4 КУРС 8 СЕМЕСТР

 **Занятие № 3**

**ТЕМА: «СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА. ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА».**

**Форма организации учебного процесса:** практическое.

**Значение изучения темы**:

Лечение заболеваний пародонта строится на принципе максимально индивидуализи­рованного подхода к каждому больному с учётом данных общего и стоматологического ста­туса. В связи с этим оно всегда носит комплексный характер: применяется местная и общая терапия, методы которой нельзя рассматривать в отрыве друг от друга. В зависимости от ин­формации о характере процесса, причине и механизме его развития лечение может быть этиотропным, патогенетическим, симптоматическим или в нём сочетаются элементы патоге­нетического и симптоматического лечения.

**Цели обучения:**

- общая: обучающийся должен обладать:

общекультурными компетенциями: способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1); способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (ОК-5); способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (ОК-8).

профессиональными компетенциями: способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и младшим персоналом, взрослым населением и подростками, их родителями и родственниками (ПК-1); способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок, осознавая при этом дисциплинарную, административную, гражданско-правовую, уголовную ответственность (ПК-4); способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного (ПК-5); способностью и готовностью проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, обосновывать патогенетически оправданные методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди взрослого населения и подростков с учетом их возрастно-половых групп (ПК-6);

 способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);

способен и готов осуществить уход за больными (ПК-10);

профилактическая деятельность: способностью и готовностью проводить профилактические мероприятия по предупреждению возникновения стоматологических заболеваний, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-13); способностью и готовностью формировать группы риска по развитию стоматологических заболеваний с целью их профилактики (ПК-15);

диагностическая деятельность: способностью и готовностью к постановке диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей и с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом (ПК-20); способностью и готовностью поставить диагноз с учетом Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-23);

способностью и готовностью к проведению диагностики типичных стоматологических заболеваний твердых и мягких тканей полости рта, зубочелюстно-лицевых аномалий у пациентов всех возрастов (ПК-24); способностью и готовностью к премедикации, инфильтрационной и проводниковой анестезии в полости рта, назначению медикаментозной терапии до, во время и после стоматологического вмешательства (ПК-29);

способностью и готовностью к проведению несложного эндодонтического лечения болезней пульпы и периодонта у пациентов различного возраста (ПК-31); способностью и готовностью к лечению заболеваний пародонта у пациентов различного возраста (ПК-32);

способностью и готовностью к осуществлению приемов реанимации и первой помощи при экстренных ситуациях, которые могут иметь место в стоматологической практике (ПК-38);

организационно-управленческая деятельность: способностью и готовностью управлять средним и младшим медицинским персоналом для обеспечения эффективности лечебного процесса; к анализу показателей деятельности медицинских организаций, к использованию современных организационных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации при оказании медицинских услуг в основных типах медицинских организаций (ПК- 45); способностью и готовностью оформлять текущую документацию, составить этапность диспансерного наблюдения, оценивать качество и эффективность диспансеризации; реализовывать госпитализацию в экстренном порядке; использовать формы и методы профилактики стоматологических заболеваний (ПК- 48);

психолого-педагогическая деятельность: способностью и готовностью к обучению пациентов правилам медицинского поведения; обучению пациентов гигиене полости рта (ПК- 49);

научно-исследовательская деятельность: способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК- 50);

- учебная: знать: микробиологию полости рта; этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме;

уметь: проводить профилактику и лечение пациентов с болезнями пародонта и при необходимости направить пациента к соответствующим специалистам;

владеть: методами диагностики и лечения заболеваний пародонта у детей в соответствии с нормативными документами ведения пациентов; методами комплексной терапии и реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.

 **План изучения темы:**

 **- контроль исходного уровня знаний;**

 **- основные понятия и положения темы.**

 **Самостоятельная работа по теме:**

- осмотр полости рта ребенка, заполнение зубной формулы;

- осмотр полости рта и диагностика заболевания пародонта с использованием различных методов;

- удаление зубных отложений;

- местное лечение лекарственными препаратами;

- обучение пациента одному из методов чистки зубов;

-решение ситуационных задач.

**Основные понятия и положения темы**

Основные требования к лечению заболеваний пародонта можно свести к следующему:

1. Лечение должно быть комплексным. Это значит, что в плане лечения следует предусмотреть методы и средства, направленные на устранение симптомов заболевания, нормализацию состояния тканей пародонта и воздействие на организм больного в целом, т. е. правильного сочетание, так называемого, местного и общего лечения.

2. Необходима строгая индивидуализация комплексной терапии с учётом вида, тяже­сти заболевания и особенностей клинического течения, а также общего состояния больного.

3. Важным является обоснованный выбор методов и средств воздействия на очаг в пародонте и организм в целом.

4. Необходимо соблюдение правильной последовательности применения различных методов и средств в комплексной терапии.

5. В период ремиссии следует проводить повторные курсы лечения с целью профи­лактики обострения хронического процесса.

6. Предусмотреть проведение реабилитационных мер.

