**План**

**открытого занятие по детской терапевтической стоматологии**

**Преподаватель: Мамажакып уулу Жаныбай**

**Группа :4стом-15**

**Дата : 24-сентября**

**Время: 8-00 1- пара**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ТЕМА: Лечение периодонтита временных зубов. Методы, техника выполнения, лекарственные**  **препараты. Анализ эффективности, лечения, прогноз исхода. Общее время занятия:**6 часов. **Мотивационная характеристика темы.**Важной проблемой детской стоматологии является лечение  периодонтитов временных зубов, так как они становятся основной причиной развития острых  воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей и преждевременного удаления зубов,  что в свою очередь способствует увеличению количества зубочелюстных аномалий, а нередко и  возникновению тяжелых соматических заболеваний. Своевременное и качественное лечение  периодонтитов временных зубов продлевает их функционирование вплоть до смены на постоянные зубы. **^ Цель занятия:**Научиться выбирать оптимальный метод лечения периодонтита временных зубов,  проводить эндодонтическое вмешательство и освоить технику лечения, анализировать его эффективность  и прогнозировать исход при диспансерном наблюдении. **Задачи занятий:**После изучения темы студент  должен ЗНАТЬ: 1.Цели и задачи при лечении периодонтитов временных зубов. 2.Особенности лечения периодонтитов временных зубов, пределы консервативной терапии и показания к их удалению. 3.Этапы лечения, техника выполнения, необходимые инструменты и лекарственные средства яри лечении острых и обострившихся периодонтитов. 4.Этапы лечения хронических периодонтитов, технику выполнения, необходимые лекарственные средства и инструменты в зависимости от формы периодонтита к стадии воспалительного процесса. **УМЕТЬ:** 1. Собрать анамнез болезни и жизни у ребенка и родителей. 2. Провести клиническое обследование: внешний осмотр; пальпация лимфоузлов; осмотр зуба и кариозной полости; зондирование; перкуссия; термопроба осмотр и пальпация слизистой оболочки по переходной складке; рентгенодиагностика. 3.Сформулировать диагноз с учетом анамнеза, клинического течения, данных рентгенологического исследования. 4.Выбирать метод лечения периодонтита в зависимости от характера воспаления, диагноза и состояния реактивности организма ребенка.  5.Проводить эндодонтическое лечение при различных формах периодонтита временных зубов. 6.Приготовить пасты для обтурации корневых каналов и запломбировать ими корневые каналы. **Требования к исходному уровню знаний** Для полного усвоения темы студентам необходимо повторить *Анатомии -*анатомические особенности временных зубов. *Гистологии -*морфологическую характеристику периодонта.  *Патологической анатомии -*патологоанатомическую картину периодонтитов.  *Стоматологии детского возраста -*возрастные особенности периодонта временных зубов, анатомические особенности строения челюстей, сроки формирования и резорбции корней *Терапевтической стоматологии -*этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение периодонтитов. *Фармакологии -*механизм действия лекарственных препаратов, используемых при лечении периодонтитов временных зубов и уметь их выписать. **Контрольные вопросы исходного уровня знаний** 1. Сколько корневых каналов имеет второй временный моляр нижней челюсти: а) 1; в) 3; 6) 2; г) 4. 2. Резорбция корней временных моляров начинается в: а) 6 лет в) 8 лет б) 7 лет г) 9 лет 3. Для удаления размягченного дентина со стенок корневых каналов предназначены: а) пульпэкстракторы и лентуло в) дрильборы и К-файлы б) буравы и Н-файлы г) гейтс-глидены и иглы Миллера 4. Какие пасты после пломбировки корневых канатов могут вызвать изменение цвета зуба: а) цинкэвгенолоеая паста в) резорцин-формалиновая паста б) паста Гениса г) канасон 5. Какие анестетики не содержат сосудосуживающих веществ: а) ультракаин б) септанест в) скандонест 6. Какие антисептики обладают раздражающим действием: а) 3% раствор перекиси водорода; в) 2,5-3% растворы гипохлорит натрия; б) йодинол; г) 1% раствор диоксидина. **Контрольные вопросы по теме занятия** 1.Цель и задачи при лечении периодонтитов временных зубов. 2.Лечение хронических форм периодонтитов временных зубов. 3.Оказание неотложной помощи детям с острым и обострившимся хроническим периодонтитом временных зубов. Этапы лечения, техника выполнения, необходимые инструменты и лекарственные препараты. 4.Пределы консервативного лечения и показания к удалению временных зубов. 5.Критерии эффективности лечения периодонтитов временных зубов. Прогноз исхода заболевания. Профилактика. ^ УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ Лечение апикальных периодонтитов временных зубов может быть как консервативным, так и  хирургическим.Во избежание развития осложнений периодонтита временных зубов у детей  необходимо при первом посещении сделать вывод о целесообразности консервативной терапии. ***Показаниями к удалению временных зубов являются:*** 1. Резорбция корней с потерей функциональной ценности зуба (подвижность, значительное разрушение коронки, если до смены осталось не более 1,5-2 лет). Выраженная резорбция кости межкорневой перегородки или наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка челюсти (пальпаторно определяется узура кости в проекции фуркации). Перфорация дна полости зуб Повреждение кортикальной пластинки фолликула постоянного зуба (прерывистость и неравномерность толщины кортикальной пластинки зачатка). Развитие хронического периостита, остеомиелита челюсти.Генерализация острого процесса  (развитие острого остеомиелита, абсцесса, флегмоны)Вероятность значения зуба как очага острой или  хронической инфекции и интоксикацииорганизма.Безуспешность неоднократных попыток эндодонтического  лечения периодонтита. Наличие в зубах труднопроходимых корневых каналов (с последующим контролем места). ***Примечание!****Если до смены осталось более 2-х лет, то при полном разрушении коронки временного зуба*  *и отсутствии угрозы, возникновения осложнений некоторые авторы рекомендуют корни сохранять запломбированными.* Показанием для консервативного лечения периодонтитов временных зубов является не возраст, не сроки  прорезывания постоянного зуба, а характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения  процесса на зачатках постоянного зуба. ***При выборе метода консервативной терапии необходимо учитывать факторы:*** Анамнез соматического и стоматологического статуса. Клиническую картину и данные дополнительных методов исследования. Возраст ребенка. Группу здоровья, к которой относится ребенок. Психо-эмоциональное состояние ребенка. ***При консервативном лечении периодонтитов временных зубов необходимо стремиться к***  ***достижению следующих целей:*** Купировать клинические и патоморфологические признаки воспаления. Ликвидировать или стабилизировать воспалительно-деструктивные и резорбтивные признаки воспаления. Восстановить функциональную ценность и анатомическую форму зуба. Предотвратить повреждение или гибель фолликула постоянного зуба. 5. Обеспечить формирование корней и .своевременную их резорбцию. ***Техника и методики лечения хронических периодонтитов***разнообразны и зависят от формы периодонтита,  стадии заболевания, общего состояния и неспецифической резистентности организма. Однако, несмотря на это,  можно выделить ***следующие основные этапы лечения.*** Определение целесообразности консервативного лечения периодонтита.  Изоляция зуба III. Подготовка к эндодонтическому лечению. Проводится по общим правилам, препарирование кариозной  полости, раскрытие полости зуба и удаление из нее распада пульпы. Весь некротизированный дентин, старые нерациональные пломбы, мешающие эндодонтическим  манипуляциям, должны быть удалены.Удаление путридных масс из корневых каналов проводится стерильным пульпэкстрактором порциями "под ванночками" из антисептиков с соблюдением всех правил асептики. Для этого пульпэкстрактор вводится в канал корня зуба на 1/3 его длины и удаляется распад пульпы их этой части канала. Пульпэкстрактор тщательно очищается от распада стоматологическим пинцетом и промывается в тигельке с 3% раствором перекиси водорода. Затем пульпэкстрактор вводится в канал корня зуба на 2/3 его длины и также тщательно удаляется распад. После этого обрабатывается оставшаяся треть канала корня  зуба до его верхушки. При обработке канала корня зуба в области верхушечного отверстия необходимо  исключить возможность проталкивания части распада пульпы за верхушку корня зуба (учитывая то, что в  период формирования и резорбции корней верхушечное отверстие широкое). Механическая и медикаментозная обработка при периодонтитах должна быть осуществлена во всех случаях.  Она преследует следующие задачи: прохождение канала корня; удаление размягченного инфицированного дентина стенок канала; расширение канала корня и придание ему формы, удобной для пломбирования. *Для успешного проведения инструментальной обработки требуется:* а) обеспечить рабочее место качественным эндодонтическим инструментом; б) провести тщательный визуальный осмотр верхушки инструмента для своевременного выявления грубых деформаций с целью предотвращения отлома; в) точно соблюдать углы поворота инструментов в зависимости от выполняемых манипуляций; г) очистить инструмент от некротизированных тканей и дентинных стружек после очередной работы в корневом канале в антисептическом растворе (3% р-р перекиси водорода, 2% р-р хлорамина, 0,2% р-р хлоргексидина и др.); д) использовать инструмент в пределах корневого канала, чтобы не травмировать периапикальные ткани и не протолкнуть инфицированный дентин за верхушку корня; е) расширить корневой канал так, чтобы в него свободно проникал инструмент, имеющий диаметр на 2-3 номера больше, чем диаметр инструмента, который вводили в начале его обработки. Многие авторы предлагают проводить инструментальную обработку по прохождению и расширению  корневого канала одним инструментом-буравом (Н-файлом), а в узких каналах использовать дрильборы (К-файлы). Однако наилучший результат дает их сочетанное применение.  Некоторые авторы считают необходимым принять меры предосторожности для предотвращения повреждения  зачатка постоянного зуба: захватывать при механической обработке 2/3 длины корня, другие - рекомендуют при  инструментальной обработке корневых канатов не доходить до верхушки корня приблизительно 2 мм. Медикаментозная обработка корневых каналов производится как во время, так и после инструментальной. Для  этого можно использовать 1% р-р диоксидина, 0,06% хлоргексидина, 0,5% р-р этония, 3% р-р перекиси водорода, йодинол, а также 1-2% р-р хлорамина и 2,5-3% р-р гипохлорида натрия. Высокое бактерицидное действие хлорсодержащих препаратов связано с выделением газообразного хлора,  проникающего вглубь дентинных канальцев и обеззараживающего их содержимое. Ирригацию корневого  каната лучше производить с помощью шприца игла которого должна быть фиксирована в устье корневого  канала. Влагу удаляют из канатов с помощью стандартных бумажных конусов или ватных турунд. По  современных представлениям техника и методы подготовки к пломбированию временных и постоянных зубов  схожи. При лечении периодонтитов предпочтение следует отдавать коронарно -апикальным техникам обработки канатов. VI. Пломбирование корневых каналов временных зубов производится цинкэвгенолевой, резорцин-формалиновой пастами, а также пастой Гениса (две последние не применяются в передней группе зубов из-за возможности окраски эмали будущего постоянного зуба ингредиентами пасты). Нельзя использовать для пломбировки корневых канатов штифты и цементы, так как повышается риск послепломбировочных осложнений и нарушается процесс физиологической резорбции корней. Первая порция пасты замешивается негусто и служит для покрытия стенок корневого каната. Для наилучшего заполнения канала последующие порции пасты замешивают более густыми. VII. Наложение постоянной пломбы, позволяющей восстановить зуб как полноценно функционирующий орган. Выбор количества посещений для лечения временных зубов с периодонтитами требует строго индивидуального подхода в каждом отдельном случае, с учетом общего состояния здоровья пациента, реактивных возможностей организма, характера и тяжести патологических изменений, активности бактериальной флоры и др. ***Односеансный***метод лечения позволяет максимально экономить время врача, обслуживающего персонала и  пациента *^ Показаниями к его проведению являются:* хронический гранулирующий периодонтит при наличии свища и хорошо проходимых корневых каналов; хронические формы периодонтитов при хорошо проходимых корневых каналах практически здоровых детей. Следует знать, что возможным осложнением односеансного метода может быть обострение воспалительной  реакции со стороны периапикальных тканей, характеризующееся появлением боли в области леченого зуба, у  силивающейся при накусывании на зуб. Поэтому Starkey (1981) предложил лечить хронические периодонтиты  временных зубов в три посещения. Суть этого метода заключается в поэтапной механической и медикаменто  зной обработке корневых каналов: I посещение - 1/3, во II - на всю длину. Причем как I, так и II посещения  должны заканчиваться наложением над устьями каналов отжатых тампонов с камфоромонохлорфенолом или  формокрезолом в разведении 1:5, крезофеном, фенолформалиновой смесью (1;1; 2:1) под временную повязкуна  несколько дней. Таким образом, отпрепарированные корневые каналы подвергаются длительной  антисептической обработке, что снижает риск послепломбировочных осложнений. Лечение зуба заканчивается  пломбированием канала и восстановлением анатомической формы зуба в Ш-е посещение. Если существует необходимость удаления грануляций из полости зуба и корневых каналов, можно провести их  химическое разрушение с использованием прижигающих веществ: жидкого чистого фенола,  фенолформалиновой смеси (1:1; 2:1), которые поочередно с анестетиками вводят на турундах в корневые каналы до полного их удаления (избегать попадания этих веществ  на слизистую оболочку и в периодонт). В случае беспокойного поведения ребенка, прижигающие вещества можно накладывать на устья корневых  каналов на 2-3 дня, закрывая полость временной повязкой. Особенностью лечения ***острого и обострившегося хронического****с*явлениями периостита периодонтитов  является то, что вмешательства врача должны быть максимально полными и безболезненными. *^ Оказание первой помощи предусматривает:* определение целесообразности консервативного лечения; устранение боли, снятие воспалительных реакций; определение наиболее рационального пути оттока экссудата назначение средств повышения сопротивляемости организма. ***Схема ориентировочной основы действия.*** Неотложная помощь при остром периодонтите временных зубов. *^ Задача действия*- оказание неотложной помощи при остром или обострившемся хроническом периодонтите  по этапам в зависимости от этиологии.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **^ ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ** | | **УСЛОВИЯ И СРЕДСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ** | | **МЕТОДИКИ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ** | | 1. | Решение вопроса о целесообразно­сти консерватив­ного лечения | Оценка клинических проявлений и данных рентгенографии, возраст | | Проведение инфильтрационной или проводниковой анестезии. Анестетики используются в возрастных дозировках.  Проведение наркоза врачом-анестезиологом . | | 2. | Обезболивание:    а) местное    б) общее | Проводится при наличии показаний к хирургическому вмешательству или если острый периодонтит развился на фоне пульпита. При адекватном поведении ребенка, наличии хирурги­ческого кабинета или необхо­димых условий в терапевти­ческом кабинете. При беспокойном поведении ребенка, наличии анестезио­логического кабинета и врача-анестезиолога. | |  | | 3. | Обеспечение оттока экссудата. | В зависимости от клинической картины и проходимости корне­вых каналов выбирают один или несколько путей оттока экссу­дата:  а) через верхушечное отвер­стие  б) через десневую бороздку (при наличии поддесневого абсцесса)  в) через надкостницу (при яв­лениях периостита). | | а) Препарирование кариозной полости, раскрытие полости зуба, удаление распада коронковой и корневой пульпы, антисептическая обработка каналов.  б) Рассечение круговой связки  в) Периостотомия, медика­ментозная обработка и дренаж раны. | | 4. | Антидотная терапия | При остром периодонтите обусловленном попаданием в периодонт химически активных и токсических веществ. | | Антидоты вводятся в корневые каналы до верхушечного отверстия. | | **^ Токсические агенты** | | | **Антидоты** | | | 1.Раствор азотнокислого серебра | | | Препараты йода | | | 2.Фенол | | | 50% спирт, касторовое масло | | | 3.Формалин | | | 3% раствор бикарбоната натрия | | | 4.Иод | | | Окись магния | | | 5.Мышьяковистый ангидрид (используется крайне редко) | | | Унитиол, препараты йода, тиосульфат натрия, сульфат магния | |   Следует подчеркнуть, что при острых периодонтитах необходимо как местное, так и общее воздействие на  организм с целью повышения его иммунологических свойств, что благоприятно сказывается на обратном  развитии воспалительного процесса в периодонте. Для этого применяют теплые ротовые содовые и солевые  ванночки, противомикробные препараты (антибиотики, сульфаниламиды, препараты нитрофуранового ряда),  нестероидные противовоспалительные средства (обладающие противовоспалительным, обезболивающим,  жаропонижающим действием), гипосенсибилизирующие и общеукрепляющие препараты. Многие зарубежные врачи-стоматологи, проводя лечение острого периодонтита, не оставляют причинный зуб  открытым. Их тактика заключается в удалении путридных масс из канала корня зуба, интраканального дренажа  экссудата, промывания канала раствором натрия гипохлорида с последующим оставлением над устьями  корневых каналов турунды с формокрезолом или временным пломбированием Са(ОН)2-содержащей пастой.  При этом зуб выводят из прикуса и назначают антибиотики. Лечение периодонтита временных зубов имеет свои особенности, связанные с динамикой анатомо-  физиологического строения тканей периодонта и корней зубов в детском возрасте. Так, удаление распада  пульпы, механическую и антисептическую обработку корневых каналов следует проводить осторожно, избегая  продвижения эндодонтических инструментов за апикальное отверстие и попадание в ткани периодонта  содержимого корневых каналов, химически активных и токсических веществ. При несоблюдении этих мер  предосторожности возможны: активизация процесса, механическая и химическая травма зачатков постоянных  зубов. Следует обратить внимание на необходимость тщательной механической обработки корневых каналов,  направленной на удаление массивного слоя предентина, представляющего собой депо токсинов и  микроорганизмов.После лечения периодонта временного зуба врач осуществляет *диспансерное наблюдение*  больного, в ходе которого определяется эффективность лечения. При диспансеризации детей следует учитывать, что дети, имеющие хронические заболевания в различной степени компенсации (3,4,5 группы здоровья) должны находиться на учете у  педиатра-стоматолога и осматриваться не реже трех раз в год (через 3,6,12 месяцев). *^ Клиническими признаками благоприятного исхода являются:* сохранение функции зуба отсутствие: а) жалоб на боли; б) гиперемии, отека, свища в области зуба; в) подвижности зуба и болезненной перкуссии. *Рентгенологическими признаками успешного эндодонтического лечения временного зуба являются:* продолжение формирования фолликула постоянного зуба; исчезновение периапикальных изменений и восстановление кости; отсутствие патологической резорбции корней временного зуба и соответствие сроков физиологической резорбции корней леченного зуба со средними сроками резорбции корней витальных зубов. Если при обследовании через 12 месяцев больной не предъявляет жалоб, а на рентгенограмме в области  верхушек и фуркации корней не обнаруживается патологические изменения, то дальнейшего наблюдения не  требуется, пациент снимается с диспансерного учета. В случае прогрессировала процесса, образования кисты,  развития других осложнений (остеомиелит, превращение зуба в очаг хронической инфекции и интоксикации,  а также хронический периостит, повреждение фолликула постоянного зуба) рекомендуется удаление зуба с  последующим контролем места. **^ Задание для самостоятельной работы студентов** Прием пациентов преподаватель со студентами проводит в терапевтическом кабинете стоматологической клиники. Студент должен принять 2-3 тематических больных. Преподаватель обращает внимание студентов на особенности обследования ребенка (тщательный сбор жалоб, анамнеза жизни и болезни) В зависимости от возраста ребенок может сидеть у родителей на коленях или самостоятельно в стоматологическом кресле. Студент проводит внешний осмотр и осмотр полости рта, пальпирует лимфоузлы и слизистую оболочку в области пораженного зуба, перкутирует сначала здоровый рядом стоящий зуб, а затем пораженный осложненным кариесом (проводится с осторожностью), зондирует кариозную полость. При необходимости проводятся дополнительные методы исследования (рентгенодиагностика). На основании жалоб, анамнеза жизни и болезни, учитывая данные осмотра полости рта и конкретного зуба, студент должен поставить предварительный диагноз. Под контролем преподавателя студент составляет план лечения и проводит лечение зуба поэтапно, начиная с анестезии, наложения коффердама, препарирования кариозной полости и заканчивая эндодонтическими манипуляциями. Необходимо также совместно составить индивидуальный план на следующее посещение. Студент заполняет карту амбулаторного больного с полным описанием жалоб, анамнеза, данных внешнего осмотра и полости рта, записывает зубную формулу, рассчитывае интенсивность кариеса, отмечает индекс гигиены и периодонтальный индекс, диагноз, проведенное лечение. В конце занятия преподаватель закрепляет знания студентов по пройденной теме путем клинического  разбора больных, оценивает практические навыки.  1. Ребенку 7 лет. Жалуется на периодически возникающую ноющую боль в 64 зубе, появляющуюся и усиливающуюся при накусывании на зуб. Зуб 64 около двух лет назад был лечен по поводу хронического фиброзного пульпита методом девитальной ампутации с применением пасты ПТЭО. Объективно: Зуб 64 изменен в цвете, под полноценной пломбой. Перкуссия зуба 64 болезненная. Отмечается подвижность зуба I степени. На 2мм выше края десны в проекции середины коронки 64 зуба - свищ. На R-грамме 64: Полость зуба выполнена пломбировочным материалом. В области фуркации корней деструкция костной ткани 0,7хО,9см с нечеткими контурами. Кортикальная пластинка зачатка 24 зуба сохранена. OHIS = 2,4; КПУ + кпу = 6; прикус - нейтральный. Предложите причину осложнения. Сформулируйте диагноз. Выберите и обоснуйте метод лечения.  2. Ребенку 6 лет. Явился для санации полости рта. Жалоб на боли нет. Ребенок готов к сотрудничеству, контактный. Объективно: На апроксимально-медиальной поверхности 55 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином. При зондировании кариозной полости зонд проникает в полость зуба, болезненности и кровоточивости при этом не определяется. После раскрытия полости зуба и ее медикаментозной обработки в устье нёбного канала обнаружена кровоточащая, болезненная ткань, зондирования устьев щечных каналов безболезненно. Перкуссия зуба безболезненна. КПУ + кпу = 9; OHIS = 1,2, прикус глубокий. Сформулируйте диагноз. Выберите оптимальную методику лечения. 3. Ребенку 4 года 7 месяцев. Жалуется на острую боль в 65 зубе, усиливающуюся от прикосновения к зубу. Из анамнеза: Со слов матери 65 зуб беспокоит сутки. Сначала ребенок жаловался на самопроизвольную приступообразную боль в зубе, которая усиливалась от горячего и при приеме пищи. Несколько часов назад в поликлинике по скорой помощи в больной зуб был наложен «Caustinerf fort». Однако боли усилились, появилась припухлость левой щеки, температура тела повысилась до 38°С. Мать отмечает, что зуб на горячее реагировать перестал, но ребенок отказывается от приема пищи из-за резкой боли при накусывании на 65 зуб. Объективно: Ребенок контактный, доверяет врачу. Отмечается асимметрия лица за счет припухлости левой щеки. На жевательной поверхности 65 зуба дентинная повязка, после удаления которой определяется безболезненный вход в полость зуба, в корневых каналах - тяжи некротизированной пульпы и гнойный экссудат. Перкуссия зуба резко болезненная, подвижность 65 зуба - I степени. Десна и переходная складка в области 65 гиперемированы, отечны, болезненны при пальпации. Поднижнечелюстные лимфоузлы слева увеличены до 0,8см. КП = 1; индекс гигиены Silness-Loe = 2,2; прикус глубокий. Сформулируйте диагноз. Ваша тактика при лечении. 4. Ребенку 5 лет. В течение нескольких дней жалуется на боль при накусывании на 54 зуб. Сегодня температура тела повысилась до 37,4°С. Зуб ранее не беспокоил. У стоматолога был на профилактическом осмотре около года назад. Объективно: На апроксимально-дистальной поверхности 54 зуба глубокая кариозная полость. Зонд безболезненно при зондировании проникает в полость зуба. Перкуссия болезненная, 54 устойчив. Десна и переходная складка в области 54 зуба гиперемированы, отечны, болезненны при пальпации. Вариант R-граммы I: Щечные корни 54 изогнуты, корневые каналы не просматриваются на всем протяжении. У верхушек корней 54 зуба имеются очаги деструкции костной ткани с нечеткими контурами размером 0,5хО,8см. Кортикальная пластинка 14 разрушена. Вариант R-граммы II: Щечные корни 54 изогнуты, просвет корневых каналов хорошо просматриваются. У верхушки нёбного корня имеется разряжение костной ткани с нечеткими контурами размером 0,2х0,Зсм. Кортикальная пластинка лунки в области верхушек щечных корней источена и прерывиста. Равномерность и целостность кортикальной пластинки зачатка 14 сохранена.  КП = 7; протокол гигиены по O'Leary 67%; прикус глубокий. Изменится ли Ваша тактика лечения в зависимости от предложенных вариантов R-грамм? 5. Ребенку 6 лет. Жалоб на боли нет. Отмечает, что полость в 85 зубе появилась давно. В течение нескольких месяцев 85 зуб иногда казался выше других. Объективно: Коронка 85 зуба серого цвета. На апроксимально-медиальной поверхности 85 зуба кариозная полость средней глубины, выполненная размягченным пигментированным дентином. Зондирование стенок и дна кариозной полости безболезненно. Перкуссия 85 болезненная. Зуб 85 не реагирует на термические раздражители. Десна в области 85 зуба обычного цвета.  КПУ+кпу = 7; OHIS = 1,6; прикус нейтральный. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте выбранный Вами метод лечения |

