

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Т. Н. ТЕРЕХОВА, Н. В. КОВАЛЬЧУК, М. А. ШИЛОВА**

# **ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2012

УДК 616.314-082-053.2(075.8)  
ББК 56.6 я73  
Т35

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 28.03.2012 г., протокол № 6

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц. каф. общей стоматологии Белорусского государственного медицинского университета Г. И. Бойко; канд. мед. наук, доц. каф. детской стоматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования Г. В. Бинцаровская

**Терехова, Т. Н.**

Т35 Организация стоматологического приема детей различного возраста : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Терехова, Н. В. Ковальчук, М. А. Шилова. – Минск : БГМУ, 2012. – 108 с.  
ISBN 978-985-528-597-8.

Освещены вопросы тактики стоматологического приема детей различного возраста, особенности психического и физического развития детей в разные возрастные периоды, особенности оказания лечебно-профилактической помощи детям с различными стоматологическими заболеваниями.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического факультета и клинических ординаторов.

УДК 616.314-082-053.2(075.8)  
ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-528-597-8

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2012

## ВВЕДЕНИЕ

Детская стоматология — специальность сложная и многогранная. Специалист, решивший посвятить себя этому делу, должен знать все ее разделы и понимать их органическую взаимосвязь с учетом морфофункциональных особенностей быстро развивающегося и растущего детского организма.

Хорошо известно, что кариес и заболевания периодонта являются основными причинами потери зубов и развития заболеваний внутренних органов и систем организма. Грамотно организованная стоматологическая помощь детям с учетом возраста ребенка, анатомо-физиологических и психологических особенностей должна быть максимально эффективной и качественной.

В настоящем пособии мы постарались охватить все значимые в детской практике нозологические формы и изложить тактику врача-стоматолога в виде алгоритмов лечения и диагностики, схем ориентировочных действий.

## ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 3 ЛЕТ

**Тема:** тактика врача-стоматолога при приеме детей от 0 до 3 лет. Особенности обследования, оценки уровня психического и физического развития ребенка, риска развития кариеса зубов. Профилактика и лечение раннего детского кариеса (РДК). Диагностика, лечение и профилактика травматических повреждений временных зубов. Роль врача-стоматолога в диагностике и лечении детских инфекционных заболеваний.

**Общее время занятия:** 7 часов.

**Мотивационная характеристика темы.** Одна из наиболее актуальных стоматологических проблем во всем мире — кариес временных зубов детей первых лет жизни, т. е. РДК. Знание особенностей психофизиологического развития ребенка первых лет жизни, а также особенностей профилактики, диагностики и лечения кариозного процесса у детей первых лет жизни необходимо в практике врача-стоматолога. На первые годы жизни приходится пик травматических повреждений временных зубов, поэтому каждому врачу-стоматологу важно уметь правильно спланировать оказание стоматологической помощи данной категории детей. Кроме того, в первые годы жизни дети более подвержены различным инфекционным заболеваниям, некоторые из них имеют типичные проявления в полости рта. Учитывая эти особенности, можно своевременно диагностировать данные заболевания и вовремя оказать ребенку квалифицированную медицинскую помощь.

**Цель:** научиться планировать стоматологическую помощь детям раннего возраста, в возрасте от 0 до 3 лет с РДК, травматическими повреждениями временных

зубов, детскими инфекционными заболеваниями, имеющими проявления в полости рта.

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

1. Особенности психического и физического развития детей раннего возраста.
2. Особенности тактики врача-стоматолога при РДК.
3. Особенности тактики врача-стоматолога при травме временных зубов.
4. Особенности тактики врача-стоматолога при детских инфекционных заболеваниях, имеющих проявления в полости рта.

В ходе практической части занятия студент должен уметь:

1. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи детям с РДК.
2. Планировать лечебно-профилактическую помощь детям раннего возраста, имеющим травматические повреждения временных зубов.
3. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи детям с инфекционными заболеваниями, имеющими проявления в полости рта.

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

– из стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний: сроки прорезывания временных и постоянных зубов, оценку активности и форму течения кариеса по Т. Ф. Виноградовой;

– терапевтической стоматологии: клинические методы обследования в стоматологии, методы диагностики кариеса, травматических повреждений зубов и особенности обследования детей с инфекционными поражениями полости рта; профилактику и лечение РДК; лечение и профилактику травматических повреждений временных зубов; проявления в полости рта у детей вирусных и грибковых инфекций, их лечение и профилактику;

– фармакологии: лекарственные препараты, применяемые для лечения заболеваний и травм СОПР у детей;

– лучевой диагностики и лучевой терапии: рентгенологические особенности челюстных костей у детей;

– микробиологии, вирусологии, иммунологии: характеристику возбудителей вирусных, бактериальных заболеваний.

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Где происходит транскрипция вирусной ДНК?
2. Первые элементы поражения СОПР у детей.
3. Клинические признаки, характерные для грибкового поражения СОПР.
4. Сроки минерализации первых постоянных моляров.
5. Препарат, обладающий противовирусным действием.

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Особенности психического и физического развития детей в возрасте от 0 до 3 лет.
2. Особенности стоматологического приема детей раннего возраста.

3. Особенности организации стоматологического приема детей раннего возраста. Организация профилактической помощи детям от 0 до 3 лет. Оценка риска развития РДК.

4. Планирование лечебно-профилактической помощи детям раннего возраста с учетом риска развития РДК. Алгоритм диагностики кариеса временных зубов.

5. Принципы лечения РДК. Лечение несотрудничающих детей, методы лечения. Показания к применению методов медикаментозного воздействия на поведение.

6. Профилактика и лечение травматических поражений временных зубов. Алгоритм действий врача-стоматолога при травме временных зубов. Лечение травмы временных зубов.

7. Диагностика и лечение основных инфекционных поражений полости рта у детей раннего возраста (острый герпетический стоматит и острый псевдомембранозный кандидозный стоматит).

### **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 3 ЛЕТ**

**Психическое развитие.** В возрасте до 1 года основной потребностью детей является наличие эмоционально-телесного контакта с матерью. Ведущая деятельность — общение со взрослыми и манипулирование предметами, исследование окружающего мира. Примерно в возрасте до 8 месяцев малыши очень контактны и расположены почти к каждому человеку, его легко успокоить, отвлечь. К году он произносит 10–15 «лепетных» слов, понимает некоторые команды.

**Психологическое развитие в возрасте от 1 года до 3 лет.** Помимо основных психофизиологических потребностей возникает потребность в освоении предметного мира. Ребенок понимает обращенную к нему речь, чутко реагирует на настроение взрослых. Формируется речь, словарный запас к 3 годам достигает 1500 слов. В 2–3 года ребенок в состоянии пользоваться столовыми приборами, держать ручку или карандаш.