7. Организация диспансеризации.

*СХЕМА ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЙ (лечение заболеваний пародонта у детей)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Этапы лечения** | **Средства и способы** | **Критерии самоконтроля лечения** |
| 1. Обезбольте десну и ткани пародонта | Аппликации 3-5% взвеси ане­стезина или других средств. | Безболезненное прикосно­вениек тканям, особенно важно при обострении гингивита и пародонтита. |
| 2. Удалите наддесневые зуб­ной камень. | Экскаватор острый. Ультра­звуковой аппарат для удаления зубных отложений. | Гладкая поверхность зубов после удаления отложений. |
| 3. Удалите поддесневой зуб­ной камень. | Острый экскаватор, специ­альный набор инстру­ментов. | Поверхность эмали или це­мента в пределах зубодесневого кармана гладкие при проверке зондом. |
| 4. Удалите некротические массы с десневого края. | Промывание антисептически­ми растворами, аппликация ферментов, антибиотиков. | При язвенном гингивите |
| 5. Удалите грануляции из па­тологического зубодесневого кармана. | Острый экскаватор, кюретажная ложечка, петля для кюретажа. | Быстрая положительная динамика при хронических воспалительных процессах (пародонтит, гипертрофический гингивит). |
| 6. Промойте патологические зубодесневые карманы. | Шприц с тупой иглой, анти­септические р-ры (фурацилин, ромазулан, перекись водорода и др.) | При развившихся стадиях пародонтита, обострении гингивита. |
| 7. Введите в зубодесневые карманы лекарственные ве­щества. | Растворы мараславина, поли-минерола и др. веществ на турундах на 10-20 минут. | При развившихся стадиях пародонтита |
| 8. Наложите лечебную по­вязку на десневой край на 2-3 часа. | Сочетания кератопластических и противовоспалитель­ных средств; окись цинка, порошок дентина. | При катаральном гингивите, пародонтите начальной сте­пени. |
| 9.Проведите склерозирующую терапию. | Инъекции 60% раствора глю­козы. Туширование десны 30% раствором трихлоруксусной кислоты. Введение под десну гепариновой мази. | Уменьшение размеров дес­невого края и межзубных сосочков при гипертрофическом гингивит |
| 10. Направьте на операцию гингивоэктомии. | Отделение детской хирурги­ческой стоматологии. | Только при гипертрофиче­ском гингивите, резистент-ном к лекарственной тера­пии. |
| 11. Научите ребёнка пальце­вому массажу десневого края. | Чистые пальцы, коротко ост­риженные ногти. | Улучшение кровообраще­ния, нормализация обмен­ных процессов в тканях пародонта. |
| 12. Направьте ребёнка в фи-зиотерапевтическое отделе­ние. | Вибромассаж, гидромассаж, электрофорез различных ве­ществ и др. виды физического лечения. | Нормализация физиологических процессов в пародонте. |
| 13. Научите ребёнка правиль­но чистить зубы. | Зубная щетка, порошок или паста. | Гигиенический индекс нор­мализуется. |
| 14. Научите родителей кон­тролировать чистоту зубов в домашних условиях | 2; 5% раствор йода | Хорошо очищенные по­верхности зубов будут свет­ло-жёлтыми, налет окрасит­ся в коричневый цвет. |
| 15. Запломбируйте кариозные полости, восстановите кон­тактные пункты.16. Направьте ребёнка на ортодонтическое лечение (при на­личии показаний). | Стоматологическое оборудо­вание, инструменты, материа­лы.Ортодонтическое отделение | Нормализация акта жева­ния, предупреждение трав­мы десны при жевании.Исправление зубочелюстных аномалий и деформа­ций нормализует акт жева­ния и равно мерную нагруз­ку тканей пародонта. |
| 17. Направьте ребёнка на плас­тику уздечки, коррекцию преддверия рта (при наличии показаний). | Хирургическое отделение стоматологической поликли­ники или стационара. | Предупреждает атрофические процессы в десне и пародонте. |
| 18. Направьте больного к вра­чу-диетологу. | Детская консультация | Сбалансированное питание способствует профилактике обострений. |
| 19.Назначьте стимулирующую терапию. | Экстракт алоэ, ФИБС, стекло­видное тело. | Стабилизация физиологических процессов в пародонте. |
| 20.Проведите десенсибилизи­рующую терапию. | Димедрол, пипольфен, супрастин, кларитин | Возрастные дозировки |
| 21. Назначьте витаминотера­пию  | Витамины А; В1; В2; С; К. |  |