**Протокол №2**

**Обсуждение открытого занятия преподавателя Мамажакып уулу Жаныбая на тему «Лечение периодонтита временных зубов. Методы, техника выполнения, лекарственные**

**препараты. Анализ эффективности, лечения, прогноз исхода »**

**проведенного 24.09.2015 г на 4 курсе в группе 4стом-15.**

Преподаватель: Мамажакып уулу Жаныбай

Группа :4стом-15

Дата : 24-сентября

Время: 8-00 1- пара

Кабинет 201.

**Присутствовали :**

Декан медицинского факультета к.м.н.,профессор Арстанбеков М.А.

Завуч кафедры «Хирургической стоматологии с курсом детского возраста» Абдыкайымов А.Т.

Преподователи : Мырзашева Н., Абдырайым У.М.

Секратарь: Кулиева Н.А.

**Цель занятия:** обьяснить лечение периодонтита временных зубов. Методы, техника выполнения, лекарственные препараты. Анализ эффективности, лечения, прогноз исхода

**Ход урока:**

1. Определение исходного уровня знаний.
2. Опрос студентов.
3. Закрепление материала.
4. Показ слайдов.
5. Оценка знаний студентов.
6. Домашнее задание.

**Контрольные вопросы.**

1. Определение причины возникновения периодонтита у детей.
2. Классификация болезней периодантита.
3. Клиника и течение.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Местное лечение.
6. Общеукрепляющее лечение.
7. Профилактика.

**Выступили:**

**Декан медицинского факультета к.м.н., доцент Арстанбеков Маматжан Арстанбекович.**

* Я считаю , сто открытый урок прошел успешно. Построен методически правильно. На момент проведения урока я мог правильно поставить цель урока и определить его задачи и четко разгранить этапы урока. Как мне кажется за время прохождения урока студенты тоже посещали высшем уровне.

**Завуч кафедры Абдыкайымов Аданбек Темирбекович.**

* Занятие проведено соответсвие с планом. Преподаватель имеет план конспекта и методическое указание, соответствующей рабочей и типовой программе по стоматологии. Хронометраж занятия соблюдался , посещаемость студентов 100%. Студенты активны в процессе изучении темы.

**Преподаватель кафедры Мырзашева Назгул.**

* Урок проведен на высоком эмоциональном уровне, применяется раздаточный материал для работы в парах и группах. Студенты заинтересевались уроком, активны. Цель урока достигнута.

**Постановили:** Обсуждения открытого урока преподоваляя Мамажакып уулу Жаныбая на тему“Лечение периодонтита временных зубов. Методы, техника выполнения, лекарственные препараты. Анализ эффективности, лечения, прогноз исхода” проведенного 24.09.2015 года на 4 курсе группе 4стом-15 ауд.201, считать что занятие проведено на хорошем уровне и достигло своей цели.

Декан мед.фака. к.м.н,доцент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Арстанбеков М.А.

Завуч кафедры, препод., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Абдыкайымов А.Т.

Преподователь кафедры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мырзашева Н.А.

Секратарь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кулиева Н.А.

**План**

**Открытого занятия по хирургической стоматологии**

**Преподаватель: Абдыкайымов Аданбек Темирбекович**

**Группа :4стом-10**

**Дата : 08.10.15**

**Время: 10.20 2- пара**

**Цель занятия:**Научиться выбирать оптимальный метод лечения лимфаденитЧЛО,

проводить эндодонтическое вмешательство и освоить технику лечения, анализировать его эффективность, и прогнозировать исход при диспансерном наблюдении.

**Задачи занятий:**

После изучения темы студент должен:  
**ЗНАТЬ:**  
1.Цели и задачи при лечении Лимфаденит ЧЛО.  
2.Особенности лечения лимфаденит, пределы консервативной терапии  
и показания к их удалению.  
3.Этапы лечения, техника выполнения, необходимые инструменты и лекарственные  
средства яри лечении лимфаденит ЧЛО.  
4.Этапы лечения лимфаденит ЧЛО, технику выполнения, необходимые  
лекарственные средства и инструменты .  
**УМЕТЬ:**  
1. Собрать анамнез болезни и жизни у ребенка и родителей.  
2. Провести клиническое обследование:  
внешний осмотр;  
пальпация лимфоузлов;  
осмотр зуба и кариозной полости;  
зондирование;  
перкуссия;  
термопроба  
осмотр и пальпация слизистой оболочки по переходной складке;  
рентгенодиагностика.  
3.Сформулировать диагноз с учетом анамнеза, клинического течения, данных  
рентгенологического исследования.  
4.Выбирать метод лечения лимфаденита в зависимости от характера воспаления, диагноза  
и состояния реактивности организма ребенка.

5.Проводить эндодонтическое лечение при различных лимфаденита.

