические результаты влияют интенсивность кариеса зубов, частота нанесения лака и другие факторы.

Фторидсодержащие растворы и гели для профессионального применения с достаточно высокой концентрацией фторида натрия применяют 1 или 2 раза в год. Редукция кариеса при применении этого метода от 30 до 50%.

Фторидсодержащие методы для самостоятельного применения – применяют растворы с низкой концентрацией фторида. Эффективность составляет 30 - 40%.

Герметики и пломбировочные материалы, постепенно выделяющие фторид – наносят на фиссуры и ямки зубов с целью изоляции эмали от окружающей среды, профилактическое действие герметиков усиливается за счет введения в их состав активных соединений фтора. Эффективность метода до 92%.

Ситуационные задачи:

1. Мама ребенка 6-месяцев пришла на плановый осмотр к педиатру. Какие рекомендации врач должен дать с целью профилактики стоматологических заболеваний.
2. Мама годовалого ребенка на приеме у педиатра пожаловалась на малое количество зубов в полости рта у ребенка. Сколько зубов должно быть у ребенка в этом возрасте? Дайте необходимые рекомендации по уходу за полостью рта, по правилам приема пищи и её рациональности.
3. Ребёнок 1,5 лет имеет интенсивность кариеса – 2, индекс гигиены – 0,1. К какой диспансерной группе относится ребенок? Дайте необходимые рекомендации и назначения по профилактике стоматологических заболеваний.
4. В регионе распространённость кариеса среди детей 3 лет равна 42%, при средней интенсивности – 2,3. Какие мероприятия должен организовать врач-стоматолог и врач – педиатр в детском саду, с целью профилактики стоматологических заболеваний.
5. В нашем регионе у детей 6- лет распространённость кариеса молочных зубов достигает 92%, постоянных зубов 11,2%, При средней интенсивности – 4,2. Составьте комплекс профилактических мероприятий для данной возрастной группы. Какие общие и местные методы рационально проводить в нашем регионе и с какого возраста?
6. Врач-педиатр в группе детей 6-7 лет должен провести гигиеническое обучение по вопросам предупреждения стоматологических заболеваний. Какие задачи перед ним стоят для решения данного вопроса?
7. Врачу педиатру необходимо составить план выступления на общешкольном родительском собрании по вопросам гигиенического обучения родителей учащихся. По какому принципу нужно проводить обучение и какие темы необходимо раскрыть с целью профилактики стоматологических заболеваний.
8. На приеме у педиатра ребенку 14 лет больному сахарным диабетом необходимо дать рекомендации по профилактике стоматологических заболеваний. Какие, кто должен их проводить и контролировать.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 27 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 4 (часть 1)

Тема: Индивидуальная гигиена полости рта: предметы, средства, методы. Роль врача-педиатра в профилактике стоматологических заболеваний у детей.

Цель занятия: Изучить методы и средства гигиены полости рта, требования к уровню знаний и практическим навыкам ухода за зубами у детей в различные возрастные периоды.

Продолжительность занятия: 2 часа.

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста.

Вопросы для повторения:

1. Антенатальная и постнатальная профилактика кариеса зубов у детей.

Контрольные вопросы:

1. Гигиена полости рта у детей до года.

2. Гигиена полости рта у детей 2-3 лет.

3. Гигиена полости рта у детей 4-6 лет.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ.

Индивидуальная гигиена полости рта - это тщательное и регулярное удаление самим пациентом зубных отложений с поверхности зубов и десен с помощью различных средств. Ими могут быть зубные щетки, зубные нити, пасты, ополаскиватели для полости рта, межзубные щетки, щеточки для языка, ирригаторы.

Основным средством чистки зубов является **зубная щетка**. Она состоит из ручки и головки. Щетки различаются:

- размерами (чаще мы рекомендуем щетки с маленькой головкой для того, чтобы легко манипулировать в полости рта и очищать труднодоступные поверхности зубов)
- свойствами волокон (синтетическое волокно и натуральная щетина),
- формой головки и расположением пучков,
- жесткостью (очень жесткие, жесткие, средние, мягкие, очень мягкие),
- дизайном ручки (прямая и изогнутая).

Сейчас становятся все более популярными электрические зубные щетки: маленькая головка электрощетки совершает колебания, которые разрушают зубной налет, и возвратно-поступательные движения, которые удаляют налет даже с труднодоступных поверхностей. Но следует отметить, что используют ее в качестве дополнительного средства к мануальной зубной щетке и только при здоровом пародонте.

Ионные зубные щетки относятся по принципу действия – к электрическим зубным щеткам. Внешне зубная щетка ионная мало отличается от обычной ручной зубной щетки, однако у нее внутри находится металлический стержень покрытый диоксидом титана. Этот стержень при подключении к источнику питания (батареяке) начинает высвобождать отрицательно заряженные ионы, которые через головку щетки попадают в слюну при чистке зубов.





Использование ионной зубной щетки во время чистки зубов позволяет значительно быстрее нормализовать кислотность полости рта, что может быть особенно важно, если взрослые или дети чистят зубы меньшее время, чем положенные 3 минуты. Кроме того механизм ионизации позволяет эффективнее справляться с неприятным запахом из полости рта.

Кроме того, поток электронов способствует ускорению диссоциации на ионы лечебных компонентов зубной пасты (соединения фтора и кальция), что приводит к более быстрому началу проникновения микроэлементов в ткани зуба во время чистки зубов. Это будет дополнительным фактором, препятствующим возникновению кариеса.



Зубочистки являются дополнительным средством гигиены полости рта и предназначены для удаления остатков пищи из межзубных промежутков и зубного налета с боковых поверхностей зубов. Зубочистки изготавливаются из дерева и пластмассы, форма их может быть треугольной, плоской и круглой, иногда их ароматизируют ментолом. При использовании зубочистки ее помещают под углом 450 к зубу, при этом конец ее находится в десневой борозде, а сторона прижата к поверхности зуба. Затем кончик зубочистки продвигают вдоль зуба, следуя от основания бороздки к контактной точке зубов. При неправильном использовании зубочистки возможна травма межзубного сосочка и изменение его контура, что в свою очередь, приводит к образованию пространства, щели между зубами.

Зубные нити (флоссы) предназначены для тщательного удаления зубного налета и остатков пищи с труднодоступных для щетки контактных поверхностей зубов. Флоссы изготавливаются из специального синтетического волокна. Они могут быть воощеными и невоощеными, круглыми и плоскими, иногда с ментоловой пропиткой. Невоощенные нити тоньше и легче продвигаются при близко расположенных контактных пунктах, однако при скученности зубов, большом количестве зубного камня или нависающих краях пломб лучше использовать воощенные нити. Некоторые зубные нити пропитаны фторидами. Такой вид гигиенической продукции позволяет дополнительно укрепить эмаль в труднодоступных для чистки зубов участках и способствовать предотвращению кариеса. Кроме того, существуют суперфлоссы – нити с односторонним утолщением. Такая нить имеет жесткий кончик и сочетание невоощенных фрагментов и более широкого нейлонового волокна. Она позволяет очищать контактные поверхности зубов, а также способствует более тщательному удалению остатков пищи и налета с имеющихся в полости рта ортопедических и ортодонтических конструкций.



Способ применения флоссов: нить длиной 35-40 см накручивают вокруг первой фаланги средних пальцев обеих рук. Затем осторожно вводят натянутую нить (с помощью указательных пальцев на нижней челюсти и больших пальцев на верхней челюсти) по контактной поверхности зуба, стараясь не травмировать зубодесневой сосочек. Несколькими движениями нити удаляют все мягкие отложения. Последовательно производят очищение контактных поверхностей со всех сторон каждого зуба.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Какие средства индивидуальной гигиены вы знаете?

- а —зубная щетка;
- б —зубные пасты;
- в —зубные нити (флоссы);



г —эликсиры и ополаскиватели для полости рта;
д —зубочистки;
е —ершики;
ж —все вышеперечисленное.

2. Относятся ли жевательные резинки к дополнительным средствам индивидуальной гигиены полости рта?

а —да;
б —нет;
в —иногда.

3. Как рекомендуется применять жевательную резинку?

а —до еды, в течение 10–5 мин;
б —только после еды, 30–0 мин;
в —только после еды, до 10 мин;
г —по желанию.

4. Из каких частей состоит зубная щетка?

а —ручка;
б —головка (рабочая часть);
в —хвостовик.

5. Как делятся зубные щетки по степени жесткости?

а —мягкая;
б —средней жесткости;
в —жесткая;
г —очень жесткая;
д —все перечисленное.

6. Как делятся зубные щетки по назначению?

а —гигиенические;
б —профилактические;
в —специальные;
г —универсальные.

7. Укажите критерии выбора размера зубной щетки?

а —возраст;
б —размер зубов;
в —произвольно;
г —скорость образования зубного налета.

8. Как следует обработать зубную щетку после чистки зубов?

а —промыть под струей воды;
б —обработать раствором антисептика;
в —промыть мыльным раствором.

9. Как следует хранить зубную щетку?

а —горизонтально, рабочей частью вверх;
б —вертикально, рабочей частью вниз;
в —вертикально, рабочей частью вверх;
г —в футляре.

10. На какие группы делятся зубные пасты в зависимости от состава и свойств?

а —гигиенические;
б —лечебно-профилактические;
в —универсальные.



11. Какие ингредиенты входят в состав зубных паст?

- а —абразивные;
- б —пенообразующие;
- в —увлажняющие связующие;
- г —поверхностно-активные вещества;
- д —консерванты;
- е —вода;
- ж —лечебно-профилактические элементы;
- з —вкусовые наполнители;
- и —все вышеперечисленное.

12. От чего зависит лечебно-профилактический эффект зубных паст?

- а —от вкусовых наполнителей;
- б —введения в состав лечебно-профилактических элементов;
- в —от соотношения всех составных компонентов.

14. Какие абразивные вещества применяют при изготовлении зубных паст?

- а —пемза;
- б —карбонат _____ кальция (мел);
- в —кальцийфосфатные соединения;
- г —соединения кремния;
- д —оксид алюминия.

15. Какие вещества используются в качестве увлажнителей?

- а —глицерин;
- б —сорбитол;
- в —полиэтиленгликоль;
- г —вода;
- д —перекись водорода 3 %-ная.



Тема № 4 (часть 2)

Тема: Индивидуальная гигиена полости рта: предметы, средства, методы. Роль врача-педиатра в профилактике стоматологических заболеваний у детей.

Цель занятия: изучить методы и средства гигиены полости рта, требования к уровню знаний и практическим навыкам ухода за зубами у детей в различные возрастные периоды.

Продолжительность занятия: 2 час.

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста.

Контрольные вопросы:

1. Гигиена полости рта у детей младшего школьного возраста (7-10 лет).
2. Гигиена полости рта у подростков (10-16 лет).

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ.



Межзубные ершики и щетки. Межзубные ершики используются для очищения контактных поверхностей зубов при наличии широких межзубных промежутков, гигиеническом уходе за полостью рта пациентов с несъемными ортодонтическими и ортопедическими конструкциями, стоматологическими имплантатами,

аномалиями положения зубов (скученность), когда чистки зубов с помощью зубной щетки и пасты недостаточно для полного удаления зубного налета. Обычно они небольшого размера, рабочая часть может состоять из одного пучка волокон, подстриженного в виде конуса, или нескольких пучков, размещенных в одном ряду.

Монопучковые зубные щетки. Обычно имеют небольшой размер, рабочая часть может состоять из одного пучка волокон, подстриженного в виде конуса, или нескольких пучков, размещенных в одном ряду. Чаще они используются в комплекте средств для гигиенического ухода за полостью рта пациентов с несъемными ортодонтическими и ортопедическими конструкциями, а также для удаления зубного налета в труднодоступных дистальных отделах зубного ряда.



Щеточка для языка. Чистка зубов должна завершаться очищением спинки языка. Это обусловлено тем, что язык представляет собой своеобразный резервуар бактерий. Сосочки на спинке языка создают большую по площади и неровную поверхность, которая способствует аккумуляции микроорганизмов и остатков пищи. Различная величина этих сосочков создает углубления и возвышения, поэтому язык является идеальным местом для роста бактерий. Остатки пищи, которые скапливаются в углублениях между сосочками, используются бактериями как питательный субстрат. Очищение языка различными средствами практиковалось с античных времен. В наши дни этот метод вновь приобретает все большую популярность. Сейчас разработаны различные приспособления для очищения языка, которые изготавливают из металла или пластика. Их действия основано на механическом удалении остатков пищи и скопления бактерий со спинки языка. Такую щетку помещают на спинку языка как можно ближе к его корню и продвигают вперед, слегка надавливая на язык. Особенно показано применение этой щеточки:



- при обложенном языке;



- наличии глубоких фиссур на языке;
- «волосатом» языке;
- злостными курильщиками.



Ополаскиватели для полости рта. Зубные эликсиры предназначены для ополаскивания полости рта. Они улучшают очищение поверхностей зубов, предупреждают образование зубного налета, дезодорируют полость рта. В состав эликсиров обычно входят биологически активные компоненты.

Жевательные резинки позволяют улучшить гигиеническое состояние полости рта за счет увеличения количества слюны и скорости слюноотделения. Они способствуют очищению поверхностей зубов и нейтрализации органических кислот, выделяемых бактериями зубного налета. Применение жевательной резинки способствует:



- увеличению скорости слюноотделения;
- стимуляции выделения слюны с повышенной буферной емкостью;
- нейтрализации кислот зубного налета;
- усилению омывания слюной труднодоступных участков полости рта;
- удалению остатков пищи.

В настоящее время преимущество отдается жевательным резинкам на основе сахарозаменителей, так как они обладают антикариесогенным эффектом. Некоторые жевательные резинки содержат противокариозные и противовоспалительные добавки: соединения фтора, лактат кальция и хлоргексидин.

В соответствии с результатами многочисленных зарубежных и отечественных исследований мы предлагаем следующие рекомендации:

- жевательную резинку следует использовать и детям, и взрослым;
- лучше применять жевательную резинку, не содержащую сахара;
- пользоваться жевательной резинкой следует, по возможности, после каждого приема пищи и сладостей;
- во избежание нежелательных последствий жевать резинку следует не более 10 минут после приема пищи;
- не рекомендуется бесконтрольное, многократное употребление жевательной резинки в течение дня.



Ирригаторы для полости рта эффективно очищают межзубное пространство и зубодесневые складки. Мощный пульсирующий напор воды массирует десну и всю полость рта, улучшая кровообращение. Специальное устройство насадки позволяет струе воды достичь области, недоступные при чистке обычной зубной щеткой или нитью. Особенно ирригаторы необходимы для ухода за протезами зубов, коронками и различного вида

зубными аппаратами, включая аппараты исправления прикуса.

Разрушенные кариозные зубы, отягощенные воспалением костной ткани челюсти, формируют очаги одонтогенной инфекции, которые оказывают серьезное влияние на возникновение и развитие очагово-обусловленных состояний и заболеваний (коллагенозов, артритов, болезней почек и др.) и диагностируются у практически «здоровых» детей более чем в 10% случаев. И если о кариесе зубов родителям напоминает обилие в торговой сети средств гигиены полости рта, а также СМИ, то о заболеваниях пародонта и аномалиях прикуса информация минимальна. В связи с этим значительно возрастает роль врача-педиатра, способного выявить типичные симптомы

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 33 -</p>
--	---	---	---------------

стоматологической патологии, правильно сориентировать родителей, а в ряде случаев принять активное участие в решении проблем.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

На прием к стоматологу пришел ребенок 7 лет для профилактического осмотра. Жалоб нет. Данные анамнеза: практически здоров. Перенесенные заболевания - ветрянка, редко ОРЗ. Внешний осмотр: патологических изменений не выявлено.

Внутриротовой осмотр: состояние слизистой оболочки полости рта: нормально увлажнена, бледно-розового цвета. Состояние твердых тканей зубов: На жевательной поверхности зуба 3.6 кариозная полость, на зубе 4.6- пломба на жевательной поверхности, на зубах 6.4, 7.4, 7.5, 8.4, 8.5 пломбы на жевательной и контактной поверхностях. Зубы 5.2, 6.2 подвижны.

Задания:

1. Запишите зубную формулу в соответствии с международным обозначением зубов.
2. Укажите возрастной период физиологической смены временных зубов на постоянные.
3. Укажите причину подвижности зубов 5.2, 6.2.
4. Определите интенсивность кариеса зубов.
5. Определите интенсивность кариеса поверхностей.

Задача 2

В средней общеобразовательной школе среди детей проводится внедрение комплексной программы профилактики основных стоматологических заболеваний с применением полоскания полости рта 0,2% раствором фторида натрия.

Задания:

1. Укажите к каким методам фторидпрофилактики кариеса, эндогенным или экзогенным, относится данный метод
2. Определите кратность полоскания 0,2 % раствором фторида натрия.
3. Определите количество раствора фторида натрия, необходимое для 1 полоскания.
4. Укажите возраст детей, с которого рекомендуется проводить данный метод.
5. Назовите другие концентрации растворов фторида натрия и кратность их применения для проведения полосканий с целью профилактики кариеса

Задача 3

Пациент К., 19 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость и болезненность десен при приеме твердой пищи и чистке зубов. Из анамнеза: впервые кровоточивость десен появилась в 15 лет. Пациент чистит зубы 1 раз в день мягкой щеткой в течение 1 минуты. При внешнем осмотре: конфигурация лица не изменена, кожа лица и видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

При внутриротовом осмотре: состояние слизистой оболочки рта: бледно-розового цвета, нормально увлажнена. Десневые сосочки у всех зубов гиперемированы, отечны, кровоточат при зондировании. Мелкое преддверие полости рта (глубина преддверия 4 мм). Определяется оголение шеек зубов в области фронтальной группы зубов нижней челюсти. Состояние твердых тканей зубов. Пломбы по 1 классу на зубах 1.7, 2.6, 3.7. Гигиеническое состояние полости рта: визуально определяется значительное количество мягкого зубного налета и наддесневого зубного камня. Индекс ИГР-У равен 4.0.