В комплексе лечения заболеваний пародонта физическим методам отводится значи­тельная роль: они применяются на разных этапах лечения, а успех определяется знанием патологии пародонта и механизмов действия физических факторов на живые ткани. При вы­боре метода физиотерапии следует строго учитывать показания:

|  |  |
| --- | --- |
| Диагноз | Метод лечения |
| Гингивит: |  |
| Катаральный: |  |
| хронический | Гидротерапия, электрофорез, дарсонвализа­ция, диадинамотерапия, КУФ, аутомассаж, вакуум-терапия, лазер. |
| острый | Медикаментозные орошения, КУФ, гидро­ионотерапия, лазер. |
| Гипертрофическая отёчная форма | Электрофорез, дарсонвализация, диадина­мотерапия, гидротерапия, вакуум-терапия, все виды массажа, КУФ. |
| Фиброзная форма | Точечная диатермокоагуляция десневых сосочков, дарсонвализация (искровой раз­ряд), электрофорез (катод), гидротерапия, лечение парафином. |
| язвенный | КУФ, медикаментозные орошения, лазер. |
| Пародонтит: |  |
| Острый и обострившийся | КУФ, медикаментозные орошения, электри­ческое поле УВЧ, микроволны, флюктуори-зация, лазер. |
| хронический | Гидротерапия, электрофорез, дарсонвализа­ция, аутомассаж, гидроионотерапия. |
| Пародонтоз | Аутомассаж, вибромассаж, гидромассаж, дарсонвализация, электрофорез. |
| Идиопатические заболевания с прогресси­рующим лизисом тканей | Физиотерапия не показана. |
| Пародонтомы | Тоже. |

ПАРОДОНТОЗ - дистрофическое поражение пародонта. Для него характерны: отсут­ствие воспаления десны. Десна, наоборот, нередко бледно окрашена. При лёгком зондировании десневые карманы не определяются. Наблюдается обнажение шеек и корней зубов вследствие ретракции десны. Не характерно отложение зубного камня и налёта. Часто имеется патология некариозного происхождения: эрозия эмали, клиновидный дефект, гиперестезия. Зубы устойчивы.

На Rg-грамме: снижение высоты межзубных перегородок различной степени выраженности и сохранение плотности костной ткани. В глубине альвеолярного отростка очаги чередования остеопороза и остеосклероза. Показатели функциональных проб без отклонений от нормы. Выявляются выраженные расстройства микроциркуляции.

Иммунологические изменения при пародонтозе в отличие от пародонтита не выражены. Пародонтоз в виде V - образного атрофического гингивита встречается у детей чрезвычайно редко и преимущественно в период временного прикуса. У детей, страдавших пародонтозом в период временного прикуса, пародонтит в постоянных зубах не возникал. Пародонтоз в детском возрасте практически не встречается, причина его не известна. Рекомендации лечебного характера чрезвычайно разноплановые с преимущественным использованием физиотерапевтических процедур.

**Для пародонтоза характерны следующие дифференциально-диагностические признаки:**

- нет воспаления десны, десна бледная; ретракция десны и обнажение шейки, а затем и корня зубов; нет кармана;

- микробный налёт (бляшка), мягкий налёт не характерны;

- частое сочетание с патологией твёрдых тканей зуба некариозного происхождения (эрозия эмали, клиновидный дефект, патологическая стираемость и др.);

- на рентгенограммах нет признаков воспалительной деструкции в отличие от пародонтита. Отмечается равномерное снижение высоты межзубных перегородок, которое может сочетаться с явлениями остеопороза и остеосклероза костной ткани в глубоких отделах альвеолярного отростка. Возможны изменения в других отделах скелета;

- наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы, эндокринных, обменных нарушений.

Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта – редко встречающаяся и недостаточно изученная патология. Американская академия пародонтологии называет это заболевание "периодонтолиз" и определяет его как воспалительную, дегенеративную деструкцию пародонта, характеризующуюся миграцией и подвижностью зубов, с наличием или без вторичной пролиферации эпителия, с образованием патологического зубодесневого кармана или вторичными десневыми проявлениями.

Термином "Пародонтальный синдром" объединяются не заболевания и не повреждения, а изменения пародонта при общих заболеваниях, встречающихся в детском возрасте.

Пародонтальный синдром при наследственной нейтропении у детей.

Генерализованный пародонтит проявляется ещё в период прорезывания зубов, который сопровождается язвенным гингивитом. Обычно с 3-летнего возраста появляются глубокие зубодесневые карманы, деструкция кости альвеолярного отростка, подвижность временных зубов. Эти же изменения происходят и в постоянном прикусе, процесс прогрессирует и к 12-14 годам приводит к полной потере зубов. Однако деструкция кости наблюдается только в области альвеолярного отростка и имеет чёткие границы. Лечение комплексное совместно с педиатром и гематологом.

Пародонтальный синдром при Х - гистиопитозе.

Выделяют 4 основные клинические формы:

I - поражение одной из костей скелета;

II - генерализованное поражение костной системы;

III - генерализованное поражение костной и лимфатической системы;

IV - генерализованное поражение костной, лимфатической систем в сочетании с висцеральными проявлениями.

Клиническими признаками пародонтита при этих формах являются: язвенный гингивит, гнилостный запах изо рта, подвижность зубов. Корни могут быть обнажены, покрыты налётом, глубокие десневые карманы заполнены грануляциями, имеют изъязвлённые края, признаков гноетечения нет. Поражение кости всегда генерализованное, поражаются и кости челюстей. Поражения имеют лакунарный тип в области альвеолярных отростков с наличием его в других участках челюстей.