**Содержание материала;**

**Лимфаденит** (lymphadenitis) — воспаление лимфатических узлов, часто сочетается с лимфангоитом. Практическое значение имеют в первую очередь поверхностные и глубокие лимфадениты лица и шеи. В области лица локализуются лимфаузлы щечные, околоушные, нижнечелюстные и более мелкие, которые расположены у внутреннего угла глаза, вблизи подглазничного отверстия, в верхних отделах носогубной борозды.  
В клетчатке на наружной поверхности тела нижней челюсти и впереди места прикрепления жевательной мышцы расположены так называемые надчелюстные, или нижнечелюстные, лимфаузлы. По данным многих авторов, щечные и нижнечелюстные узлы относятся к непостоянным.  
В околоушной области имеются поверхностно расположенные лимфаузлы — впереди наружного слухового отверстия, непосредственно под околоушно-жевательной фасцией; глубокие узлы находятся между дольками околоушной железы соответственно уровню мочки уха. Узлы располагаются позади угла нижней челюсти, сразу же под ушной раковиной; они прикрыты околоушной слюнной железой.  
Позадиушные узлы расположены в области сосцевидного отростка.  
Поднижнечелюстные узлы делят на три группы: передние, средние и задние. Располагаются они книзу и медиально от угла нижней челюсти, в ложе поднижнечелюстной слюнной железы, но вне ее капсулы.  
Подбородочные лимфаузлы (обычно их 2-3) лежат в треугольнике между передним брюшком двубрюшной мышцы и подъязычной костью.  
Лимфаузлы языка расположены в толще его — между челюстно-язычными и подбородочными мышцами.  
Поверхностные и глубокие шеи локализуются в виде многочисленной сети и цепочек, тянущихся вдоль крупных сосудов, нервов и грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.  
Заглоточные лимфатические узлы относятся к группе глубоких шейных латеральных узлов и располагаются в глубоких отделах поднижнечелюстного треугольника, они прилегают к глотке. Лимфа от задних отделов носовой полости, частично твердого и мягкого нёба оттекает в заглоточные лимфатические узлы.  
Щечные, нижнечелюстные, поднижнечелюстные, подбородочные лимфаузлы принимают на себя лимфу (а с ней и инфекцию) из зубной системы, челюстей, слюнных желез, слизистой оболочки, придаточных пазух носа и полости рта. Особое клиническое значение имеет воспаление щечных узлов, что позволяет рассматривать их как региональные лимфаузлы первого порядка по отношению к большим и малым коренным зубам, слизистой альвеолярных отростков. Лимфадениты в подчелюстной и подбородочной областях, а также в области шеи, могут носить характер одонтогенных или неодонтогенных воспалительных процессов. Одонтогенные воспалительные процессы в периодонте, костях лицевого скелета, верхнечелюстной пазухи, мягких тканей лица и полости рта неизбежно служат источником инфекции в соответствующие региональные лимфаузлы — подчелюстные, подбородочные, щечные, околоушные, шейные. В результате этого развиваются симптоматические лимфадениты в указанных узлах.  
Установлено, что наиболее частыми причинами развития лимфаденита являются обострение хронического периодонтита, периостит, острый перикоранорит. Серозное воспаление лимфатического узла обычно развивается на 1-3-и сутки основного заболевания, а к 3-6-м суткам воспаление может перейти в гнойное. Даже после ликвидации одонтогенной причины воспаление в лимфаузлах может нарастать.  
В группу неодонтогенных лимфаденитов входят такие, которые не имеют патологической связи с зубочелюстной системой. К ним относятся риногенные, отогенные, стоматогенные (при стоматитах, гингивитах, глосситах, отитах, ринитах и других заболеваниях).  
Специфические лимфадениты могут развиваться после вакцинации, в частности, при проведении БЦЖ.  
Возбудителями лимфаденита и лимфангиита являются патогенные стрептококки, анаэробные микроорганизмы.  
Лимфатические узлы являются своеобразным биологическим фильтром, который задерживает микроорганизмы, токсины и другие антигенные раздражители, оттекающие от участков воспаления.  
**Лимфангиит** — поражение лимфатических сосудов, встречается реже.  
По клиническому течению лимфаденит и лимфангиит бывают острыми и хроническими.  
Для острого воспаления характерно появление болей на участке лица или шеи, общее недомогание, повышение температуры до 38-39°С, озноб, лихорадка, головные боли. В крови может наблюдаться лейкоцитоз. При лимфангиите появляется на коже сеть мелких лимфатических сосудов, болезненных при пальпации. Кожа над воспаленным узлом или сосудом становится гиперемированной, болезненной. Лимфаузлы при пальпации увеличены, болезненны, малоподвижны, при гнойном расплавлении может пальпироваться флюктуация.  
Острое воспаление может перейти в хроническую стадию. Она характеризуется уменьшением боли, снижением температуры. Заболевание протекает медленно, в течение нескольких недель.  
Лимфаденит может быть серозным, гнойным.  
При гнойном воспалении все признаки воспаления выражены более ярко.  
Осложнением острого лимфаденита может стать **аденофлегмона**. Расплавление капсулы лимфатического узла при гнойном воспалении ведет к распространению гноя в окружающую клетчатку. Возникает разлитое гнойное воспаление узла и окружающей клетчатки — аденофлегмоны. Процесс чаще локализуется в лимфатических узлах поднижнечелюстного и подбородочного треугольника.  
Жалобы на самопроизвольные, иногда интенсивные боли в пораженной области, ухудшение общего самочувствия и другие признаки интоксикации: повышение температуры, головная боль, слабость. Аденофлегмона развивается медленно, в течение 2-3 недель.  
  
Лечение лимфангиита, лимфаденита, аденофлегмоны зависит от стадии и тяжести течения заболевания и заключается в следующем:

* устранение первичного источника инфекции (ПХО раны, санация полости рта, удаление зубов);
* назначается курс антибиотиков, антигистаминных препаратов, обезболивающих, витаминов, иммуномодуляторов;
* физиотерапевтическое лечение (соллюкс, УВЧ, ультразвук, излучение гелий-неонового лазера и др.);
* проведение новокаиновых блокад с антибиотиками и гидрокортизоном;
* при гнойном процессе проводят вскрытие и дренирование гнойного очага с последующим промыванием раны антисептиками;
* хирургическое удаление лимфатического узла и иссечение свищевого хода.  
  Врач стоматолог должен своевременно выявить заболевание, собрать анамнестические данные, приостановить проникновение инфекции в лимфатический узел путем санации полости рта, удаления распада тканей из каналов, при показаниях удалить зуб. Пациента необходимо своевременно направить в стационар при подозрении на аденофлегмону.

**Протокол №3**

**Обсуждение открытого занятия преподавателя Абдыкайымов Аданбек Темирбековичу на тему Лимфоденит ЧЛО»**

**проведенного 08.10.2015 г на 4 курсе в группе 4стом-10.**

Преподаватель: Абдыкайымов Аданбек Темирбекович

Группа :4стом-10

Дата : 8-октября

Время: 10.20 2- пара

Кабинет 102 .

**Присутствовали :**

Декан медицинского факультета к.м.н.,профессор Арстанбеков М.А.

Зав.кафедрой «Хирургической стоматологии с курсом детского возраста» Мамажакып У.Ж.

Преподователи : Мырзашева Н., Абдырайым У.М.

Секратарь: Кулиева Н.А.

**Цель занятия:** обьяснить лечение лимфаденитаЧЛО. Методы, техника выполнения, лекарственные препараты. Анализ эффективности, лечения, прогноз исхода.

**Ход урока:**

Определение исходного уровня знаний.

Опрос студентов.Закрепление материала.Показ слайдов.Оценка знаний студентов.Домашнее задание.

**Контрольные вопросы.**

Определение причины возникновения Лимфаденита.

Классификация болезней периодантита.

Клиника и течение.

Дифференциальная диагностика.

Местное лечение.

Общеукрепляющее лечение.Профилактика.

**Выступили:**

**Декан медицинского факультета к.м.н., доцент Арстанбеков Маматжан Арстанбекович.**

Хочеться отметить что на занятие живая атмасфера. Я считаю , что открытый урок прошел успешно. Построен методически правильно. Преподаватель при обьяснении темы пользовалась таблицами, плакатами и рисованием на доске, демонстрацией слайдов.Содержание и логика соответсвуют его цели.

**Заведующий кафедры Мамажакып уулу Жаныбай.**

* Занятие проведено соответсвие с планом. Преподаватель имеет план конспекта и методическое указание, соответствующей рабочей и типовой программе по стоматологии. Хронометраж занятия соблюдался , посещаемость студентов 100%. Студенты активны в процессе изучении темы.

**Преподаватель кафедры Мырзашева Назгул.**

* Урок проведен на высоком эмоциональном уровне, применяется раздаточный материал для работы в парах и группах. Студенты заинтересевались уроком, активны. Цель урока достигнута.

**Постановили:** Обсудив открытое занятие преподоваля Абдыкайымов Аданбек Темирбековичу тему“Лимфаденит” проведенного 08.10.2015 года на 4 курсе группе 4стом-10 ауд.101, считать что занятие проведено на хорошем уровне и достигло

своей цели.

Декан мед.фака. к.м.н,доцент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Арстанбеков М.А.

Зав.кафедрой к.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мамажакып уулу Жаныбай

Преподователь кафедры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мырзашева Н.А.

Секратарь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кулиева Н.А.

**Протокол №1**

**Обсуждение открытое занятии преподавателя Мырзашеву Назгул на тему “Воспалительные заболевание ЧЛО. Пульпить у детей”**

**проведенного 14.09.2015 г на 4 курсе в группе 4стом-12.**

Преподаватель: Мырзашева Назгул

Группа :4стом-12

Дата : 14.09.2015

Время: 12.40 3- пара

Место прох. Обл.больн. ЧЛО отделение.

**Присутствовали :**

Декан медицинского факультета к.м.н.,профессор Арстанбеков М.А.

Зав.кафедрой «Хирургической стоматологии с курсом детского возраста» Мамажакып У.Ж.

Преподователи : Абдыкайымов А.Т.,Орозбекова М.М.

Секратарь: Кулиева Н.А.

**Цель занятия:** обьяснить лечение пульпита. Методы, техника выполнения, лекарственные препараты. Анализ эффективности, лечения, прогноз исхода.

**Ход урока:**

Определение исходного уровня знаний.

Опрос студентов.Закрепление материала.Показ слайдов.Оценка знаний студентов.Домашнее задание.

**Контрольные вопросы.**

Определение причины возникновения пульпита у детей.

Классификация болезней пульпита..

Клиника и течение.

Дифференциальная диагностика.

Местное лечение.

Общеукрепляющее лечение.Профилактика.

**Выступили:**

**Декан медицинского факультета к.м.н., доцент Арстанбеков Маматжан Арстанбекович.**

-Хочеться отметить что на занятие живая атмасфера. Я считаю , что открытый урок прошел успешно. Построен методически правильно. Преподаватель при обьяснении темы пользовалась таблицами, плакатами и рисованием на доске, демонстрацией слайдов.Содержание и логика соответсвуют его цели.

**Заведующий кафедры Мамажакып уулу Жаныбай.**

* Урок проведен на высоком эмоцианальном уровне. Преподователь достаточно применяется раздаточные материалы, плакаты, слайды. Студенты были активны.

**Преподаватель кафедры Абдыкайымов Аданбек Темирбекович.**

* .урок построент методически провильно. Четко определена основная цель и продумано способы ее достижения.

**Постановили:** Обсудив открытое занятие преподоваля Мырзашева Назгул тему“Воспалительные заболевание ЧЛО. Пульпить у детей” проведенного 14.09.2015 года на 4 курсе группе 4стом-12 ЧЛО, считать что занятие проведено на хорошем уровне и достигло

своей цели.

Декан мед.фака. к.м.н,доцент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Арстанбеков М.А.

Зав.кафедрой к.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мамажакып уулу Жаныбай

Преподователь кафедры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Абдыкайымов А.Т.

Секратарь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кулиева Н.А.

**План**

**открытой занятие по детской терапевтической стоматологии**

**Преподаватель: Мырзашева Назгул**

**Группа :4стом-12**

**Дата : 14.09.2015**

**Время: 12.40 3-пара**

**Тема занятия:“Воспалительные заболевание ЧЛО. Пульпить у детей”**

**Мотивационная характеристика темы**: Воспаление пульпы временных и постоянных зубов в практике детского стоматолога-терапевта встречается довольно часто и в структуре стоматологической помощи по обращаемости, по данным разных авторов, составляет от 14 до 20%. Диагностика пульпитов у детей нередко затруднена, это связано с тем, что ребенок не может четко сформулировать жалобы и охарактеризовать те ощущения, которые возникают при проведении основных и дополнительных методов обследования. Поэтому очень важно знать закономерности клинического течения и особенности диагностики пульпитов у детей в различные возрастные периоды.

**Цель:** научиться проводить обследование, диагностировать различные формы пульпита и дифференцировать их со сходными заболеваниями.

**Задачи занятия** В результате усвоения теоретической части данной темы студент должен **знать:**

1. Этиологию. Патогенез, классификацию пульпитов.

2. Закономерности клинического проявления и течения пульпита у детей в разные возрастные периоды, связанные с особенностями строения твердых тканей зуба и пульпы. 3. Особенности основных и дополнительных методов диагностики пульпита у детей.

4. Клинические симптомы характерные для различных форм пульпита временных и постоянных несформированных зубов у детей.

5. Показания к рентгендиагностике.

В результате выполнения практической части занятия

**студент должен уметь:**

1. Оценить сведения, полученные при сборе жалоб и анамнеза.

2. Провести клиническое обследование ребенка с пульпитом.

3. Провести дополнительные методы диагностики (ЭОД, термодиагностика) и правильно оценить результаты исследования.

4. Оценить рентгенограмму.

5. Провести дифференциальную диагностику пульпита у детей.

6. Сформулировать и обосновать диагноз.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для лучшего усвоения темы студенту необходимо повторить:

– из гистологии - пульпа зуба, ее строение, функции, возрастные особенности;

– нормальной физиологии

- структурно

-функциональную организацию челюстно-лицевой области;

– патологической физиологии - патогенез воспаления;

– стоматологии детского возраста - возрастные особенности пульпы временных зубов в различные периоды их развития, сроки формирования и резорбции корней временных зубов;

– из терапевтической стоматологии - этиологию, патогенез, клинику, диагностику пульпитов.

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин**:

1. Этиологические факторы, которые могут привести к развитию пульпита: – механический – инфекционный – лучевой – химический 2

2. Какая последовательность развития признаков воспаления при пульпитах является верной? – Экссудация – альтерация - пролиферация – Альтерация - экссудация - пролиферация – Пролиферация - экссудация - альтерация – Альтерация - пролиферация - экссудация

3. Симптомы, характерные для острых форм пульпита: – Острая самопроизвольная боль – Постоянная ноющая боль – Приступообразная ноющая боль – Приступообразная острая боль – Боль, усиливающаяся при накусывании – Боль, усиливающаяся от термических раздражителей

4. Симптомы, характерные для хронических форм пульпита: – Быстропроходящая боль от термических раздражителей – Медленнопроходящая боль от термических раздражителей – Боль от горячего – Острая приступообразная боль – Постоянная ноющая боль – Приступообразная ноющая боль

5. Формы хронического пульпита: – Фиброзный – Гранулематозный – Пролиферативный – Гангренозный – Гранулирующий

6. Дифференциальную диагностику хронических форм пульпита необходимо проводить с: – Кариесом дентина – Кариесом эмали – Хроническим апикальным периодонтитом – Глубоким кариесом – Острым апикальным периодонтитом – Гиперемией пульпы

7. Какие клеточные элементы входят в состав пульпы: – фибробласты – адвентициальные – звездчатые – остеоциты – цементоциты – веретенообразные – гистиоциты – одонтобласты

8. Составляющими компонентами пульпы являются: – клеточные элементы – волокнистые структуры – аморфное межклеточное вещество – нервы – сосуды

9. Какие изменения происходят в пульпе в период резорбции корней: – количество клеточных элементов увеличивается – количество клеточных элементов уменьшается 3 – количество аморфного вещества увеличивается – количество аморфного вещества уменьшается – количество коллагеновых структур увеличивается – количество коллагеновых структур уменьшается

10. Наиболее характерные особенности строения пульпы в период развития зуба: – рыхлая соединительная ткань – большое количество клеточных элементов – обильное кровоснабжение – плохое кровоснабжение – малое количество коллагеновых волокон – большое количество коллагеновых волокон – малое количество клеточных элементов Контрольные вопросы по теме занятия