Задания:

1. Укажите местные факторы возникновения воспалительного процесса в тканях пародонта у пациента.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 34 -</p>
--	---	---	---------------

2. Оцените гигиеническое состояние полости рта.
3. Укажите ошибки, допущенные пациентом в выборе средств гигиены полости рта и методике чистки зубов.
4. Подберите пациенту средства индивидуальной гигиены полости рта.
5. Укажите, консультация какого специалиста – стоматолога необходима пациенту.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 35 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 5 (часть 1)

Тема: «Заболевания слизистой оболочки полости рта как самостоятельный процесс и как проявления общих соматических заболеваний (заболеваний ЖКТ, крови, эндокринной системы, аллергических заболеваний и детских инфекций)».

Цель занятия: ознакомиться с заболеваниями слизистой оболочки полости рта у детей разных возрастов, научиться дифференцировать заболевания слизистой оболочки полости рта как самостоятельные процессы и как проявления общих соматических заболеваний, научиться лечить и оказывать первую помощь при заболеваниях слизистой оболочки полости рта у детей.

Продолжительность занятия: 2 часа.

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста.

Вопросы для повторения:

1. Индивидуальные предметы гигиены полости рта.
2. Индивидуальные средства гигиены полости рта.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Особенности строения слизистой оболочки рта у детей.
2. Острый герпетический стоматит.
3. Рецидивирующие афты полости рта.
4. Проявление в полости рта заболеваний ЖКТ.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

Особенности строения слизистой оболочки рта у детей.- Вся полость рта ребенка покрыта слизистой оболочкой, состоящей из эпителия на соединительно-тканной основе. Соединение эпителия с подлежащей соединительной тканью осуществляется при помощи базальной мембраны. Толщина эпителия в разных отделах полости рта неоднородна, составляет от 200 до 500 мкм и представлена и тремя слоями клеток: базальным слоем, слоями шиповидных и плоских клеток. Эпителий слизистой оболочки рта не имеет сосудов и нервных окончаний, его питание осуществляется путем диффузии питательных веществ через базальный слой. По мере размножения эпителиальных клеток поверхностный слой получает меньше питательных веществ, уплотняется и слущивается. Так происходит обновление эпителия слизистой оболочки рта в норме. Соединительно-тканная основа слизистой оболочки состоит из рыхлой или плотной ткани (в разных участках), богата кровеносными сосудами и клеточными элементами. Граница эпителия и соединительной ткани представлена в виде двух пластинок, одна из которых образует клеточную мембрану, а другая – слой преколлагеновых соединений. Пространство между этими слоями заполнено склеивающим веществом. Базальные клетки эпителия цитоплазматическими «шипами» внедряются в аргирофильную субстанцию и образуют базальную мембрану. Исходя из выполняемой функции, выделяют 3 типа слизистой оболочки: Покровная – слизистая оболочка губ, щек, переходных складок дна полости рта и т.д.; Жевательная – слизистая оболочка десен и твердого неба; Специализированная – слизистая оболочка тыльной поверхности языка. Все воспалительные заболевания слизистой оболочки рта называют стоматитами (от греч. стома – рот).

У детей структура слизистой оболочки (гистологически и гистохимически) меняется в зависимости от возраста. Эти изменения влияют на возникновение и формирование наиболее часто встречающихся заболеваний и патологических процессов слизистой оболочки. Период новорожденности (от рождения до 10 дней) характеризуется низкой

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 36 -</p>
--	---	---	---------------

дифференцировкой тканей. Эпителиальный слой тонкий и состоит из двух слоев, эпителиальные сосочки не развиты, базальная мембрана не сформирована, в соединительной ткани волокнистые структуры мало дифференцированы, клеточные элементы представлены молодыми неактивными формами. Эти особенности строения обуславливают легкую ранимость тканей, что проявляется в образовании эрозий и даже язв в местах контакта слизистой оболочки с молочной соской. Эрозии и язвы слизистой оболочки рта в местах перехода твердого неба в мягкое имеют типичную клиническую картину, и известны под названием афт Бернара. Однако это не истинные афты травматические повреждения, которые образуются от травмы жесткими краями молочной соски. Тонкий слой эпителия и низкая сопротивляемость его клеток позволяют грибковой инфекции при сниженном иммунитете (разной этиологии) закрепиться на поверхности эпителия и использовать его как питательную среду – формируется грибковый стоматит разной степени тяжести. В то же время «качественный состав» тканей (в эпителии большое количество гликогена и рибонуклеиновой кислоты, в соединительной ткани значительное количество мукополисахаридов, переданных интерплацентарно от матери) обеспечивает их высокую способность к регенерации. На всех участках слизистой оболочки выявляется резкая фуксинофилия коллагеновых и эластических волокон, что свидетельствует о наличии зрелых белковых структур и расценивается как результат плацентарной передачи плоду зрелых белковых структур матери, обеспечивающих высокие показатели гистохимических реакций. То же самое можно предположить в отношении кислых мукополисахаридов, выявляющихся в этом периоде в значительном количестве. По мере взросления ребенка происходит увеличение объема эпителия и дифференцировка клеток. В жевательной слизистой оболочке появляется паракератоз, эпителий слущивается, и грибковой инфекции закрепиться на нем становится трудно.

Особенности строения слизистой оболочки у детей 1 года обеспечивает ее лучшие физические качества и местный иммунитет к вирусным инфекциям. Например, ОГС в этом возрастном периоде практически не возникает, в то время как в период от 1 года до 3 лет 80% детей переносят это вирусное заболевание разной степени тяжести. В последующий период жизни ребенка (от 1 года до 3 лет) в строении слизистой оболочки рта четко формируются региональные отличия. В то же время отмечается резкое снижение фуксинофилии коллагеновых волокон, что свидетельствует о низкой зрелости белковых структур, формирующихся уже у самого ребенка. Эластические волокна выражены весьма слабо, что также обусловлено их незрелостью. В этот период отмечается и резкое снижение в соединительной ткани кислых мукополисахаридов, зато возрастает число клеточных элементов и капилляров. Указанные гистологические и гистохимические особенности строения слизистой оболочки свидетельствует о том, что утрачивается иммунитет, полученный от матери, и слабо формируются собственные иммунные реакции. Это один из факторов, обуславливающих развитие и острое течение патологических процессов слизистой оболочки рта. Именно в этом возрасте чаще возникает ОГС разной степени тяжести, с высокой температурой, вовлечением подчелюстных лимфатических узлов. У преимущественного большинства детей после перенесенного ОГС остается стойкий иммунитет. В первичный детский период (4-7 лет) происходят количественные и качественные изменения в структуре слизистой оболочки рта. Увеличивается объем эпителия, однако содержание в нем гликогена и рибонуклеиновой кислоты по сравнению с предыдущим периодом значительно уменьшается, количество кровеносных сосудов и клеточных элементов в собственном слое слизистой оболочки увеличивается, уплотняется и огрубевает базальная мембрана. Меняется и клеточный состав соединительной ткани, значительно возрастает число лимфоидно-гистиоцитарных элементов. Появление и скопление этих клеток свойственно

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 37 -</p>
--	---	---	---------------

иммунологическим сдвигам и имеет отношение к изменению белкового обмена, так как сначала идет накопление клеток, продуцирующих антитела (лимфоцитов, плазматических клеток), а затем вырабатываются специфические иммуноглобулины, т.е. антитела. В этот период уменьшается склонность к диффузным реакциям при заболеваниях слизистой оболочки рта и можно наблюдать заболевания, в патогенезе которых существенную роль играет аллергия. В этом возрасте у детей может развиваться и тяжелая аллергическая реакция в виде синдромов Стивенса-Джонсона, Лайелла, Фиссенже-Рандю и др. Вирусные заболевания (герпетический стоматит) приобретают рецидивирующее течение.

Возрастные гистологические и гистохимические отличия в строении слизистой оболочки рта после 10 лет и, главным образом, после 12-14 лет характеризуются изменениями, обуславливающими развитие более «спокойных» форм заболеваний инфекционно-аллергической природы, таких как многоформная экссудативная эритема. Под влиянием факторов гормональной регуляции формируются юношеские гингивиты и мягкая лейкоплакия.

Заболевания слизистой оболочки полости рта как самостоятельный процесс.

Острый герпетический стоматит (ОГС) у детей 1-3 лет диагностируется в 80% случаев. Возбудитель заболевания — вирус простого герпеса I типа. Первично инфицировав организм ребенка, он пожизненно персистирует в нем, несмотря на постоянный титр специфических антител. ОГС протекает в легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. Развитие болезни проходит пять периодов: 1. Инкубационный. 2. Продромальный. 3. Период развития болезни. 4. Период угасания болезни. 5. Период клинического выздоровления. Симптомы поражения слизистой оболочки рта появляются в 3-м периоде развития болезни. Появляется интенсивная гиперемия всей слизистой оболочки рта; через сутки, реже двое, в полости рта, как правило, обнаруживаются элементы поражения, в отличие от стрептостафилококковой пиодермии, при которой образуются «медовые корки». Тяжесть ОГС оценивается по выраженности и характеру интоксикации и поражения слизистой оболочки рта.

Легкая форма ОГС характеризуется внешним отсутствием симптомов интоксикации организма, продромальный период клинически отсутствует. Болезнь начинается внезапным повышением температуры до 37-37,5 С. Общее состояние вполне удовлетворительное. У ребенка иногда обнаруживаются незначительные явления воспаления слизистой оболочки носа, верхних дыхательных путей, в полости рта — явления гиперемии, небольшого отека, главным образом в области десневого края (катаральный гингивит). Длительность периода 1-2 дня. Стадия везикулы обычно не замечается родителями и врачом, так как пузырек быстро лопается и переходит в стадию афты. Афта-это эрозия округлой формы с ровными краями и гладким дном с ободком гиперемии вокруг. Высыпания одноразовые. Период угасания болезни более длительный. В течение 1-2 элементы приобретают «мраморную» окраску, края и центр их размываются. Они уже менее болезненны. После эпителизации элементов в течение 2-3 дней сохраняются явления катарального гингивита, особенно в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти.

Среднетяжелая форма ОГС характеризуется достаточно четко выраженными симптомами интоксикации и поражения слизистой оболочки полости рта во все периоды болезни. Уже в продромальном периоде ухудшается самочувствие ребенка, появляются слабость, капризы, ухудшение аппетита, может наблюдаться катаральная ангина или симптомы ОРЗ. Подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются, становятся болезненными. Температура поднимается до 37-37,5С. По мере нарастания симптомов в период развития заболевания (фаза катарального воспаления) температура достигает 38-39С, появляются головная боль, тошнота, бледность кожных покровов. На пике подъема

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 38 -</p>
--	---	---	---------------

температуры, усиленной гиперемии и выраженной отечности слизистой оболочки высыпают элементы поражения как в полости рта, так и нередко на коже лица в приротовой области. В полости рта обычно высыпают от 10 до 20-25 элементов поражения. В этот период усиливается саливация, слюна становится вязкой, тягучей. Отмечаются ярко выраженное воспаление и кровоточивость десен. В крови отмечается СОЭ до 20 мм/ч, чаще лейкопения, иногда незначительный лейкоцитоз. Палочкоядерные лейкоциты и моноциты в пределах верхних границ нормы, лимфоцитоз и плазмоцитоз. Продолжительность периода угасания болезни зависит от сопротивляемости организма ребенка, наличия в полости рта кариозных и разрушенных зубов, рациональной терапии. Последние факторы способствуют слиянию элементов поражения, их последующему изъязвлению, появлению язвенного гингивита. Эпителизация элементов поражения затягивается до 4-5 дней. Дольше всего сохраняются кровоточивость десен и лимфаденит.

Тяжелая форма ОГМ встречается значительно реже, чем среднетяжелая и легкая. В продромальном периоде у ребенка имеют место все признаки начинающегося острого инфекционного заболевания: апатия, адинамия, головная боль, кожно-мышечная гиперестезия и артралгия, нередко наблюдаются симптомы поражения сердечно-сосудистой системы: бради- и тахикардия, приглушение тонов сердца, артериальная гипотония. У некоторых детей отмечаются носовые кровотечения, тошнота, рвота, отчетливо выраженный лимфаденит не только подчелюстных, но и шейных лимфоузлов. В период развития болезни температура поднимается до 39-40С. У ребенка появляется скорбное выражение губ, страдальчески запавшие глаза. Может быть нередко выраженный насморк, покашливание, несколько отечные и гиперемированные конъюнктивы глаз. Губы сухие, яркие, запекшиеся. В полости рта слизистая оболочка отечна, ярко гиперемирована, резко выраженный гингивит. Через 1-2 суток в полости рта начинают появляться элементы поражения числом до 20-25. Часто высыпания в виде типичных герпетических пузырьков появляются на коже приротовой области, коже век и конъюнктиве глаз, мочке ушей, на пальцах рук по типу панариция. Высыпания в полости рта рецидивируют, и поэтому в разгар болезни у тяжелобольного ребенка их насчитывают около 100. Элементы сливаются, образуя обширные участки некроза слизистой оболочки. Поражаются не только губы, щеки, язык, мягкое и твердое небо, но и десневой край. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический, отмечается резкий гнилостный запах из полости рта, обильное слюноотделение с примесью крови. Усугубляются воспалительные явления на слизистой оболочке носа, дыхательных путей, глаз. В секрете из носа и гортани обнаруживаются также прожилки крови, а иногда отмечаются носовые кровотечения. В таком состоянии дети нуждаются в активном лечении у педиатра и стоматолога, в связи с чем целесообразным является госпитализация ребенка в изолятор педиатрической или инфекционной больницы. В крови детей с тяжелой формой стоматита обнаруживается лейкопения, палочкоядерный сдвиг влево, эозинофилия, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов. У последних очень редко наблюдаются токсическая зернистость. Период угасания болезни зависит от своевременного и правильного назначения лечения и от наличия в анамнезе ребенка сопутствующих заболеваний. Несмотря на клиническое выздоровление, у больного тяжелой формой ОГС в период реконвалесценции имеются глубокие изменения гомеостаза. Основные современные принципы лечения детей с ОГС

- Индивидуальный подход при выборе наиболее рациональной схемы лечения с учетом клинических проявлений, т.е. периода развития болезни и степени тяжести;
- Соблюдение последовательности применения всех компонентов выбранной для лечения терапевтической схемы;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 39 -</p>
--	---	---	---------------

- Своевременный переход от противовирусной к противовоспалительной и кератопластической терапии.

Рецидивирующие афты полости рта.

Рецидивирующие афты полости рта относятся к наиболее распространенным видам патологии слизистой оболочки рта. Частота этого заболевания колеблется от 10 до 40% в различных возрастных группах. В детском возрасте рецидивирующие афты полости рта являются одним из проявлений аномалии конституции организма. Под конституцией понимается совокупность генотипических и фенотипических свойств и особенностей (морфологических, биохимических, функциональных) организма, определяющих его реактивность, т.е. комплекс защитно-приспособительных реакций, направленных на сохранение гомеостаза при изменениях внешней среды. Аномалии конституции (диатез) заключается в аллергической предрасположенности к катаральным процессам в коже и слизистых оболочках дыхательных путей, ЖКТ, глаз, гениталий в сочетании с поздним стартом ферментных систем пищеварения и другими нарушениями. Со стороны органов пищеварения у детей с аномалией конституции наблюдается поздний старт ферментных систем, обеспечивающих пищеварение. Это проявляется в нарушении обмена белков, жиров, углеводов и витаминов, функции печени, водно-электролитного баланса, в угнетении фагоцитоза и других механизмов специфического и неспецифического иммунитета.

По степени тяжести симптома рецидивирующих афт полости рта следует выделять 3 формы: Легкая форма. Рецидивы афт развиваются один раз в несколько лет. Афты одиночные, малоблезненные. Дети страдают незначительно в основном при употреблении пищи. В основном в анамнезе – склонность к запорам. Среднетяжелая форма. Рецидивы афт развиваются ежегодно, чаще несколько раз в год (1-2-3). Афты безболезненные, иногда локализуются в различных местах слизистой оболочки, но, как правило, в переднем отделе полости рта. Слизистая оболочка рта бледная, несколько отечная. Эволюция афт происходит в 7-9 дней. По данным анамнеза у детей отсутствуют хронические заболевания. Однако при расспросе четко выявляются следующие симптомы: отсутствие аппетита, запоры, боли в животе (чаще в области пупка), «овечий кал», непереносимость отдельных пищевых продуктов. В копрограмме – сочетанные нарушения переваривания белков и углеводов, белков и жиров. При углубленном исследовании педиатра диагностируется патологии органов пищеварения: дискинезия желчевыводящей системы, дискинезия кишечника, гиперацидный гастрит, ангиохолецистит. Тяжелая форма характеризуется единичными или множественными высыпаниями различного размера, локализующимися не только в передних отделах полости рта, но и на слизистой оболочке твердого, мягкого неба, щеках, дужках миндалин. Рецидивы наблюдаются более 4 раз в год, порой ежемесячно, или отмечается непрерывное течение. В первые дни заболевания может подниматься температура тела, лимфаденит не наблюдается, гингивит отсутствует. Развитие элементов высыпания происходит длительно, в течение нескольких недель, в среднем от 9 до 2- дней, в связи с чем период эпителизации одних афт совпадает с появлением новых, и порой, особенно в запущенных случаях, вся слизистая оболочка рта представляет собой как бы сплошную «раневую» поверхность. В самых тяжелых случаях афты переходят в язвы, после эпителизации которых образуются рубцы. Такие дети в анамнезе обычно уже имеют сформированные болезни органов пищеварения, они страдают упорными запорами, иногда чередующимися с диареей, болями, возникающими спонтанно и при пальпации живота, метеоризма. Первым этапом лечения должна быть регуляция моторной деятельности кишечника, устранение запоров. Наряду с этим необходимо назначить индивидуальную диету или средства, улучшающие пищеварение (минеральные воды,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 40 -</p>
--	---	---	---------------

желчегонные и ферментные препараты по показаниям). Также проводят специальное лечение выявленной патологии органов пищеварения, применяют средства, устраняющие вторичные проявления болезни: гиповитаминоз, дисбактериоз, анемию и др.