Пародонтальный синдром при сахарном диабете.

Явления гингивита при сахарном диабете имеют экссудативный, геморрагический и пролиферативный характер. Типичными симптомами являются цианотичный цвет десневого края; рыхлость десневых сосочков, грануляции в десневых карманах, гноетечение и геморрагическое отделяемое из карманов. Подвижность зубов возникает раньше, чем образуется карман. Зубы перемещаются, характерны их повороты вокруг своей оси. Зубы покрыты налётом, имеются отложения под- и наддесневого камня. На R-грамме: " кратерообразный", "воронкообразный", характер деструкциикостной ткани, окружающая зубы, которая никогда не распространяется на подлежащие участки тела челюсти.

Пародонтальный синдром при гипоиммуноглобулинемии.

Гингивит носит преимущественно гипертрофический характер, с разрастанием десневого края. Десневые сосочки гипертрофированы и легко отводятся от зубов, кровоточивость их умеренная, консистенция "студенистая". В развившейся стадии пародонта патологические десневые карманы имеют большую глубину, но отложений камня нет. На R-грамме: деструкция костной тканиальвеолярных отростков.

Пародонтальный синдром при ладонно-подошвенном дискератозе (синдром Папийона - Лефевра).

Прорезывание зубов сопровождается воспалением десны, которое не ликвидируется, а усугубляется подвижностью зубов, дистрофией альвеолярной кости, образованием патологических зубодесневых карманов, гноетечением, разрастанием грануляционной ткани и потерей зубов. Обычно к 4-5 годам временных зубов уже не остаётся. Такая же клиническая картина наблюдается и при прорезывании постоянных зубов. К 14-15 годам дети теряют постоянные зубы и в дальнейшей жизни пользуются съёмньми протезами.

Основой стоматологии, как и всей отечественной медицины, является ее профилактическая направленность. По определению Н.А. Семашко (1926), «профилактика- это путь, которым мы идем, диспансеризация — метод осуществления ее профилактических задач».

**Диспансеризация** - это метод медико-санитарного обслуживания населения, включающий необходимый комплекс оздоровительных социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий с целью сохранения и укрепления здоровья и трудоспособности диспансеризуемых контингентов.

**Цель** стоматологической диспансеризации - ликвидация некоторых заболеваний зубов и полости рта (пульпит, периодонтит, одонтогенные очаги, остеомиелит).

Стоматологическая диспансеризация должна строиться на принципах охвата организованного населения, в первую очередь детского, начиная с ясельного возраста. Стоматологическая диспансеризация начинается с лечения болезней, которые могут быть причинами кариеса зубов, устранения местных неблагоприятных факторов в полости рта и проведения общих оздоровительных мероприятий. Санация полости рта как составная часть стоматологической диспансеризации осуществляется одновременно с лечением болезней внутренних органов и систем организма. Наиболее рациональным стоматологическим учреждением в качестве организационного центра для проведения стоматологической диспансеризации на современном этапе должны быть самостоятельные стоматологические поликлиники, отделения и кабинеты общих поликлиник.

Самостоятельные стоматологические детские поликлиники должны быть неотъемлемой частью лечебной сети в городах и областях. Базами для организации и проведения стоматологической диспансеризации должны быть также стоматологические институты, факультеты. Методы стоматологической диспансеризации должны быть дифференцированными в зависимости от территориальных условий, контингента населения, имеющихся врачебных кабинетов, оснащения учреждений. Стоматологическая диспансеризация должна проводиться для определенных контингентов населения бесплатно и планово.

Для осуществления диспансерного метода в практике стоматологического учреждения (отделение, кабинет, поликлиника и др.) необходимо следующее:

- перевести стоматологическую службу учреждения на участковый принцип обслуживания детей;

- создать в учреждении высококвалифицированную сеть специализированной стоматологической помощи (ортодонтия, физиотерапия, хирургия, пародонтология, рентгенологияи др.) или установить связь с другими стоматологическими учреждениями, со специализированной службой;

- организовать работу участкового стоматолога по индивидуальному графику, предусматривающему 100% охват детей участка и санацию полости рта в соответствии с кратностью диспансерного наблюдения (один, два и три раза в год);

- вести учет диспансерной работы по показателям состояния полости рта у детей: при полном охвате диспансеризацией, свести до минимума потерю постоянных зубов и количество осложненных форм кариеса.

Диспансеризация детей у стоматолога проводится на участке. Эту работу осуществляют поэтапно.

Первый этап — знакомство с участком.

Врач должен хорошо знать, сколько детей и какого возраста прикреплены к участку;сколько из них дошкольников и школьников (дифференцирование по возрасту); сколько детских дошкольных и школьных учреждений прикреплено к участку, как оборудованы рабочие местастоматолога в каждом детском учреждении. Существенным фактором являются данные о содержании фтора в питьевой воде, которой снабжаются дети участка, о том, проводилась ли ранее санация полости рта, заведены ли санационные карты, внесены ли в них данные об общем состоянии здоровья детей и т. д. Таким образом, первый этап диспансеризации— это регистрирующий этап.

