4 КУРС 8 СЕМЕСТР

 **Занятие № 4**

**ТЕМА: «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.

 Третьимэтапом 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 лечения детей с заболеваниями тканей пародон­та. В связи с этим, следует повторить материал, касающийся основ этиотропной, патогенетической и саногенетической терапии, а также принципы восстановительного лечения пародонга у детей. Необходимо вернуться к теоретическим основам профилактики заболеваний пародонта.

С целью реального знакомства с особенностями лечения тканей пародонта целесообразно провести лечение 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 5 курса 9 семестра по теме следующего занятия.

**Тесты для самоподготовки по теме практического занятия:**

1. ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ИМЕЕТ:

1) болезнь Леттерера-Зиве

2) болезнь Таратынова

3) Х-гистиоцитоз

4) любое из названных

2. ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЕТСЯ НАРЯДУ С ЧЕЛЮСТНЫМИ КОСТЯМИ ПОРАЖЕНИЕ ПЛОСКИХ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА, ТАЗА, ЛОПАТКИ, КОТОРЫЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ:

1) доброкачественная наследственная нейтропения

2) гиппоиммуноглобулинемия

3) синдром Папийона-Лефевра

4) Х-гистотиоцитоз

3. НАИМЕНЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, СВЯЗАННЫХ СО СТАНОВЛЕНИЕМ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА:

1) период раннего детского возраста

2) антенатальный период

3) предпубертатный период

4) пубертатный период

4. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ НА ФОНЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО Х- ГИСТИОЦИТОЗА У ДЕТЕЙ АБСОЛЮТНА НЕОБХОДИМА:

1) рентгенография

2) определение глубины патологического кармана

3) исследование кровоточивости десны

4) окклюзиография

5. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ У УЧАСТКОВОГО СТОМАТОЛОГА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) осмотр

2) проба Шиллера-Писарева

3) рентгенологические исследования

4) генеалогический анамнез

6. ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ:

1) 2-4 и 8-9 лет

2) 3-6 и 11-12 лет

3) 6-7 и 14-15 лет

4) 1-3 и 7-12 лет

7. ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ НЕЙТРОПЕНИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

1) в первые месяцы жизни

2) к 3-4 годам

3) в предпубертатном периоде

4) в подростковом возрасте

8. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ, НАЗВАННЫЙ ПААРОДОНТОЛОГАМИ «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА:

1) раствор хлоргексидина

2) метрогил-дента

3) солкосерил-дента

4) хлорофилипт

9. МАССОВЫМ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА У СТОМАТОЛОГА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) определение толерантности к глюкозе

2) рентгенологическое исследование

3) проба Шиллера-Писарева

4) ни один из них

10. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА, РАЗВИВАЮЩИХСЯ НА ФОНЕ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ, НЕЭФФЕКТИВНЫ ВИТАМИНЫ:

1) А и Е

2) В12 и В5

3) В1 и В6

4) С и РР

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

**Задача № 1.**

Пациент Д., 2,5 года. Родители обратились к стоматологу-терапевту с жалобами на резкую подвижность зубов у ребёнка*,* болезненность при приёме пищи, кровоточивость десен.

Анамнез: жалобы беспокоят с момента прорезывания зубов; отмечается слабость, сонливость, снижение аппетита, диарея, ребенок капризный, температура тела 36,9 – 37,3.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Тип профиля – прямой. Подчелюстные, заушные лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации. Рот открывается свободно в полном объёме. Красная кайма губ, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. Слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отёчна. В области папиллярно-маргинальной десны определяются некротические участки, покрытые фибринозным налетом. Отмечается рецессия десны в области всех зубов. Корни зубов обнажены, покрыты налётом. Глубокие пародонтальные карманы до 6 мм, заполненные грануляциями. Подвижность 53, 63 зубов - I степени; 54,65,74,84 зубов - II степени; 52,62 зубов - III степени; дистрофия альвеолярного отростка. ГИ = 2,1. PMA= 80%.

На ортопантомограмме отмечается отсутствие 51, 61, 72,71,81,82 зубов, деструкция альвеолярного отростка и тела нижней челюсти, убыль альвеолярного отростка до 2/3.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 0 | 0 |  |  |  |  |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 |
|  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Назовите причину патологии.
3. Составьте план симптоматического лечения тканей пародонта.
4. Составьте план ортопедического лечения.
5. Дайте рекомендации по проведению гигиенических мероприятий.

**Задача № 2.**

Больная 18 лет. Жалобы на кровоточивость дёсен, запах изо рта, подвижность зубов, сухость во рту.

 Анамнез: считает себя больной около года. Подвижность зубов заметила около 3-х месяцев назад.

 Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются. Слизитая полости рта бледно-розового цвета, десневой край альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти гиперемирован и отёчен. Межзубная десна валикообразно утолщена, гиперемирована. Определяются пародонтальные карманы глубиной от 3 до 6 мм. Подвижность резцов на верхней и нижней челюсти 2-3 степени. Отмечается веерообразное расхождение резцов на верхней челюсти.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | п |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | п |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | п |  |

1. Предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Назовите причину развития заболевания пародонта.
4. Составьте план лечения.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача № 3.**

К детскому стоматологу в районную поликлинику обратился больной К., 14 лет, с жалобами на подвижность зубов, болезненность при приёме пищи, кровоточивость десен.

Анамнез: жалобы беспокоят в течение 2 - х лет, в анамнезе сахарный диабет І типа(инсулинозависимый).

Объективно: конфигурация лица не нарушена, определяется сухость кожных покровов. Носогубная и подбородочная складки умеренно выражены. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывается свободно в полном объёме. СОПР бледная, отмечается низкая саливация. Слизистая в области маргинальной десны цианотична, десневые сосочки рыхлые, при пальпации кровоточат. Глубина пародонтальных карманов до 4 мл, карманы заполнены грануляциями. Определяется подвижность фронтальных зубов II степени. Тортоаномалия 13 зуба. На ортопантомограмме определяется равномерная убыль межальвеолярных перегородок до 1/2.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |

1. Поставьте развёрнутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план терапевтического лечения.
3. Определите факторы риска возникновения ортодонтической патологии.
4. Назначьте мероприятия для профилактики формирования зубочелюстной аномалии.
5. Дайте рекомендации по проведению гигиенических мероприятий.

**Задача № 4.**

Пациент М.,1,5 года. Родители обратились к стоматологу - терапевту с жалобами на покраснение десны, резкую подвижность и выпадение зубов у ребенка*,* болезненность при приёме пищи.

Анамнез: данные жалобы беспокоят с момента прорезывания зубов, общее состояние не нарушено.

Объективно: лицо симметрично, пропорционально, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Тип профиля – прямой. Подчелюстные лимфатические узлы увеличенные, болезненные при пальпации. Рот открывается свободно в полном объёме. Красная кайма губ, прикрепление уздечек губ и языка без особенностей. СОПР гиперемирована. В области папиллярно-маргинальной десны определяются некротизированные участки , покрытые фибринозным налетом. Отмечается рецессия десны в области всех зубов. Десна разрыхлена, кровоточит. Корни зубов обнажены, покрыты налетом. Глубокие пародонтальные карманы до 6 мм, заполненные гнойным содержимым. Подвижность 51,61 зубов - IIстепени; 54,64,74,84 зубов - IIстепени; 52,72 зубов – III степени; дистрофия альвеолярного отростка. ГИ = 2,3. PMA= 70%.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | 0 |  |  |
| 54 |  | 52 | 51 | 61 | 62 |  | 64 |
| 84 |  | 82 | 81 | 71 | 72 |  | 74 |
|  |  | 0 | 0 | 0 |  |  |  |

На ортопантомограмме отмечается отсутствие 62,71,81,82 зубов, деструкция альвеолярного отростка и тела нижней челюсти, убыль альвеолярного отростка до 2/3.
На коже ладоней выражены явления повышенного ороговения и десквамации эпителия.

1.Поставьте развёрнутый стоматологический диагноз.

2.Составьте план терапевтического лечения.

3.Назовите причину патологии.

4.Составьте план ортопедического лечения.

5. Охарактеризуйте способы и правила проведения профессиональной гигиены.

**Задача № 5.**

Больной 11 лет. Жалобы на подвижность зубов, кровоточивость дёсен.

 Анамнез: болеет с трёх лет. В 6 лет из-за подвижности и болезненности были удалены временные моляры на нижней и верхней челюсти, после чего воспаление десны исчезло. После прорезывания постоянных зубов воспаление десны возобновилось. Родители ребёнка отмечают частые респираторные заболевания.

 Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, региональные лимфатические узлы не пальпируются, наблюдается сухость кожных покровов в области ладоней и передней трети предплечий. Кожа подошв утолщена, с множеством трещин. В полости рта: прорезывание постоянных зубов соответствует возрасту, временные зубы отсутствуют. Десна в области всех зубов гиперемирована, отёчна, кровоточит при инструментальном обследовании. Корни зубов обнажены на 1/3длины, покрыты белесоватым налётом. Подвижность зубов II степени. Имеются патологические зубо-десневые карманы глубиной 3-4 мм, из карманов выделяется гной.

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

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите рентгенологические изменения, характерные для данного заболевания.

3. Назовите этиологический фактор данного заболевания.

4. Составьте план лечения.

5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**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.