Проявления в полости рта при заболеваниях ЖКТ.

Хронический гастрит и гастродуоденит- Данная патология в настоящее время встречается очень часто и составляет 70–80 % по отношению к другим заболеваниям пищеварительного тракта у детей. Среди хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей первостепенная роль отводится хроническому гастродуодениту. Эта патология протекает преимущественно на фоне ослабления реактивности организма сопутствующими соматическими и перенесенными накануне инфекционными заболеваниями. Сочетанное поражение близлежащих органов и систем организма часто предопределяет тяжесть хронического гастродуоденита у детей. Обычно этому заболеванию сопутствуют хронический тонзиллит, дискинезия желчевыводящих путей, вегетососудистая дистония, функциональная кардиопатия, глистные инвазии. Аллергологический анамнез отягощен у 25–50 % детей с хроническим гастродуоденитом. Наряду с понятием «кислотозависимые заболевания» появилась новая патология в гастроэнтерологии — «НР-ассоциированные заболевания», т. е. вызванные инфекцией *Helicobacter pylori*. Для гастрита и гастродуоденита характерны жалобы на интенсивные, часто приступообразные боли в животе, локализующиеся в эпигастральной области и правом подреберье (патология гастродуоденальной зоны часто сопровождается поражением желчевыводящей системы), диспепсические расстройства: снижение аппетита, тошнота, рвота, нередко с примесью желчи, изжога, непереносимость жирной и жареной пищи, отрыжка, нарушения стула, склонность к запорам. Изменения в полости рта при хроническом гастрите у детей зависят от состояния секреторной и кислотообразующей функции желудка. Повышение кислотности желудочного сока часто сопровождается усилением саливации, гипертрофией сосочков языка, бледностью и отеком слизистой оболочки полости рта, катаральным гингивитом. При сниженной кислотности язык обложен, сосочки сглажены, характерны: гипосаливация, сухость губ, ангулярный хейлит.

Около трети детей с хроническим гастродуоденитом жалуются на неприятный запах изо рта, привкус кислого, горечь, жжение, сухость, высыпания на губах и в полости рта. Привкус во рту связан с патологией замыкательных (клапанных) структур верхнего отдела пищеварительного тракта: при недостаточности глоточного и кардиального клапанов отмечается кислый, а при недостаточности глоточного, кардиального и пилорического клапанов — горький, так называемый «дуоденогастральный рефлюкс». Дети с хроническим гастродуоденитом чаще болеют рецидивирующими формами стоматита, герпетическим поражением губ, различными формами хейлита, гингивитом. Сухость, шелушение, гиперемия красной каймы губ отмечаются у 53–70 % больных детей. Изменения губ, по-видимому, являются следствием развивающихся полигиповитаминозов на фоне нарушения обмена витаминов, особенно группы В.

Наиболее характерными изменениями слизистой оболочки полости рта у детей с хроническим гастродуоденитом являются отечность, петехии, усиление сосудистого рисунка слизистой оболочки (78–96 % детей). Для подавляющего большинства еще характерна обложенность языка вследствие гиперкератоза нитевидных сосочков, что является проявлением расстройства трофики тканей полости рта, гиперемия и отечность языка (69–84 %), гипертрофия грибовидных и листовидных сосочков (44–64 %), часто встречаются участки десквамации эпителия («географический язык»).

Выявленные патологические изменения — результат морфологических и функциональных нарушений мягких тканей полости рта и малых слюнных желез,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 41 -</p>
--	---	---	---------------

вследствие нарушения трофики слизистой оболочки полости рта, обмена веществ в ней, витаминной недостаточности. Очевидно, это обусловлено тесной взаимосвязью секреции слюнных желез с секрецией и кислотообразующей функцией желудка, функционально напряженным состоянием эпителиальных клеток и выраженными изменениями со стороны сосудов. У детей с хроническим гастродуоденитом выявлена высокая распространенность (94–97 %) и интенсивность кариеса (4,0–5,0), неудовлетворительное состояние гигиены полости рта (ОНИ-S от 1,64 до 1,76), часто регистрируется декомпенсированная форма кариеса. Обнаружена прямая связь рН ротовой жидкости с кислотообразующей функцией желудка. Твердые ткани зубов у детей с данным заболеванием являются в большей степени кариес восприимчивыми вследствие как неудовлетворительной гигиены, так и более агрессивной (кислой) среды полости рта. У 54–71 % детей с хроническим гастродуоденитом выявляется простой маргинальный гингивит легкой и средней степени тяжести.

Язвенная болезнь - Это хроническое рецидивирующее заболевание, основным локальным проявлением которого является язвенный дефект слизистой оболочки желудка и (или) двенадцатиперстной кишки. В структуре патологии ЖКТ язвенная болезнь у детей составляет 5–6 %, и в настоящее время встречается почти в 10 раз чаще, чем в начале 90-х годов. Инфекция *H. pylori* признана основным этиологическим фактором развития хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Большую роль в формировании болезни играют различные факторы: психосоциальные — психические травмы, устойчивые стрессы, конфликтные ситуации в семье и школе; токсико-аллергические — частый и необоснованный прием лекарственных средств, токсикомании, злоупотребление алкоголем, курение, наркомания; проявления пищевой и лекарственной аллергии; наследственно-конституциональные — генетическая предрасположенность, астеническое телосложение, слабый тип нервной системы и другие факторы риска. В полости рта при язвенной болезни повышается температурная и тактильная чувствительность, увеличивается степень гидрофилии мягких тканей. Характерна обильная обложенность, гиперемия и отечность языка, налеты желто-коричневого цвета, гипертрофия грибовидных и листовидных сосочков, часто встречаются участки десквамации эпителия, встречается так называемый «волосатый» язык, катаральный стоматит и простой маргинальный гингивит.

Функциональные расстройства желчевыводящих путей - Данная патология непременно сопутствует большинству заболеваний органов пищеварения. В настоящее время первичность дискинезий желчевыводящих путей (ДЖВП) исключается; считается, что они — одно из клинических проявлений той или иной более серьезной патологии верхнего отдела пищеварительного тракта. Нарушения моторной функции и деятельности сфинктерного аппарата желчевыводящих путей лежат в основе развития холестаза. ДЖВП формируются также на фоне вегетативной дискоординации. Наблюдаются у детей чаще в виде гипертонической и смешанной форм, реже — гипотонической.

Наиболее характерны жалобы на приступообразную, колющую боль в правом подреберье, спровоцированную быстрым бегом или ходьбой, горечь во рту (первые признаки несостоятельности сфинктерного аппарата верхнего отдела пищеварительного тракта), иногда на металлический привкус. Характерна диспепсия: тошнота, снижение аппетита, непереносимость жирной пищи, рвота, неустойчивый стул. В полости рта часто выявляются заболевания маргинального периодонта различной степени тяжести, отек и гиперемия слизистой оболочки полости рта, налеты на языке имеют желто-коричневатый оттенок (дуоденогастральный рефлюкс). Терапия ДЖВП должна быть системной, комплексной: санация хронических очагов инфекции, противопаразитарная терапия, нормализация защитных сил организма путем коррекции общережимных мероприятий,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 42 -</p>
--	---	---	---------------

питания, снижения аллергической настроенности организма, ликвидации полигиповитаминоза, проявлений дисбактериоза кишечника.

Хронический холецистит-В полости рта у детей с данной патологией отмечается высокая интенсивность кариеса зубов, преобладают декомпенсированные его формы и атипичная локализация кариозного процесса, поражаются кариес иммунные зоны, развивается генерализованный процесс, приводящий к быстрому разрушению и раннему удалению постоянных зубов. Характерна высокая частота гингивита и катарального стоматита, отмечается складчатость и увеличение размеров языка вследствие стойкого отека.

Хронический панкреатит- В полости рта: обильная саливация, сухость губ, ангулярный хейлит, высокая интенсивность кариеса зубов, преобладают декомпенсированные и осложненные его формы, атипичная локализация кариозного процесса.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

- Первичным элементом поражения при остром герпетическом стоматите (ОГС) является:
А.папула, Б.эрозия, В.пузырек, Г.корка.
- Вторичным элементом поражения при остром герпетическом стоматите (ОГС) является:
А.папула, Б.пузырек, В.пятно, Г.эрозия.
- Быстро улучшает самочувствие больного многоформной экссудативной эритемой:
А.курс антибиотиков широкого спектра действия,
Б.противовирусные препараты внутрь и местно,
В.гипосенсибилизирующая терапия,
Г.поливитамины в порошках и таблетках.
- Возбудителем острого герпетического стоматита является вирус:
А.простого герпеса, Б.ветряной оспы, В.Коксаки, Г.гриппа, Д.ВИЧ.
- Возбудителем герпетической ангины является вирус:
А.простого герпеса, Б.ветряной оспы, В.Коксаки, Г.гриппа, Д.ВИЧ.
- Эпителизация элементов при герпетической ангине происходит через:
А.1-2 дня, Б.4-6 дней, В.10-12 дней.
- Противовирусные препараты и мази назначают:
А.в первые 2-3 дня заболевания, Б.на 5-7-й день заболевания,
В. в продромальный период, Г. в период ремиссии.
- Период высыпания при многоформной экссудативной эритеме длится:
А.1-2 дня, Б.3-4 дня, В.5-8 дней и более.
- Установите правильную последовательность при обработке эрозий в первые дни заболевания острым герпетическим стоматитом:
А.противовирусные препараты,
Б.антисептическая обработка,
В.обработка протеолитическими ферментами,
Г.обезболивание.
- укажите последовательность периодов течения острого герпетического стоматита:
А.катаральный, Б.высыпаний, В.продромальный, Г.угасания.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 43 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 5 (часть 2)

Тема: «Заболевания слизистой оболочки полости рта как самостоятельный процесс и как проявления общих соматических заболеваний (*заболеваний ЖКТ, крови, эндокринной системы, аллергических заболеваний и детских инфекций)».

Цель занятия: ознакомиться с заболеваниями слизистой оболочки полости рта у детей разных возрастов, научиться дифференцировать заболевания слизистой оболочки полости рта как самостоятельные процессы и как проявления общих соматических заболеваний, научиться лечить и оказывать первую помощь при заболеваниях слизистой оболочки полости рта у детей.

Продолжительность занятия: 2 часа.

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста.

Вопросы для повторения:

3. Методы чистки зубов.
4. Роль врача педиатра в профилактике стоматологических заболеваний у детей.

Контрольные вопросы по теме занятия:

5. Проявление в полости рта заболеваний крови.
6. Проявление в полости рта заболеваний эндокринной системы.
7. Проявление в полости рта аллергических заболеваний.
8. Проявление в полости рта заболеваний при детских инфекциях.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

Проявление в полости рта заболеваний крови.

Лейкоз — первичное поражение костного мозга, морфологическим субстратом которого являются бластные клетки. Клинически проявляется несколькими синдромами, обусловленными угнетением нормального кроветворения. Для анемического синдрома характерны слабость, головокружение, расстройства сердечно-сосудистой системы, неврологические симптомы, бледность кожи и слизистых оболочек. Десневой край и сосочки закругленные, напряженные, увеличиваются в размере, частично покрывая коронку. Еще при отсутствии признаков гингивита появляется симптом кровоточивости десен, который затем приобретает спонтанный характер. Лейкемические инфильтраты значительно снижают резистентность тканей десны к внедрению микрофлоры, поэтому довольно быстро в местах, где имеется хроническая микротравма (линия смыкания щек, нависающие пломбы, некачественные коронки, твердые зубные отложения и т. д.), развиваются изъязвления, язвенно-некротический гингивит, некротическая ангина. Язвы, как правило, глубокие и обширные, с неровными краями и некротическим налетом на дне, после снятия которого обнаруживается кровоточащая поверхность. Они могут распространяться на соседние участки слизистой оболочки полости рта. Реактивные изменения вокруг язв выражены слабо, однако язвенно-некротический гингивит всегда сопровождается ярко-красной гиперемией с выраженным симптомом кровоточивости. Как правило, присоединяется кандидоз, значительно осложняющий течение гингивостоматита. У пациентов с анамнезом ОГС в полости рта появляются обширные герпетические язвы, часто многочисленные, атипичные. Все язвенно-некротические изменения на слизистой полости рта обуславливают сильную боль, затрудняющую прием пищи, вплоть до отказа от нее. Инфильтрация периодонтальной связки, особенно в интерпроксимальных пространствах, приводит к ее деструкции. Возникают условия для прорастания микробной биопленки, образуются периодонтальные карманы, зубы становятся подвижными.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 44 -</p>
--	---	---	---------------

Агранулоцитоз характеризуется снижением в периферической крови количества гранулоцитов, которые ответственны за неспецифический клеточный иммунитет. Может развиваться как осложнение при лечении некоторых болезней цитостатическими препаратами, барбитуратами, сульфаниламидами, солями золота и мышьяка либо вследствие разрушения гранулоцитов антителами. На слизистой оболочке полости рта и ротоглотки появляются резко болезненные изъязвления в виде черных или с сероватым оттенком некротических участков, четко очерченных, без воспалительного процесса по периферии. Десневой край может быть также поражен, у некоторых больных остается интактным. Характерные симптомы: гиперсаливация, неприятный запах изо рта, быстро прогрессирующие деструктивные изменения в периодонте.

Анемия характеризуется снижением гемоглобина и гематокрита ниже минимальных показателей и уменьшением количества эритроцитов при различных системных заболеваниях или самостоятельно. Это обусловлено кровопотерей, нарушением кроветворения или гемолизом. Поражения слизистой оболочки полости рта встречаются почти при любых анемиях. Так, при микроцитарной, или железодефицитной, анемии, связанной с хронической кровопотерей (чаще у женщин), либо с недостаточным поступлением в организм железа или нарушением его всасывания, отмечается бледность слизистой десны, особенно прикрепленной. В области действия микротравмы десневые сосочки и десневой край могут иметь признаки воспаления (гиперемия, повышенная десквамация эпителия). Изменение трофики слизистой оболочки полости рта ведет к парестезии, сухости языка, появлению на языке атрофии нитевидных и грибовидных сосочков, возникновению полосы десквамации, уменьшению объема мышц языка. Типичным проявлением железодефицитной анемии является ангулярный хейлит, для которого характерно появление незаживающих, резко болезненных, с риском присоединения грибковой инфекции, трещин в углах рта.

В12-дефицитная анемия развивается при дефиците витамина В12 вследствие нарушения секреции желудочного сока (атрофический гастрит) или при конкурентном поглощении большого количества витамина В12 в кишечнике (глистная инвазия, синдром «слепой петли», множественный дивертикулез тонкой кишки). Ранние признаки этого вида анемии появляются в полости рта. У 75 % пациентов отмечаются парестезия, дискомфорт, особенно при приеме раздражающей (кислой, острой) пищи. Десневой край, сосочки и прикрепленная десна бледные с желтоватым оттенком. Десна кровоточит при чистке зубов, легко изъязвляется при малейшем травмировании. Слизистая оболочка языка ярко-красного цвета, блестящая, сосочки атрофированы, язык болезненный при жевании, очень чувствителен к горячему, развивается потеря вкусовой чувствительности.

Несмотря на циклическое течение В12-дефицитной анемии и наличие бессимптомных периодов на протяжении нескольких лет, глоссит является постоянным клиническим признаком, а его обострение свидетельствует о рецидиве анемии.

Апластическая анемия развивается при угнетении гемопоэза под воздействием на костный мозг некоторых химических лекарственных препаратов, вирусов или имеет наследственную обусловленность. Изменения в полости рта протекают по-разному. Некоторые пациенты жалуются на боли и жжение в языке, повышенную, иногда спонтанную кровоточивость десен с характерной бледностью, сухостью в полости рта. В ряде случаев наблюдаются мелкоточечные кровоизлияния в области десен, твердого неба, слизистой щек. Десневой край приобретает бурый оттенок, того же цвета зубные отложения. Больные отмечают спонтанные кровотечения. Любые манипуляции в полости рта провоцируют геморрагии. У некоторых пациентов развиваются тяжелые язвенно-некротические гингивиты и стоматиты с классическими клиническими симптомами: высокая температура тела, гнилостный запах изо рта, усиленная саливация, глубокие

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 45 -</p>
--	---	---	---------------

язвенно-некротические очаги, имеющие тенденцию к слиянию (до 5-6 см в диаметре), резко болезненные.

Гемолитические анемии отличаются по происхождению, развитию, клинической картине. Общий симптом для них — наличие признаков повышенного гемолиза (разрушения) эритроцитов. Отмечаются бледность и цианоз слизистой оболочки всех отделов полости рта, кровоточивость десен при чистке зубов, а в период гемолитического криза — спонтанная кровоточивость. При плохой гигиене и наличии протезов любого вида образуются долго незаживающие, с некротическим налетом язвы. Отмечается желтушность слизистой оболочки. Язык гладкий, блестящий, резко чувствительный и болезненный, но эти ощущения возможны и при неизменном языке. Возможны потеря вкусовой чувствительности, чувство горечи. У некоторых больных в результате избыточного роста альвеолярного края изменяется прикус: выдвигаются зубы, образуются большие интерпроксимальные пространства, формируется генерализованный остеопороз челюстей со специфическим выравниванием трабекул межзубных перегородок (80 % больных).

Проявление в полости рта заболеваний эндокринной системы.

Функциональные отклонения со стороны органов внутренней секреции влияют на процессы формирования зубочелюстно-лицевой области ребенка. Основным проявлением патологического функционирования эндокринной системы детского организма в области полости рта и лица являются пороки развития. Частота различных аномалий развития, в том числе и челюстно-лицевой области, неуклонно возрастает. По данным многих исследователей, отклонения в развитии зубов и челюстей имеют около 40% детей, из них у каждого десятого ребенка констатируют эндокринопатии, в 9/10 случаев с преобладанием клиники гипотиреоза. Многие ученые часто отмечали случаи стертого гипотиреоза, приводящего почти во всех случаях к челюстно-лицевым аномалиям. Диффузная отечность всех слизистых оболочек, цианоз, множественный кариес зубов, сухая шелушащаяся кожа, бледная мимика, «застывший взгляд» — таковы постоянные симптомы гипотиреоза.