Второй этап предусматривает специализированный осмотр каждого ребенка и проведение по показаниям санации полости рта. Во время осмотра и санации полости рта врач должен помнить о том, что полученная в этот период информация должна стать основной для формирования диспансерных групп наблюдения и составления плана диспансеризации детей участка в последующие годы.

 Третьим этапом является группировка детей для диспансеризации и составление плана, графика работы врача на участке.

Четвертый этап—осуществление плана диспансеризации: осмотр детей в соответствии со сроками, санация полости рта и оздоровление краевого пародонта трех групп детей в соответствии со степенью активности кариеса и заболеваний краевого пародонта, контроль залечением ребенка у хирурга, ортодонта и других специалистов, проведение уроков гигиены и других массовых мероприятий профилактического характера (аппликации зубов растворами фторида натрия, покрытие зубов фтор-содержащим лаком, выдача фторсодержащих таблеток, пастсодержащих препараты фтора, кальция, фосфора, цинка, микроэлектрофорез фториданатрия, применение гелей, содержащих кариестатические средства и т. д.).

Пятым — завершающим —этапом является изучение эффективности диспансеризации, определение, мер и средств совершенствования этой работы.

На первом этапе диспансеризации на каждого ребенка участка заводится карта дис-пансерного наблюдение (форма № 30), которая маркируется по показателям общего статуса:в младшей группе детского дошкольного учреждения в первую очередь заводят карты надетей рожденных от матерей, страдавших в период беременности экстрагенитальными заболеваниями (ревматизм, нефропатии, гипертония, туберкулез, диабет и т. д.); рожденных недоношенными, перенесших в период новорожденное™ гемолитическую болезнь, гнойно-септические заболевания, получавших антибиотики; на детей в грудном периоде жизни, часто болевших острыми респираторными заболеваниями, диспепсическими расстройствами,имевших хронические расстройства питания, заболевания легких и др.

Антенатальный период, период новорожденности, грудной являются важными для формирования твердых тканей молочных зубов. Если эти периоды протекали с указанными отклонениями в развитии ребенка, то «повышается риск» формирования порочных (различные виды гипоплазии) тканей молочных зубов или тканей со сниженной резистентностью к кариесу.

В карту диспансерного наблюдения детей *4*—6 лет вписывают данные (маркируют) о частоте ОРВЗ, хронических заболеваниях ЛОР-органов, сниженном зрении, нарушении

осанки, наличии плоскостопия и других факторах, влияющих на формирование прикуса и структуры твердых тканей постоянных зубов. Делают отметку о группе здоровья.

Детям школьного возраста в карте диспансерного наблюдения необходимо отметить,помимо группы здоровья, наличие хронических заболеваний внутренних органов и систем и степень активности хронического заболевания.

Важными являются данные об отклонениях в развитии: эндокринной системы и становлении половых признаков.

Помимо карт диспансерного наблюдения, на ребенка; нуждающегося в санации полости рта и лечении заболеваний пародонта, заводится санационная карта (форма № 267).

В ней отмечают этапы работы стоматолога, результаты санации полости рта, эффективность лечения заболеваний пародонта и гигиенического обучения уходу за полостью рта и т. д. На период санации два документа (форма № 30 и форма № 267) хранятся вместе, в дальнейшем в зависимости от условий хранения документами они могут находиться вместе и врозь. В любом случае эти документы выполняют разные функции. Диспансерная карта информирует врача сроке последующего смотра, результатах предыдущего этапа диспансеризации(санирован, санация не закончена, направлен к хирургу, ортодонту и т. д.) и задачах последующего наблюдения. Санационная карта—это медицинский документ, из которого можно получить исчерпывающие данные о диагнозе, характере и методах лечения каждого зуба, каждого вида патологии и т. д. Эти карты не заменяют одна другую, в период активного ведения ребенка они выполняют функции сочетающейся информации.

Если у ребенка декомпенсированная форма кариеса, есть депульпированные зубы, локализованный или генерализованный пародонтоз, то к санационной карте должен быть прикреплен конверт с рентгенограммами, а в карту внесены описания каждой рентгенограммы.

Рентгенограммы должны регистрировать окончательный этап печения пульпитов и периодонтитов.

В последующие годы целесообразно, чтобы в первичную документацию ребенка, взятого на диспансерный учет, был включен панорамный рентгеновский снимок челюстей. Это важно в первую очередь для детей с пародонтозом и суб- и декомпенсированной формой

кариеса.

Третий этап диспансеризации — формирование врачом в соответствии с полученными данными осмотра и исследования ребенка во время санации групп детей для диспансерного наблюдения в школе.