В этот возрастной период происходит дальнейшее интенсивное развитие мыслительной способности. Слово взрослого управляет вниманием ребенка. Зачастую малыш стремится противопоставить свою волю воле ухаживающего за ним взрослого, в то же время примерно к 3 годам у малышек появляется гордость за собственные достижения, малыш стремится получить похвалу взрослого, и это важно использовать. Похвала и поощрение стимулируют рост самооценки ребенка в возрасте 2 лет. Дети в 2 года становятся очень подвижны, любознательны и превращаются в настоящих маленьких собеседников. Такие дети часто уже демонстрируют свой характер и даже имеют свое мнение.

**Физическое развитие до 1 года.** На первом году жизни ребенок осваивает пространство: начиная примерно с 5–7 месяцев он учится сидеть, вставать, ползать, ходить. Его вес к году втрое больше веса при рождении, рост около 80 см.

**Физическое развитие в возрасте от 1 года до 3 лет.** Начиная со второго года жизни, скорость роста ребенка существенно снижается. На смену интенсивным ростовым процессам приходят процессы клеточных дифференцировок, что обеспечивает ка-

чественное изменение свойств детского организма, постепенно приближая его к зрелому состоянию. Это период формирования целенаправленных движений, существенного повышения двигательной активности ребенка. В 2 года вес мальчиков составляет около 12 кг 700 г, а вес девочек составляет около 12 кг 200 г. Рост мальчиков составляет около 88 см, рост девочек составляет около 86 см. Двухлетние дети очень любят играть в подвижные игры, стремятся побегать и попрыгать. Они с успехом преодолевают препятствие высотой 15–20 см чередующимся шагом. Дети 2 лет могут самостоятельно частично одеваться, например, с успехом надевают шапку, колготки, ботинки без шнурков.

**Темперамент.** Индивидуальные черты ребенка проявляются в его темпераменте (табл. 1). Темперамент устойчив и обусловлен врожденными свойствами нервной системы, мало подвержен изменениям под влиянием среды и воспитания. Темперамент проявляет себя во всех сферах психической и физической активности, его компоненты — активность и эмоциональность. Любому врачу при внимательном общении с маленьким пациентом достаточно легко определить темперамент ребенка, и это будет важным условием для построения правильных доверительных отношений с ребенком.

Таблица 1

#### Типы детского темперамента

Тип темперамента и его характеристика	Как использовать на стоматологическом приеме
<b>Сангвиник</b>	
Быстрый и живой. Легкий переход от сна к бодрости. Активный и шустрый. Легкий характер. Общителен. Легко засыпает, рано просыпается	Общение с таким малышом не вызывает проблем. Легко фиксирует внимание на негативных переживаниях. Легко договориться. Легко отвлечь внимание. Отлично будет реагировать на подарки и поощрения
<b>Флегматик</b>	
Уравновешен, сдержан, осторожен. Маловозбудим, медлительный, аккуратен. Медленно и с удовольствием, зачастую без интереса. Не очень общителен, любит играть с игрушками	Общение с таким малышом выстраивать достаточно сложно. Легко помнит негативные моменты лечения. Отвлечь и переключить внимание бывает сложно. Ему следует каждый раз все повторять и объяснять заново. Делать деликатным, не обманывать, предупреждать о всех манипуляциях
<b>Меланхолик</b>	
Высокочувствителен, впечатлителен, эмоционально возбудим и плаксив. Пуглив, замкнут. Любит мечтать, фантазировать. Может притворяться. Пугается легко, засыпает. Привередлив	Постараться не заострять внимание на переживаниях ребенка. Легко способствовать желанию ребенка постоянно быть в центре внимания взрослых. Они отзывчивы на ласку. Для них хорошо подходят истории, сказки, заставляющие забывать о собственных переживаниях. Пугают неожиданные звуки и движения, поэтому нужно предупреждать о всех действиях. Учитывая их неуверенность и ранимость, важно хвалить и ободрять
<b>Холерик</b>	

Неспокойный, активный, и энергичный. Легко возбудим, нервозе амбициозен. Речь громкая и быс контролирует эмоции. Рано встает, ест и	Общение с такими детьми потребует от врача много самообладания. Важно сохранять спокойствие. Такой р сопротивляться неуравновешенному врачу
---	---

### ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Стоматологический осмотр** ребенка до 8 месяцев, как правило, не составляет особого труда. Во время осмотра он находится на руках у мамы, с ним нужно разговаривать, используя голосовые модуляции, мимику, ласковые телесные прикосновения. В возрасте **от 8 до 14–24 месяцев** малыш становится менее общительным с незнакомыми людьми, поэтому нормально развивающийся ребенок в этом возрасте будет сопротивляться осмотру: ему вначале нужно «исследовать» новую ситуацию и убедиться в ее безопасности, и только после этого он будет вести себя спокойно. В этот период очень хорошо работает система маленьких подарков после осмотра или необходимых манипуляций. **Стоматологический осмотр** в период **от 1 года до 3 лет** может быть затруднителен (табл. 2). Ребенок проявляет негативизм и неконтактность. Во время осмотра ребенок находится на руках у родителей в стоматологическом кресле, каждое свое действие врач должен озвучить. Также важно использовать различные голосовые модуляции, мимику, жесты. Стараться отвлечь от происходящего. Не стоит рассчитывать, что ребенок в этом возрасте с радостью пойдет на контакт и даст себя осмотреть, особенно если он пришел в первый раз. Ребенку нужно осмотреть и потрогать предмет для того, чтобы понять его предназначение. В период до трех лет ребенка принимают только на руках у кого-нибудь из родителей (рис. 1). К трем годам малыши будут чувствовать себя более уверенно, если между родителями и врачом установится взаимопонимание.

Таблица 2

#### Особенности стоматологического приема детей от 1 года до 3 лет

Воз	Действия врача-стоматолога
6 мес. – 1 год	Дети достаточно дружелюбны и открыты. Обычно стоматологический осмотр не представляет сложностей. Врач-стоматолог использует ласковые слова, телесные прикосновения, игрушки-отвлекатели
1–2 года	Ребенок чаще напряжен, робок, плачет. Отважность в этой возрастной ситуации может быть признаком умственного недоразвития. Нужно привлечь внимание во время осмотра и лечения игрушками, жестами, ласковыми словами. Рассчитывать на то, что ребенок даст себя добровольно осмотреть, не получается. По согласию родителей можно применить некоторое «насилие». Обязательным условием такого «насилия» — безболезненность и безопасность для ребенка
2–3 года	Поведение ребенка зависит от типа детско-родительских отношений и характера ребенка. Не нужно торопиться, обязательно покажите и расскажите ребенку, что предстоит («рассказываю – показываю – делаю»). Не стоит действовать силой и потакать прихотям малыша. Дипломатическое изменение порядка следования действий и заинтересовывание ребенка значимым для него предметом или событием могут помочь добиться успеха. Нужно хвалить, поощрять за успехи. Нужно быть внимательным

тому, что говорит ребенок. Нужно переключать внимание ребенка (на ушко ребенку рассказывает сказку)
---

*Примечание.* Во время приема ребенок находится на руках у родителей.