**. Этиология и патогенез пульпитов у детей.** 2. Классификация пульпитов: ВОЗ, Е.М. Гофунга, Т.Ф.Виноградовой, МКБ – С-10 3. Особенности клинического течения острых форм пульпита у детей. 4. Особенности клинического течения хронических форм пульпита у детей. 5. Взаимосвязь клинических проявлений с особенностями строения твердых тканей и пульпы постоянных зубов в различные возрастные периоды. 6. Дифференциальная диагностика острых пульпитов у детей. 7. Дифференциальная диагностика хронических пульпитов у детей. УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ Пульпа зуба, содержащая соединительную ткань, сосуды и нервы, способна отвечать на воздействие повреждающих факторов развитием защитных реакций. Главным видом защитных реакций пульпы является воспалительный процесс (пульпит), направленный на устранение действия повреждающего фактора и восстановление ее структуры. Выраженность воспалительной реакции и разнообразие клинических форм пульпита зависит от: – интенсивности и длительности воздействия повреждающего фактора; – особенностей строения твердых тканей зубов у детей; – особенностей строения пульпы в различные возрастные периоды; – реактивности организма ребенка. 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. Чтобы разобраться в многообразии форм пульпита, издавна предпринимались попытки классифицировать заболевания пульпы. В основу многих классификаций 4 брались различные признаки: клинические, морфологические, комбинации тех и других. В практической эндодонтии чаще других используется модификация классификации Е.М. Гофунга. Существует классификация пульпита зубов у детей Т.Ф.Виноградовой, а также классификация ВОЗ. 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 пластами. 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. Пролиферативный пульпит у детей может протекать с закрытой полостью зуба и прорастанием «грануляций» под слизистую оболочку десны. Клинически обострившийся хронический пульпит протекает как острый и может развиваться при любой его форме. Причинами могут служить: ухудшение оттока экссудата, из-за попадания в кариозную полость плотных пищевых остатков, усиление вирулентности микроорганизмов, ослабление защитных сил организма. 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 5 практике, так как болевое раздражение вызывает у ребенка отрицательные эмоции и приводит к негативному отношению к дальнейшему обследованию и лечению, что усложняет работу стоматолога. Закономерности клинического проявления и течения пульпита в постоянных зубах с незаконченным формированием корней связаны с анатомо-физиологическими особенностями строения твердых тканей зуба, пульпы, периодонта, костной ткани и детского организма: 1. Особенности строения твердых тканей временных и постоянных незрелых зубов: – тонкий слой дентина; – низкий уровень минерализации дентина; – широкие короткие дентинные канальцы; – относительно большая полость зуба обуславливают особенности клинических проявлений и течения пульпита: – воспаление пульпы нередко возникает в зубах, имеющих неглубокую кариозную полость; – быстрое проникновение микробов, их токсинов в пульпу зуба; – исходный отток возникающего экссудата обуславливает развитие первично- хронических форм пульпита; – преобладание хронических форм над острыми. 2. Особенности пульпы: – преобладание клеточных элементов; – небольшое количество коллагеновых волокон; – обилие аморфного вещества; – развитая сеть кровеносных и лимфатических сосудов; – незрелость барьерных образований пульпы в период незаконченного формирования корней; – отсутствие четкой границы между коронковой и корневой пульпой обуславливают особенности проявления и течения пульпитов: – быстрое распространение воспалительного процесса с коронковой пульпы на корневую; – короткая стадия острого частичного пульпита; – быстрое развитие экссудативного процесса; – быстрый переход одной стадии воспаления в другую (серозного в гнойную); – частое несовпадение морфологических изменений в пульпе с клиническими проявлениями. 3. Особенности строения периодонта: – широкое сообщение пульпы с периодонтом через несформированное верхушечное отверстие; – более рыхлая соединительная ткань; – большое количество клеточных элементов, кровеносных и лимфатических сосудов. обуславливают особенности проявления и течение пульпитов: – быстрое развитие воспалительного процесса с вовлечением в процесс окружающих тканей. 4. Особенности костной ткани: - высокая проницаемость кортикальной пластинки лунок зубов (пористость, низкий уровень минерализации); - тонкие костные балочки; - широкие костномозговые пространства; Особенности клинического течения пульпитов: - при отсутствии условий выхода экссудата через полость зуба, он может проникнуть в периодонт, а затем в костную ткань – перидонтит – периостит, что сопровождается нарушением общего состояния, припухлостью окружающих мягких тканей. 6 5. Особенности детского организма: - высокая реактивность организма ребенка, поэтому реакция пульпы не всегда адекватная силе раздражителя; - выраженность реакции организма ребенка на интоксикацию из пульпы зуба (повышение температуры тела, сонливость, головная боль, увеличение СОЭ, количества лейкоцитов) зависит от индивидуальных особенностей организма ребенка. Методы диагностики пульпита у детей: - Опрос (сбор анамнеза жизни: возраст - информация о стадии формирования или резорбции корней; наличие хронических соматических заболеваний - выбор оптимального метода лечения и прогнозирование исхода заболевания; анамнез заболевания: длительность заболевания (часы, дни, месяцы, годы) - установление формы заболевания, возможность вовлечения в процесс тканей периодонта и необратимые изменения в пульпе; реакция на раздражители - установление формы заболевания). - Объективное исследование (конфигурация лица - при остром или обострении хронического заболевания возможна асимметрия лица; состояние лимфоузлов (подчелюстных, шейных) - увеличены при острых и обострении хронических форм). - Осмотр полости рта: десна - гиперемия, отек являются признаками вовлечения в процесс окружающих тканей при острых формах и обострениях хронического пульпита; зубной ряд - определение активности кариозного процесса, выявление причинного зуба; исследование кариозной полости: толщина слоя дентина, болезненность при зондировании, перкуссия, реакция на температурные раздражители – боль усиливается от термических раздражителей и медленно проходит после их устранения при хронических пульпитах, а при острых возникает приступ острой боли. - Проведение дополнительных методов исследования: рентгенография зуба (определяется: форма, размер, длина и количество корней и каналов; ширина дивергенции корней, степень изогнутости каналов, наличие дополнительных каналов; глубина и отношение кариозного разрушения к пульпе, наличие репаративного дентина, состояние периодонтальной щели, периапикальные изменения в области верхушек корней, фуркации; наличие кальцификатов в пульпе, наружной или внутренней резорбции; стадия формирования корней, состояние верхушечного отверстия, физиологической резорбции, соотношение корней временных зубов и зачатков постоянных зубов, размер пульповой камеры; наличие аномалий (зуб в зубе, тауродонтия и др.), ЭОД (регистрация теста у одного зуба не дает адекватной информации, т.к. результат должен быть соотнесен с таковым у одноименного зуба). - Общее состояние (изменяется при острых и обострении хронических пульпитов). 7 Дифференциальная диагностика острых пульпитов у детей Симптомы Острый серозный Острый гнойный Обострение хронического Начало заболевания Острое Острое Длительное вялое течение с рецидивами острой боли. Самопроизвольные приступообразные боли Длительные с короткими промежутками Длительные, пульсирующие, с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва Длительные, ноющие или острые после устранения раздражителя Реакция на температурные раздрижители. Боль от холодного, теплое может успокаивать боль от горячего, холодное может успокаивать Боль от холодного или горячего. Перкуссия зуба Может быть болезненная болезненная Может быть болезненная Состояние полости зуба Закрыта закрыта Открыта или прикрыта размягченным дентином Зондирование дна кариозной полости Болезненно по всему дну зондирование болезненно в глубине полости зуба после раскрытия полости зуба Болезненно в точке вскрытия (при гангренозном безболезненно) Дифференциальная диагностика хронических пульпитов у детей Симптомы Хронический фиброзный Хронический гипертрофический Хронический гангренозный Самопроизвольная боль Отсутствует Отсутствует Отсутствует Реакция на температурные раздражители: На тепло: Длительная приступообразная ноющая боль Длительная приступообразная ноющая боль, усиливающаяся при переходе из холодного в теплое Длительная приступообразная ноющая боль На холод Усиливается Отсутствует Отсутствует Перкуссия Безболезненная Несколько изменена, если процесс распространился в периодонт Безболезненная Состояние полости рта Открыта или прикрыта размягченным пигментированным дентином Открыта, часто полип пульпы Открыта или закрыта размягченным пигментированным дентином 8 Зондирование дна кариозной полости Болезненно при зондировании пульпы Болезненно при зондировании, пульпа кровоточит Болезненно глубокое зондирование Дифференциальную диагностику различных форм пульпита следует проводить с глубоким кариесом, различными формами верхушечных периодонтитов, а также гайморитом и отитом.

**План**

**Открытого занятия по хирургической стоматологии**

**Преподаватель: Пакыров Женишбек Каракозуевич.**

**Группа :4стом-3**

**Дата : 29.10.2015**

**Время: 10.20 2- пара**

**кабинет. №-202**

**тема занятии: Рожистое воспаление лица и шеи.**

**Цель занятия:** обьяснить тему. Методы, техника выполнения, лекарственные препараты. Анализ эффективности, лечения, прогноз исхода.

**Ход урока:**

Определение исходного уровня знаний.

Опрос студентов.Закрепление материала.Показ слайдов.Оценка знаний студентов.Домашнее задание.

**Актуальность темы. Обоснование темы.**

**Рожа**— острое инфекционное (стрептококковое) заболевание, характеризующееся глубоким серозно-экссудативным поражением кожи, реже слизистых оболочек, с образованием резко ограниченного воспалительного очага, а также лихорадкой, симптомами общей интоксикации и частыми рецидивами.  
Возбудителем заболевания является гемолитический стрептококк группы А, ничем не отличающийся от возбудителей других стрептококковых заболеваний (ангина, тонзиллит, ринит и др.), который проникает через небольшие повреждения кожи (местное внедрение), или гематогенным путем.  
Источником заражения являются больные различными формами стрептококковой инфекции (ангина, ринит, стрептодермия и др.), а также — бактерионосители.Рожистое воспаление лица составляет до 45 % от общего числа первичных заболеваний рожей (Равкин И. П., 1962).  
Инфекционный агент, проникая через поврежденную кожу, поражает лимфатические сосуды кожи лица, приводит к острому воспалению. Хроническая травматизация кожи лица, наличие расчесов, трещин может сопровождаться рецидивами рожистого воспаления, а также персистенции инфекции в лимфатических узлах.  
**2.Цельзанятие:**

обьяснить лечение Рожистое воспаление лица и шеи . Методы, техника выполнения, лекарственные препараты. Анализ эффективности, лечения, прогноз исхода.

учебная – научить студентов современным принципам диагностики, лечения и профилактики.

.

**студент должен уметь:**

1. Оценить сведения, полученные при сборе жалоб и анамнеза.

2. Провести клиническое обследование Рожистое воспаление лица и шеи .

3. Провести дополнительные методы диагностики (ЭОД, термодиагностика) и правильно оценить результаты исследования.

4. Оценить рентгенограмму.

5. Провести дифференциальную диагностику.

6. Сформулировать и обосновать диагноз.

**Содержание материала**

**Рожа**— острое инфекционное (стрептококковое) заболевание, характеризующееся глубоким серозно-экссудативным поражением кожи, реже слизистых оболочек, с образованием резко ограниченного воспалительного очага, а также лихорадкой, симптомами общей интоксикации и частыми рецидивами.  
  
Возбудителем заболевания является гемолитический стрептококк группы А, ничем не отличающийся от возбудителей других стрептококковых заболеваний (ангина, тонзиллит, ринит и др.), который проникает через небольшие повреждения кожи (местное внедрение), или гематогенным путем.  
  
Источником заражения являются больные различными формами **стрептококковой инфекции** (ангина, ринит, стрептодермия и др.), а также — бактерионосители.  
 **Рожистое воспаление лица** составляет до 45 % от общего числа первичных заболеваний рожей (Равкин И. П., 1962).  
  
Инфекционный агент, проникая через поврежденную кожу, поражает лимфатические сосуды кожи лица, приводит к острому воспалению. Хроническая травматизация кожи лица, наличие расчесов, трещин может сопровождаться рецидивами рожистого воспаления, а также персистенции инфекции в лимфатических узлах.

  
**Рожа лица. Эритематозная форма**

В возникновении рецидивов рожи на одном и том же месте играют значение аллергическая перестройка и сенсибилизация кожи к гемолитическому стрептококку (Казанцев А. П. [и др.], 1982). Следует подчеркнуть, что повторяющиеся воспалительные процессы на конечностях приводят к рубцовым изменениям тканей вокруг лимфатических капилляров, их облитерации и развитию слоновости (Третьякова Н. Н., Михеев Г. Н.,2003).  
  
Инкубационный период колеблется от нескольких часов до нескольких суток. Заболевание начинается остро, с озноба, недомогания, головной боли, повышения температуры тела до 39—40 °С и появления на месте проникновения возбудителя резко очерченной языкообразного узорчатого или похожего на географическую карту красного отечного пятна, которое быстро увеличивается в размерах, приобретая фестончатые края. Границы пятна четкие (часто захватывают наружные ушные раковины), кожа в очаге отечна, может блестеть, горячая на ощупь. Больных, кроме наличия красного пятна, беспокоит его жжение, распирание, а также наличие регионарного лимфаденита.  
  
Клинической практике необходимо различать обычную (эритематозную, см. рис. 8.13), буллезно-геморрагическую (на фоне эритемы и отека образуются пузыри с серозно-геморрагическим содержимым), флегмонозную (нагноение подкожной жировой клетчатки) и гангренозную формы. Последняя протекает наиболее тяжело с гангреной подкожной клетчатки, фасций и мышц. Флегмонозная и гангренозная формы на лице встречаются крайне редко и поражают людей пожилого и старческого возраста или ослабленных больных, и иногда осложняются тромбозом синусов мозга или развитием сепсиса. Увеличенные и болезненные регионарные лимфатические узлы диагностируются при всех формах заболевания. По степени выраженности интоксикации организма можно выделить легкую, среднюю и тяжелую форму рожистого воспаления. Подчеркнем, что отек наиболее выражен при локализации очагов рожистого воспаления век и губ. При выраженной интоксикации могут отмечаться спутанность сознания, бред, судороги, симптомы раздражения оболочек мозга.

  
**Рожа лица. Буллезно-геморрагическая форма**

Местные изменения держатся 5—15 дней, после чего сохраняется пастозность тканей, шелушение и пигментация кожи. Рецидивы рожистого воспаления возникают в период от нескольких суток до 2 лет после перенесенной рожи. Очаг воспаления может локализоваться на новом участке кожи лица или другой локализации. Однако при рецидивах лихорадка и симптомы интоксикации обычно выражены не резко.  
  
Осложнением или последствием рожистого воспаления может быть развитие стойкого лимфостаза (слоновость), формирование абсцессов, флегмон, флебитов, гангрен, а также других стрептококковых заболеваний (гломерулонефрит, миокардит, ревматизм, дерматомиозит и др.).  
  
Диагноз рожистого воспаления устанавливают на основании типичной клинической картины заболевания, наличия воспалительных изменений в гемограмме (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, токсическая зернистость лейкоцитов, ускоренное СОЭ), а также резкого повышения в крови уровня антистрептолизина - О и антистрептокиназы.  
  
Принципы лечения (ультрафиолетовое облучение) рожистого воспаления сводятся к воздействию на причину заболевания (т. е. антимикробное лечение), устранению предрасполагающих факторов (патогенетическая терапия — коррекция углеводного обмена, устранение гиповитаминоза, санация очагов инфекции, иммуномодулирующая терапия), а также к устранению экзогенных предрасполагающих факторов (микро-, макротравматизация кожи: укусы, расчесы; мацерация кожи из-за повышенной потливости или воздействия влаги; загрязнение бытовое или промышленное внешней среды; резкие перепады внешней температуры и др.) и соблюдению режима поведения.  
  
При лечении больных рожей лица необходим постельный режим, а также условия максимальной изоляции от остальных пациентов (отдельная палата) из-за высокой контагиозности заболевания. Кроме этого, назначают антибактериальное, противовоспалительное, десенсибилизирующее, иммуномодулирующее, общеукрепляющее и физиотерапевтическое лечение.  
  