Первая группа—здоровые (I, II, III группы) и практически здоровые дети,имеющие интактные зубы, здоровый пародонт, правильное расположение зубов и соотношение челюстей (некоторые отклонения могут быть приняты как вариант нормы). У этих детей правильно протекают функции откусывания, раз-жевывания и проглатывания пищи, дыхания, речи, функция смыкания губ и др.;

- здоровые и практически здоровые дети (I, II, III группы здоровья), имеющие: компенсированную форму кариеса,

- гингивиты, обусловленные негигиеническим содержанием полости рта, некачественными пломбами, отсутствием функции зубов, другими местными факторами;

- дети, у которых специальными методами диагностированы «одонтогенные очаги»;

- дети, которым большие дефекты твердых тканей устранены вкладками;

- нуждающиеся в ортодонтаческом лечении (в порядке контроля);

- нуждающиеся в лечении у хирурга-стоматолога, с аномалиями развития и перенесшие воспалительные и травматические процессы, оперированные по поводу опухолей;

- нуждающиеся в лечении у других специалистов педиатрического профиля.

Вторая группа—дети с хроническими заболеваниями внутренних органов (IV и Vгруппы здоровья), имеющие здоровые зубы, здоровый пародонт, правильное расположение зубов и соотношения челюстей. У этих детей правильно формируются основные функции полости рта;

- здоровые и практически здоровые дети (I, II,III гр.)имеющие субкомпенсированную форму кариеса;

- дети, имеющие гингивиты, обусловленные аномалиями прикуса, и находящиеся на лечении у ортодонта;

- принятые на аппаратурное ортодонтическое лечение (в порядке контроля по договоренности и спискам, представленным ортодонтом).

Третья группа—дети с хроническими заболеваниями внутренних органов (IV, V группы здоровья) с суб- и декомпенсированной формой кариеса;

- здоровые и практически здоровые дети (I, II,III группы) с декомпенсированной формой кариеса;

- дети с локализованным и генерализованным пародонтозом;

- дети, имеющие гингивиты, обусловленные заболеваниями внутренних органов (диабет, нейтропении, дисгаммаглобулинемии и др.);

- дети, имеющие начальные формы кариеса, диагностированные специальными методами;

- дети, находящиеся на комплексном лечении стоматологических заболеваний, с патологией, протекающей в тяжелой форме: суб- и декомпенсированное течение кариеса, пародонтопатии, деформации прикуса, дети, нуждающиеся в хирургических методах коррекции аномалий, и др. (в порядке контроля).

В результате такой группировки у участкового стоматолога-педиатра в школе будет картотека с контрольными картами, распределенными на три срока наблюдения с интервалами в один год, 6 и 3—4 мес.

В дошкольном учреждении в связи с тем, что патологические процессы у детей в этом возрасте возникают и развиваются особенно активно, участковый стоматолог осматривает и лечит всех детей 2 раза в год.

Мы считаем, что по мере увеличения штатов, рационального использования медицинского персонала, привлечения к активным профилактическим мероприятиям педиатров, педагогов, воспитателей и др. появится возможность троекратного осмотра и лечения детей с декомпенсированным течением кариеса, формирующимися аномалиями прикуса, с наличием активнодействующих причин и «факторов риска» в возникновении патологии.

Дети дошкольного возраста, имеющие «факторы риска» в возникновении аномалий

прикуса в виде вредных привычек, нарушений осанки, отклонений в артикуляции органов

полости рта (язык, губы, дно полости рта, щеки, зубы и др.), при формировании функций

должны наблюдаться в порядке контроля, так как активное лечение проводится у соответствующих специалистов.

Таким образом, при группировке детей для диспансерного наблюдения будет выделено фактически 4 группы: 3 группы в школе и одна — в дошкольном учреждении.

Последнюю можно назвать четвертой группой диспансеризации.

Четвертая группа (дети дошкольного учреждения):

- дети, рожденные от матерей с экстрагенитальными заболеваниями (гипертония, туберкулез, нефропатии, ревматизм, эндокринные заболевания) и перенесших токсикоз беременности;

- дети, рожденные недоношенными;

- дети, перенесшие в период новорождённости гемолитическую болезнь, гнойно-септические заболевания, имевшие хронические расстройства питания, рахит и гипервитаминоз;

- дети с увеличением вилочковой железы.

После завершения специального осмотра ребенка, распределения детей по группам для диспансерного наблюдения проводится четвертый этап диспансеризации, который практически совпадает с завершением работы врача на участке по санациии полости рта. По завершении работы необходимо составить отчет о проделанной работе и, основываясь наполученных данных, план-график работы на следующий год.

**Практическая работа:**

Для подготовки к занятию необходимо изучить материал, который позволяет логически подойти к необходимости комплексного обследования и лечения детей с пародонтитами. В связи с этим, следует повторить материал, касающийся основ строения и физиологии пародонта у детей, отличие от "взрослых", зрелых тканей. Необходимо вернуться к теоретическим основам профилактики заболеваний пародонта, а также повторить вопросы, касающиеся понятия "здорового образа жизни" с точки зрения стоматолога.

С целью реального знакомства с особенностями клиники различных форм пародонтитов целесообразно провести осмотры полости рта студентов группы ("взрослый" пародонт) и у детей - пациентов разного возраста.