Общепризнанной является взаимосвязь ритма и интенсивности выделения половых гормонов и состояния слизистой полости рта, особенно пародонта, проявляющаяся в патологических условиях развитием стоматитов и гингивитов (гормональные стоматиты). Описаны случаи ювенильного гингивита и пубертатного катарального воспаления десны в период полового созревания подростков. Гингивит, развивающийся с наступлением половой зрелости, получил название предменструального.

Частой патологией полости рта в период физиологической перестройки эндокринного статуса является гипертрофический гингивит. Клиническая картина юношеского гингивита характеризуется яркой гиперемией гипертрофированных десневых сосочков. Он может наблюдаться при вторичной аменорее и гиперэстрогенных состояниях. По данным разных авторов, частота поражений СОПР при эндокринных нарушениях колеблется от 2 до 80%.

Сахарный диабет (СД) относится к самой распространенной эндокринной патологии у детей. Наблюдается тенденция «омоложения» диабета. Развитие его наиболее часто происходит в 3 — 6 и 11 — 12 лет. СД у детей протекает, как правило, тяжело, легкие формы и ремиссии наблюдаются редко. Наиболее характерно для диабета поражение мелких сосудов: артериол, венул, капилляров (микроангиопатии). Поражение микроциркулярного русла при СД приводит к осложнениям, способным привести ребенка к инвалидности в любом возрасте. Патология маргинального пародонта у больных СД рассматривается как локальное проявление специфичной для диабета микроангиопатии, вызывающей дистрофические изменения в тканях пародонта. Заболевания пародонта у

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 46 -</p>
--	---	---	---------------

детей с тяжелой формой СД встречаются в 85% случаев. Их структура представлена воспалительными процессами: хроническим гингивитом и хроническим периодонтитом различной тяжести. Наиболее часто встречаются катаральный гингивит (63%), хронический периодонтит (22%), они имеют особенности. У детей с небольшой продолжительностью заболевания патологический процесс в периодонте протекает с признаками острого воспаления: яркой гиперемией, отеком, резкой кровоточивостью при малейшем дотрагивании и зондировании. Кроме того, у 74% детей, больных СД, встречаются изменения красной каймы губ. Выраженная сухость слизистой оболочки и красной каймы губ сочетается с трещинами, заедами, корками, яркой гиперемией красной каймы, особенно выраженной в зоне Клейна. Поражение губ может сопровождаться мацерацией углов рта с образованием трещин и корочек (картина, характерная для ангулярного хейлита). В период декомпенсации СД почти у всех выявляются изменения губ. В фазе компенсации СД у детей исчезает сухость слизистой оболочки полости рта, языка, губ; у большинства исчезает ангулярный хейлит. Изменения со стороны языка носят более стабильный характер, сохраняясь в фазе декомпенсации и компенсации СД.

Изменения СОПР, связанные с болезнями почек

Среди патологии почек основное место занимают *нефриты* (более 60% случаев). Наиболее характерные симптомы — резкая бледность и отечность лица, пастозность век, сухость красной каймы губ, резкий плотный отек слизистой оболочки губ, щек, языка, десен. На боковых поверхностях языка и слизистой оболочки щек проявляются отпечатки зубов. Эти симптомы — составная часть отека синдрома, одного из наиболее частых и ранних проявлений *гломерулонефрита*.

У большинства больных слизистая оболочка губ бледная, иногда с явлениями цианоза, наблюдается цианоз красной каймы губ, трещины в углах рта. У некоторых детей отмечается цианоз слизистой оболочки языка, атрофия нитевидных сосочков и гипертрофия грибовидных. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличенные, подвижные, безболезненные.

Хроническая почечная недостаточность.

СОПР бледная, истонченная, легко травмируется зубами или грубой пищей, может наблюдаться пожелтение слизистой оболочки мягкого и твердого неба, щек, губ, иногда коронковой части зубов. Язык сухой, нередко обложен налетом ввиду задержки физиологической десквамации нитевидных сосочков. Запах аммиака изо рта. Часто проявляются рецидивы герпетической инфекции.

Проявление в полости рта аллергических заболеваний (многоформная экссудативная эритема).

Симптомы многоформной экссудативной эритемы обнаруживаются в полости рта у детей старше 5-7 лет, когда клеточные элементы соединительной ткани слизистой оболочки рта приобретают функциональную зрелость, аллергическую компетентность и способность участвовать в формировании аллергической реакции. Заболевание развивается остро. Поражение слизистой оболочки рта может быть изолированным либо сочетаться с поражением кожи и слизистых оболочек носа, глаз, гениталий и др.. В этом случае говорят об эктодермозе естественных отверстий. В литературе такое состояние описано как синдром Стивенса-Джонсона, Фиссенже-Рандю и др.. Многоформная экссудативная эритема может иметь рецидивирующий характер и спонтанно ликвидироваться к 15-17 годам или периодически возникать в течение всей жизни.

Классическими симптомами многоформной экссудативной эритемы являются отек — эритема — геморрагии — пузыри — эрозии, покрытые толстыми пленками из фибрина и эпителия крыши пузыря. На губах геморрагические сливные корки, препятствующие открыванию рта. Преимущественная локализация патологического процесса — губы, щеки,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 47 -</p>
--	---	---	---------------

дно полости рта, иногда твердое небо. В отличие от ОГС, при котором болезнь начинается с воспаления десен – гингивита, при многоформной экссудативной эритеме десна практически не поражается.

Лечение многоформной экссудативной эритемы предусматривает устранение активно действующей причины (лекарственные вещества, продукты питания и т.д.), проведение гипосенсибилизирующей, дезинтоксикационной терапии при тяжелом течении болезни. Местно применяют обезболивающие, гипосенсибилизирующие и противовоспалительные средства. Для обезболивания слизистой оболочки полости рта можно рекомендовать 5% эмульсию анестезина на персиковом и других маслах. Местное гипосенсибилизирующее и обезболивающее действие оказывают 2,5% раствор супрастина и 1% раствор димедрола. После обезболивания сначала при помощи подогретых растворов – 1% перекиси водорода, фурацилина или калия перманганата 1:10000 и других удаляют налет с поверхности зубов, а затем с пораженной слизистой оболочки.

После антисептической обработки рекомендуются средства, дающие гипосенсибилизирующий и противовоспалительный эффект: 0,01-0,02% водный раствор декаметоксина, Оксикорт-аэрозоль, Ингалипт-аэрозоль, щелочно-масляные ингаляции с суспензией гидрокортизона др. в период стихания острых явлений следует переходить на препараты, оказывающие кератопластическое действие: Картолин, масло шиповника, облепихи. Обработку полости рта следует проводить утром до завтрака, после обеда, после ужина перед сном. Между приемами пищи 5-7 раз в день рекомендуется ополаскивать полость рта настоем шалфея, травы зверобоя, цветов ромашки, зеленым чаем. На ночь и на период дневного сна слизистую оболочку губ следует смазывать мазью алоэ, мазями, содержащими кортикостероиды.

Задача педиатра при лечении ребенка с многоформной экссудативной эритемой заключается в общей гипосенсибилизирующей и дезинтоксикационной терапии. В ряде случаев встает вопрос о проведении антимикробной терапии с целью предупреждения или ликвидации вторичной инфекции.

Учитывая возможность рецидива заболевания, каждого ребенка после клинического выздоровления через 3-4 недели нужно обследовать у аллерголога, педиатра и стоматолога. Цель обследования у аллерголога состоит в том, чтобы выявить аллерген, у педиатра – очаги хронической инфекции в организме и состояние неспецифического иммунитета, у стоматолога – диагностировать очаги одонтогенной инфекции с помощью специальных тестов, панорамной рентгенографии и санировать полость рта.

Проявление в полости рта заболеваний при детских инфекциях.

При **скарлатине** типичным проявлением изменений слизистой оболочки рта является «малиновый язык». Но появляются эти изменения не сразу. В первые 3 дня болезни на фоне высокой температуры язык «обложен», т.е. покрыт серым налетом. Затем на 3-4 день заболевания налет вместе с нитевидными сосочками слущивается. При этом обнажается гладкая поверхность языка с выраженными грибовидными сосочками. В период разгара заболевания язык имеет вид «малиновой ягоды»: ярко-малиновый цвет с выступающими бугорками грибовидных сосочков. В дальнейшем грибовидные сосочки атрофируются, и какое-то время язык имеет гладкую, «полированную» поверхность, т.е. напоминает гунтеровский язык. Затем эпителиальный покров восстанавливается, и язык приобретает обычный вид. Вторым симптомом скарлатины в полости рта может быть «пылающий зев» - яркая гиперемия слизистой оболочки его с мелкоточечной сыпью в центре мягкого неба. Неспецифическим симптомом является катаральный гингивит. Он усиливается в период выраженной десквамации эпителия языка и «шелушения» эпидермиса кожи.

Лечение изменений слизистой оболочки рта при скарлатине сводится к устранению сухости, чувства жжения, обусловленных повышенной десквамацией эпителия. Для этой

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 48 -</p>
--	---	---	---------------

цели рекомендуются смазывание слизистой оболочки рта 1-2% раствором анестезиновой эмульсии на персиковом масле, полоскание после каждого приема пищи крепким чаем.

Герпангина – заболевание, которое вызывается энтеровирусом Коксаки групп А и В и вирусами ЕСНО. Заболевание начинается остро: с подъема температуры, общего недомогания. В заднем отделе рта (на мягком небе, передних дужках и задней стенке глотки) появляются везикулы, сгруппированные и одиночные, заполненные серозным содержимым, болезненные. С развитием болезни часть везикул ликвидируется, другие вскрываются, образуя эрозии. Мелкие эрозии сливаются, образуя более крупные. Некоторые из них напоминают афты. Эрозии малоболезненны, эпителизируются медленно, иногда в течение 2-3 недель. Лечение состоит в симптоматической общей терапии и местном применении в первые 2-3 дня противовирусных, а в дальнейшем – кератопластических средств. Частые полоскания и смазывания замедляют процесс эпителизации эрозий.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача 1.

Подросток 14 лет обратился с жалобами на боли во время еды. При осмотре выявлена эрозия на переходной складке верхней губы справа, резко болезненная при пальпации. Из анамнеза выяснено, что 4-5 раз в год появляются такие же болезненные язвочки на слизистой оболочке полости рта, которые заживают в течение недели. С 8 лет страдает гастродуоденитом.

Поставьте предполагаемый диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Направьте на консультацию к специалисту. Составьте план лечения. Назначьте профилактические мероприятия.

Задача 2.

Ребенок 15 лет обратился к стоматологу с жалобами на жжение и боль при еде. Из анамнеза выяснено, что ребенок страдает колитом. Со слов матери, аналогичные жалобы на боль во рту ребенок отмечал год назад, но лечение не проводилось. В настоящее время заболевание возникло на фоне обострения хронического колита. Имеются кариозные зубы. При осмотре выявлены 2 эрозии овальной формы на гиперемированной слизистой оболочке неба.

Поставьте диагноз. Укажите причину заболевания. Проведите дифференциальную диагностику. Назначьте лечение. Укажите пути реабилитации.

Задача 3.

Мальчик 13 лет обратился в клинику с жалобами на боли во время еды, появление эрозий на слизистой оболочке полости рта, повышение температуры тела до 38,5С. При осмотре выявлены крупные кровяные корки на красной кайме губ, гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта, эрозии на небе. На коже тыльной поверхности рук – папулы розового цвета (кокарды).

Поставьте предполагаемый диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Укажите признаки, являющиеся решающими для установления окончательного диагноза. Предложите план лечения. Укажите на необходимость дополнительной консультации специалиста.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 49 -</p>
--	---	---	---------------

Тема №6 (часть 1)

Тема: Основные причины и клиническая картина заболеваний пародонта у детей.

Цель занятия: Изучить особенности клинического течения гингивита и пародонтита у детей. Научиться проводить дифференциальную диагностику заболеваний пародонта у детей.

Продолжительность занятия: 2 час.

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста

Вопросы для повторения:

1. Ткани пародонта и их строение.
2. Особенности строения пародонта у детей.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Этиология и патогенез гингивита и пародонтита в детском возрасте.
2. Клиническая картина катарального, гипертрофического, язвенно-некротического гингивита.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМАТИКЕ ЗАНЯТИЯ

Гингивиты и пародонтиты в детском возрасте.

Заболевания краевого пародонта у детей при массовых осмотрах выявляются в небольшом проценте случаев, не сопоставимом с распространенностью патологии твердых тканей зуба, составляющей более 90%. С одной стороны – это, безусловно, хорошо, но с другой стороны – это послужило причиной недостаточной информированности родителей по заболеваниям пародонта у детей. Кроме того, большинству заболеваний краевого пародонта не свойственны яркие симптомы. Как правило, отсутствуют болевые ощущения, а гиперемия, отек и повышенная кровоточивость десен не всегда воспринимаются серьезно.

В то же время ранняя диагностика патологии краевого пародонта очень важна. Своевременное устранение ряда причин (тесное положение зубов, аномалии прикрепления уздечек и др.) является надежной мерой предупреждения прогрессивного развития болезни, которая в развившемся состоянии может потребовать комплексного, дорогостоящего, а главное, не всегда гарантированно успешного лечения.

Наряду с этим патология краевого пародонта может служить симптомом ряда общих заболеваний ребенка, своевременная диагностика и лечение которых, позволят сохранить эстетику и функциональную ценность зубов на долгие годы.

Клиническое развитие заболеваний пародонта у детей имеет ряд особенностей. Дело в том, что у детей эти процессы протекают в морфологически и функционально незрелых тканях. Кроме того, большое значение в патогенезе заболеваний у детей имеют «диспропорции роста и созревания структур организма».

Диспропорции роста и созревания могут протекать как внутри системы, объединенной одной функцией (зуб, пародонт, челюсть и т.д.), так и в структурах и системах, обеспечивающих приспособление организма к внешним условиям (эндокринная, иммунная системы и т.д.). Преходящая ювенильная гипертония, ювенильные нарушения углеводного обмена (юношеский диабет, дизэнцефальный синдром и др.) обуславливают возникновение ювенильных хронических гингивитов, пародонитов и пародонтом.

Классификацию заболеваний пародонта у детей в нашей стране впервые приняли в 1983 году. В соответствии с этой классификацией выделяют гингивиты, пародонтиты, пародонтомы, идиопатические заболевания и синдромы. По мере углубленного изучения проблемы по предложению ВОЗ идиопатические заболевания краевого пародонта с

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 50 -</p>
--	---	---	---------------

прогрессирующим лизисом тканей определены как быстро прогрессирующие агрессивные формы, в этиологии которых выделена особая группа микроорганизмов, действующих на фоне сниженного иммунитета.

В зависимости от патологической подвижности зубов, а также глубины патологических зубодесневых карманов выделяют легкую форму (1-2 мм), среднетяжелую (3-4мм) и тяжелую (глубже 5 мм).

Гингивит – это заболевание десны, протекающее с преобладанием воспаления и не сопровождающееся деструктивными изменениями зубодесневого соединения, костной ткани лунки и альвеолярного отростка, регистрируемыми рентгенологически.

Гингивит в виде катарального, язвенного или пролиферативного воспаления может возникнуть вследствие бактериальной и вирусной инфекции, местной аллергической реакции, негигиенического состояния полости рта, а также в результате проявлений различных диспропорций роста челюстей и неадекватной реакции функционально незрелой ткани на обычные раздражители. В то же время гингивит может быть симптомом при остром герпетическом стоматите, авитаминозах, эндокринных нарушениях в пубертатном периоде, при некоторых системных заболеваниях и т.д.

Влияние неминерализованных и минерализованных зубных отложений на ткани пародонта.

Зубная бляшка играет важную роль в этиологии и патогенезе заболеваний пародонта. Известно, что в зубной бляшке вегетирует множество анаэробных микроорганизмов, обладающих патогенными свойствами. К ним относятся *Actinobacillus*, *Actinomycetem comitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*, *Campylobacter rectus*, *Eikenella corrodens*, *Streptococcus intermedius*, *Spirochetes* и др. Характер влияния микроорганизмов зубной бляшки на пародонт разносторонний. Основными компонентами их патогенности являются эндотоксины, ферменты, хемотаксические факторы, антигенные субстанции.

Многочисленные представители анаэробов зубных отложений (фузобактерии, бактероиды, спираиллы, актиномицеты) выделяют *эндотоксины*, представляющие собой липоидно-полисахаридонуклеиновые комплексы. Обладая аутолитическим действием, они вызывают выраженные вазомоторные реакции, что приводит к нарушению клеточного обмена, способствуют миграции в межклеточные пространства полиморфноядерных лейкоцитов и макрофагов.

Патогенное влияние микроорганизмов во многом также обусловлено их ферментативной активностью. Микробные *ферменты* способны повышать проницаемость капилляров, вызывать нарушения проницаемости эпителиальной мембраны и проникать в подэпителиальную соединительнотканную основу слизистой оболочки десны. *Коллагеназа*, гидролизуя коллаген, способна разрушать коллаген периодонтальной связки и костной ткани альвеолярного отростка. *Гиалуронидаза* в результате расщепления гиалуроновой кислоты способствует разрушению эпителия соединительной ткани, фибробластов, резкому расширению микрососудов, увеличению проницаемости их стенок, усилению миграции лейкоцитов. При этом наличие коллагеназы усиливает местное действие гиалуронидазы.

Наряду с этим протеолитические ферменты катализируют образование высокоактивных полипептидов – *кининов*, вызывающих основные клинические симптомы гингивита: повышение проницаемости капилляров, развитие отека, гиперемии и кровоточивость десен.