**Средствами выбора для этиотропной терапии рожи могут быть:**

* сульфаниламидные препараты (сульфадиметоксин — 2 г в первые сутки, по 1 г в течение 5—8 дней);
* полусинтетические пенициллины (ампиокс по 100—500 мг) для внутримышечного введения или в капсулах. Среднесуточная доза для взрослых составляет 2—4 г при 4-кратном внутримышечном введении или орально. Курс до 10—14 дней;
* амоксициллин в сочетании с клавулоновой кислотой (амоксиклав) 2—3 раза в день в течение 7—8 сут. по 0,375—0,625 г;
* цефалоспорины (цефатоксим, клофаран) — 2 раза в день по 1 г внутримышечно; на курс до 10—15 г;
* цефтазидиум (фортум) — 2 раза в день по 1 г внутривенно или внутримышечно; на курс 10—14 г;
* фторхинолоны (цифран) (ципрофлоксацин 2 раза в день по 0,25 г в течение 5—7 сут.). В тяжелых случаях дозы могут увеличиваться.

При терапии гнойных форм рожистого воспаления показано хирургическое лечение (опорожнение и дренирование абсцесса или флегмоны), назначение макролидов (азитромицин, кларитромицин).  
  
Специфической профилактики рожистого воспаления нет. При частых рецидивах или выраженной сезонности заболевания рекомендуется бициллинопрофилактика, которую назначают за месяц до начала сезона и продолжают в течение 3—4 мес., вводя каждые 4 нед. бициллин-5 по 1 500 000 ЕД (Казанцев А. П. [и др.], 1982).

**Протокол №5**

**Обсуждение открытое занятии преподавателя Пакырову Женишбека Каракозуевича на тему “ Рожистое воспаление лица и шеи”**

**29.10.2015 г на 4 курсе в группе 4стом-.3**

Преподаватель: Пакыров Женишбек Каракозуевич

Группа :4стом-3

Дата : 29.10.2015

Время: 10.20 2- пара

Кабинет:№ 202

**Присутствовали :**

Декан медицинского факультета к.м.н.,профессор Арстанбеков М.А.

Зав.кафедрой «Хирургической стоматологии с курсом детского возраста» Мамажакып У.Ж.

Преподаватели : Орозбекова М.М., Кенжебеков М.А,

Секратарь: Кулиева Н.А.

**Цель занятия:** обьяснить лечение Рожистое воспаление лица и шеи . Методы, техника выполнения, лекарственные препараты. Анализ эффективности, лечения, прогноз исхода.

**Ход урока:**

Определение исходного уровня знаний.

Опрос студентов.Закрепление материала.Показ слайдов.Оценка знаний студентов.Домашнее задание.

**Контрольные вопросы.**

Определение причины возникновения Рожистое воспаление лица и шеи

Классификация болезней .

Клиника и течение.

Дифференциальная диагностика.

Общеукрепляющее лечение.Профилактика.

**Выступили:**

**Декан медицинского факультета к.м.н., доцент Арстанбеков Маматжан Арстанбекович.**

*- план занятии и ход занятии четко структованы по основным принципам. Гармонично найдено соотношение между реорией и практической частью урока. Особого внимания заслуживают заключительная часть занятии, где была проведена мини выставка, показания слайдов, плакатов. Конечный результат занятии говорит о высоком профессиональном уровне преподователя. Студенты посещали активна 100%.*

**Заведующий кафедры Мамажакып уулу Жаныбай.**

*-Занятие проведено соответсвие с планом. Преподаватель имеет план конспекта и методическое указание, соответствующей рабочей и типовой программе по хирургической стоматологии.*

**Преподаватель кафедры Кенжебеков М.А.**

***-****хочеться отметит что на занятии живая атмасфера..Занятие проводилась результативным. Дображелательная обстановка на занятии, готовность помочь друг-другу способствовала активизации мыслительной деятельности.Обьем информации на занятии был достаточен и доступен для студентов. Студенты были активны.*

**Постановили:** Обсудив открытое занятие преподоваля Пакырову Женишбек Каракозуевича на тему“Рожистое воспаление лица и шеи” проведенного 29.10.2015 года на 4 курсе группе 4стом-3 каб.202., считать что занятие проведено на хорошем уровне и достигло

своей цели.

Декан мед.фака. к.м.н,доцент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Арстанбеков М.А.

Зав.кафедрой к.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мамажакып уулу Жаныбай

Преподователь кафедры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кенжебеков М.А.

Секратарь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кулуева Н.А.

**Протокол №4**

**Обсуждение открытого занятии преподавателя Ешиева Абдыракмана Молдалиевича на тему “ Неврапотия тройничного нерва, этиология, патогенез, клиника и лечения ” проведенного 26.10.2015 года. 5 курс 5стом 1**

Преподаватель: Ешиев Абдыракман Молдалиевич

Группа :5стом-1

Дата : 29.10.2015

Время: 12.40 3-пара

**Присутствовали:**

Зав.кафедрой «Хирургической стоматологии с курсом детского возраста» Мамажакып У.Ж.

Преподаватели: Латипов А.Л., Пакыров Ж.К.

Секретарь: Кулиева Н.А.

**Цель занятия:** учебная- научить студентов современным принципам диагностики, лечения и профилактики невропатий тройничного нерва. Воспалительные- определить достижения сотрудников кафедры в изучении заболевания невропатии ЧЛО, его классификации и клиники.

**Ход урока:**

Определение исходного уровня знаний.

Опрос студентов.Закрепление материала.Показ слайдов.Оценка знаний студентов.Домашнее задание.

**Выступили:**

**Заведующий кафедры Мамажакып уулу Жаныбай.**

-Я считаю, урок прошел успешно. Преподаватель достаточно использовал наглядные пособия и раздаточный материал, которые приготовил .занятие построен методически правильно.четко определена основная цель и продуманы способы ее достижения.Конечный результат занятии говорит о высоком профессиональном уровне преподователя. Студенты посещали активна 100%.

**Преподаватель кафедры Латипов А.Л.**

* Занятие проведено методически правильно, соответствие с планом.содержание и логика занятие соответствуют его цели и задачам. Объем информации на занятии был достаточен и доступен студентом.

**Постановили:** Обсудив открытое занятие профессора Ешиева Абдыракмана Молдалиевича на тему **“**Неврапотия тройничного нерва, этиология, патогенез, клиника и лечения”проведенного 26.10.2015 года на 5 курсе группе 5стом-1 , считать что занятие проведено на хорошем уровне и достигло своей цели.

Зав.кафедрой к.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мамажакып уулу Жаныбай

Преподователь кафедры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кенжебеков М.А.

Секратарь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кулуева Н.А.

**Протокол №6**

**Обсуждение открытого занятие преподавателя Курманбеков Нурсултан Осмонкуловича на тему : Профилактика заболевании пародонта**

**проведенного 09.11.15 3- курса группа 3 стом-10**

Преподаватель: Курманбеков Нурсултан Осмонкулович

Группа:3стом-10

Дата: 09.11.2015

Время: 12.40

**Присутствовали:**

Зав.кафедрой «Хирургической стоматологии с курсом детского возраста» Мамажакып У.Ж.

Преподаватели: Абдыкайымов А.Т., Пакыров Ж.К.

Секретарь: Кулиева Н.А.

**Цель занятие:**

На основе знаний об этиологии, патогенезе, клинике воспалительных заболеваний пародонта, научиться проводить их диагностику с использованием современных методов, применяемых в стоматологии. Ознакомиться с методами индивидуальной профилактики заболеваний пародонта.

1. Учебная цель:

* изучить факторы риска в возникновении заболеваний пародонта;

- изучить классификацию заболеваний пародонта;

* изучить методы индивидуальной профилактики заболеваний пародонта;
* изучить способы выявления зубных отложений;
* научить удалять не минерализованных зубные отложения;
* ознакомить с новыми способами удаления минерализованных зубных отложений;
* отработать навыки по проведению профилактических осмотров и оценке состояния органов и тканей полости рта.

**Ход урока:**

Определение исходного уровня знаний.

Опрос студентов.

Закрепление материала.

Показ слайдов.

Оценка знаний студентов.

Домашнее задание.

**Зав.кафедрой “Хирургической стоматологии с курсом детского возраста” Мамажакып уулу Жаныбай**

* Я считаю , сто открытый урок прошел успешно. Построен методически правильно. На момент проведения урока я мог правильно поставить цель урока и определить его задачи и четко разгранить этапы урока. Как мне кажется за время прохождения урока студенты тоже посещали высшем уровне.

**Старший преподователь кафедры Пакыров Женишбек Каракозуевич.**

* Занятие проведено соответсвие с планом. Преподаватель имеет план конспекта и методическое указание, соответствующей рабочей и типовой программе по стоматологии. Хронометраж занятия соблюдался , посещаемость студентов 100%. Студенты активны в процессе изучении темы.

**Постановили:** Обсудив открытое занятие преподователя Курманбекова Нурсултана Осмонкуловича проведенного 09.11.2015 3стом-10 группе читать что занятие проведено на хорошем уровне и достигло своей цели.

Зав.кафедрой к.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мамажакып уулу Жаныбай

Ст.преподователь кафедры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пакыров Ж.К.

Преподователь кафедры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Абдыкайымов А.Т.

Секратарь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кулуева Н.А.

**План**

**Открытое занятие по кариесология**

**Преподаватель: Курманбеков Нурсултан Осмонкулович**

**Группа :3стом-10**

**Дата : 09.11.2015**

**тема занятии: *ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА.***

**Актуальность тема:**

Проблема оказания стоматологической помощи детям и подросткам с воспалительными заболеваниями пародонта в условия стоматологических поликлиник является актуальной в связи с частой диагностикой неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта у детей.

**Цель занятия:**

**Общая цель.**

На основе знаний об этиологии, патогенезе, клинике воспалительных заболеваний пародонта, научиться проводить их диагностику с использованием современных методов, применяемых в стоматологии. Ознакомиться с методами индивидуальной профилактики заболеваний пародонта.

1. Учебная цель:

* изучить факторы риска в возникновении заболеваний пародонта;

- изучить классификацию заболеваний пародонта;

* изучить методы индивидуальной профилактики заболеваний пародонта;
* изучить способы выявления зубных отложений;
* научить удалять не минерализованных зубные отложения;
* ознакомить с новыми способами удаления минерализованных зубных отложений;
* отработать навыки по проведению профилактических осмотров и оценке состояния органов и тканей полости рта.

**3. Психолого-педагогическая:**

Выработать отношение к подбору максимально эффективных предметов и средств гигиены полости рта, детям с заболеваниями тканей пародонта.

**Место проведения занятия:**

Лечебные кабинеты стоматологических клиник, стоматологические кабинеты в дошкольных образовательных учреждениях и школах, учебные комнаты. Длительность занятия –180 мин.

**Оснащения занятия:**Таблицы, набор стоматологических инструментов, стоматологическая установка.

**Хронокарта:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Этапы практического занятия | Продолжи-­  тельность  (мин) | Содержание этапа  и оснащенность |
| 1. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости  и внешнего вида обучающихся |
| 2. | Формулировка темы и цели | 5 | Проводится объяснение темы, ее актуальности, цели занятия |
| 3. | Контроль исходного уровня знаний, умений | 15 | Тестирование, индивидуальный устный опрос, фронтальный опрос |
| 4. | Раскрытие учебно-целевых вопросов | 10 | Инструктаж обучающихся (ориентировочная основа деятельности, амбулаторные карты) |
| 5. | Самостоятельная работа обучающихся  (текущий контроль)  -провести осмотр полости рта ребенка,  заполнить зубную формулу, оценить  си­туацию;  -собрать анамнез, провести дифференци­альный диагноз и поставить диагноз за­болевания;  - разбор курируемых детей;  -выявление типичных ошибок | 35 | Работа:  - в стоматологическом кабинете детской поликлинике;  - с амбулаторными картами;  - на стоматологическом обо­рудование;  - с использование стоматологи­ческих инструментов. |
| 6. | Итоговый кон­троль знаний письменно.  Решение ситуационных задач. | 15 | Тесты, ситуационные задачи. |
| 7. | Задание на дом (на следующее занятие) | 5 | Учебно – методические разработки следующего занятия, индивидуальные задания разработки |
|  | Всего: | 90 |  |

**Аннотация темы:**

**Условиями развития патологии пародонта являются следующие**:

1. тесное расположение зубов в челюсти,

2. нефизиологическая их нагрузка (чрезмерная, недостаточная или неравномерная)

3. аномалии функции и прикрепления мягких тканей

4. гормональное воздействие в пред- и пубертантном периоде,

5. заболевания организма (диабет и др.), снижение иммунологической реактивности,

6. микроорганизмы зубного налета

**Индивидуальная профилактика болезней пародонта**

Индивидуальная профилактика болезней пародонта – это комплекс профилактических мероприятий, проводимых каждым человеком самостоятельно: здоровый образ жизни и гигиенический уход за полостью рта. Наиболее простым и доступным способом гигиены полости рта является индивидуальная чистка зубов.

Принципы профессиональной гигиены полости рта.

Ирригация/полоскание полости рта являются обязательными проце­дурами перед профессиональным удалением зубных отложений. Сэтойцельюприменяют0,05% Chlorhexidini bigluconati, Corsodyl, Peridex (Procter & Gamble), PerioGard (Col­gate), Listerine, Miramystin, Gexoral, Plax ит.д. (рис. 1).

Для снятия болевых ощущений в процессе удаления зубных отложе­ний используется местная апплика­ционная, инфильтрационная или проводниковая анестезия (рис. 2). Это позволяет врачу более тщатель­но и качественно проводить профес­сиональную очистку зубов. Перед инъекционной анестезией обяза­тельно проводят аппликационное обезболивание слизистой оболочки полости рта. С этой целью анестетик в виде геля или спрея наносят на слизистую оболочку в месте предполагаемого вкола иглы.

В настоящее время для размягчения плотно фиксированных зубных отложений перед их окончательным удалением, особенно на подвижных зубах, применяется ряд химических веществ (кислот) (рис. 3). Препараты DepurationSolution (ProductsDentaires) Detartrolultra (Septodont) наносятся на поверхность зуба на 30-60 сек (иногда на более длительное время), после чего смываются, а зубной камень убирается обычными методами.

Рис. 1. Ополаскиватели. Рис. 2. Средства для анестезии.



Рис. 3. Средство для размягчения

зубных отложений.

1. **Удаление зубных отложений и сглаживание поверхности корня.**

Удаление над- и поддесневых зубных отложений (профессиональ­ная гигиена полости рта) считается предпосылкой успешной терапии за­болеваний пародонта. Процесс складывается из двух приемов: скейлинга (scaling) и выравнивания поверхности корня (rootplaning)*.* Понятие «scaling» включает удаление минерализованных над- и поддесневых зубных отложений. Под «rootplaning» понимают: сглаживание поверхнос­ти корня, обработку фуркаций и сле­пых ямок, выравнивание резорбционных лакун, удаление размягченно­го цемента корня, контаминированного эндотоксинами. На практике оба мероприятия сложно отделить друг от друга.

Традиционно, scaling и rootplan­ing считаются завершенными, если при визуальном и инструменталь­ном контроле на зубе не определя­ется зубной камень, а также поверх­ность его корня гладкая.

Существуют открытый и закры­тый способы удаления поддесне­вых зубных отложений (поддесневой скейлинг) и сглаживания по­верхности корня. Первый проводится с отслойкой слизисто-надкостничного лоскута до уровня костной ткани. Достоинством открытого способа является визуальный контроль удаления под­десневых зубных отложений и сгла­живания поверхности корня.

Закрытый способ имеет свои преимущества. Он требует мень­ших временных затрат, исключает необходимость хирургического вмешательства и постхирургичес­кой обработки тканей.

Последние исследования свидетельствуют, что лечение начальных форм заболеваний пародонта сле­дует проводить с использованием закрытого способа удаления зуб­ных отложений. Оценка результатов проводится на основании наличия или отсутствия воспале­ния в тканях пародонта, исчезнове­ния или уменьшения глубины зубодесневого кармана.