**Важно** объяснить родителям, что самая глубокая любовь родителей к ребенку не выражается в полном выполнении требований малыша. Поэтому очень важно, чтобы родители понимали, что в этом возрастном периоде нужно отказаться от ночных кормлений. Приучить малыша к регулярной чистке зубов.

**Важно** использовать вербальные и невербальные средства для стимуляции позитивного поведения ребенка раннего возраста (и не раннего тоже) на стоматологическом приеме:

- уважать ребенка;
- демонстрировать искренний интерес к нему;
- общаться на его уровне;
- концентрироваться на позитивном;
- хвалить и поощрять;
- использовать принцип «показываю – рассказываю – делаю»;
- демонстрировать этическую и культурную чуткость по отношению к ребенку.







*Рис. 1. Лечение детей раннего возраста*

Период до трех лет очень важен с точки зрения формирования позитивного отношения ребенка к посещению стоматолога. Как правило, у тех малышей, родители которых начали с самого раннего возраста регулярно (не менее 3–4 раз в год) приводить детей на прием к стоматологу, не возникает трудностей, связанных с дальнейшим лечением зубов.

Правила работы врача-стоматолога с «проблемными» детьми:

1. Отвлекать и переключать внимание: задать неожиданный вопрос, пошутить, повторить его действие.
2. Ничего не запрещать в категоричной форме.
3. Выслушать ребенка внимательно.
4. Не приказывать, а просить, но не заискивать.
5. Нейтральным тоном многократно повторять свою просьбу.
6. Сделать фото ребенка во время капризов или показать его отражение в зеркале.
7. Не читать нотаций, не сравнивать с другими детьми.
8. Хвалить при малейшем успехе.

### **Организация профилактической помощи детям от 0 до 3 лет**

Профилактическая помощь детям до 3 лет в первую очередь должна быть направлена на профилактику РДК. Поэтому практикующему врачу-стоматологу для повседневной работы необходима простая и доступная методика определения риска РДК. На основании данных литературы и собственных клинических наблюдений мы рекомендуем использовать таблицу оценки риска с учетом факторов риска развития РДК (табл. 3).

Таблица 3

## Условная оценка риска развития РДК

Фактор риска	Низ	Умерен	Выс
Раннее инфицирование кариесогенными микро			
Нарушение характера и режима питания (угл тор)			
Низкий уровень гигиенического состояния по			
Незаконченная минерализация фиссур времен			
Наличие общесоматической патологии			
Неблагоприятное течение беременности			
Раннее прорезывание зубов			
Высокое КПУ у родителей, братьев и сестер			
Социальные факторы риска			

Большое количество факторов риска развития РДК не означает, что все из них являются причинными или могут служить для прогнозирования кариеса. Ни один фактор риска не имеет сам по себе прогнозирующей силы, позволяющей точно выявить ребенка, подверженного РДК. Лишь комбинация нескольких факторов риска развития кариеса может служить для прогноза его развития. Наиболее сильное влияние на возникновение кариеса оказывают такие факторы, как раннее инфицирование детей SM, большое количество зубного налета, привычка питания детей и уровень кариесрезистентности тканей зубов. Сочетание первых четырех факторов риска с любым фактором из пунктов 5–9 может свидетельствовать о высокой степени риска развития у ребенка РДК.

Определение интенсивности кариеса у детей дошкольного возраста, имеющих временный прикус, удобно проводить по формуле, предложенной П. А. Леусом (1990) (УИК). В результате такого расчета получится 4 уровня интенсивности.

Наличие у детей первого или второго года жизни хотя бы одного пораженного зуба приводит к автоматическому их зачислению в **группу высокого и очень высокого риска** интенсивности кариеса. Следовательно, для детей до 3 лет низкий уровень интенсивности не характерен, а средний могут иметь дети 2–3 лет. Поэтому только дети, имеющие интактный зубной ряд, могут иметь низкий риск развития кариеса. А у детей со средним и высоким УИК может быть умеренный и высокий риск развития кариеса. Для детей каждой группы должна быть составлена своя лечебно-профилактическая программа.

*Задача:* не допустить перехода ребенка в следующую группу риска и появления в возрасте 3 лет признаков кариозного поражения зубов (табл. 4).

Таблица 4

**Планирование лечебно-профилактической помощи детям от 0 до 3 лет с интактными зубами и низким уровнем риска развития кариеса**

Мероприятия	1-й год ж	2-й год	3-й год
Осмотр у стоматолога			

Определение риска развития кариеса	1 раз в возрасте 6–8 месяцев	2 раза в год	
Проведение санитарно-просветительных мероприятий с родителями (информирование)			
Обучение гигиене полости рта и использованию средств гигиены			
Консультация по питанию			
Гигиенический уход в домашних условиях			
Силиконовая щетка-напальчник	Не более 1 месяца	Не используется	Не используется
Детская зубная щетка	С соответствующей маркировкой	С соответствующей маркировкой	С соответствующей маркировкой
Зубная паста без фтора	Мазок на щетке 2 раза в день	Горошина	Горошина
Зубная паста с 500 ppm фтора	Не используется	Может использоваться	Может использоваться

*Задача:* не допустить перехода ребенка в следующую группу риска, отсутствие в возрасте 3 лет признаков кариозного поражения зубов, или кпу не более 1 (табл. 5).

Таблица 5

**Планирование лечебно-профилактической помощи детям от 0 до 3 лет с интактными зубами и умеренным риском развития кариеса**

Мероприятия	1-й год жизни	2-й год	3-й год
Осмотр у стоматолога			
Определение риска развития кариеса	В возрасте 6–8 месяцев	4 раза в год	
Проведение санитарно-просветительных мероприятий с родителями (информирование, мотивация)	В возрасте 12 месяцев		
Обучение гигиене полости рта и использованию средств гигиены			
Консультация по питанию			
Контроль за выполнением рекомендаций			
Профессиональные профилактические мероприятия			
Профессиональная гигиена			
Фторлак		По 3 покрытия через день 2 раза в год	
Сепарация контактных поверхностей постоянных зубов с последующей обработкой лаком, ЭГЛ		По мере формирования контактов	
Неинвазивная герметизация моляров с сохранностью герметика		По мере прорезывания временных зубов	

Мотивация родителей на снижение Lactobacilla (санация полости рта, палочки с хлоргексидином, жевательная резинка с ксилитом)		+		
Домашняя реминерализующая терапия	Использование пенки с фтором и кальцием в качестве ухода: R.O.C.S. Medical Minerals или GC Tooth Mousse 1 либо перед сном, либо уже спящему малышу, на палочкой или пальцем на зубы в течение 1 месяца или на усмотрение врача)			
Гигиенический уход в домашних условиях	Силиконовая щетка не более месяца, протирание после еды	Паста с фтором (мазок на щетку)	Паста с фтором (мазок на щетку)	Паста с фтором (мазок на щетку)

**Задача:** не допустить перехода ребенка в следующую группу риска, отсутствие в возрасте 3 лет признаков кариозного поражения зубов или кпу не более 2 (табл. 6).