Микроорганизмы зубной бляшки стимулируют секрецию ферментов лейкоцитами, особенно выход лизосомальных протеаз полиморфноядерных лейкоцитов. Такие протеолитические ферменты, как эластаза, коллагеназа, повторно приводят к деструкции коллагеновых фибрилл пародонта.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 51 -</p>
--	---	---	---------------

Известно также, что как полиморфноядерные лейкоциты, так и фибробласты продуцируют *металлопротеиназы*, имеющие высокий деструктивный потенциал.

Антигенные компоненты бактерий в результате повреждения тканей пародонта приводят к образованию тканевых антигенов. При этом в процесс вовлекаются факторы специфической иммунной защиты организма с формированием иммунных комплексов и активацией комплемента.

Конечно, на состояние зубной бляшки значительное влияние оказывают факторы окружающей среды. К ним относятся иммунобиологическая система жидкости зубодесневой борозды, гидролитические ферменты секретов слюнных желез и ротовой жидкости, секреторные иммуноглобулины, бактериофаги, кислоты, углеводы. Эти биологические факторы находятся в сложном взаимодействии с микрофлорой полости рта и способны ослаблять или усиливать ее патогенный потенциал.

Зубной камень (ЗК) образуется в результате отложения в зубном налете неорганических веществ: в коллоидной основе налета откладываются минеральные соли. При этом изменяется соотношение между микроорганизмами, слущенным эпителием, мукопротеидами и происходит импрегнация зубного налета кристаллами фосфата кальция. Обычно начало минерализации зубного налета происходит через 1-2 дня после его образования.

Механизм влияния зубного камня на пародонт:

- 1) ввиду плотной консистенции ЗК оказывает механическое давление, создает условия микротравмы эпителия десны и маргинальных волокон периодонта.
- 2) химическое воздействие ЗК на пародонт вследствие наличия в нем некоторых токсических элементов (они образуют в камне оксиды металлов: пентаксид ванадия, оксид свинца, меди, железа и др.)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Выберите один правильный вариант ответа:

1. Основной причинный фактор воспалительных заболеваний пародонта:

- 1) вредные привычки;
- 2) зубная бляшка;
- 3) наследственный фактор;
- 4) зубной камень.

2. Причины, вызывающие локализованный гингивит:

- 1) низкий уровень гигиены полости рта;
- 2) аномальное прикрепление уздечек и мелкое преддверие полости рта;
- 3) системные заболевания ребенка.

3. Кариес контактных поверхностей зубов может вызвать:

- 1) локализованный пародонтит;
- 2) генерализованный гингивит;
- 3) язвенно-некротический гингивит.

4. Для объективной оценки тяжести гингивита используют индекс:

- 1) Федорова-Володкиной;
- 2) Кузьминой;
- 3) Грин-Вермиллиона;
- 4) КПУ;
- 5) РМА.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 52 -</p>
--	---	---	---------------

5. Симптомами хронического катарального гингивита являются:

- 1) атрофия, бледность десны;
- 2) деформация зубодесневых сосочков;
- 3) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков.

6. При фиброзной форме гипертрофического гингивита применяют:

- 1) склерозирующую терапию;
- 2) гингивэктомию;
- 3) различные виды массажа;
- 4) дарсонвализацию.

7. Пародонтолиз – это

- 1) местное заболевание;
- 2) системное заболевание.

8. Формалиновая проба положительна при:

- 1) хроническом катаральном гингивите;
- 2) любой форме гингивита;
- 3) пародонтите.

9. Ведущий признак, отличающий хронический гингивит от пародонтита:

- 1) наличие патологического десневого кармана;
- 2) воспаление десневого края;
- 3) рентгенологические симптомы.

10. О наличии пародонтального кармана надежно свидетельствует:

- 1) подвижность зуба;
- 2) глубина зубодесневого кармана более 2 мм;
- 3) рентгенологические симптомы патологии пародонта;
- 4) любой из названных.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 53 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 6 (часть 2)

Тема: Основные причины и клиническая картина заболеваний пародонта у детей.

Дисциплина: Стоматология

Цель занятия: Изучить особенности клинического течения гингивита и пародонтита у детей. Научиться проводить дифференциальную диагностику заболеваний пародонта у детей.

Продолжительность занятия: 2 час.

Место проведения: учебные базы кафедры стоматологии детского возраста

Вопросы для повторения:

1. Возрастная динамика распространенности заболеваний пародонта.

Контрольные вопросы по теме занятия:

3. Дифференциальная диагностика различных форм гингивита между собой и с другими заболеваниями пародонта у детей.
4. Особенности течения пародонтита разной степени тяжести.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМАТИКЕ ЗАНЯТИЯ:

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЯ диагностики гингивита у детей.

<p>1. Опрос ребенка и матери.</p> <p><u>1) Жалобы:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ На кровоточивость десен при чистке зубов, приеме жесткой пищи, иногда на пятна на подушке. ✓ Боль при приеме пищи ✓ Подвижность зуба или зубов ✓ На общее недомогание, повышение температуры 	<p>Часто при катаральном, при гипертрофическом гингивите, при пародонтите и пародонтолизе.</p> <p>Обострение гингивита, пародонтита или пародонтолиз.</p> <p>При развившемся пародонтите или пародонтолизе.</p> <p>При эрозивно-язвенном гингивите и при пародонтите.</p>
<p><u>2) Анамнез жизни:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Семейный – наличие заболеваний пародонта у членов семьи. ✓ Перенесенные заболевания и сопутствующие острые и хронические общие заболевания. 	<p>Иногда генерализованный пародонтит или пародонтолиз с быстрым разрушением тканей пародонта обусловлены генетически.</p>



<p>3) <u>Анамнез заболевания:</u></p> <p>✓ Время возникновения кровоточивости, появления неприятного запаха изо рта, боли в деснах.</p> <p>✓ Проводилось ли лечение</p> <p>✓ Динамика заболевания: наступала ли ремиссия, чем вызвано повторное обострение.</p>	<p>Часто родители и дети не обращают внимания на первые признаки заболевания и время, когда они появились трудно установить.</p>
<p><u>2. Объективное обследование.</u></p> <p>1) <u>Общий осмотр:</u></p> <p>✓ Соответствует ли физическое и психическое развитие ребенка паспортному возрасту.</p> <p>✓ Осмотрите кожные покровы</p> <p>✓ Пропальпируйте регионарные лимфоузлы</p>	<p>Это позволяет оценить функционирование эндокринной системы ребенка.</p> <p>Высыпания на коже – могут говорить о гормональной перестройке организма. Ороговение кожи ладоней – характерный признак синдрома Папийона-Лефевра.</p> <p>При обострении язвенного гингивита или пародонтита возможно увеличение подчелюстных лимфоузлов.</p>
<p>2) <u>Осмотр полости рта:</u></p> <p>✓ Состояние десны</p> <p>○ отечна</p> <p>○ деформирована, гипертрофирована</p> <p>○ изъязвления, некроз</p> <p>✓ Состояние десневой борозды: проведите пробу с 3%-ым раствором формалина</p> <p>✓ Подвижность зубов</p>	<p>Хр. катаральный гингивит</p> <p>Хр. гипертрофический гингивит</p> <p>Хронический язвенный гингивит</p> <p>При гингивитах проба отрицательная – эпителий зубодесневого прикрепления сохранен.</p> <p>Только при развившемся пародонтите, пародонтолизе.</p>

Выявление местных причинных факторов заболевания

<p>1. Уровень гигиены полости рта. Определите индекс РМА – для этого проведите окрашивание десны 2,5% раствором йода или реактивом Шиллера-Писарева.</p>	<p>Интерпретация индексов: По Рамга: ≤ 30% - легкая ст. гингивита, ≤ 60% - средняя ст. гингивита, > 60% - тяжелый гингивит</p>
---	---



Индекс гингивита – Loe-Silness	0,1 – 1,0 – легкий гингивит 1,1 – 2,0 – средней тяжести 2,1 – 3,0 – тяжелый гингивит
2. Оцените прикрепление уздечки нижней губы.	Не физиологичное прикрепление уздечки вызывает местный атрофический процесс.
3. Характер преддверия полости рта – измерьте глубину преддверия градуированным зондом или гладилкой.	Глубина преддверия менее 5 мм обуславливает атрофические процессы
4. Зубочелюстные аномалии и деформации	Перегрузка или недогрузка пародонта обуславливает его патологию. Скученность зубов может приводить к скоплению ЗН, отложению ЗК.
5. Кариозные полости на апроксимальных поверхностях.	Кариозные процессы обуславливают болезненность при жевании, ребенок не жует на этой стороне, и скорее всего, не вычищает КП зубной щеткой. Все это способствует скоплению ЗН и воспалению десны
6. Ошибки пломбирования. (невосстановленные контактные пункты, неотполированные пломбы и т.д.)	Шероховатая поверхность пломбы создает условия для адгезии мягкого налета, микроорганизмов. Отсутствие контактных пунктов приводит к перегрузке отдельных зубов.
7. Осложнения ортодонтического лечения: ✓ Неправильная конструкция аппарата; ✓ Реакция на материал аппарата.	Перегрузка тканей пародонта, гингивит, пародонтит. Воспаление в местах прилегания элементов аппарата.

Специальные методы обследования.

1. Рентгенография для уточнения нозологии.	При гингивитах – изменений нет. При пародонтитах – нарушена целостность кортикальной пластинки кости. Убыль костной ткани характеризует степень тяжести заболевания.
2. Анализ крови на сахар.	Сахарный диабет – одна из возможных причин генерализованного гингивита, но чаще – пародонтита.
3. Обследование у специалистов.	Генерализованный гингивит может свидетельствовать о каком-либо системном заболевании.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Задача № 1

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 56 -</p>
--	---	---	---------------

Девочка 12 лет обратилась с жалобами на кровоточивость десен во время чистки зубов, которая отмечается в течение года.

Из анамнеза: общих заболеваний нет. Зубы чистит с 6-ти лет, нерегулярно, зубная щетка мягкая. Выявлена вредная привычка – сосание карандашей, ручек. При внешнем осмотре: лицо симметричное, на коже лица угревая сыпь. Осмотр полости рта: Преддверие полости рта мелкое. Уздечки языка и губ средние. Прикус глубокий, травмирующий; имеется сужение зубных рядов, тесное положение зубов. Десна на всем протяжении гипертрофированная, рыхлая, определяются ложные десневые карманы. КПУ = 8; проба Шиллера-Писарева положительная; индекс Федорова-Володкиной 3,5.

Рентгенологическая картина: видны четкие кортикальные пластинки вершин межзубных перегородок.

Поставьте диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? Назовите местные и общие этиологические факторы заболевания пародонта.
Задача № 2

На консультацию обратилась бабушка с 13-летней внучкой, находящейся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ОКБ. Девочка страдает из-за неприятного запаха изо рта и кровоточивости десен при чистке зубов и приеме жесткой пищи. Объективно: отек и гиперемия слизистой оболочки десен верхней и нижней челюстей, на зубах вязкий белый налет, который легко удаляется элеватором. При зондировании десны кровоточат. На рентгенограмме изменений костной ткани не выявлено. Компактная пластинка сохранена. Поставьте предположительный диагноз. Какова этиология заболевания?

Задача № 3

Саша 8-ми лет находится на ортодонтическом лечении. Через 2 недели после активации аппарата появились боли в деснах при приеме твердой пищи. При осмотре выявлена резкая гиперемия десны в местах прилегания аппарата, межзубные сосочки увеличены в размере, кровоточат.

Поставьте диагноз. Какова этиология заболевания?

Задача № 4

Девочка 12 лет обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на кровоточивость десен при приеме пищи, чистке зубов, значительное увеличение размеров межзубных сосочков. Указанны явления появились около 6 месяцев назад. Лечение не проводилось.

Из анамнеза: перенесла ветряную оспу, аппендэктомию, ОРВИ. Анализ крови и мочи без отклонений от нормы. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Лицо симметрично.

Осмотр полости рта: отклонений в прикреплении уздечек нет, зубные дуги верхней и нижней челюстей сужены. Десневые сосочки отечны и гиперемированы, особенно во фронтальном отделе. На фронтальных зубах поддесневой зубной камень в небольшом количестве.

Поставьте диагноз. Какова этиология заболевания?

Задача № 5

Мама 5-летнего мальчика обратилась с жалобами на повышение у ребенка температуры до 37,8, общее недомогание, отказ от еды из-за боли в деснах, неприятный запах изо рта сына.

Из анамнеза: мальчик неделю назад переболел фолликулярной ангиной, после чего был выписан из стационара на амбулаторное «долечивание». Объективно: регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 57 -</p>
--	---	---	---------------

При осмотре полости рта выявлено генерализованное изъязвление десневого края на фоне выраженной отечности и гиперемии слизистой оболочки десны. Язвенная поверхность покрыта фибринозным налетом. На зубах – обильные мягкие зубные отложения.

Поставьте предположительный диагноз. Чем обусловлена данная патология?

Задача № 6

Девочка 7-ми лет направлена к Вам на консультацию школьным врачом стоматологом. Жалоб не предъявляет. При осмотре определяется ретракция десны в области 31 зуба без явлений воспаления. Уздечка нижней губы короткая, расположена несколько асимметрично.

Поставьте предположительный диагноз. Возможно ли было предупредить развитие заболевания?

Задача № 7

Мальчик 15 лет жалуется на необычный вид десен в области 23, 24, 25 зубов. При объективном обследовании: десна в области этих зубов цианотична, покрывает коронки на 1/3. 24 зуб ранее лечен по поводу кариеса. На медиальной и дистальной контактных поверхностях пломбы, контактные пункты не восстановлены.

Поставьте диагноз. Какова этиология заболевания?

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 58 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 7 (часть 1)

Тема: Одонтогенные воспалительные заболевания члo. Пути распространения инфекции, клиника, диагностика, профилактика. Оказание первой помощи. Операция удаления зуба. **Травмы зубов и лицевого скелета.** Оказание неотложной помощи.

Врожденная патология члo.

ЦЕЛЬ: Научиться диагностировать воспалительные заболевания ЧЛЮ на основе анамнестических и клинических данных, выявлять показания к удалению молочных и постоянных зубов, дифференцировать травмы зубов и лицевого скелета, оказывать неотложную помощь.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ: 2 часа.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: учебные клинические базы кафедры стоматологии детского возраста.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОВТОРЕНИЯ:

1. Особенности строения челюстных костей у детей.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛЮ, основные клинические симптомы.
2. Пути распространения одонтогенной инфекции.
3. Показания к удалению молочных и постоянных зубов, особенности проведения операции удаления зуба.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

Анатомо-физиологические и иммунологические особенности детского организма, как общие, так и местные, обуславливают своеобразие клинического течения всех заболеваний, в том числе острой одонтогенной инфекции. Формирование воспалительной реакции зависит в большей степени от состояния иммунологической активности.

Уровень напряженности неспецифического иммунитета, который является показателем сопротивляемости в детском возрасте, подвержен значительным колебаниям и индивидуализирован. После родов в первые 3-7 сутки реактивность детского организма достаточно высокая, что связано с передачей гуморальных факторов неспецифического иммунитета от матери. Вслед за этим наступает период его снижения и длится до 6 месяцев. Стабилизация различных факторов неспецифического иммунитета происходит неравномерно и заканчивается к 3-7 годам, после чего все показатели постепенно приближаются к значению взрослого человека.

Не менее важным является состояние специфической иммунологической реактивности, основным выражением которой является образование противомикробных антител и иммуноглобулинов. Специфический иммунитет подразделяется на пассивный и активный. Пассивный иммунитет новорожденным передается от матери и играет в первые месяцы жизни ребенка ведущую роль в обеспечении сопротивляемости организма. Его количественная характеристика примерно соответствует неспецифическому иммунитету, только с еще большими колебаниями во всех возрастных периодах.

Ребенок рождается с органами и системами, находящимися в состоянии морфологического и функционального несовершенства. Основное значение в процессе созревания отдельных систем организма имеет развитие головного мозга. Особенностью его функционирования у детей является *преобладание процесса возбуждения над торможением*, несбалансированность этих функций. Поэтому нарушение общего состояния у ребенка возникает даже при ограниченном воспалении. Местные симптомы часто уходят на второй план, проявляются позже общих нарушений.

Характерной особенностью течения воспалительных процессов в детском возрасте является *выраженность интоксикации*. Это связано с тем, что печень и почки,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 59 -</p>
--	---	---	---------------

осуществляющие дезинтоксикацию организма и выведение продуктов метаболизма, заканчивают свое формирование к 6-8 годам.

На возрастную реактивность детского организма накладываются особенности строения челюстно-лицевой области. Зубы молочные и формирующиеся постоянные – менее минерализованы, имеют большую пульповую камеру и широкие каналы. *Большое верхушечное отверстие* в формирующихся и резорбирующихся корнях, отсутствие сформированного периодонта создают тесную связь пульпы с костью, с несовершенным костным мозгом. Это дает основание считать любой внутризубной процесс у ребенка сразу внутрикостным. *Большое количество лимфатических узлов* обеспечивает быстрое распространение процесса лимфогенным путем. *Богатая васкуляризация челюстно-лицевой области* обеспечивает, с одной стороны, активную регенерацию, но с другой стороны, способствует гематогенному распространению воспалительного процесса. *Челюстные кости* богаты органическими веществами, кортикальный слой кости тонок, а основную массу составляет губчатое вещество, которое имеет широкие костные каналы, тонкое и нежное строение костных перекладин, между которыми располагается преимущественно красный костный мозг, менее устойчивый к раздражителям. *Надкостница толстая, сочная, активная.*

Все эти особенности строения и обуславливают большую разрушаемость зубов и костей у ребенка и создают предпосылки к быстрому распространению воспалительного процесса. Основными путями распространения инфекции являются: одонтогенный, гематогенный, лимфогенный и контактный. Наиболее частым в детском возрасте считается контактный путь распространения инфекции.

Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний ЧЛЮ

I. Зубы и околозубные ткани

1. Пульпит (острый, хронический, обострение хронического, ретроградный)
2. Периодонтит (острый, хронический, обострение хронического)
3. Перикоронарит (острый, хронический)
4. Альвеолит

II. Костная ткань

1. Периостит (острый, хронический)
2. Остит (острый, хронический, обострение хронического, первично-хронический)
3. Остеомиелит (острый, хронический, обострение хронического, первично-хронический)

III. Мягкие ткани

1. Лимфаденит (острый, хронический, обострение хронического)
2. Воспалительный инфильтрат
3. Абсцесс
4. Флегмона
5. Аденофлегмона

Пульпит-воспаление пульпы. Клиника: острая приступообразная самопроизвольная боль, не проходящая после устранения раздражителя, усиливающаяся в ночное время. Объективно: кариозная полость либо под пломбой, зондирование болезненно в одной точке, перкуссия безболезненна. Лечение консервативное.

Периодонтит-воспаление периодонта. Клиника острого периодонтита: постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Субфебрильная температура, головная боль, недомогание. Объективно: кариозная полость, либо под пломбой, либо полностью разрушен, зондирование безболезненно, перкуссия резко болезненна. Лечение чаще хирургическое. Клиника хронического периодонтита: жалобы на боль отсутствуют.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 60 -</p>
--	---	---	---------------

Объективно: зуб разрушен, зондирование и перкуссия безболезненна, на альвеолярном отростке могут открываться свищи. Лечение хирургическое.

Острый серозный периостит не всегда выделяется клиницистами в отдельную форму. Однако принципиально важно в детском возрасте диагностировать эту фазу воспаления. Острый серозный периостит сопровождается пульпиты и периодонтиты и свидетельствует о появлении перифокального очага. Учитывая быстроту течения одонтогенного воспаления у детей, симптом раздражения периоста требует немедленной радикальной тактики в отношении главного фокуса воспаления в пульпе или периодонте.

Острый гнойный периостит (субпериостальный абсцесс) локализуется обычно с вестибулярной стороны альвеолярного отростка в области «причинного» зуба, имеющего патологическую подвижность, и имеет протяженность вдоль 2-3 зубов. Общее состояние ребенка средней тяжести или тяжелое.

Острый одонтогенный остеомиелит – тяжелое заболевание, при котором происходит некроз кости с последующим отторжением омертвевшего участка. Ведущая роль в патогенезе остеомиелита у детей принадлежит контактному распространению гнойного экссудата по широким костным канальцам, рыхлым и мягким компонентам костной ткани, что в конечном итоге, в результате отека и инфильтрации, а также глубоких биохимических сдвигов в очаге воспаления приводит к необратимым изменениям и некрозу. Клиника: общее состояние тяжелое. Имеется патологическая подвижность и болезненность при перкуссии «причинного» и рядом стоящих зубов. Поднадкостничные абсцессы формируются не только с вестибулярной, но и с оральной стороны. Рентгенологическая картина не имеет ярких симптомов. Только к концу первой недели можно увидеть признаки разлитого разряжения костной ткани.

Хронический одонтогенный остеомиелит имеет три формы: **деструктивную, деструктивно-продуктивную, продуктивную**. Деструктивная форма чаще встречается у детей в возрасте 3-5 лет после перехода острой стадии в хроническую. Общее состояние ребенка улучшается, однако симптомы общей интоксикации организма сопутствуют всему периоду болезни. На слизистой оболочке альвеолярного отростка появляются свищи с гнойным отделяемым и выходящими грануляциями. Эта форма хронического остеомиелита сопровождается образованием секвестров крупных размеров.

Деструктивно-продуктивная форма развивается также после острой стадии заболевания и является наиболее частым исходом острого одонтогенного остеомиелита (5-7 лет). При этой форме процессы гибели и построения костного вещества находятся в равновесии. Образуются мелкие секвестры.

Продуктивный остеомиелит является первично-хроническим. Чаще всего болеют дети 12-15 лет. Длительность заболевания составляет от 3 до 15 лет. Почти постоянным признаком является обострение процесса, которое развивается в течение 1-2 дней. Обострения часты, возникать могут до 12 раз в год. После исчезновения признаков обострения деформация кости становится более выраженной и определяется как «муфтообразное» утолщение кости с наружной и внутренней поверхности и нижнему краю. Характерным рентгенологическим признаком заболевания является чередование участков уплотнения и разрежения.

Аденофлегмона – разлитое гнойное воспаление клетчатки окружающей лимфатический узел. Диагноз гнойного воспаления (абсцесс, флегмона) ставят на основании таких местных симптомов, как размягчение в центре инфильтрата, флюктуации, локального повышения температуры кожи.

Лечение воспалительного процесса имеет три принципиальных направления: раннее опорожнение и дренирование очага, воздействие на микроорганизмы, воздействие на макроорганизм.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 61 -</p>
--	---	---	---------------

Раннее опорожнение очага при одонтогенных воспалительных процессах включает в себя не только вскрытие абсцессов и флегмон, но и вопрос выбора тактики по отношению к «причинному» зубу. Молочные моляры удаляют независимо от возраста ребенка и функциональной ценности зуба. Молочные резцы можно сохранять и лечить только в период сформированного корня, если воспалительный процесс диагностирован не позже стадии периостита. Постоянные зубы удаляют при их значительном разрушении, потери функциональной ценности и невозможности их радикального лечения данным врачом в данном лечебном учреждении.

Воздействие на микроорганизмы производится с использованием антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, производных нитрофурана, антимикробных сывороток.

Воздействие на макроорганизм заключается в нормализации гомеостаза, дезинтоксикации, гипосенсибилизации, неспецифической и специфической стимуляции, пассивной иммунизации.

Исходы одонтогенных воспалительных процессов:

вторичная адентия вследствие потери зубов и зачатков; дефекты челюсти после хронического деструктивного остеомиелита; деформация челюсти после хронического продуктивного периостита и остеомиелита; недоразвитие челюсти; анкилоз ВНЧС; рубцовые деформации мягких тканей.

Существуют *клинические, рентгенологические и ситуационные* показания к удалению молочных зубов.

Клинические показания к удалению: Смена зуба должна произойти через два года и менее; Хронические заболевания инфекционно-аллергического генеза (ревматизм, нефрит); Психические заболевания, затрудняющие контакт с ребенком; Острое септическое состояние ребенка; Хронический сепсис; Частые обострения хронического периодонтита в анамнезе; Декомпенсированное течение кариеса зубов.

Рентгенологические показания к удалению: Патологический процесс распространился на зачаток постоянного зуба или корень рядом стоящего зуба; Значительная резорбция или деструкция в области бифуркации или верхушки корня; Образование радикулярной кисты; Корень резорбирован более чем на 1/3.

Ситуационные показания к удалению: Невозможность проведения полноценного лечения при острых или обострившихся периодонтитах: нет контакта с ребенком, невозможность наблюдения в ближайшие дни; При консервативном лечении, когда нет положительной динамики, зуб не выдерживает герметического закрытия.

Показания к удалению постоянных зубов могут быть *срочными и плановыми*. Острый воспалительный процесс в периодонте, нарастающий, несмотря на проводимое лечение, воспалительные процессы в костной ткани (острый остеомиелит) являются срочными показаниями к удалению зуба.

Противопоказания к операции удаления постоянного зуба: -Эпилепсия -Заболевания ЦНС -При беременности наиболее благоприятным сроком для удаления зуба является период от 3 до 7 месяца беременности -При авитаминозе удаление зуба может быть отложено и произведено после консультации со специалистом -Острые инфекционные заболевания или заболевания слизистой оболочки.

Операция удаления зуба имеет следующие этапы:

1. Наложение щипцов
2. Продвижение щечек щипцов
3. Смыкание щечек щипцов (фиксация)
4. Вывихивание зуба путем расшатывания или вращения (люксация, ротация)
5. Извлечение зуба из лунки (тракция)



Перед удалением постоянного зуба ткани десны отделяют от шейки зуба при помощи узкого распатора или гладилки. Это необходимо для того, чтобы облегчить продвижение щечек щипцов, а также, чтобы сохранить целостность слизистой оболочки при извлечении зуба из лунки.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

1. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба:
 - а) местное
 - б) общее
 - в) комбинированное
2. Показанием к удалению зуба является:
 - а) острый пульпит
 - б) глубокий кариес
 - в) острый периодонтит
 - г) хронический гранулематозный периодонтит
3. Наиболее частый путь распространения инфекции в раннем детском возрасте:
 - а) гематогенный
 - б) одонтогенный
 - в) контактный
 - г) лимфогенный
4. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов ЧЛЮ у детей 2-3 лет является:
 - а) одонтогенная инфекция
 - б) неодонтогенная инфекция
5. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов ЧЛЮ у детей 6-8 лет является:
 - а) одонтогенная инфекция
 - б) неодонтогенная инфекция
6. Наиболее частый источник инфекции при остром периостите в детском возрасте:
 - а) 16, 55, 54, 64, 65, 26
 - б) 46, 85, 84, 74, 75, 36
 - в) ОРВИ и детские инфекционные заболевания
7. У детей преобладает остеомиелит этиологии:
 - а) посттравматической
 - б) одонтогенной
 - в) гематогенной
 - г) все выше перечисленное
8. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным периоститом и острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:
 - а) срочной госпитализации
 - б) иммунотерапии
 - в) хирургической помощи
 - г) дезинтоксикационной терапии
9. Гематогенный остеомиелит наблюдается чаще в области челюсти:
 - а) верхней
 - б) нижней
10. Среди травм молочных зубов у детей 1-3 лет преобладает:
 - а) ушиб зуба
 - б) вывих зуба
 - в) перелом коронки зуба

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 63 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 7 (часть 2)

Тема: Одонтогенные воспалительные заболевания члo.

Пути распространения инфекции, клиника, диагностика, профилактика. Оказание первой помощи. Операция удаления зуба. Травмы зубов и лицевого скелета. Оказание неотложной помощи. Врожденная патология члo.

ЦЕЛЬ: Научиться диагностировать воспалительные заболевания ЧЛО на основе анамнестических и клинических данных, выявлять показания к удалению молочных и постоянных зубов, дифференцировать травмы зубов и лицевого скелета, оказывать неотложную помощь.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ: 2 часа.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: учебные клинические базы кафедры стоматологии детского возраста.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОВТОРЕНИЯ:

1. Особенности строения кровеносной и лимфатической системы у детей.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

4. Травмы зубов и лицевого скелета.
5. Оказание неотложной помощи при травмах челюстно-лицевой области.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

Травма – воздействие на организм внешнего фактора (механического, химического, механического, биологического), вызывающее нарушение целостности ткани и физиологических процессов (функции).

Травмы молочных зубов наиболее часто встречаются у детей 1 – 3 лет. Наиболее распространенным видом травмы является вывих.

При частичном вывихе назначают щадящую диету и ставят на диспансерный учет. При значительном вколоченном вывихе зуб выдвигают и удаляют. При полном вывихе молочный зуб реплантации не подлежит. Главная тактика врача: сохранить зачатки постоянных зубов.

Среди **травм постоянных зубов** могут встречаться ушибы, неосложненный (осложненный) перелом коронки зуба, полный перелом, коронково-корневой продольный перелом, перелом корня, неполный (полный) вывих.

При неполном вывихе постоянного зуба рекомендуется установить его в первоначальное положение и закрепить на 4-6 недель, если пульпа погибла, провести эндодонтическое лечение. При полном вывихе постоянного зуба проводят реплантацию.

Травмы мягких тканей делятся на:

-изолированные (без нарушения целостности кожных покровов (ушиб), с нарушением целостности кожных покровов (ссадины, раны))

- сочетанные повреждения (без нарушения целостности тканей, с нарушением целостности тканей)

Рана – повреждение всей толщи кожных покровов или слизистой оболочки с разрывом нервов, сосудов и тканей слюнных желез. У детей наиболее часто встречается ушибленная рана.

Выделяют три группы ран: хирургические, боевые и случайные (травматические).

По характеру ранящего предмета: резанные, колотые, рваные, рубленые, ушибленные, укушенные, размозженные, скальпированные.

По раневому каналу: сквозные, касательные, слепые.



По раневой микрофлоре: асептические, бактериально загрязненные, инфицированные и гнойные.

Тактика врача: проведение ранней ПХО в первые 24 часа, отсроченной ПХО – через 24-48 часов, поздней ПХО – более чем через 48 часов.

Травмы костей лица делятся на: ушибы, вывихи, переломы.

Чаще травмы костей лица встречаются у мальчиков. Среди травм костей лица преобладают переломы нижней челюсти со смещением отломков.

Лечение: детям до двух лет и в период с 6 до 11 лет накладывают шины-каппы, моноблоки.

ТЕСТЫ.

1. Характерным видом травмы временных зубов является
 - 1) перелом
 - 2) вывих
 - 3) ушиб
2. В постоянном прикусе у детей среди всех видов травмы зубов преобладает
 - 1) вывих
 - 2) перелом
3. Среди всех видов травмы зубов у детей перелом преобладает в прикусе
 - 1) постоянном
 - 2) временном
4. Вывих зуба у детей преобладает в прикусе
 - 1) постоянном
 - 2) временном
5. Травма зачатка постоянного зуба преимущественно наблюдается при травме временного зуба в виде вывиха
 - 1) полного
 - 2) неполного
 - 3) внедренного
6. Травма зачатка постоянного зуба при удалении временного зуба
 - 1) невозможна
 - 2) возможна
7. Предрасполагающим фактором вывиха резцов верхней челюсти у детей является
 - 1) множественный кариес этих зубов и его осложнения
 - 2) глубокий прогнатический прикус
 - 3) мелкое преддверие
8. Центральный резец верхней челюсти при полном вывихе у ребенка 3 лет реплантации
 - 1) подлежит
 - 2) не подлежит
9. В выборе врачебной тактики при полном вывихе временных резцов нижней челюсти возраст ребенка значение
 - 1) не имеет
 - 2) имеет
10. Пластмассовую зубонадесневую шину рекомендуется использовать у детей с временным и сменным прикусом при
 - 1) переломе челюсти
 - 2) вывихе зубов
11. Для детей в возрасте 4-5 лет наиболее характерен вид травмы



- 1) перелом зуба
 - 2) перелом челюсти
 - 3) вывих зуба
 - 4) вывих височно-нижнечелюстного сустава
12. Поздним клиническим симптомом родовой травмы может быть
- 1) короткая уздечка языка
 - 2) рубцы на коже лица
 - 3) ринолалия
 - 4) недоразвитие нижней челюсти
13. Наиболее частой локализацией переломов нижней челюсти по типу "зеленой ветки" является
- 1) угол
 - 2) мышелковый отросток
14. Поднадкостничные переломы преобладают у детей в возрасте
- 1) 14-15 лет
 - 2) 6-7 лет
15. Наиболее информативным методом диагностики переломов челюстей является
- 1) реография
 - 2) электромиография
 - 3) рентгенография
16. Наиболее достоверным признаком консолидации фрагментов нижней челюсти является
- 1) исчезновение боли
 - 2) образование костной мозоли
 - 3) уменьшение подвижности фрагментов
17. Шины, фиксирующие фрагменты челюсти, при переломах у детей рекомендуется снимать не ранее, чем через
- 1) 1 неделю
 - 2) 2 недели
 - 3) 3 недели
 - 4) 4 недели
18. При падении на подбородок отраженный перелом нижней челюсти следует ожидать в области
- 1) углов нижней челюсти
 - 2) ветвей нижней челюсти
 - 3) мышелковых отростков
19. Диспансерное наблюдение ребенка с переломом мышелкового отростка нижней челюсти продолжается до
- 1) выявления рентгенологических признаков костной мозоли в области перелома
 - 2) формирования постоянного прикуса
 - 3) 1-2 лет после травмы
 - 4) 16-18-летнего возраста
20. На смещение отломков нижней челюсти в результате ее перелома у детей влияние оказывают
- 1) мышечная тяга
 - 2) сила удара
 - 3) возрастные особенности строения нижней челюсти
 - 4) собственный вес отломков

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 66 -</p>
--	---	---	---------------

Тема № 7 (часть 3)

Тема: Одонтогенные воспалительные заболевания члo. Пути распространения инфекции, клиника, диагностика, профилактика. Оказание первой помощи. Операция удаления зуба. **Травмы зубов и лицевого скелета.** Оказание неотложной помощи. **Врожденная патология члo.**

ЦЕЛЬ: Научиться диагностировать воспалительные заболевания ЧЛЮ на основе анамнестических и клинических данных, выявлять показания к удалению молочных и постоянных зубов, дифференцировать травмы зубов и лицевого скелета, оказывать неотложную помощь.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ: 2 часа.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: учебные клинические базы кафедры стоматологии детского возраста.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОВТОРЕНИЯ:

1. Особенности строения челюстных костей у детей.
2. Особенности строения кровеносной и лимфатической системы у детей.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

6. Антенатальные факторы риска развития патологии челюстно-лицевой области.
7. Врожденная патология ЧЛЮ.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ:

Анатомические нарушения у детей с патологией ЧЛЮ зависят от степени несращения губы, мягкого и твердого неба, альвеолярного отростка. Дети, родившиеся с расщелинами губы и неба, с первых минут находятся в неблагоприятных условиях, так как у них нарушено нормальное дыхание. Это приводит к быстрому развитию воспалительных процессов верхних дыхательных путей, а позднее к бронхоаденитам, пневмониям. Нарушение грудного вскармливания приводит к расстройствам функции ЖКТ. У таких детей снижаются показатели физического развития, нарушается функция речи, возникают психические расстройства, связанные с комплексом неполноценности.

Классификация расщелин неба.

1. Врожденные расщелины мягкого неба: - скрытые, - неполные, - полные
2. Врожденные расщелины твердого и мягкого неба:- скрытые, - неполные, - полные
3. Врожденные полные расщелины мягкого и твердого неба и альвеолярного отростка: - односторонние, - двусторонние
4. Врожденные расщелины альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба: - полные/неполные, - односторонние/двусторонние

Классификация расщелины верхней губы.