При осуществлении поддесневого скейлинга и сглаживания поверх­ности корня врач должен знать глу­бину зубодесневых карманов в об­ласти обрабатываемых зубов, ана­томию поверхности корня (наличие фуркаций, вдавлений) и локализа­цию скопления поддесневых зуб­ных отложений.

Эффективность профессиональ­ного удаления зубных отложений за­висит от практического опыта, зна­ний, мануальных навыков специали­ста, его добросовестности. Кроме того, отмечается, что независимо от применяемого инструмента, в про­цессе лоскутной операции удаляет­ся большее количество зубных отло­жений, чем при закрытом способе обработки корневой поверхности.

По данным Т. Kocher, при пер­вом посещении пациента для сня­тия зубных отложений могут быть использованы кюреты, ультразвуко­вые приборы и периополиры. Агрессивная обработка поверх­ности корня с целью удаления пора­женного цемента вплоть до дентина не рекомендуется, поскольку бакте­риальные продукты чаще располо­жены на поверхности корня, а не в цементе. При последующих посеще­ниях следует отказаться от инстру­ментов, снимающих большое коли­чество зубных тканей.

Существуют следующие инстру­менты для профессионального уда­ления зубных отложений:

1. Ручные (кюреты, скейлеры, экс­каваторы, файлы);
2. Электромеханические инстру­менты;
3. Вращающиеся финироподобные шестиугольные боры или алмазные инструменты мелкой зернистости, ис­пользуемые в угловом наконечнике;
4. Современные инструменты для угловых наконечников системы EvaSystem (Periotor®).

**2. Ручные инструменты для удаления зубных отложений.**

**Скейлеры**

Форма скейлероврассчитана только на удаление наддесневых зубных отложений и работу в неглу­боких зубодесневых карманах. Они наиболее эффективны для снятия зубных отложений с интерпроксимальных областей зуба (рис. 5).

Эти инструменты имеют изогну­тое или прямое лезвие с двумя ре­жущими краями, треугольной или трапециевидной формами в попе­речном сечении (рис. 6).

Лезвие прямых серповидных ин­струментов расположено под пря­мым углом к рукоятке, у изогнутых - имеет форму дуги (рис. 7).

На рисунках 8 (а,б) представле­но удаление зубных отложений с помощью скейлера.

К скейлерам относится напиль­ник (рашпиль, файл),который имеет круглое или овальное осно­вание с множественными режущи­ми гранями, расположенными под углом 90-105° к ручке (рис. 9). Инст­румент предназначен для удаления минерализованных зубных отложе­ний путем их соскабливания с поверхности зубов. Он сложно адапти­руется к неровной поверхности зу­ба и дает ограниченные тактиль­ные ощущения. Инструмент очень сложен для заточки.

# **Кюреты**

# Кюреты имеют закругленный ко­нец и могут использоваться для удаления поддесневых зубных отло­жений, незначительно выраженных наддесневых зубных отложений, размягченного инфицированного корневого цемента, грануляцион­ной ткани и эпителия зубодесневого кармана. Строение лезвия кюре­ты представлено на рисунке 10.

Черенок кюрет может быть жест­ким, иметь среднюю гибкость или быть гибким. Жесткие инструменты применяются для удаления плотного минерализованного (преимущественно наддесневого) камня. Кюреты средней гибкости предназначены для удаления средневыраженных минерализованных зубных отложе­ний. Гибкие инструменты эффектив­ны при определении камня и уда­лении незначительно выраженного зубного камня (преимущественно поддесневой локализации).

Для эффективной работы все кюреты должны быть сбалансирован­ными. Рабочий кончик инструмента должен находиться на продольной оси ручки (рис. 11).

Универсальные кюреты (Colum­bia 2R-2L, McCall 13S-14S, McCall 17-18, Goldman-Fox 3) имеют две ост­ро заточенные режущие кромки и закругленный кончик. Их режущие поверхности располагаются под уг­лом 90°к поверхности зуба. Такие кюреты используются во всех квад­рантах челюстей на всех поверхнос­тях зубов (рис. 12).

Качество снятия зубных отложе­ний во многом зависит от выбора инструмента, правильности ориен­тации лезвия инструмента по отно­шению к зубу. На рисунках 14 (а,б) представлен неверный выбор кюре­ты и неправильное положение инст­румента относительно зуба.

Полный набор кюрет Gracey со­стоит из следующих инструментов:

1. Gracey 1/2 - для вестибулярной поверхности фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей;

2. Gracey 3/4 - для лингвальной (небной) поверхности фронтальной группы зубов верхней и нижней че­люстей;

3. Gracey 5/6 - для вестибуляр­ной и лингвальной поверхностей фронтальной группы зубов и премоляров;

4. Gracey 7/8 - для вестибуляр­ных и лингвальных (небных) поверх­ностей моляров и премоляров;

5. Gracey 9/10 - для вестибуляр­ных и лингвальных (небных) поверх­ностей моляров и труднодоступных участков поверхности корня;

6. Gracey 11/12 - для мезиальных поверхностей моляров и премоляров;

7. Gracey 13/14 - для дистальных поверхностей моляров и премоляров;

8. Gracey 15/16 - для мезиальных поверхностей моляров;

9. Gracey 17/18 - для дистальных поверхностей моляров.

Кюреты Грейси выпускаются так­же в следующих модификациях:

1. Финишные - более тонкие инст­рументы для эффективного сглаживания поверхности корней и удале­ния зубных отложений в глубоких зубодесневых карманах;

2. «Профи» - с короткой и жесткой рабочей частью для удаления наддесневых зубных отложений;

3. «После пяти» - инструменты с рабочей частью, которая на 3 мм длиннее стандартной, что позволя­ет эффективно работать в пародон­тальных карманах глубиной более 5 мм. Они имеют более тонкое лез­вие для лучшего проникновения в глубокий карман и минимальной травматизации тканей;

4. «Мини пять» - имеют рабочую часть на 3 мм длиннее, а длину лез­вия в два раза короче, чем у стан­дартных кюрет Грейси и "После пя­ти", их лезвия более тонкие.

Кюреты TurgeonGracey отличают­ся от стандартных кюрет Gracey фор­мой сечения лезвия, обеспечиваю­щей наличие более острого режуще­го края, что облегчает заточку инст­румента. Наличие более тонкого лез­вия облегчает доступ в глубокие зубодесневые карманы.

Кюреты Vision используются для глубоких и узких пародонтальных карманов. Они имеют более корот­кое и изогнутое лезвие, разметку «5 мм» и «10 мм» на рабочей части и отметку «+» на рукоятке для иденти­фикации направления лезвия.

Фуркационные кюреты предназ­начены для обработки области би-и трифуркаций. Ширина их лезвия - 0,9 и 1,3 мм. Инструменты могут иметь мезиально-дистальную и вестибулярно-оральную рабочие ори­ентации.

Кюреты Лангера сочетают в се­бе признаки универсальных кюрет (угол режущего края к поверхнос­ти зуба 90°) и кюрет Грейси (форма рабочей части). Эти инструменты применяются для мезиальных и дистальных поверхностей зуба. Различа­ют инструменты для фронтальной и боковой групп зубов. Разновиднос­тями кюрет Лангера являются инст­рументы с удлиненной шейкой для обработки менее и более глубоких пародонтальных карманов - кюреты «Мини пять» и «После пяти».

а) б)

Рис. 14. Возможные ошибки при работе с ручными инструментами.

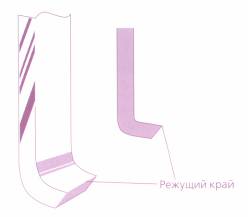
 

Рис. 15. Схема лезвия экскаватора. Рис. 16. Экскаваторы.

а) б)

Рис. 17. Пример удаления зубных отложений с помощью экскаватора.

**Экскаваторы**

Экскаваторы изогнуты «по плос­кости» и имеют только один режущий край. Их форма препятствует дости­жению дна пародонтального карма­на. Острые кромки экскаватора могут образовывать глубокие царапины на поверхности корня. Их лезвие расположено под углом 100° к стержню (ручке) и загнуто под углом 45° (рис. 15).

Лезвие может быть ориентирова­но в 4 направлениях по отношению к стержню: мезиально, дистально, вестибулярно и лингвально (рис. 16).

Экскаваторы предназначены, главным образом, для удаления наддесневых зубных отложений и вы­равнивания поверхности корня в хо­де хирургических вмешательств на пародонте. Они эффективны для ис­пользования на ровной поверхнос­ти зуба (рис. 17 а,б).

**Долото**

Долота Цеффинга предназначе­ны для удаления зубного камня с апроксимальных поверхностей зубов. Это прямые или слегка изогнутые ин­струменты с режущим краем, который имеет угол 45°, используемые для удаления наддесневых зубных отложений в ограниченном прост­ранстве (рис. 18).

****

Рис. 18. Долото.

**Техника обработки корня зуба ручным инструментом.**

Удаление твердой субстанции с поверхности корня обеспечивается за счет создания определенного угла между инструментом и обрабатывае­мой поверхностью. Для обработки поверхности корня (scaling) этот угол должен быть равен 70-80°(рис. 19).

После ручной обработки на эле­ктронно-микроскопическом сним­ке корневая поверхность имеет вид грубых рифов, направленных вдоль оси обработки, и поперечно расположенных насечек. Такой вид поверхности создается в результа­те внедрения инструмента в поверх­ность зуба. При этом его твердая суб­станция деформируется и разрушает­ся (рис. 20).

1. В области моляров и премоляров верхней челюсти: с помощью кюрет Gracey 13/14 (для дистальной поверхности), кюрет Gracey 11/12 (для мезиальной поверхности), Gracey 1/2 или Gracey 5/6 (для вес­тибулярной или лингвальной по­верхностей), Columbia 4R4L (универ­сальный инструмент - для моляров и премоляров верхней и нижней че­люстей с глубиной карманов более 4-5 мм);

2. В области фронтальной груп­пы зубов верхней челюсти: Gracey 1/2, SH 6/7 (инструмент эффективен для удаления поддесневых зубных отложений в области эмалево-це­ментного соединения);

3. В области моляров и премоля­ров нижней челюсти: Gracey 11/12, Gracey 13/14, Columbia 4R4L, S107/108 скейлер (инструмент эф­фективен для удаления поддесневых зубных отложений), Gracey 1/2 или Gracey 5/6 (для вестибулярной или лингвальной поверхностей зуба);

4. В области фронтальной груп­пы зубов нижней челюсти: SH 6/7, Gracey 13/14, Gracey 1/2.

Эффективное использование кюрет возможно в пределах глубины кар­мана 1-6 мм (в среднем 3,73 мм). При глубине кармана 5 мм и более остается неочищенной 20-40% по­верхности корня.

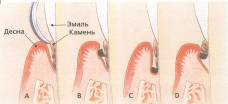


Рис. 19. Последовательность удаления поддесных зубных отложений (А – кюрета вводится под десну; В – кюрета движется вдоль поверхности корня и поддесневых зубных отложений под углом около 10о; С – кюрета достигает дна зубодесневого кармана и устанавливается под углом 90о к поверхности корня зуба; D – поддесневые зубные отложения удаляются рабочей поверхностью кюреты).

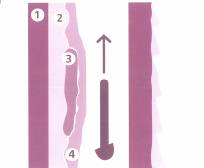


Рис. 20. Поверхность зуба до и после Рис. 21. Удаление зубных

обработки ручным инструментом 13/14 отложений с помощью кюреты

(1- дентин, 2 – цемент, 3 – зубной камень, Gracey

4 – бляшка).

Рис. 22. Удаление зубных отложений Рис. 23. Удаление зубных

с помощью кюреты Gracey 11/12. отложений с помощью

кюретыGracey 7/8.

При осуществлении профессио­нального удаления над- и поддесне­вых зубных отложений и при сглажи­вании поверхности корня необхо­дим системный подход, обеспечива­ющий максимальное использование каждого инструмента в пределах ра­бочего квадранта челюсти.

1. Операцию рекомендуется начи­нать с очистки вестибулярной, линг­вальной и дистальной поверхностей боковых зубов с помощью кюрет Gracey 13/14 (рис. 21).

2. Кюретной Gracey 11/12 обрабатывают мезиальные, лингвальные, и вестибулярные поверхности (рис. 22).

3. Вестибулярные и лингвальные поверхности моляров и премоляров очищаются Gracey 7/8 (рис. 23).

4. В заключении все поверхности фронтальной группы зубов обрабаты­ваются кюретой Gracey 5/6 (рис. 24).

Инструмент перемещается на сле­дующую поверхность зуба только по­сле очищения всей обрабатываемой на данный момент поверхности. Этим исключается повторная обра­ботка одной и той же поверхности зуба одним и тем же инструментом.

В зависимости от уровня сложнос­ти за один сеанс можно обработать от одного до четырех квадрантов. Желательно в одно посещение обра­батывать один, максимум - два квад­ранта (1 и 4 или 2 и 3) на одной из сторон челюстей.



Рис. 24. Удаление зубных отложений с помощью кюреты Gracey 5/6.

а) б)

Рис. 25. Визуальная оценка остроты инструмента.

Рис. 26. Оценка остроты инструмента Рис. 27. Аппарат для заточки

ручного. инструмента.

Рис. 28. Набор инструментов. Рис. 29. Скейлер.

Для проверки остроты инстру­мента может использоваться пласт­массовая палочка. Если инструмент снимает с нее стружку, он достаточ­но острый (рис. 26).

Для заточки инструментов при­меняют крупнозернистые камни ти­па India и камни типа Arkansas - для окончательной шлифовки. Фирмой LMDental выпускается специальный аппарат для заточки ручного инстру­мента (рис. 27).

Большие камни типа India приме­няют для заточки только очень ту­пых инструментов. Если инструмен­ты затачиваются регулярно после каждого применения, то достаточно применения камней типа Arkansas. Точильный камень является неотъ­емлемой частью набора инструмен­тов для профессиональной гигиены полости рта. После применения то­чильные камни стерилизуют вместе с набором инструментов (рис. 28).

Инструменты следует зата­чивать перед каждым использова­нием и, при необходимости, во вре­мя использования.

**3. Электромехани­ческие инструмен­ты для удаления зубных отложений.**

Имеется три основных типа элект­ромеханических инструментов для профессионального удаления зубных отложений (рис. 29):

1. Низкочастотные скейлеры (пневматические);

2. Магнетострикторные ультра­звуковые скейлеры;

3. Пьезоэлектрические ультразву­ковые скейлеры.

Низкочастотные скейлеры (Titan-SR, MicroMegaAirScalerR, KaVoSONICflexLUX) работают в частоте от 1500 до 7000 Гц (в зависимости от типа наконечника и воздушного дав­ления). Акустические приборы характе­ризуются наличием трансверзальных компонентов движения, обеспе­чивая колебания в форме эллипса с амплитудой вдоль инструмента от 10 до 30 мкм и поперек инструмен­та - 30-50 мкм. При силе давления инструмента 0,5 N в стандартных условиях снимается около 6 мкм вещества, при давлении в 1,0 N -7,8 мкм твердой субстанции зуба. Эти инструменты способны удалить более 100 микрон цемента при его средней толщине 150 микрон. По­этому низкочастотные скейлеры ре­комендованы к применению только в наддесневой области.

В ультразвуковых скейлерах ра­бочий эффект достигается за счет механического удаления зубных от­ложений, ирригации, кавитационного эффекта и акустической турбу­лентности. Ультразвуковые (магнетострикторные) скейлеры работают в частоте от 25000 до 30000 Гц. Эф­фект воздействия достигается за счет колебания тонких металличес­ких пластинок наконечника при по­даче на них низковольтового элект­рического сигнала. Вибрация кончи­ка этих инструментов эллиптичес­кая. Этот вид скейлера ге­нерирует большое количество теп­ла и требует постоянного охлаждения водой во избежание возникно­вения неприятных ощущений у па­циента и перегрева тканей. В про­цессе охлаждения разогретой рабо­чей части ультразвуковых инстру­ментов водой образовываются мно­гочисленные пузырьки, создающие эффект кавитации в жидкой среде. Антимикробный эффект возни­кает за счет разрыва оболочек кле­ток микроорганизмов.