Таблица 6

**Планирование лечебно-профилактической помощи детям от 0 до 3 лет с интактными зубами и высоким риском развития кариеса**

Мероприятия	1-й год	2-й год	3-й год
Осмотр у стоматолога			
Определение риска развития кариеса	1 раз в 6–8 мес	4 раза в год	
Проведение санитарно-просветительских мероприятий родителями (информирование, мотивация)			
Обучение гигиене полости рта и подбору средств гигиены			
Консультация по питанию			
Контроль за выполнением рекомендаций			
Профессиональные профилактические мероприятия			
Профессиональная гигиена			
Фторлак		По 3 покрытия через день 2 раза	
Сепарация контактных поверхностей временных зубов с последующей обработкой ЭГЛ		По мере формирования контактов	
Неинвазивная герметизация моляров и премоляров с сохранностью герметика		По мере прорезывания временных зубов	
Мотивация родителей на снижение Streptococcus sobalinus (санация полости рта, пасты и палочки с хлоргексидином, жевательная резинка с ксилитом)			+

Домашняя реминерализующая терапия	Использование пенок с фтором и кальцием в качестве дополнительного ухода: R.O.C.S. Medical Minerals или GC Tooth Mousse либо перед сном, либо уже спящему малышу, нанося палочкой или пальцем на зубы в течение 1 месяца или на усмотрение врача)		
Гигиенический уход в домашних условиях	Силиконовый фторлак — не более 1 раза в день без фтора, при каждом приеме	Паста с фтором мазок на щетку 2 раза в день	Паста с фтором полгорошины дважды в день

*Задача:* не допустить перехода ребенка в следующую группу УИК, кпу в возрасте 3 лет не более 3 (табл. 7).

Таблица 7

**Планирование лечебно-профилактической помощи детям от 0 до 3 лет со средним УИК**

Мероприятия	1-й год жизни	2-й год	3-й год
Осмотр у стоматолога			
Определение риска развития кариеса	1 раз в возрасте 6–8 месяцев	4–6 раз в год	
Проведение санитарно-просветительских мероприятий родителями (информирование, мотивация)			
Обучение гигиене полости рта и подбора средств гигиены			
Консультация по питанию			
Контроль за выполнением рекомендаций			
Мотивация к повышению общей резистентности (совместно с педиатром и узкими специалистами)			
Профессиональные профилактические мероприятия			
Профессиональная гигиена			
Фторлак		По 3 покрытия через день	
Сепарация контактных поверхностей временных зубов с последующей обработкой ЭГЛ		По мере формирования	пунктов
Неинвазивная герметизация моляров и премоляров с сохранностью герметика		По мере прорезывания временных моляров	
Контроль качества реставраций		Замена или ремонт при необходимости	
Мотивация родителей на снижение Streptococcus sobalinus (санация полости рта, пасты и ополаскиватели с хлоргексидином, жевательная резинка)	+		

Домашняя реминерализующая терапия	Использование пенок с фтором и кальцием дополнительного ухода: R.O.C.S. Medical Minerals или GC Tooth Mousse либо перед сном, либо уже спящему малышу, нанося палочкой или пальцем на зубы в течение перерыв 2–3 месяца)		
Гигиенический уход в домашних условиях	Силиконовая щетка не более месяца, по утрам, с 500 ppm фтора щетке — вечером, по каждому приему пищи	Паста с фтором (900 ppm) м дважды в день	Паста с фтором (1000 ppm) — по утрам и вечером, по 2 минуты в день

*Задача:* не допустить перехода ребенка в следующую группу УИК, кпу в возрасте 3 лет не более 5 и отсутствие осложненных форм кариеса (табл. 8).

Таблица 8

**Планирование лечебно-профилактической помощи детям от 0 до 3 лет с высоким и очень высоким УИК**

Мероприятия	1-й год жизни	2-й год	3-й год
Осмотр у стоматолога			
Определение риска развития кариеса	1 раз в 6–8 месяцев	6 раз в год	
Проведение санитарно-просветительской работы с родителями (информирование, мотивация)			
Обучение гигиене полости рта и подбору средств гигиены			
Консультация по питанию			
Контроль за выполнением рекомендаций			
Профессиональные профилактические мероприятия			
Профессиональная гигиена			
Фторлак	По 3 покрытия через день		
Сепарация контактных поверхностей жевательных зубов с последующей обработкой ЭГЛ	По мере формирования контактных пунктов		
Неинвазивная герметизация моляров с сохранностью герметика	По мере прорезывания временных или выпадения герметика		
Мотивация родителей на снижение Streptococcus sobrinus (санация полости рта, пасты и таблетки с хлоргексидином, жевательная резинка)	+		
Домашняя реминерализующая терапия	Использование пенок с фтором и кальцием дополнительного ухода: R.O.C.S. Medical Minerals или GC Tooth Mousse (MIPaste 900 ppm фтора) 1 раз в день перед сном, либо уже спящему малышу, нанося палочкой или пальцем на зубы в течение 1 месяца (или 3 месяца)		

Гигиенический уход в домашних условиях	Силиконовая щетка не более месяца, паста утром, с 500 ppm фтора щетке вечером, про каждого приема пищи	Паста с фтором — мазок на в день	Паста с фтором полгорошинь дважды в ден
--	--	----------------------------------	---

### ДИАГНОСТИКА КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

Диагноз кариес включает в себя оценку активности процесса, которая определяется скоростью деминерализации, а также стадию процесса, протяженность дефекта. Существует ряд классификаций, отражающих различные стороны кариозного процесса, принятые в стоматологии.

Международная классификация болезней (МКБ–10, 1997):

K02 Кариес зубов

K02.0 Кариес эмали

K02.1 Кариес дентина

K02.2 Кариес цемента

K02.3 Приостановившийся кариес зубов

K02.4 Одонтоклазия

K02.8 Другой кариес зубов

K02.9 Кариес зубов неутонченный.

Согласно клинической классификации, в зависимости от глубины поражения различают:

- начальный кариес (кариес в стадии пятна);
- поверхностный кариес;
- средний кариес;
- глубокий кариес.

В клинике часто используют классификацию, в которой дефекты различают по их виду и стадии развития и согласно которой существует 6 стадий развития кариозных дефектов от  $d_0$ – $d_{1.1, 1.2}$  до  $d_4$ .

Принимая во внимание важность размера и локализации кариозного поражения для выбора методов его лечения, Г. Д. Маунт (1997) предложил классификацию кариозных поражений, которая учитывает локализацию и размер кариозного поражения.

Для оценки активности кариозного поражения в детской стоматологии используют:

– УИК: низкая, средняя, высокая, очень высокая активность кариеса (П. А. Леус, 1979);

– классификацию Т. Ф. Виноградовой (1972), согласно которой различают компенсированную форму течения кариеса (1-я степень активности), субкомпенсированную форму (2-я степень активности) и декомпенсированную форму (3-я степень активности);

– классификацию Г. Ф. Овруцкого, Х. М. Сайфуллиной (1977), по которой выделяют хронический, острый и острейший (цветущий) кариес зубов.