Указанные комментарии могут быть изложены устно, либо письменно с описанием различия в строении тканей пародонта и дифференциальной диагностики заболеваний.

 **Задания на уяснение темы занятия, методики вида деятельности**: согласно методическим указаниям для внеаудиторной работы студентов 4 курса 8 семестра по теме следующего занятия.

**Тесты по теме занятия:**

ПРИ ПАРОДОНТИТЕ В ТКАНЯХ ДЕСНЫ НАБЛЮДАЮТСЯ ВЫРАЖЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ:

1) тучных клеток или тканевых базофилов

2) фибробластов

3) гистиоцитов

4) лимфоцитов

2. МЕЛКОЕ ПРЕДДВЕРИЕ ПОЛОСТИ РТА ВЫЗЫВАЕТ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ИЗМЕНЕНИЯ:

1) местные

2) генерализованные

3) местные дистрофические

4) генерализованные воспалительные

3. КАКАЯ ФУНКЦИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПАРОДОНТА:

1) барьерная

2) трофическая

3) иммунная

4) амортизирующая

4. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЗДОРОВОГО СФОРМИРОВАННОГО ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ:

1) вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалевоцементной границы

2) замыкающая кортикальная пластинка четкая, независимо от высоты и формы межзубных перегородок

3) кортикальная замыкающая пластинка четкая, вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалевоцементной границы

4) ни один из названных

5. УСТРАНЕНИЕ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ ПРИЧИНЫ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ПАРОДОНТИТЕ ПРИВОДИТ К:

1) переходу в следующую фазу заболевания

2) стабилизации процесса

3) выздоровлению

4) ни один из названных

6. ПРОГНОЗ ПРИ ЭФФЕКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА:

1) выздоровление

2) стабилизация процесса

3) прогрессирование процесса

4) неопределенный прогноз

7. О НАЛИЧИИ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБОДЕСНЕВОГО КАРМАНА У ДЕТЕЙ НАДЕЖНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

1) подвижность зуба

2) глубина зубодесневого кармана свыше 4 мм

3) рентгенологические симптомы патологии пародонта

4) любой из названных

8. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) трапецивидная форма вершин межальвеолярных перегородок

2) диффузный остеопороз межзубных перегородок

3) деструкция твердых кортикальных пластинок

4) остеопороз альвеолярного отростка

9. ПРИ КАКАОЙ СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА НАЗНАЧАЮТ АНТИБИОТИКИ:

 1) ремиссии

2) обострения с абсцедированием

3) хроническое

4) ни при какой

10. ФОРМАЛИНОВАЯ ПРОБА ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРИ:

1) хроническом катаральном гингивите

2) пародонтите

3) хроническом гипертрофическом гингивите

4) фиброматозе десен

**Задачи для самоподготовки по теме практического занятия.**

**Задача № 1.**

Больной Ч., 14 лет, обратился в детскую стоматологическую поликлинику с жалобами на боль в дёснах, кровоточивость при чистке зубов.

Анамнез: 4 дня назад появилась боль в дёснах, кровоточивость при чистке зубов. Раньше подобного не замечал. В рационе питания много мягкой, высокоуглеводистой, вязкой пищи (сдобные булочки в школе, йогурт и т.п.). Зубы чистит нерегулярно.

 Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 градусов. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта в полном объёме; на 17,16,15,24,25,26,36,35,45,46 зубах на жевательных поверхностях кариозные полости. В 11,21 зубах на вестибулярной поверхности меловидные пятна, эмаль тусклая и шероховатая. Обильный зубной налёт на всех зубах. Межзубные сосочки в области всех групп зубов гиперемированы, отёчны, болезненны. При пальпации десны отмечается кровоточивость из межзубных сосочков. Индекс гигиены по Грину - Вермилиону равен 3,0. ГИ=2,3.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| с | с | с |  |  |  | с | с |  |  | с | с | с |  |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
|  | с | с |  |  |  |  |  |  |  |  | с | с |  |

* + - 1. Поставьте развёрнутый стоматологический диагноз.
1. Назначьте лечение.
2. Укажите особенности лечения 11,21 зубов.
3. Укажите заболевания, с которыми дифференцируют данную патологию.
4. Определите индекс КПУз.

**Задача № 2.**

 Пациент Г., 16 лет, обратился с жалобами на неприятные ощущения в дёснах, чувство зуда, кровоточивость дёсен во время приёма пищи, при чистке зубов, окрашивание ротовой жидкости в розовый цвет.

 Анамнез: 3 дня назад появились неприятные ощущения в дёснах, чувство зуда, кровоточивость дёсен во время приёма пищи и чистки зубов. Болел неделю назад гриппом.Зубы чистит не регулярно.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 градусов. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта в полном объёме; на 17,15,11,24,26,35,33,45 зубах кариозные полости.Обильный зубной налёт на всех зубах. Межзубные сосочки в области всех групп зубов гиперемированы, отёчны, болезненны. При пальпации десны отмечается кровоточивость из межзубных сосочков.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| с | п | с |  |  |  | с | п |  |  | с | п | с |  |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
|  | п | с |  |  |  |  |  |  | с |  | с | п |  |

1. Поставьте развёрнутый стоматологический диагноз.
2. Назовите причинные факторы данного заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Определите индекс КПУз и КПУп.