В пьезоэлектрических скейлерах используется кристаллическая (пьезокерамическая) система переда­чи электрической энергии (PiesonMaster, система 402 (EMS), Am-dentUS 30). Принцип воспроизве­дения колебаний основан на растя­жении кристаллов в поле перемен­ного электрического тока (пьезоэле­ктрический эффект). Кончик инстру­мента двигается только в линейном (вперед-назад) направлении. Крис­талл, находящийся в наконечнике, меняет свою форму под влиянием электрического импульса, создавая вибрационную энергию. Частота ко­лебаний достигает 40000-60000 Гц. Эти приборы не генерируют большо­го количества тепла, а потому более комфортны для пациентов. Однако, в связи с наличием линейных дви­жений, эффективно работают толь­ко латеральные поверхности кончи­ка инструмента. Чем сильнее нажим на наконечник, тем менее эффектив­на работа инструмента.

Для охлаждения инструмента во время работы обычно используют воду или фармакологически актив­ные вещества (хлоргексидинабиглюконат, фурацилин, перекись водоро­да и т.д.). При работе с ультразвуко­выми скейлерами, для профилакти­ки перегрева зуба, отсасывать холод­ную воду в непосредственной близо­сти от рабочего поля не рекомендует­ся.

Таким образом, использование ультразвуковых инструментов наибо­лее эффективно при условии выпол­нения следующих рекомендаций:

1. Размер и форма рабочей насад­ки подбирается в соответствии с кон­туром поверхности корня;

2. Наконечник должен двигаться вперед-назад, прикасаясь без уси­лий к зубу;

3. Для защиты глаз врача обяза­тельно применение маски и очков;

4. Обязательно применение адек­ватного охлаждения инструмента;

5. Перед началом работы ультра­звуковым инструментом необходи­мо спустить воду из резервуара в те­чение 2 минут, поскольку в устройстве, подводящем воду к наконечнику, могут находиться микроорганизмы;

6. Качество работы электромеха­нических приборов контролируется ручным инструментом, например, зондом;

7. Ультразвуковые и звуковые инструменты не используются у пациентов с водителями ритма сердца (кардиостимуляторами) и/или у больных с различными формами аритмии без предварительной консультации с врачом-кардиологом;

8. Во время удаления зубных от­ложений формируется аэрозолевое облако, содержащее взвесь микро­организмов, что может привести к обострению хронических инфекци­онных заболеваний (бактериальный эндокардит, хронический бронхит, бронихиальная астма и т.д.).

9. Удаление зубных отложений у ВИЧ-инфицированных больных, па­циентов, страдающих туберкулезом и гепатитом, проводится с макси­мальными предосторожностями в конце рабочей смены вследствие воз­можного распространения инфек­ции.

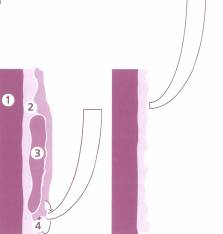
 

Рис. 30. Поверхность зуба после Рис. 31. Насадки PiezonProLine.

обработки скейлером (1- дентин,

2- цемент, 3- зубной камень, 4 – бляшка).

После обработки ультразвуковы­ми и звуковыми инструментами по­верхность корней становится очень шероховатой и содержит в 8 раз больше эндотоксинов, чем при руч­ной обработке (рис. 30 ).

В любом случае, после использо­вания электромеханических инстру­ментов необходимо обработать по­верхность кюретами, скейлерами и отполировать.

Швейцарской фирмой EMC (Elec­tricMedicalSystems) предложены но­вые насадки для осуществления про­фессиональной гигиены полости рта в глубоких пародонтальных карма­нах - PiezonPerioProLine (рис. 31).

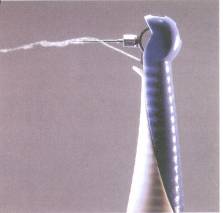


Рис. 32. Система Vector.

Современным прибором для про­ведения профессиональной гигиены полости рта является система Vector (рис. 32), которая обеспечивает:

1. Тщательное удаление поддес­невых зубных отложений;

2. Эффективное орошение паро­донтальных карманов, уничтожение бактерий и других микроорганизмов;

3. Удаление эндотоксинов с по­верхности корня;

4. Бережную полировку поверх­ности зубов, зубных протезов и имплантатов.

5. Деэпителизацию поверхности зубодесневого кармана.

Частота ультразвуковых колеба­ний Vector (Durr - Dental) лежит в пределах 25000 Гц.

1. **Средства для реминерализании и флюоризации твердых тканей зубов**

Недостатком большинства видов полировки поверхности эмали являет­ся полное или частичное удаление ее поверхностного слоя, обогащенного фторидами. Поэтому после полиров­ки поверхность зуба покрывается фторсодержащими препаратами: Du-raphat (Woelm), Duraphat (Colgate), Bifluorid 12 (VOCO), Fluocal (Septo­dont), FluorProtector (Vivadent), Fluor-idin (VOCO), Фторлак (Россия), Белак F (ВладМиВа).

Как правило, эта процедурв проводится в два – три посещения с интервалом в 3-4 дня.

**Профессиональная гигиена полости рта у детей.**

Особенности профессиональной гигиены полости рта у детей:

• при наличии минерализованных зубных отложений для их удаления предпочтение отдается ручным инструментам;

• для удаления зубных отложений следует использовать ручные инструменты только с закругленным концом (кюреты);

• допускается использование низкочастотных (пневматических) скейлеров, применение магнетострикторных и пьезоэлектрических скейлеров не рекомендуется;

• при работе со скейлерами следует избегать контакта кончика наконечника с твердыми тканями зубов (разрушение минерализованных зубных отложений должно происходить только за счет эффекта кавитации);

• большое значение имеет полировка поверхности зуба с помощью резиновых чашечек, низкоабразивных полировочных полос, флоссов, полировочных паст.

**Вопросы для самоконтроля:**

1.Что такое пародонт.

2.Какие функции выполняет пародонт.

3.Условиями развития патологии пародонта.

4.Факторы риска и возникновение заболеваний пародонта

5.Индивидуальная профилактика болезней пародонта.

6.Принципы профессиональной гигиены полости рта.

7.Современные методы удаления зубных отложений.

8.Перечислите инструменты для профессионального удаления зубных отложений.

9.Профессиональная гигиена полости рта у детей.

**Тестовые задания, ситуационные задачи по теме с эталонами ответов (см.приложение к занятию).**

**Список тем УИРС:**

1. Современные подходы к систематизации заболеваний пародонта.

2. Роль зубных отложений в развитии стоматологических заболеваний.

3.Клинические критерии состояния здоровья органов полости рта.

4. Методы удаления зубных отложений.

**Перечень практических умений:**

1.Освоение методов, выявляющих факторов риска заболеваний пародонта у детей.

2.Осмотр зубов сменного прикуса у детей.

3.Освоение методов удаления зубных отложении у детей.

4.Определение индексов РМА, КПИ.

5.Подсчитать пародонтальный индекс.

6.Провести взаимные осмотры полости рта студентов группы.

**Домашнее задание:**

1. Составить схему факторов риска в возникновении заболеваний пародонта.
2. Выписать пародонтальные и гигиенические индексы.
3. Принести на занятие предметы и средства гигиены полости рта, для профилактики болезней пародонта.
4. Подготовить доклад строение и функция пародонта.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

Персин Л.С. с соавт. Стоматология детского возраста, М.: Медицина, 2006. – 639 с.

**Дополнительная литература:**

1. Баум Л. с соавт, Руководство по практической стоматологии, М.: Медицина, 2005.
2. Луцкая И. К. Руководство по стоматологии: Практическое пособие. – Ростов – на – Дону: «Феникс», 2002. – 540 с.
3. Водолацкий М.П. с соавт. Профилактика и эпидемиология стоматологических заболеваний: Учебное пособие. – Ставрополь: Из-во СГМА, 2004. – 200 с.
4. Алямовский В.В., Бахтурина Г.И., Буянкина Р.Г., Дуж А.Н. Активность кариеса зубов у дошкольников Красноярска и методы ее расчета. Методические рекомендации для сту­дентов. Красноярск, 2001. - 14 с.
5. Терехова Т.Н., Попруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний, Учебное пособие. – Минск: Беларусь, 2004. - 526 с.
6. Тумшевиц О.Н. Профилактика патологии зубочелюстной системы при неблагоприятном антенатальном и постнатальном периоде развития.- Красноярск: изд-во КрасГМА, 2005. 225с.
7. Бриль Е.А., Левенец А.А., Кожевникова Т.А. Иммунокоррекция у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями на этапах ортодонтического лечения.- Красноярск: изд-во «Гротеск», 2005.- 142с.
8. Бахтурина Г.И. Организация и проведение профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста Красноярска: Методические рекомендации. Красноярск, 2004.- 21с.

**Протокол №7**

**Обсуждение открытого занятие преподавателя Абдырайым уулу Мелиса**

**на тему: Заболевание слизистой оболочки рта у детей разного возраста**

**проведенного 24.11.2015 4- курса группа 4 стом-14**

Преподаватель: Абдырайым уулу Мелис

Группа:4стом-14

Дата: 24.11.2015

**Присутствовали:**

Зав.кафедрой **«**Хирургической стоматологии с курсом детского возраста» Мамажакып У.Ж.

Преподаватели: Мырзашева Н.М., Курманбеков Н.О.

Секретарь: Кулиева Н.А.

**Цель:**Научиться диагностировать проявления бактериальных, [вирусных](http://pandia.ru/text/category/virus/) и грибковых заболеваний на слизистой оболочке полости рта, а также клинические проявления в полости рта соматических, [аллергических](http://pandia.ru/text/category/allergiya/) заболеваний и заболеваний крови. Изучить роль комплексного лечения этих больных врачом-педиатром при патологии СОПР у детей.

**Ход урока:**

Определение исходного уровня знаний.

Опрос студентов.

Закрепление материала.

Показ слайдов.

Оценка знаний студентов.

Домашнее задание.

**Выступили:**

**Заведующий кафедры Мамажакып уулу Жаныбай.**

**-**Хочеться отметить что на занятие живая атмасфера. Я считаю , что открытый урок прошел успешно. Построен методически правильно. Преподаватель при обьяснении темы пользовалась таблицами, плакатами и рисованием на доске, демонстрацией слайдов.Содержание и логика соответсвуют его цели.

**Преподаватель кафедры Мырзашева Назгул.**

* Занятие проведено соответсвие с планом. Преподаватель имеет план конспекта и методическое указание, соответствующей рабочей и типовой программе по стоматологии. Хронометраж занятия соблюдался , посещаемость студентов 100%. Студенты активны в процессе изучении темы.

**Преподаватель кафедры курманбеков нурсултан Осмонкулович.**

* Урок проведен на высоком эмоциональном уровне, применяется раздаточный материал для работы в парах и группах. Студенты заинтересевались уроком, активны. Цель урока достигнута

**Постановили:** Обсудив открытое занятие преподоваля Абдырайым уулу Мелиса на тему“Заболевание слизистой оболочки полости рта у детей разного возраста. Этиология, клиника, принципы лечения и профилактика.” проведенного 24.11..2015 года на 4 курсе группе 4стом-14, считать, что занятие проведено на хорошем уровне и достигло своей цели.

Зав.кафедрой к.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мамажакып уулу Жаныбай

Преподователь кафедры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мырзашева Н.М.

Преподователь кафедры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Курманбеков Н.О.

Секратарь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кулуева Н.А.

**План**

**Открытой занятие по детской терапевтической стоматологии**

**Преподаватель: Абдырайым уулу Мелис**

**Группа :4стом-14**

**Дата : 24.11.2015**

**Время: 12.40 3- пара**

**тема занятии: Заболевание слизистой оболочки полости рта у детей разного возраста. Этиология, клиника, принципы лечения и профилактика.**

**Мотивационная характеристика темы.**Ротовая полость имеет тесную анатомо-физиологическую взаимосвязь с разными системами организма. Патологические процессы на слизистой оболочке полости рта нередко являются начальным симптомом системной патологии. Установлено наличие изменений слизистой оболочки полости рта при болезнях ЖКТ, эндокринной, кровеносной систем, с заболеваниями крови и др. Многие детские инфекционные заболевания имеют проявления в полости рта. Поэтому [педиатр](http://pandia.ru/text/category/pediatriya/) должен знать изменения слизистой оболочки полости рта при различных заболеваниях у детей и уметь оценивать их с позиции целостного организма.

**Цель:**Научиться диагностировать проявления бактериальных, [вирусных](http://pandia.ru/text/category/virus/) и грибковых заболеваний на слизистой оболочке полости рта, а также клинические проявления в полости рта соматических, [аллергических](http://pandia.ru/text/category/allergiya/) заболеваний и заболеваний крови. Изучить роль комплексного лечения этих больных врачом-педиатром при патологии СОПР у детей.

**Задачи занятия.**

В результате освоения теоретической части темы студент должен **знать:**

1. Этиологические и патогенетические аспекты инфекционных и соматических заболеваний у детей.

2. Клинические проявления в полости рта детей инфекционных и соматических заболеваний.

3. Принципы комплексного (этиологического, патогенетического, симптоматического, общего и местного) лечения данных заболеваний у детей.

4. Роль врача – педиатра в диагностике, лечении и профилактике инфекционных болезней и заболеваний внутренних органов у детей.

В результате выполнения практической части занятия студент должен **уметь:**

1. Выявлять жалобы и собирать [анамнез](http://pandia.ru/text/category/anamnez/) заболеваний у родителей и ребенка.

2. Проводить клиническое обследование ребенка.

3. Охарактеризовать [морфологические](http://pandia.ru/text/category/morfologiya/) изменения полости рта при инфекционных и соматических заболеваниях у детей.

4. Назначить необходимое лечение, профилактические мероприятия больным с инфекционными заболеваниями, дать рекомендации по санитарному и эпидемиологическому режиму.

5. Направить на обследование и лечение к соответствующему специалисту ребенка с соматическим заболеванием, осуществлять диспансеризацию этих больных.

**Требования к исходному уровню знаний**. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить:

из микробиологии – характеристику возбудителей вирусных, бактериальных, грибковых заболеваний;

детских инфекционных заболеваний – этиологию, патогенез, клинику, лечение острых детских инфекционных заболеваний;

детских болезней - этиологию, патогенез, клинику, лечение соматических заболеваний у детей;

фармакологии – лекарственные препараты для лечения инфекционных и соматических заболеваний у детей.

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин**

1. Назовите возбудителя кори:

- вирус простого герпеса,

- семейство парамиксовирусов,

- бетта-гемолитический стрептококк,

- вирус Коксаки А,

- палочка Леффлера,

- спирохеты Венсана.

2. Назовите возбудителя скарлатины:

- вирус простого герпеса,

- семейство парамиксовирусов,

- бетта-гемолитический стрептококк,

- вирус Коксаки А,

- палочка Леффлера,

- спирохеты Венсана.

3. Назовите клинические признаки, характерные для дифтерии:

- конъюнктивит,

- фибринозные пленки на миндалинах,

- жжение, зуд, покалывание по ходу чувствительных нервов,

- макуло-папулезная сыпь на коже.

4. Для какого соматического заболевания характерными симптомами в полости рта являются кислый вкус, язык отечен, обложен серым налетом:

- сахарный диабет,

- гемофилия,

- хронический гастродуоденит,

- лейкоз,

- Х-гистиоцитоз.