По последовательности возникновения различают первичный и вторичный (рецидивный) кариес.

В Республике Беларусь принято в медицинской документации использовать классификацию МКБ–С, ее можно уточнять клинической классификацией. Пример формулировки диагноза: кариес эмали 51 (поверхностный), острое течение.

*Задача:* выявить у ребенка признаки (риск) кариозного поражения зубов, провести анализ анамнеза, данных клинического обследования, дополнительных методов обследования и сформулировать диагноз с использованием международной и клинической классификации (табл. 9).

Таблица 9

**Алгоритм диагностики кариеса временных зубов**

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самок
<b>Жалобы</b>		
Появление белых (коричневых) пятен на эмали	Опрос мамы	Жалобы на изменение цвета эмали может не быть (меловидные пятна видны после высушивания). Возможный симптом бесполости эмали
Боль при чистке зубов, при поедании пищи, от температурных раздражителей		Возможно при кариесе эмали и
Разрушение зуба и попадание пищи в зубную полость		При кариесе дентина
<b>Анамнез</b>		
Аntenatalный период: токсемия (в т. ч. вирусные и бактериальные инфекции)	Опрос мамы, амбулаторная карта	При патологическом течении беременности может нарушиться процесс формирования закладки и минерализации зубов, тем самым снизить кальцификацию
Постнатальный период: а) вскармливание;	Опрос	Искусственное вскармливание — фактор риска РДК. Ночное кормление после прорезывания резцов —
б) заболевания на первом году жизни	Опрос, выписка из амбулаторной карты	Снижение общей резистентности иммунитета и приводит к снижению резистентности
в) кариес у родителей (фактор передачи <i>Str. mutans</i> );	Опрос о количестве кариеса у родителей	Является фактором риска РДК
г) гигиена полости рта (с учетом качества и частоты гигиены родителей);	Определение индекса гигиены по Э. М. Кузьминой	Низкий уровень гигиены — риск



Продолжение табл. 9

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самок
д) характер питания ребенка сбалансированно;	Опрос	Полноценное питание повышает
е) характер жевания;	Опрос о характере пищи (протертая, ку	Жесткая пища и активное же ствует самоочищению
ж) сладости	Опрос о количестве	Повышает риск РДК
<b>Анамнез заболевания</b>		
Когда появились пятна на з появилась боль, когда обрат тологу, и какая помощь была	Опрос	Чем больше времени прошло с ления пятен или жалоб, тем худ
<b>Объективное обследование</b>		
Внешний вид ребенка, физ тие, кожные покровы, тип дь	Внешний осмотр	Бледный, худой, астеничного ребенок чаще страдает множес есом, равно как и полный, ры стеничного телосложения
Состояние лимфоузлов	Пальпация	Увеличенные лимфоузлы мо хронических заболеваниях, у тельно болеющих детей, при м осложненном кариесе <sup>2</sup> Онкологическая настороженно
Слюнные железы	Осмотр при помощи	Гипосаливация и повышенная ны снижают кариесрезистентно
Слизистая оболочка полост донт, миндалина	Осмотр при помощи	Изменение цвета СОПР мож ствовать о наличии общих забо Хронический тонзиллит, гип ные миндалины способствуют множественного кариеса
Заполнение зубной формулы твердых тканей зуба	Осмотр при помощ зонда) и запись в к стент, медсестра)	Выявление зубов, нуждающихс

Продолжение табл. 9

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самок
<b>Определение уровня поражения</b>		
Эмаль: пятно	Осмотр	У детей до 3 лет кариозные пятна белые или слабо пигментированные процесс в этот возрастной п
Эмаль: дефект	Зондирование — опр бины	Кариес эмали — в пределах ренцируем с кариесом дентина)
Полость: глубина	Зондирование — опр бины	Кариес дентина при распростра са ниже дентин-эмалевой грани
Состояние дентина: плотный ченый	Зондирование (зонд,	При активном течении дентин лый, снимается пластинами. При хроническом течении — ментированный (до 3 лет встреч
<b>Локализация поражения</b>		
а) пришеечная (резцы и моля	Зеркало, зонд	Характерная локализация при Р
б) жевательная;		Излюбленная локализация кари
в) язычная;		Обычно свидетельствует об акт
г) контактная		Редко у детей до 3 лет, если по лет, то процесс чрезвычайно акт
Оценить интенсивность пора	кпу, УИК	У детей до 3 лет нет низкого сивности. Оценка риска позволит планир профилактическую помощь
<b>Дополнительные методы обследования</b>		
Окрашивание пятен	2%-ный метиленовый ба Аксамит) — очисти ем, апплицир 2–3 минуты с после ванием краски	Дифференцируем с некариозны ями (кариозные интенсивно окр
Рентгенография	Рентгенография, рад	Диагностика осложненного ка проксимальных поверхностей по

Окончание табл. 9

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самок
Люминесцентная стоматос	Наличие специально	
Общее обследование (при ном кариесе)	Общая детская поликл	Лечение выявленной патологии
<b>Дифференциальная диагностика с заболеваниями</b>		
Гипоплазия	Признаки, не характерные для кариеса Поражаются зубы одного периода формирования Анилиновые красители не окрашивают	
Флюороз	Поражаются зубы одного периода формирования	

	Анилиновые красители не окрашивают
	Проживание ребенка в эндемическом очаге флюороза
Хронический гангренозный	Зуб болел в прошлом Болезненность при глубоком зондировании Изменение цвета зуба и др.
Хронический периодонтит	Зуб болел в прошлом Деструктивные изменения на рентгенограмме
Хронический фиброзный п	Боль и кровоточивость при зондировании дна кариозно

*Примечания:* <sup>1</sup> Учебно-методическое пособие «Кариес зубов у детей раннего возраста» (Н. В. Шаковец, Н. В. Ковальчук, БГМУ, 2011).

<sup>2</sup> У детей дошкольного возраста в норме пальпируются лимфоузлы примерно до 0,5 см в диаметре, безболезненные, подвижные, эластичные, гладкие. Любое отклонение в большую сторону, болезненность, изменение поверхности есть симптом заболевания.

### ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА

Тактика врача-стоматолога в данном случае должна включать комплекс профилактических и лечебных мероприятий и учитывать все этиологические и патогенетические факторы возникновения заболевания.

Современным подходом к терапии кариозных поражений на уровне  $d_{1.1}$ – $d_2$  (бесполостное поражение) является консервативное (предотвращающее, интерцептивное) лечение. Термин «предотвращающее лечение» используется для обозначения клинических мероприятий по определению ранних кариозных поражений и их лечению не- или малоинвазивными методами (табл. 10) (Tyaset al. 2000, ANRQ 2001, НИН 2001). Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста на уровне  $d_{3-4}$  является восстановительным (оперативным).