**Задача № 3.**

 В поликлинику обратилась мама с ребёнком 8 лет с жалобами на подвижность центральных верхних резцов, боли в области центральных верхних резцов зубов, которые усиливаются при приёме пищи, попадании и задержке пищи в межзубном промежутке, при чистке зубов.

 Анамнез: Ранее 11,21 зубы лечились по поводу апроксимального кариеса, который развивался с пришеечной области.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизитая полости рта бледно-розового цвета, без видимых изменений, определяется гиперемия и отёчность десны, её утолщение на участке над 11 и 21 зубами и в межзубном промежутке между 11 и 21 зубами. Имеются зубодесневые карманы глубиной до 4 мм. Выявлены нависающие края пломбы с апроксимальных поверхностей 11 и 21 зубов. Проба Шиллера - Писарева положительная, ГИ=2,1. Рентгенологически: отмечается деструкция кортикальной пластинки вершин межзубных перегородок. Прикус ортогнатический.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п |  | п |  |  | п/с | п/с |  |  | с |  |  |
| 16 | 55 | 54 | 53 | 12 | 11 | 21 | 22 | 63 | 64 | 65 | 26 |
| 46 | 85 | 84 | 83 | 42 | 41 | 31 | 32 | 73 | 74 | 75 | 36 |
| с |  |  |  |  |  |  |  |  |  | п |  |

1. Поставьте развёрнутый стоматологический диагноз.
2. Назовите все возможные причины данного заболевания.
3. Составьте план лечения данного заболевания.
4. Дайте описание методики проведения пробы Шиллера- Писарева.
5. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

**Задача № 4**

 Больной А., 13 лет, обратился в терапевтическое отделение детской стоматологической поликлиники с жалобами: на неприятный запах изо рта, зуд в дёснах и кровоточивость при чистке зубов, приёме жесткой пищи.

 Анамнез: Боль в дёснах, кровоточивость начиналось постепенно. В детстве мальчик часто болел острыми респираторными вирусными заболеваниями. В питании преобладает пища мягкой консистенции, богатая углеводами.

 Объективно: Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,8°С. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: на 15, 14, 25, 26, 36, 35, 33, 44, 45 зубах кариозные полости. На зубах имеются над- и поддесневые зубные отложения. Отмечается отёчность десневых сосочков, гиперемия десневого края, кровоточивость. Зубы неподвижны и не смещены. Имеются пародонтальные карманы глубиной от 2 до 3,5 мм в области межзубных промежутков.

На рентгенограмме: расширение периодонтальной щели в пришеечной области, начальная степень деструкции костной ткани альвеолярного отростка . Индекс гигиены по Грину-Вермилиону равен 3,2.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | п | с | с |  |  |  |  |  |  |  | с | с |  |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
|  | п | с | с |  |  |  |  |  | с |  | с | с |  |

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз; оцените индекс КПУ.
2. Назовите факторы, способствующие возникновению данного заболевания.
3. Составьте план лечения.
4. Дайте рекомендации пациенту по гигиене полости рта.
5. Назовите первичные профилактические мероприятия при пародонтитах.

**Задача № 5.**

 Пациентка К., 12 лет, обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на кровоточивость дёсен, их болезненность (особенно при употреблении солёной, кислой, острой пищи, а также слишком холодных или слишком горячих напитков), неприятный запах изо рта.

 Анамнез: кровоточивость дёсен, усиливающаяся при чистке зубов, отмечает уже несколько лет; появилась подвижность четырёх нижних резцов и верхних премоляров; к пародонтологу ранее не обращалась.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизитая полости рта бледно-розового цвета, без видимых изменений.

 При осмотре полости рта выявляются признаки хронического воспаления дёсен: гиперемия, кровоточивость, подвижность зубов 31,32,41,42 -II степени и 14,15,24,25- I степени. Отмечается наличие пародонтальных карманов глубиной до 5 мм в 14,15,24,25, 31,32,41,42 зубах; рентгенологически: резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/3-1/2 высоты межзубной перегородки. На зубах отмечается наличие мягкого зубного налёта, ГИ=2,7; на 31,32,33,34 имеется минерализованные зубные отложения. Прикус ортогнатический.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | с |  | с |  |  |  |  |  | с |  |  |  |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 |
|  | п/с |  | с |  |  |  |  | п/с |  |  | с |  |  |

1. Поставьте развёрнутый стоматологический диагноз.
2. Укажите план обследования больного.
3. Составьте план лечения.
4. Тактика врача в отношении центральных резцов на нижней челюсти.
5. Перечислите «домашние рекомендации».

**Тематика НИРС по теме:**

1. Идиопатические заболевания у детей: лечение, реабилитация.

2. Диспансеризация детей с заболеваниями пародонта.

3. Современные принципы лечения патологии пародонта у детей разного возраста.