1. Врожденная скрытая расщелина верхней губы (односторонняя или двусторонняя)
 2. Врожденная неполная расщелина верхней губы
 - Без деформации кожно-хрящевого отдела носа (односторонняя или двусторонняя)
 - С деформацией кожно-хрящевого отдела носа (односторонняя или двусторонняя)
 3. Врожденная полная расщелина верхней губы (односторонняя или двусторонняя)
- Дети с врожденной патологией ЧЛЮ со дня рождения до 15 лет лечатся в центрах диспансеризации. Хирургическое лечение проводится в стационаре. Все остальные виды

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 67 -</p>
--	---	---	---------------

лечения – амбулаторно. Ведущими специалистами являются: хирург-стоматолог, логопед, ортодонт.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

1. В поликлинику обратилась мама ребенка 5-ти лет с жалобами на боль в области верхней челюсти справа. Болен в течение 4 суток. Лечился домашними средствами: анальгин, аспирин, грелки. Общее состояние средней тяжести: температура тела 38°C, пульс 112 ударов в минуту. Анализ крови: содержание лейкоцитов 12400, эозинофилов – 1%, палочкоядерных нейтрофилов 8%, сегментоядерных нейтрофилов – 72%, лимфоцитов – 16%, моноцитов – 4%, СОЭ – мм/час. Местно: зуб разрушен, подвижен, на небе слизистая выбухает, гиперемирована, определяется флюктуация. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения.

2. В поликлинику обратились мама с ребенком 3-х лет с жалобами на припухлость в правой поднижнечелюстной области. Болен в течение 3-х дней. Ребенок вялый, аппетит снижен. Объективно: Ассиметрия лица за счет припухлости в правой поднижнечелюстной области, кожа в цвете не изменена. Пальпаторно определяется увеличенный лимфоузел, болезненный при пальпации, подвижный, не спаянный с окружающими тканями, плотноэластической консистенции, размером 2см – 1,5см. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные сведения необходимы для уточнения диагноза? Составьте план лечения.

3. В поликлинику обратился ребенок 12-ти лет. Жалуется на боль в области нижней челюсти слева. Болен в течение 9 суток. К врачу не обращался. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38°C, пульс 92 удара в минуту. Анализ крови: лейкоцитов – 12100, эозинофилов – 3%, палочкоядерных нейтрофилов – 7%, сегментоядерных нейтрофилов – 65%, лимфоцитов – 17%, моноцитов – 8%, СОЭ – 23 мм/час. Местно: 36 – запломбирован. Десна в области 35,36,37 зубов, имеющих патологическую подвижность, отёчна, гиперемирована. На переходной складке с вестибулярной и язычной стороны пальпируется выбухание и флюктуация. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения.



Тема №8 (часть 1)

Тема: Виды зубочелюстных аномалий и деформаций. Этиология, патогенез, клиника. Роль врача педиатра в профилактике зубочелюстных деформаций.

Цель занятия: Сформировать понятие о физиологическом и патологическом прикусе, изучить виды зубочелюстных аномалий и ознакомиться с принципами профилактики.

Продолжительность занятия - 2 час.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.

Стенды, слайды, фотоальбомы, диагностические гипсовые модели, тесты, ситуационные задачи.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2 г. Волгограда.

Стоматологическая поликлиника ВолГМУ.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОВТОРЕНИЯ

1. Филогенез и онтогенез зубочелюстной системы.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Определение понятия «прикус». Норма и патология.
2. Классификация зубочелюстных аномалий.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Научиться определять физиологический и патологический прикус.
2. Научиться дифференцировать аномалийные виды прикуса.
3. Научиться давать рекомендации родителям по профилактике зубочелюстных аномалий у детей в различные возрастные периоды.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМАТИКЕ ЗАНЯТИЯ

Прикус - взаимоотношение зубных рядов при максимальном контакте и полном смыкании зубов верхней и нижней челюстей. Вид прикуса определяется характером смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии. Различают временный (молочный) и постоянный прикус, а также физиологический и патологический прикус.

Молочный прикус

Главное отличие молочного прикуса зубов от постоянного состоит в количестве зубов. При полном молочном прикусе насчитывается 20 зубов: 4 клыка, 8 резцов и 8 моляров (рис.1,2).



Рис.1. Фотография полости рта пациента в период молочного прикуса в проекциях: боковой правой (а) передней (б), и боковой левой (в)





Рис.2. Фотография полости рта пациента в период молочного прикуса: а - **верхний зубной ряд**, б - **нижний зубной ряд**.

Постоянный прикус.

При постоянном прикусе зубов насчитывается 32 зуба: 4 клыка, 8 резцов, 8 премоляров и 12 моляров (рис.3,4).



Рис.3. Фотографии полости рта пациента в период прикуса постоянных зубов в проекциях: боковой правой (а) передней (б), и боковой левой (в).



Рис.4. Фотография зубных дуг в период прикуса постоянных зубов: зубная дуга верхней челюсти (а) и нижней челюсти (б).

Физиологический прикус

Физиологический прикус характеризуется определёнными признаками:

1. Взаимоотношение 1-х моляров - передний щечный бугорок верхнего моляра находится в межбугорковой борозде нижнего моляра.
2. Резцы верхней челюсти 2-3 мм перекрывают нижние.
3. Каждый зуб верхней челюсти контактирует с одноимённым и позади стоящим зубом нижней челюсти, каждый зуб нижней челюсти - с одноимённым и впереди стоящим зубом верхней челюсти; срединная линия лица проходит между центральными резцами верхней и нижней челюстей и находится с ними в одной сагиттальной плоскости.
4. В зубных рядах промежутки между зубами отсутствуют.

Физиологический прикус обеспечивает нормальный акт жевания за счет наибольшего контакта противостоящих зубов; нагрузка при этом равномерно распределяется на все зубы, что предотвращает преждевременное стирание отдельных зубов и их расшатывание.

Патологический прикус.

Патологический прикус – неправильное взаимное расположение зубов верхней и нижней челюстей, при котором идёт нарушение функций зубочелюстной системы, а как следствие и других систем организма, морфологические и эстетические нарушения. Патологический прикус формируется при аномалиях зубов и челюстей врожденного и приобретенного характера.

В клинике для характеристики патологии челюстно-лицевой области используют термины «аномалия» и «деформация». Термин деформация «аномалия» обозначает отклонение от нормы, общей закономерности; неправильность (С.И. Ожегов, 1984). «

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 70 -</p>
--	---	---	---------------

Деформация» - это изменение формы чего-либо под действием внешних сил без изменения его массы.

Аномалии прикуса определяются в трех взаимно перпендикулярных плоскостях: сагиттальной, вертикальной и трансверсальной.

Классификация аномалий окклюзии зубных рядов Л. С. Персина

1. Аномалии окклюзии зубных рядов:

1.1. В боковом участке:

- а) по сагиттали: дистальная (дисто-) окклюзия; б) по вертикали: дизокклюзия;
- в) по трансверсали: перекрестная окклюзия: - вестибулоокклюзия; - палатиноокклюзия; - лингвоокклюзия.

1.2. Во фронтальном участке:

а) дизокклюзия:

- по сагиттали: в результате протрузии или ретрузии резцов;
- по вертикали: вертикальная резцовая (без резцового перекрытия), глубокая резцовая (с глубоким резцовым перекрытием);

б) глубокая резцовая окклюзия.

2. Аномалии окклюзии пар зубов-антагонистов: 2.1. По сагиттали. 2.2. По вертикали.

2.3. По трансверсали.

Классификация ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует следующую классификацию зубочелюстных аномалий:

I. Аномалии размеров челюстей: 1. Макрогнатия верхней челюсти. 2. Макрогнатия нижней челюсти. 3. Макрогнатия обеих челюстей. 4. Микрогнатия верхней челюсти. 5. Микрогнатия нижней челюсти. 6. Микрогнатия обеих челюстей.

II. Аномалии положения челюстей относительно основания черепа: 1. Асимметрия. 2. Верхнечелюстная прогнатия. 3. Нижнечелюстная прогнатия. 4. Верхнечелюстная ретрогнатия. 5. Нижнечелюстная ретрогнатия.

III. Аномалии соотношения зубных дуг: 1. Дистальная окклюзия. 2. Мезиальная окклюзия. 3. Чрезмерное перекрытие (горизонтальный перекрывающий прикус). 4. Чрезмерный перекрывающий прикус (вертикальный перекрывающий прикус). 5. Открытый прикус. 6. Перекрестный прикус боковых зубов. 7. Лингвоокклюзия боковых зубов нижней челюсти. 8. Смещение от средней линии.

IV. Аномалии положения зубов: 1. Скученность. 2. Перемещение. 3. Поворот.

4. Промежуток между зубами. 5. Транспозиция. 6. Ретенция (полуретенция). 7. Другие виды.

V. Челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения: 1. Неправильное смыкание челюстей. 2. Нарушение глотания. 3. Ротовое дыхание. 4. Сосание языка, губ и пальцев.

VI. Болезни височно-нижнечелюстного сустава: 1. Синдром Костена. 2. Синдром болевой дисфункции сустава. 3. Разболтанность сустава. 4. Щелканье сустава.

VII. Другие челюстно-лицевые аномалии.

Дистальный прикус

Дистальная окклюзия или прогнатический прикус - нарушение смыкания зубов в сагиттальном направлении, при котором резцы и клыки верхней челюсти расположены впереди соответствующих зубов нижней <http://tolkslovar.ru/ch525.html> (рис.5).



Рис.5. Фотография полости рта пациента, имеющего дистальный прикус

Мезиальный прикус

Мезиальный прикус или мезиальная окклюзия - это такое нарушение смыкания зубных рядов в сагиттальном направлении, при котором нижние зубы чрезмерно смещены мезиально по отношению к верхним зубам (рис.6).



Рис.6. Фотография полости рта пациента, имеющего мезиальный прикус.

Открытый прикус

Открытый прикус – это патология, при которой отсутствует полное смыкание верхних и нижних зубов. Открытый прикус в переднем отделе зубных дуг встречается наиболее часто (рис.7).



Рис. 7. Фото полости рта пациента, имеющего открытый прикус в переднем отделе зубных дуг.

Открытый прикус в боковых отделах зубных дуг боковой прикус встречается реже и может быть односторонним или двусторонним (рис.8.)



Рис.8. Фото полости рта пациента, имеющего открытый прикус в боковом отделе зубных дуг.



Глубокий прикус

Глубокий прикус – вертикальная аномалия окклюзии, характеризующаяся увеличением перекрытия нижних резцов верхними более чем на треть высоты их коронок и нарушением режуще-бугоркового контакта. Глубокий прикус сопровождается нарушением эстетики лица, затруднением жевания, дефектами речи, хронической травматизацией слизистой оболочки неба и десны, повышенной стираемостью зубов, дисфункцией ВНЧС (рис.9).



Рис. 9. Фото полости рта пациента, имеющего глубокий прикус.

Перекрестный прикус

Перекрестный прикус - это аномалия прикуса в трансверзальном направлении, для которой характерно сужение какой-либо из двух челюстей со смещением нижней челюсти вправо или влево. **Перекрестный прикус** зубов бывает как односторонним, так и двусторонним; он может формироваться как в переднем, так и в боковых областях челюсти (рис.10).



Рис.10. Фото полости рта пациента, имеющего перекрестный прикус как в боковом, так и в переднем отделе зубных дуг.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

- ПОЛОЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО В НОРМЕ
 - ортогнатическое
 - ретрогнатическое
 - прогнатическое
- В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ РОЛЬ АКТА СОСАНИЯ
 - существенная
 - не существенная
 - не имеет значения
- ВРЕМЕННЫЕ РЕЗЦЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ
 - в 6-12 месяцев
 - в 12-18 месяцев
 - в 18-24 месяцев
 - в 24-30 месяцев
 - в 34-40 месяцев
- ВРЕМЕННЫЕ ПЕРВЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ



- а) в 6-12 месяцев
- б) в 12-16 месяцев
- в) в 20-24 месяцев
- г) в 28-32 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

5. ВРЕМЕННЫЕ КЛЫКИ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 16-20 месяцев
- в) в 20-24 месяцев
- г) в 28-30 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

6. ВТОРЫЕ ВРЕМЕННЫЕ МОЛЯРЫ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ

- а) в 6-12 месяцев
- б) в 16-20 месяцев
- в) в 20-24 месяцев
- д) в 34-40 месяцев

7. У РЕБЕНКА ИНФАНТИЛЬНЫЙ ТИП ГЛОТАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

- а) до 1 года
- б) до 3-6 лет
- в) в течение всей жизни

8. К ЧЕМУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ?

- а) к сужению верхнего зубного ряда
- б) к макроденсии
- в) к микроденсии
- г) к ретенции

9. КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НУЖНО ПРОВЕСТИ ПРИ РАННЕЙ ПОТЕРЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ?

- а) стимулирование прорезывания постоянных зубов
- б) протезирование
- в) обязательное употребление в пищу жесткой пищи
- г) всё выше перечисленное

10. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АНОМАЛИЯХ ОККЛЮЗИИ НЕОБХОДИМО:

- а) провести клиническое обследование
- б) провести внешний осмотр
- в) клиническое обследование и специальные методы диагностики

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 74 -</p>
--	---	---	---------------

Тема №8 (часть 2)

Тема: Виды зубочелюстных аномалий и деформаций. Этиология, патогенез, клиника. Роль врача педиатра в профилактике зубочелюстных деформаций.

Цель занятия: Сформировать понятие о физиологическом и патологическом прикусе, изучить виды зубочелюстных аномалий и ознакомиться с принципами профилактики.

Продолжительность занятия - 2 час.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.

Стенды, слайды, фотоальбомы, диагностические гипсовые модели, тесты, ситуационные задачи.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2 г. Волгограда.

Стоматологическая поликлиника ВолГМУ.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОВТОРЕНИЯ

2. Строение и функции мышц челюстно-лицевой области.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

3. Этиология, патогенез зубочелюстных аномалий и деформаций челюстно-лицевой области.

4. Профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций. Роль педиатра.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

4. Научиться определять физиологический и патологический прикус.

5. Научиться дифференцировать аномалийные виды прикуса.

6. Научиться давать рекомендации родителям по профилактике зубочелюстных аномалий у детей в различные возрастные периоды.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПО ТЕМАТИКЕ ЗАНЯТИЯ:

Этиология, патогенез зубочелюстных аномалий и деформаций.

Пренатальный период

Наследственные **причины, их генетическая обусловленность.** Для определения наследственно обусловленных заболеваний необходимы исследование хромосом и установление типичных симптомов данного вида патологии. В клинической практике чаще встречаются так называемые семейные особенности развития т. е. нарушения, имеющиеся у одного или двух родителей либо у близких родственников. В связи с отсутствием доступной сети генетических консультаций, где могут уточнить этиологию аномалии, правильнее использовать термин «семейные особенности развития». Ребенок наследует от родителей некоторые особенности строения зубочелюстной системы и лица. Это касается размера, формы, количества зубов, антеропостериального расположения челюстей, иногда их размеров, особенностей мышц и функций мягких тканей. Ребенок может унаследовать все параметры от одного родителя или, например размеры и форму зубов от матери, а размеры и форму челюстей - от отца что может вызвать нарушение соотношения размеров зубов и челюстей (так, широкие зубы при узкой челюсти приведут к дефициту места в зубном ряду для отдельных зубов).

Этиологические факторы, имеющие место в периоде внутриутробного развития плода, можно разделить на эндогенные и экзогенные.

К эндогенным факторам необходимо отнести:

1- наследственное предрасположение (в последние годы обнаружена ассоциация генов системы H1A, т.е. наличие этих генов является фактором развития аномалий и пороков развития зубочелюстной системы);

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 75 -</p>
--	---	---	---------------

2- семейное предрасположение к развитию зубочелюстных аномалий (частичная или полная адентия, сверхкомплектные зубы, индивидуальная микро- или макроденция, нарушение структуры эмали зубов, микро- или макрогнатия, про- или ретрогнатия, врожденное несращение в челюстно-лицевой области, аномалии величины и прикрепления уздечек языка, губ; макроглоссия).

К экзогенным факторам необходимо отнести следующие:

- 1- механические (травма, ушиб беременной женщины; тесная одежда будущей матери; неправильное предлежание плода);
- 2- химические (алкоголизм и курение будущих родителей); профессиональные вредности - работа с лаками, красками, химреактивами;
- 3- биологические (перенесенные заболевания беременной женщиной особенно опасны для плода возбудители туберкулеза, сифилиса, возбудитель коревой краснухи, эпидемического паротита, некоторые формы гриппа, токсоплазмоз);
- 4- психические (неблагоприятное влияние на развитие ребенка оказывают стрессовые ситуации у матери в первом триместре беременности);
- 5- радиационные факторы (рентгеновское облучение, связанное с профессиональными вредностями или пребывание беременной в районах с повышенным уровнем радиации).
- 6- родовая травма в виде насильственного извлечения плода за нижнюю челюсть - при этом страдает зона роста - мышечковый отросток.

Постнатальный период

Нарушение вскармливания ребёнка.

Искусственное вскармливание используется как средство выбора при отсутствии у матери молока. При этом не требуется значительных усилий мускулатуры, и состояние младенческой ретрогении, т. е. наличие сагиттального несоответствия между верхней и нижней челюстями во фронтальном отделе сохраняется. Создается тенденция к дистальной окклюзии. Неправильно проводимое искусственное вскармливание, т.е. использование жесткой и длинной соски, которая может вызвать травму слизистой полости рта или наоборот очень мягкой с одним большим отверстием на конце - данный вариант не требует от ребенка усилий при кормлении; помимо этого некоторые родители оставляют ребенка один на один с бутылочкой - при этом она горлышком оказывает давление на альвеолярный отросток, деформируя его. Часто при искусственном вскармливании пользуются длинной соской, которая занимает весь рот младенца, достигая мягкого неба. Это препятствует правильной функции языка, мягкого неба и мышц глотки. Кроме того, в соске делают большое отверстие, через которое молоко легко протекает в рот, поэтому энергичное сосание приводит к чрезмерному поступлению молока, ребенок захлебывается и может проглотить молоко только тогда, когда соску уберут изо рта или если излишки молока выльются через углы рта. Вследствие этого преобладают глотательные, а не сосательные движения нижней челюсти. Мышцы челюстно-лицевой области не принимают активного участия в акте сосания. Такое положение может наблюдаться и при грудном вскармливании, когда в груди матери развивается слишком большое давление и ребенок не успевает глотать молоко.