Таблица 10

#### Методы лечения РДК

Методы	Действия врача-стоматолога
<b>Консервативное лечение</b>	
Мотивация	Информирование о причинах и факторах риска кариеса зубов

Продолжение табл. 10

Методы	Действия врача-стоматолога
Обучение гигиене полости рта	Подбор метода чистки и средств гигиены (основных) и контроль за качеством выполнения
Консультирование по вопросам кариозного питания	Информирование
<b>Воздействие на кариесогенную микрофлору</b>	
Контроль слюнных контактов	Информирование родителей
Химическое воздействие на кариесогенную микрофлору	Протирание <sup>1</sup> антисептиками, нанесение лаков, септици, использование ксилита, диаминофторидов
Физическое воздействие на кариесогенную микрофлору	Озон, фотоактивируемая дезинфекция
<b>Реминерализующая терапия</b>	

Химические методы	Применение препаратов кальция, фосфора, фтора, рирование. Домашняя реминерализирующая терапия
Физические методы	Использование физиотерапевтических методов, неоновый лазер
Физико-химические методы	Герметизация фиссур и ямок стеклоиономерным
<b>Оперативное лечение</b>	
<b>Сошлифовывание</b> Небольшие кариозные полости на ных поверхностях	Апроксимальные поверхности резцов сошлифов мощью алмазных боров, сепарационных мя штрипсов Назначают реминерализирующую терапию, м тщательной гигиене полости рта и контролю за питанием, наблюдают пациента не реже 1 раза в
<b>ART-метод</b> Кариозные полости средней глубин локализации	Как методика «первого лечения» У несотрудничающих детей
Кариозные полости средней глубин локализации, сочетание ART-метода препарирования	Бормашина используется для раскрытия карио дентин препарируется экскаватором
<b>Метод отсроченного пломби</b> Лечение глубоких кариозных полост нограмме зуба не должно быть при ненного кариеса)	После удаления большей части инфицированной риозная полость пломбируется цинкоксидэвгенд том или туго замешанной extempore-пастой. Чер временная пломба удаляется, по показаниям п вторная некротомия с удалением оставшегося ка тина и постоянная реставрация СИЦ
Профилактическое пломбирование п клюзионных поверхностей	С использованием традиционного препарирова рованных детей или при лечении под наркозо седации)
Реставрация стеклоиономерными (компомером)	С использованием традиционного препарирова рованных детей

Окончание табл. 10

Методы	Действия врача-стоматолога
Реставрация амальгамой	С использованием традиционного препарирова ванных детей
Восстановление металлическими ко	С использованием традиционного препарирова осложненного кариеса, у адаптированных детей и под наркозом (в условиях седации)

*Примечания:* <sup>1</sup>Хлоргексидин 0,05 % 1 раз в день, 2 недели, месяц протираем хорошо отжатым тампончиком зубы ребенка на ночь, 3 месяца перерыв, повидон-йод 1 раз в 2 недели в течение года у детей до 3 лет из группы высокого риска развития РДК.

<sup>2</sup> Метод выбора для несотрудничающих семей, окрашивает ткани зуба, способствует социальной дезадаптации ребенка.

### ЛЕЧЕНИЕ НЕСОТРУДНИЧАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Несмотря на расширяющиеся возможности современной детской стоматологии, проблема лечения несотрудничающих детей довольно остро встает перед каждым практикующим детским стоматологом. Причины трудностей установления контакта с ребенком кроются в самом малыше, его возрасте и в семье, когда собственный негативный опыт родителей или их страх невольно переносится на детей, в самих докто-

рах, которым зачастую не хватает времени, терпения и необходимых знаний для установления контакта. Одна из причин негативного отношения детей к лечению зубов — это страх. Причина повышенной тревожности у детей — это перенапряжение нервной системы, эмоциональный дискомфорт. Дети, опираясь на эмоции родителей, регулируют свое собственное поведение. И если нет доверительных детско-родительских отношений, в семье присутствуют неадекватные методы воспитания, если сам взрослый, который привел своего ребенка на прием к стоматологу, негативно относится к лечению зубов, то такой ребенок, наверняка будет страдать фобическими реакциями.

Сегодня всех детей, приходящих на прием к стоматологу, можно разделить на три группы. Первая группа — дети, которые пришли первый раз; вторая — дети, которые пришли повторно, имея прошлый негативный опыт; и третья — дети, которые имеют положительный опыт посещения стоматолога. Последняя группа самая благоприятная, и с ней, как правило, не возникает никаких трудностей. Первая достаточно благоприятная, если правильно спланировать посещения. Больше всего трудностей с детьми, которые имеют негативный опыт, и с детьми раннего возраста, которые еще не в состоянии адекватно реагировать на происходящее.

#### **ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ РАБОТЕ С НЕСОТРУДНИЧАЮЩИМИ ДЕТЬМИ**

**Организация первого посещения.** Какие правила должен соблюдать врач-стоматолог, чтобы завоевать доверие ребенка?<sup>1</sup> Прежде всего, искренность. Наши чувства могут отражаться у нас на лице, дети очень чутко настроены и реагируют на наше настроение, поведение, поэтому доктору очень важно оставаться в хорошем настроении, приветливо и радостно встретить ребенка. Важно уметь маскировать свое недовольство и разочарование, если ребенок не идет на контакт, отнеситесь к малышу с уважением. Четко объясняйте ребенку, чего вы от него добиваетесь. Следите за своей мимикой и жестами. Важно, чтобы в кабинете были визуальные «отвлекатели» — игрушки, книжки, плакаты. Встречать малыша, который пришел первый раз на прием, нужно без маски и перчаток, распределите свое время так, чтобы вы не спешили. Необходимо проинформировать родителей о том, что первый визит должен быть ознакомительным, и заручиться их поддержкой. Необходимо рассказать малышу, даже если он совсем мал, что ему предстоит, используя понятные для его возраста термины. Руководствуйтесь принципом «рассказываю – показываю – делаю», это позволяет снять беспокойство. Психологи считают, что очень важно начать общение с ребенком на уровне его глаз. Ребенок примерно до трехлетнего возраста при приеме находится на руках у мамы или папы. Ребенку постарше в первый раз необходимо присутствие родителей в кабинете. Постарайтесь отвлекать внимание малыша от беспокойных мыслей, расспрашивая его, например, о любимой игрушке и др. Хвалите за желаемое поведение, подарите подарок в конце посещения (любой ко-

---

<sup>1</sup>Более подробные рекомендации об управлении поведением детей на стоматологическом приеме можно получить из соответствующего учебно-методического пособия: Т. В. Попруженко, Т. Н. Терехова «Основы управления поведением детей и подростков на стоматологическом приеме» (Минск, 2006).

робочки от боров будет достаточно малышу, или договоритесь с родителями заранее, чтоб они незаметно передали вам подарок для ребенка).