5. Назовите лекарственные препараты, используемые при лечении вирусных заболеваний:

- [антибиотики](http://pandia.ru/text/category/antibiotik/),

- кортикостероидные препараты,

- противовирусные препараты,

- [витаминные](http://pandia.ru/text/category/vitamin/) препараты,

- жаропонижающие.

**Контрольные вопросы по теме занятия**

1. Острый герпетический стоматит у детей. Этиология, патогенез, клинические признаки, принципы лечения.

2. Хронический рецидивирующий герпетический стоматит у детей. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.

3. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

4. Стоматиты при инфекционных (вирусных и бактериальных) болезнях у детей (гриппе, парагриппе, энтеровирусном стоматите, кори, ветряной оспе, опоясывающем лишае, инфекционном мононуклеозе, скарлатине, дифтерии). Клиника, диагностика, лечение.

5. Кандидоз слизистой оболочки полости рта. Этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

6. Поражение слизистой оболочки полости рта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.

7. Изменения слизистой оболочки полости рта при эндокринных заболеваниях (сахарном диабете, гипотиреозе, тиреотоксткозе). Клиника, диагностика, лечение.

8. Изменения слизистой оболочки полости рта при заболеваниях крови и кроветворной системы ([анемии](http://pandia.ru/text/category/anemiya/), лейкозах, агранулоцитозе, болезни Верльгофа).

9. Гингивиты. Этиология, клиника, лечение, профилактика.

**УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ**

В настоящее время не возникает сомнения в том, что в основе большинства заболеваний слизистой оболочки полости рта лежат различные патологические нарушения во внутренних органах. Нередко изменения на слизистой оболочке являются индикатором инфекционного или соматического заболевания.

Герпетическая инфекция – самая распространенная инфекция человека. Для нее характерна пожизненная персистенция вируса с возможными рецидивами и ремиссиями. Вирус простого герпеса (ВПГ) имеет тропизм к тканям эктодермального происхождения – кожа, слизистые оболочки и нервная система. В настоящее время герпес вирусы строго классифицированы и объедены в обширное семейство Herpes viridae, включающее более 70 представителей. Для человека наиболее патогенны 8 герпес вирусов они разделены на три подсемейства, подразделяющиеся в свою очередь на альфа-, бета - и гамма-типы (в зависимости от вида клеток, в которых протекает инфекционный процесс, а также от характера репродукции вируса, структуры генома, молекулярно-биологических и [иммунологических](http://pandia.ru/text/category/immunologiya/) особенностей возбудителя).

К альфа-герпесвирусам относят: вирус простого герпеса 1, 2-го и 3-го типов, варицелла Зостер и вирус ветряной оспы. Альфа-герпесвирусы способны быстро реплицироваться и оказывать цитопатическое действие на культуры инфицированных клеток. Они реподуцируются в клетках, а сохраняются только в латентной форме, преимущественно - в ганглиях.

Бета-герпесирусы - это цитомегаловирус, вирус простого герпеса 6 и 7-го типов. Они вызывают пре - и перинатальные инфекционные заболевания, иммунодефицитные состояния, обладают тератогенным эффектом, вызывают синдром хронической усталости. Это подсемейство видоспецифично, поражает клетки различных типов. Последние увеличиваются в размерах (цитомегалия) и могут вызвать иммуносупрессивные состояния организма. Инфекция при этом может принимать генерализованную или латентую форму, а в культуре пораженных клеток легко возникает персистентная инфекция.

Гамма-герпесвирусы (вирус Эпштейна-Барра, вирус простого герпеса 4 и 8 типов, герпес вирус, связанный с саркомой Капоши) проявляют тропизм к лимфоидным клеткам (Т - и В - лимфоцитам), где длительно персистируют и могут трансформироваться, вызывая лимфопролиферативные заболевания.

***Острый герпетический стоматит.***Первичное заражение вирусом простого герпеса происходит в раннем детском возрасте, после исчезновения материнских [антител](http://pandia.ru/text/category/antitelo/) и обычно протекает бессимптомно. Входными воротами являются слизистые губ, ротовой полости, конъюнктивы, гениталий. Чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет.

Это связанно с особенностями строения слизистой оболочки полости рта, недостаточно развитым местным иммунитетом полости рта, а также частыми естественными нарушениями целостности слизистой оболочки в результате прорезывания зубов. После первичной инфекции вирус сохраняется в организме на всю жизнь в латентном состоянии.

Вирус простого герпеса является ДНК-содержащим и относится к группе нейротропных вирусов. После попадания вируса в организм ребенка происходит его размножение в клетках местных тканей и близлежащих лимфатических образованиях. Если защитные силы организма не могут справиться с возбудителем, то уже в инкубационном периоде развивается первичная вирусемия, после чего вирус герпеса фиксируется и активно размножается в клетках чувствительных висцеральных органов (печени, селезенке). Затем в следствие массового выброса вируса из чувствительных висцеральных органов в кровяное русло развивается вторичная вирусемия. Она наблюдается в продромальном периоде и в первые дни разгара. Во время вторичной вирусемии вирусы устремляются к коже и слизистым, где и продолжается их внутриклеточное размножение. При вирусемии вирус обнаруживается в лейкоцитах, эритроцитах, тромбоцитах.

ОГС протекает как инфекционное заболевание, имеет 5 периодов: инкубационный, продромальный, период развития болезни, период угасания и клинического выздоровления.

По тяжести различают легкую, среднетяжелую и тяжелую формы.

Инкубационный период заболевания длится от 2 до 17 дней. Передача инфекции происходит воздушно-капельным и контактным путем. Заболевание контагиозно. Установлено, что источником инфекции являются люди, страдающие, как манифестными, так и латентной формами герпетической инфекции. Сезонность заболевания отсутствует.

Болезнь начинается остро, на фоне выраженного синдрома интоксикации, сопровождается высокой температурой (часто 39-40 С), вялостью, сонливостью или возбудимостью, капризностью, тошнотой, рвотой, головной болью, миалгией, арталгией, болью в глазных яблоках, отсутствием аппетита и отказом от еды из-за выраженной [болезненности](http://pandia.ru/text/category/boleznennostmz/) во рту. Характерны также сильное слюнотечение, связанная с ним мацерация кожи нижней губы и подбородка, неприятный запах изо рта (из-за присоединения вторичной инфекции). Важной особенностью герпетического стоматита является гингивит с выраженной отечностью и гиперемией десен, а также с симптомом их контактной кровоточивости. Гингивит может носить при этом как диффузный характер, так и очаговый характер, но всегда имеет место. Гингивит появляется с самого начала заболевания, а высыпания во рту обычно образуются на 2-3 день.

***Гингивит, сопровождающийся высокой температурой и выраженным синдромом интоксикации, и поднижнечелюстной лимфаденит, позволяют заподозрить герпетическую природу заболевания еще в первые сутки.***

После появления на слизистой оболочке полости рта элементов поражения – эрозий как результат вскрытия высыпаний во рту, диагноз становится ясен. На коже элементы поражения имеют вид сгруппированных мелких пузырьков (диаметр около 1-5мм). Они заполнены прозрачным, постепенно мутнеющим содержимым. В дальнейшем пузырьки вскрываются, подсыхают, превращаясь в геморрагические корочки.

Тяжесть ОГС оценивается по выраженности проявлений токсикоза и характеру поражений СОПР. При постановке диагноза учитывают не только форму заболевания, но и стадию развития элементов поражения. Заболевание продолжается 10-14 дней.

При легкой форме симптомы интоксикации организма отсутствуют. Продромальный период клинически отсутствует. Болезнь начинается с повышения Т0 до 37-37,5°С при удовлетворительном общем состоянии. Слизистая оболочка полости рта отечна и гиперемирована, главным образом в области десневого края (катаральный гингивит). На различных участках слизистой оболочки в течение суток появляются одиночные или сгруппированные небольшие элементы поражения, количество которых обычно не превышает 3-5. Высыпания одноразовые. Длительность периода развития болезни или высыпаний равняется 1-2 дням. Затем наступает период эпителизации – окраска элементов поражения (эрозий) становится как бы мраморной, края и центр размываются, вокруг появляется венчик гиперемии и они приобретают вид обычной афты. Новых высыпаний обычно не наблюдается.

Среднетяжелая форма характеризуется выраженными симптомами интоксикации. Температура тела достигает 38-38,5°С. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Уже в продромальном периоде ухудшается общее состояние ребенка, появляются слабость, капризы, ухудшение аппетита, может быть катаральная [ангина](http://pandia.ru/text/category/angina/) или симптомы острого респираторного заболевания. Слизистая оболочка отечна, гиперемирована. На 4-5 день заболевания появляются множественные высыпания, обычно от 5-10 до 20-25 элементов поражения. Высыпания нередко рецидивируют, и при осмотре полости рта можно видеть элементы поражения, находящиеся на разных стадиях клинического и морфологического развития. После первого высыпания элементов поражения температура тела обычно снижается до 37-37,5, однако последующие высыпания, как правило, сопровождаются подъемом температуры до прежних высоких цифр. СОЭ увеличивается до 20 мм/ч, отмечается лейкопения, иногда незначительный лейкоцитоз; палочкоядерные лейкоциты и моноциты в пределах высших границ нормы, лимфоцитоз, плазмоцитоз. Клиническое выздоровление при этой форме заболевания не сопровождается полным восстановлением защитных сил организма ребенка.

Тяжелая форма ОГС встречается значительно реже, чем среднетяжелая и легкая форма. При тяжелой форме выражены явления интоксикации, Т0 повышается до 39-40°С. У ребенка скорбное выражение лица, страдальчески запавшие глаза. Может быть насморк, покашливание, несколько отечные и гиперемированные конъюнктивы глаз. Губы сухие, яркие, запекшиеся. Слизистая оболочка отечна, гиперемирована, резко выраженный катаральный гингивит. Через 1-2 суток в полости рта начинают появляться элементы поражения до 20-30. Высыпания в виде герпетических пузырьков появляются на коже околоротовой области, веках, мочек ушей, на пальцах рук по типу поранихий. Высыпания в полости рта бывают многократными, и поэтому в разгар болезни у тяжелобольного ребенка их насчитывается иногда около 100, находящихся на различных стадиях развития. Элементы сливаются, образуя обширные участки некроза слизистой оболочки. Поражаются губы, щеки, язык, мягкое и твердое небо, десневой край. Катаральный гингивит переходит в язвенно-некротический, который нередко бывает тотальным. Появляются резкий гнилостный запах изо рта, обильное слюнотечение с примесью крови. В крови определяется лейкопения, сдвиг формулы влево, эозинофелия, единичные плазматические клетки, юные формы нейтрофилов. В моче иногда обнаруживается белок или его следы.

Дифференцировать ОГС следует с вирусными и бактериальными заболеваниями, имеющими проявления в полости рта, кандидозом, многоформной экссудативной эритемой, аллергическими реакциями, язвенно-некротическим стоматитом.

***Лечение.***

Ребенка с ОГС необходимо изолировать от других детей, выделить ему отдельную посуду. В помещении, где находится больной ребенок, регулярно проводить проветривание и влажную уборку. Детям, бывшим в контакте с заболевшим ребенком, 5-6 раз в день закапывают в рот и нос лейкоцитарный интерферон. На период сна днем и на ночь смазывают кожу носо-губного треугольника противовирусной мазью (см. ниже). Пища должна быть свежеприготовленной на овощных [бульонах](http://pandia.ru/text/category/bulmzon/) с добавлением дважды размолотого вареного мяса, рыбы или куриного филе, нераздражающей. Все дается в теплом виде. Рекомендуются овощные и фруктовые пюре, нежирные молочные продукты.

Для дезинтоксикационной терапии рекомендуется обильное питье: детские несладкие чаи, компот из сухофруктов, кисели, соки (лучше березовый), отвары шиповника.

Лечение заболевания **комплексное** – этиологическое, патогенетическое, симптоматическое, общее и местное. Общее лечение рекомендует педиатр и рекомендует назначение противовирусных препаратов (ацикловир, виролекс и др. при среднетяжелой и тяжелой формах), десенсибилизирующих, иммунокоррегирующих средств, витаминов и симптоматическую терапию. Местная обработка полости рта проводится [антисептиками](http://pandia.ru/text/category/antiseptik/) (р-рами ротокана, ромазулана, отварами шалфея, ромашки, календулы), ферментными препаратами (при необходимости), противовирусными препаратами ( 3% виролекс, 3% зовиракс, 2,5% герпевир - КМП, 0,25% оксолиновой, 0,25-0,5% бонофтоновой мазей). Для обработки кожи рекомендуют использовать 5% кремы и мази ацикловира. На стадии заживления эрозий назначают препараты, способствующие эпителизации: масляные растворы вит. «А» и «Е», облепиховое масло, масло шиповника, винилин, солкосерил и актовегин (мазь и гель). Из [физиотерапевтических](http://pandia.ru/text/category/fizioterapiya/) средств наилучшие результаты дает низкоинтенсивное излучение гелий-неонового лазера, при его отсутствии возможно назначение УФО в безтемпературный период.

Необходима тщательная гигиена полости рта – чистка зубов мягкой или очень мягкой зубной щеткой, при невозможности чистки – протирание поверхности зубов марлевыми салфетками с антисептиками.

**Тяжелую форму заболевания целесообразно лечить в условиях стационара.**

***Хронический рецидивирующий герпетический стоматит*** - следствие перехода ОГС в хроническую форму. Общее состояние страдает у ослабленных детей. Харак­терно постоянство анатомических мест высыпания: у одних – это кожа крыльев носа или околоротовой области, красная кайма губ или слизистая оболочка полости рта, у других – глаза. Локализация рецидивов зависит от первичной локализации инфекции. К факторам, способствующим возникновению рецидивов инфекции относятся отклонения в гуморальном и клеточном иммунитете, уменьшение уровня иммуноглобулинов, стрессы, перегревание, переохлаждение, местная травма, солнечное облучение и т. д. Рецидивы стоматита на­блюдаются при острых респираторных заболеваниях и обострениях хрониче­ских заболеваний дыхательных путей ([бронхит](http://pandia.ru/text/category/bronhit/), воспаление легких, гайморит, тонзиллит), после травмы слизистой оболочки, а также без видимых причин.

У каждого 7-8-го ребенка, перенесшего ОГС, наступают рецидивы заболевания с переходом, в последующем, в хроническую рецидивирующую форму.

Рецидивы герпетического стоматита сопровождаются постоянной болезненностью слизистой оболочки полости рта в местах поражения, резко усиливающейся при приеме пищи и разговоре. В период обострения отмечают ухудшение общего состояния, снижение или отсутствие аппетита; общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, плаксивость. На слизистой оболочке полости рта обнаруживаются, как и при остром стоматите, элементы поражения в виде эрозий. Количество элементов поражения в полости рта и их величина бывают разными, чаще всего бывают небольших размеров от 3 до 5мм в диаметре и располагаются преимущественно сгруппировано.

В зависимости от выраженности симптомов общего и местного характера, а также частоты рецидивов выделяют 3 формы заболевания.

Тяжелая форма характеризуется частыми рецидивами - 4 раза и более в год. Обострение заболевания сопровождается, как правило, подъемом температуры до субфибрильных цифр (иногда и выше), головной болью, чувством разбитости, отсутствием аппетита, могут быть боли в крупных суставах и мышцах, сонливость.

При среднетяжелой форме рецидив наступает обычно 1-2 раза в год. При этом симптомы общего характера, как правило, выражены у детей младшего возраста. Отмечают, что эти дети очень часто болеют «простудными заболеваниями», имеют привычку «все тянуть в рот», при волнении «кусают ногти, губы или жуют щеки».

Легкая форма наблюдается гораздо чаще и характеризуется сравнительно редкими 1-2 раза в 3 года рецидивами заболевания. При этом в полости рта наблюдается небольшое количество элементов поражения 1-2, которые, как правило, локализуются у каждого больного в излюбленных местах: слизистая языка, губ, щек.