Болезни раннего детского возраста Рахит - заболевание, связанное с недостатком витамина группы "Д", проявляющееся в слабой минерализации костей в том числе и лицевого скелета. В результате недостатка витамина Д нарушается обмен кальция и фосфора. Кости при этом становятся мягкими и легко деформируются. Под влиянием силы мышц, прикрепляющихся к нижней челюсти, происходит деформация челюстных костей. Нижний зубной ряд приобретает трапециевидную форму в результате уплощения переднего отдела. Верхний зубной ряд приобретает седловидную форму. Формируется

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 76 -</p>
--	---	---	---------------

вертикальная резцовая дизокклюзия. У большинства детей, болевших рахитом, увеличены миндалины, отмечается затруднение носового дыхания, что, и само по себе может вызвать аномалии прикуса. Нарушение носового дыхания может быть связано с патологическими процессами в носу и носоглотке: гипертрофией небных и глоточных миндалин, наличием полипов в носу, искривлением носовых перегородки, аденоидными разрастаниями. Кроме того, при рахите имеет место нарушение прорезывания зубов, правильного их положения.

Вредные привычки у детей. Привычки вредные развиваются в результате дефектов воспитания, обучения, безнадзорности, недостатки культуры, наличия заболеваний. Одни вредные привычки могут являться факторами риска возникновения болезней, другие способствуют их развитию, третьи неизбежно ведут к возникновению стоматологических заболеваний. Предотвращение и устранение вредных привычек является важным звеном в профилактике болезней зубов. Одна из особенностей вредных привычек заключается в их непроизвольности, автоматизме, что делает сложным их искоренение. Факторы убеждения не всегда эффективны. Второй особенностью является необходимость принятия конкретных и специальных мер против каждой из вредных привычек, так как им каких-либо универсальных способов их устранения. Третья особенность - отсутствие знаний о последствиях дурных привычек у многих людей, что позволяет длительное время сохранять их. Устранение каждой из вредных привычек требует внимательного отношения, а во многих случаях длительного времени и терпения, как от стоматолога, так и от родителей, воспитателей и др.

Раннее кариозное разрушение и потеря временных зубов

Кариозное разрушение жевательных зубов способствует снижению высоты прикуса, выдвиганию противостоящих зубов, отклонению передних зубов, изменениям окклюзии и пародонта. Потерю временных зубов больше чем за 1 год до периода их физиологической смены считают преждевременной. В результате возникают характерные морфологические и функциональные нарушения: происходит наклонное или корпусное смещение зубов, ограничивающих дефект, укорачивается зубная дуга, уменьшаются её размеры. Потеря зубов на одной стороне приводит к асимметричным деформациям зубной дуги. Нарушается миодинамическое равновесие между языком и щеками, возникают вредные привычки. Наблюдается задержка прорезывания или преждевременное прорезывание постоянных зубов. Расположение мягких тканей между альвеолярными отростками челюстей в области отсутствующих зубов приводит к формированию дизокклюзии, нарушению звукопроизношения.

Нарушение физиологического стирания молочных зубов.

Стираемость временных зубов - физиологический процесс, обусловленный с одной стороны, возникающими функциональными нагрузками в связи с развитием активной функции жевания, а с другой - изменением структуры и свойств эмали временных зубов, вызванных резорбцией их корней. Первые признаки физиологического стирания появляются на резцах в 3-х летнем возрасте, к 4-5 годам оно распространяется на клыки и моляры. Благодаря стиранию бугорков временных зубов обеспечивается плавное скольжение нижнего зубного ряда по отношению к верхнему, создаются оптимальные условия для полноценного жевания и формирования правильного прикуса.

Ротовое дыхание (Затрудненное носовое дыхание).

Ротовое дыхание может быть обусловлено несколькими причинами: - пониженной функцией мышц, замыкающих ротовую полость спереди и сзади, что позволяет струе воздуха проходить через имеющуюся щель (язык при этом располагается между зубами); - наличием препятствия в верхних дыхательных путях (аденоиды, воспаление слизистой оболочки, искривление носовой перегородки, полипы и др.); - привычкой дышать через рот, остающейся нередко после устранения механических препятствий. -Аллергические

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 77 -</p>
--	---	---	---------------

реакции, появляющиеся в носоглотке. Установлено их влияние на развитие носолобных дуг и области верхних носовых ходов, в результате чего сужается верхняя челюсть, отмечается протрузия верхних зубов, нижняя ретрогения. -Гипертрофия небных миндалин, аденоиды нижних носовых раковин приводят к зубочелюстным аномалиям. У таких детей формируется дистальная окклюзия зубных рядов и вертикальная резцовая дизокклюзия

Неправильное глотание и привычка давления языком на зубы.

Переднее положение языка беззубого младенца может закрепиться и стать причиной неправильного глотания и после прорезывания зубов. Следовательно, при неправильном глотании зубы не сомкнуты, губы и щеки контактируют с языком. Происходит компенсаторное, дополнительное сокращение мышц, участвующих в глотании, и вовлечение в этот процесс других мышц. Естественно, что все это отражается на формировании челюстей и других костей лицевого скелета. Клиническим признаком давления языком на зубы считается наличие диастемы и трем, атрофия альвеолярного отростка.

Нарушение функции речи - для определения взаимосвязи данной функции и аномалий прикуса выявляются нарушения не только в произношении отдельных звуков, но также и в артикуляции, в частности в положении языка (межзубной сигматизм).

Нарушение функции жевания - является активным фактором формирования открытого, перекрестного, прогенического и других видов патологического прикуса. Наблюдается в различных вариантах: вялое жевание - жевание, при котором ребенок медленно и долго разжевывает пищу, не развивая достаточных усилий и запивая ее. Причинами такого жевания могут быть: ротовое дыхание, несвоевременное включение в рацион жесткой пищи, тяжелые соматические и инфекционные заболевания, длительное кормление ребенка с помощью соски-рожка, кариес. Привычка жевать пищу на одной стороне наблюдается при раннем разрушении и удалении жевательных зубов на одной стороне, наличии зубов с осложненным кариесом, неравномерной стираемости временных зубов, после травмы челюстей. Привычка жевать передними зубами. Возникает после ранней утраты жевательных зубов или разрушения их вследствие кариеса, при патологическом стирании зубов со снижением высоты прикуса, врожденной множественной адентии.

Нарушение осанки- Аномалии прикуса сопровождаются нарушением осанки, так как у детей с привычным ротовым дыханием или межзубным положением языка наблюдается переднее положение головы относительно позвоночника - физиологически правильное положение нижней челюсти у таких пациентов нарушается в силу инстинктивно сохраняемого при помощи наклона головы равновесия, при этом возникает перегрузка височно-нижнечелюстного сустава, что со временем может привести к его дисфункции.

Профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций

Профилактика - это система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья (В. К. Леонтьев, 1988). Профилактические мероприятия должны строиться с учетом возрастных периодов развития ребенка. Наиболее благоприятным для профилактики зубочелюстных аномалий является период активного роста челюстей, связанный с формированием молочного прикуса, что совпадает с ранним преддошкольным и дошкольным возрастом ребенка.

Профилактика врождённых зубочелюстных аномалий

1. Медико-генетическое консультирование будущих родителей с целью определения генетического риска рождения ребенка с той или иной врожденной патологией челюстно-лицевой области при наличии ее у близких родственников.

2. Организация рационального режима труда, отдыха, питания беременной женщины. Проведение санитарно-просветительной работы среди них. Необходимо

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 78 -</p>
--	---	---	---------------

добиться понимания каждой женщиной важности обращения к детскому стоматологу на первом году жизни ребенка, если беременность протекала с осложнениями, ребенок родился с низкой массой тела, или осложнения в родах, т.е., когда высок риск возникновения самых различных заболеваний, в том числе и стоматологических.

Профилактика заболеваний раннего детского возраста

- профилактика рахита должна проводиться врачами-педиатрами в зависимости от стадии заболевания (назначение профилактической или лечебной дозы витамина «Д»);
- предупреждение гнойничковых заболеваний кожных покровов должна строиться на правилах личной гигиены челюстно-лицевой области;
- своевременная коррекция укороченной уздечки языка;
- регламентированное пользование соской- «пустышкой» - не более 15-20 мин после еды, если полученная порция пищи не вызвала удовлетворения сосательного рефлекса и ребенок ведет себя спокойно. Соску – «пустышку» дают также на период засыпания ребенка. Во время сна, бодрствования – пользование соской-«пустышкой» не рекомендуется;
- профилактика простудных заболеваний и патологии ЛОР органов.

Нормализация функции дыхания

- необходимо следить за правильным дыханием и настойчиво приучать ребенка дышать носом; если во время бодрствования и сна преобладает дыхание через рот, то следует проконсультироваться с отоларингологом для исключения заболеваний носоглотки.
- если ребенок часто облизывает губы, то красную кайму губ следует 5-6 раз в сутки смазывать нейтральным жиром или оксолиновой мазью.
- если рот ребенка постоянно открыт, то для активации круговой мышцы рта можно проводить массаж и назначать комплекс миогимнастики.

Устранение вредных привычек.

На время сна ограничить движение рук с помощью рукавичек и жестких налокотников; при необходимости отучить ребенка от соски, используя гель (состав 6% альгинат натрия в 7,0-10% настое травы полыни горькой). Нормализовать позу во время сна – на спине или на боку (попеременно на правом и левом) с закрытым ртом. Использовать профилактические аппараты с заслонкой для языка с целью предотвращения неправильного положения последнего. Пластика укороченной уздечки языка с целью правильного формирования функции речи. С 1,5 лет жизни ребенка необходимо включать в рацион жесткий компонент пищи. Консультация специалиста ЛФК и назначение комплекса дыхательных упражнений.

Профилактика нарушений функции жевания

Заключается в проведении разъяснительной работы с родителями и персоналом дошкольных учреждений о необходимости и полезности включения в рацион ребенка жесткой пищи, своевременное устранение вредной привычки, изъятие соски. Большое значение имеет качественное лечение временных зубов, зубное протезирование при наличии дефектов зубного ряда. Формирование навыков по гигиене полости рта.

Наблюдение за последовательностью смены зубов.

Для оценки последовательности смены зубов использовать принцип группового прорезывания зубов:

1. Первые постоянные моляры и медиальные резцы на нижней челюсти.
2. Медиальные резцы на верхней челюсти и все латеральные резцы.
3. Клыки на нижней челюсти и все первые премоляры.
4. Клыки на верхней челюсти и все вторые премоляры.
5. Вторые постоянные моляры.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 79 -</p>
--	---	---	---------------

Из программы ВОЗ: ***основная задача педиатрии вообще и детской стоматологии в частности - создание условий для гармоничного роста и развития ребенка.***

Любое нарушение в работе ЗЧС и, в частности, неправильное расположение зубов может привести к нарушениям функций других органов и систем организма. Гастриты, холециститы и ожирение, заболевания печени и поджелудочной железы, кожные и эндокринные заболевания - вот неполный перечень проблем, спровоцированных аномалиями зубочелюстного развития. В свою очередь, у многих детей в период молочного и сменного прикуса в связи с патологическими процессами в носоглотке (тонзиллиты, риниты аденоиды, ОРЗ) возникает и закрепляется в качестве вредной привычки ротовой или смешанный тип дыхания, формирующий у ребенка так называемый аденоидный тип лица, характеризующийся в том числе недоразвитием зубочелюстной системы. Диспропорция роста челюстных костей, независимо от причины в каждом конкретном случае, меняет конфигурацию лицевого скелета, что нарушает психоэмоциональное состояние ребенка, особенно в подростковом возрасте. Многие аномалии строения зубочелюстной системы также провоцируют у детей расстройства дыхания во сне, храп и даже синдром апноэ.

При отборе детей с нарушениями речи в специализированные логопедические группы детских садов отборочная комиссия, как правило, требует от родителей заключений отоларинголога, психолога и логопеда, при этом ортодонта в списке нет, в то время как почти у всех детей, набираемых в такие специализированные группы, имеются явные нарушения челюстно-лицевого развития, а также функциональные нарушения дыхания, глотания и речи. Своевременная диагностика ранних форм аномалии позволяет скорректировать нарушение еще в сменном прикусе и обеспечить нормальное развитие зубочелюстной системы ребенка. Именно поэтому ***роль педиатра в ранней диагностике*** очень важна, ведь педиатр наблюдает малыша с самых первых дней жизни, и особое внимание он должен уделять ***своевременному информированию родителей о методах предупреждения зубочелюстных аномалий*** и устранения их объективных причин, среди которых наиболее распространенными являются дисфункции дыхания, глотания и речи, а также вредные миофункциональные привычки. К этой работе целесообразно подключить средний медицинский персонал, в частности медицинских сестер, консультирующих родителей в первый год жизни ребенка.

Как правило, первые вредные привычки, способные привести к нарушениям прикуса, формируются у ребенка еще до 1,5 лет. Наиболее распространенные из них - сосание большого пальца, языка или пустышки. Если сосательный рефлекс не угасает после года, это свидетельствует о задержке созревания тех или иных функциональных систем в организме. К трехлетнему возрасту у детей, постоянно сосущих палец или соску, формируется открытый прикус, и чтобы отучить их от этой вредной привычки, требуется много усилий.

Как известно, функция определяет форму, и недостаток твердой пищи в рационе ребенка часто приводит к сужению зубных рядов и в результате к скученности зубов, провоцирующей развитие кариеса и возникновение заболеваний пародонта в постоянном прикусе. Родители и врачи-педиатры должны уделять внимание вредным привычкам детей, так как устранение негативно действующих факторов еще в дошкольном и раннем школьном возрасте во многих случаях способно предотвратить необходимость в ортодонтическом лечении ребенка в постоянном прикусе.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 80 -</p>
--	---	---	---------------

В клинику обратились родители пациента с жалобами на наличие сверхкомплектного зуба в области фронтальной группы зубов верхней челюсти. О наличии сверхкомплектного зуба их информировал терапевт. Пациенту 8 лет. С вестибулярной стороны в области 11 и 21 зубов определяется уплотнение 3 мм ниже переходной складки диаметром 5x5 мм. На ортопантограмме в проекции 11 и 21 зубов определяется зачаток сверхкомплектного зуба, расположенный под углом 90 градусов к вестибулярной поверхности альвеолярного отростка. Зачатка всех постоянных зубов имеются.

Определите план ортодонтического лечения, специальные и дополнительные методы исследования, необходимые для выбора тактики и последующего лечения, прогноз.

ЗАДАЧА № 2.

Патронаж 7-мидневного ребёнка. Родители жалуются на затруднения при кормлении, ребёнок отказывается сосать грудь, молоко попадает в полость носа. При внешнем осмотре: дефект верхней губы и верхней челюсти на всём протяжении, деформация крыла носа. Поставьте диагноз. Составьте план индивидуальной реабилитации. Какую первую помощь необходимо оказать ребёнку?

ЗАДАЧА № 3.

На приёме у педиатра родители с ребёнком 7 лет. Жалобы на носовой оттенок речи, попадание жидкой пищи в полость носа. При внешнем осмотре: лицо симметричное, пропорциональное, профиль выпуклый, дистальное положение подбородка. Соберите анамнез. Составьте план обследования. Сформулируйте предварительный диагноз.

ЗАДАЧА № 4.

При профилактическом осмотре в детском саду выявлен ребёнок, у которого отсутствуют передние зубы, в жевательном отделе коронки зубов разрушены кариозным процессом. Ребёнку 4,5 года, нарушено произношение нескольких звуков. Какие морфологические, функциональные нарушения выявлены? Что является этиологическим фактором? К чему может привести данная ситуация без вмешательства стоматолога и ортодонта?

ЗАДАЧА № 5

На приёме у ЛОР-врача ребёнок 10 лет. Внешний осмотр: лицо удлинено, рот приоткрыт, носогубные складки сглажены, признаки «второго подбородка». Со слов мамы, ребёнок часто болеет простудными заболеваниями, ночью спит с открытым ртом, храпит. Какая патология имеется? Какие рекомендации, помимо лечения основного заболевания, врач должен дать родителям ребёнка?

ЗАДАЧА № 6

Патронаж ребёнка в возрасте 1 месяц. Мама жалуется на отсутствие достаточного количества грудного молока. Какие рекомендации должен дать педиатр, чтобы у ребёнка в будущем не появились проблемы с прикусом.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Стоматология» Методические указания для обучающихся</p>	<p>- 81 -</p>
--	---	---	---------------

Основная литература

Пропедевтическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник / Э. С. Каливрадджиян и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>

Дополнительная литература

1. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии [Текст] : рук-во для врачей / Стош В. И., Рабинович С. А., Морозова Н. В., Васманова Е. В. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2007 . - 177, [7] с. : ил., цв. ил.
2. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии [Электронный ресурс] : рук-во для врачей / Стош В. И., Рабинович С. А., Морозова Н. В., Васманова Е. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 177, [7] с. : ил., цв. ил. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
3. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий [Электронный ресурс] : учебник / Персин Л. С. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
4. Детская терапевтическая стоматология. Руководство к практическим занятиям [Текст] : учеб. пособие по спец. 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Стоматология детского возраста" / Елизарова В. М., Кисельникова Л. П., Страхова С. Ю. и др. ; под общ. ред. Л. П. Кисельниковой, С. Ю. Страховой; М-во образования и науки РФ . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2012 . - 288 с. : цв. ил.
5. Стоматология детская. Терапия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В.М. Елизаровой. - М. : Медицина, 2009. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
6. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. подготовки по спец. 040400 - Стоматология / Хорошилкина Ф. Я. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : МИА, 2010. - 592 с. : ил.
7. Виноградова Т. Ф. Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей [Текст] : учеб. пособие по спец. 040400 - "Стоматология" / Виноградова Т. Ф. . - 2-е изд. . - М. : МЕДпресс-информ , 2010 . - 164, [4] с. : ил