В первый раз может быть достаточно осмотра, возможно, профессиональной гигиены или даже доверительной беседы и с малышом, и с родителями. В следующий раз можно будет попробовать полечить какой-нибудь самый простой зуб или сделать неинвазивную герметизацию. И каждый раз хвалите ребенка искренне и поощряйте в конце лечения. Такие несложные рекомендации помогут не испугать малыша в первый раз, пришедшего на прием к стоматологу. Такими же рекомендациями можно воспользоваться при установлении контакта с уже напуганным малышом, имеющим негативный опыт посещения стоматолога.

#### **МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ПРИ РАБОТЕ С НЕСОТРУДНИЧАЮЩИМИ ДЕТЬМИ**

**ART-метод** позволит провести лечение быстро и безболезненно. Используя этот метод, можно постепенно адаптировать ребенка к посещению стоматолога. Однако нужно информировать родителей о необходимости периодического восстановления пломб, следовательно, о более частых визитах.

**Метод серебрения** — метод, приостанавливающий развитие кариеса посредством химической модификации кариозных тканей. Метод заключается в последовательном нанесении на кариозные ткани раствора серебра и препарата-восстановителя (аскорбиновой кислоты, гидрохинона). После чего серебро переходит в металлическую форму и осаждается на поверхности в виде мелкодисперсных кристаллов. В настоящее время используют диаминофторид серебра, который образует малорастворимый фосфат серебра. Метод способствует окраске тканей зубов в черный цвет, что не нравится родителям и может способствовать социальной дезадаптации ребенка. Этот метод лишит ребенка эстетичной улыбки. Но вместе с тем он может быть использован для работы с несотрудничающими семьями.

Наилучших результатов в сохранении стоматологического здоровья детей можно добиться от совместной работы врача с семьей ребенка, т. е. регулярные визиты (в большинстве случаев не реже 1 раза в три месяца на втором и третьем году жизни ребенка) и не менее 2–4 раз в год для детей остальных возрастных групп для обследования, оценки факторов риска и их коррекции, а также мотивации и информационной поддержки. Кроме того, частые визиты помогают ребенку адаптироваться к посещению стоматолога и в дальнейшем не испытывать эмоционального дискомфорта, даже если потребуются лечение.

#### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПОВЕДЕНИЕ**

В современной детской стоматологии существует целый ряд медикаментозных методов управления поведением детей:

- местная анестезия;<sup>2</sup>
- седативное действие закиси азота;
- седативные препараты перорально (ректально), внутривенно;
- общее обезболивание.

Показания к использованию седации и общего обезболивания можно обобщить в три группы.

1. Показания, обусловленные группой здоровья и психоэмоциональным состоянием ребенка:

- а) пороки развития и заболевания центральной нервной системы;
- б) аномалии конституции с предполагаемой непереносимостью местных анестетиков;
- в) психоэмоциональная возбудимость, страх перед лечением у стоматолога:
  - у здоровых детей;
  - у детей с сопутствующими заболеваниями в стадии компенсации, в частности, из группы сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний дыхательных путей с аллергическим компонентом.

2. Показания, обусловленные возрастом ребенка (вмешательства у детей в возрасте до 3 лет).

3. Показания, обусловленные стоматологическими заболеваниями:

- а) большое количество разрушенных зубов, нуждающихся в лечении и удалении и требующих многократных посещений врача, особенно у эмоционально возбудимых детей;
- б) острые гнойные воспалительные процессы;
- в) неадекватность местной анестезии.

Противопоказания к наркозу описаны в анестезиологической литературе. Они в основном касаются тяжелых или декомпенсированных форм общих сопутствующих заболеваний сердца, эндокринных заболеваний, в частности, сахарного диабета, рахита, гепатита, нефрита и т. д.

Надо отметить, что дети с таким статусом практически не обращаются в поликлинику, так как по тяжести своего фонового заболевания нуждаются в лечении в профильных стационарах. Эти противопоказания надо иметь в виду стоматологам, работающим в соматических стационарах.

#### **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ**

Травмы зубов у детей составляют 5 % всех травм челюстно-лицевой области. Повреждение зубов чаще всего наблюдается у детей 2–3 и 8–11 лет, что объясняется наиболее активным двигательным периодом их развития. Основная причина повреждения зубов у детей старшего возраста — падение на твердые поверхности (пол, стол, ступеньки), у детей младшего возраста — травмирова-

---

<sup>2</sup>Особенности проведения местной анестезии у детей изложены в учебно-методическом пособии «Обезболивание в детской стоматологии» / Т. Н. Тереховой, А. Н. Кушнер, Е. А. Кармальковой. (Минск, 2009).

ние зубов твердыми игрушками. Травмируются преимущественно резцы верхней челюсти. Среди всех травм зубов вывихи временных занимают первое место (до 50 %).

**Классификация травм временных зубов.** Классификация острой травмы зубов МКБ–С:

S02.5 Перелом зуба

S02.50 Перелом только эмали

S02.51 Перелом коронки зуба без повреждения пульпы

S02.52 Перелом коронки зуба с повреждением пульпы

S02.53 Перелом корня зуба

S02.54 Перелом коронки и корня зуба

S02.55 Множественные переломы зубов

S02.56 Перелом зуба неуточненный

S03.2 Вывих зуба

S03.20 Люксация зуба

S03.21 Интрузия или эктрузия

S03.22 Экзортикуляция

В классификации МКБ–С отсутствует диагноз ушиб зуба, однако в отечественных классификациях такую нозологическую форму выделяют. Как правило, ушиб сопровождается переломами коронок.

*Задача:* выявить травматическое повреждение временных зубов, исключить наличие ЧМТ (табл. 11).

Таблица 11

**Алгоритм действий врача-стоматолога при травме временных зубов**

Этапы диагностики	Средства диагностики	Критерии самоконтроля
<b>Жалобы</b>		
Анамнез заболевания — когда на травма, где и при каких обстоятельствах заболевания, <b>общие симптомы (для исключения)</b>	Беседа с родителями	<b>Важно</b> выяснить время травмы, вид го агента, наличие или отсутствие повреждения ЦНС <b>Важно</b> подробно заполнить медицинацию
Боль — характер, время появления функции (откусывания), нарушение общего состояния		Боль — обязательный симптом острой этиологии (у детей)
<b>Анамнез жизни</b>		
Перенесенные и сопутствующие условия жизни	Беседа с родителями	Травма временных зубов чаще встречается в раннем возрасте 2–3 лет, это объясняется любовью малыша, отсутствием охранительных рефлексов, возбудимостью нервно-мышечных рефлексов
<b>Знакомство с медицинской документацией</b>	Выписка из истории болезни Направление на консультацию и др., если они есть	Документация дополнит те сведения, выявлены у родителей
<b>Объективное обследование ребенка</b>		
Оценка общего состояния: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.	Осмотр ребенка	При острой травме зубов у детей обычно, как правило, не страдает



Окончание табл. 11

Этапы диагностики	Средства диагностики	Критерии самоконтроля
Наличие или отсутствие признаков ЦНС!		В некоторых случаях могут наблюдаться поражения ЦНС: общая заторможенность, головокружение, тошнота, рвота, кратковременная потеря сознания
Определение характера повреждения: состояние кожи, наличие гематом, подвижность, состояние тканей	Внешний осмотр	При травме зубов у детей могут наблюдаться: отечность, ссадины в области травмы Наличие подвижности и смещения зуба Перелом коронки Отсутствие коронки может говорить о вывихе или о вколоченном вывихе
Осмотр полости рта (зубы, слизистые оболочки, пародонтальные складки)	Осмотр с помощью зонда	
<b>Дополнительные методы обследования</b>		
Рентгенография	Направление рентгеновского луча	При ушибе — нет изменений При неполном вывихе — периодонтальная щель одной стороны расширена, с другой стороны сужается При вколоченном вывихе — зуб прочно вколочен При переломе коронки, как правило, рентгенологических изменений нет При переломе корня зуба определяется перелом на разном уровне, смещение
ЭОД	При наличии специального оборудования	Не используется во временном прикусном аппарате
Термодиагностика	Сухой лед, разогретый перчаточный материал, вода	Не используется во временном прикусном аппарате

### ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

*Задача:* обеспечить физиологическое развитие зачатка постоянного зуба, по возможности сохранить временный зуб (табл. 12).

Таблица 12

#### Лечение травматических повреждений временных зубов

Вид травмы	Лечение
Перелом коронки в области эмали: полностью открыт	Линия перелома закрывается стеклоиономерным цементом или компомером, возможно последующее покрытие композитами. Диспансерное наблюдение

Окончание табл. 12

Вид травмы	Лечение
Перелом в области «эмаль – дентин» без вовлечения пульпы	Наложение кальцийсодержащего материала (цемент), затем стеклоиономер или компомер, последующее покрытие композитами. Диспансерное наблюдение

	дение
Перелом в области «эмаль – дентин» с пульпы	При вскрытой полости зуба проводится: витальность, витальная экстирпация (у контактной анестезией) или девитальная экстирпация. наблюдение
Сложный перелом «коронка – корень»	Молочный зуб удаляется
Перелом корня (в молочных зубах встречается за высокой эластичности кости): – перелом в верхушечной трети корня; – перелом в средней трети корня со смещением коронковой трети корня; – перелом в средней трети корня без смещения	Назначается щадящая диета, диспансерное наблюдение Зуб удаляется В некоторых случаях допустимо удалить фрагмент корня, а апикальный оставить, чтобы зарезорбировать зачаток постоянного зуба во время дальнейшего оставшийся фрагмент корня резорбции или выдвигается. Возможно со Диспансерное наблюдение
Ушиб зуба	Лечения не требует, щадящая диета, наблюдение
Подвывих: цвет коронки зуба и твердые ткани в области логических изменений. Перкуссия болезненна, подвижность зуба I–II степени	Лечение: при смещении зуба — репозиция, диспансеризации. При значительном выраженной подвижности — удаление зуба
Частичный вывих	При незначительном вколочивании (интрузии) или выдвигании (экструзивный вывих) назначаются щадящее питание, диспансерное наблюдение. При значительном вколочивании или выдвигании зуба — удаление
Полный вывих	Молочные зубы реплантации не подлежат

### ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

#### 1. Осложнения у молочных зубов:

- окрашивание коронки;
- облитерация корневого канала;
- пульпит;
- периодонтит;
- одонтогенный абсцесс;
- резорбция корня;
- анкилоз молочного зуба;
- неправильное положение молочного зуба.

#### 2. Осложнения в развитии зачатков постоянных зубов:

- гипоплазия эмали;
- недоразвитие коронки (зубы Турнера);
- недоразвитие корня, искривление, облитерация;
- недоразвитие всего зачатка (одонтоподобное образование);
- изменение положения зачатка;
- ретенция зуба;

- фантомные зубы (остатки корней зачатков, продолжающие развиваться);
- гибель зачатка.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Классификация инфекционных заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей.

### 1. Вирусные инфекции:

- а) корь (парамиксовирус);
- б) **семейство энтеровирусов (три группы вирусов):**
  - энтеровирусный стоматит (везикулярный) с кожными проявлениями —

Hand-Foot-and-MouthDisease;

- герпангина;

- в) **семейство Herpesviridae (8 типов):**

- острый герпетический стоматит;
- хронический рецидивирующий стоматит;
- острая герпетическая инфекция новорожденных;
- ветряная оспа (Varicellazoster, опоясывающий лишай);
- инфекционный мононуклеоз (Эпштейна–Барр).

### 2. Бактериальные инфекции:

- а) скарлатина;
- б) дифтерия;
- в) язвенно-некротический гингивит;
- г) специфические инфекции (сифилис, гонорея, туберкулез).

Грибковые поражения слизистой оболочки полости рта:

V37.0 Кандидозный стоматит

V37.00 Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит

V37.01 Острый эритематозный кандидозный стоматит

V37.02 Хронический гиперпластический кандидозный стоматит

V37.03 Хронический эритематозный кандидозный стоматит

V37.04 Кожно-слизистый кандидоз

V37.06 Ангулярный хейлит.

Наиболее часто встречающиеся инфекционные поражения слизистой оболочки полости рта у детей раннего возраста — это острый герпетический стоматит и кандидозный псевдомембранозный стоматит.

*Задача:* выявить симптомокомплекс у пациента и соотнести его с выявленными клиническими проявлениями, поставить диагноз (табл. 13).

**Отформатировано:** Отступ: Первая строка: 1,71 см, Справа: -2,8 см, интервал После: 0 пт, Междустр.интервал: одинарный

Таблица 13

**Алгоритм действий врача-стоматолога при выявлении поражений слизистой полости рта у детей**

Этап диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самокон
<b>Жалобы</b>		
Общее состояние	Опрос родителей	Беспокойное поведение, отказ от сна, рвота, жидкий стул и др.
Температура		Повышение температуры характерных острых инфекционных заболеваний. При кандидозе может не быть или рильная
Анамнез жизни: перенесенные заболевания		Тяжелые формы чаще встречаются тяжелых, с отягощенным анамнезом, и
Анамнез заболевания: периодика развития симптомов лечение		При ОГС, как правило, до начала диатр может назначить жаропонижающие бактериальные препараты
<b>Объективное обследование ребенка</b>		
Внешний осмотр	Может быть использовано специальное стекло	
Определение наличия и т денита	Пальпация лимфоузлов	Как правило, лимфаденит сопровождается инфекционными заболеваниями. При кандидозе может быть менее выражен
Осмотр полости рта (наличие элементов пародонтита, форма элементов т. д.)	Зеркало, дневное и освещение	Выявление характерных, патогномного или иного заболевания признаков
<b>Предварительный диагноз</b>		
<b>Специальные методы обследования</b>		
Соскоб со слизистой оболочки	Наличие возможности в клиническую лабораторию	Поможет точно установить диагноз

Окончание табл. 13

Этап диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самокон
Клинический анализ крови	Направление в клинику лабораторию при общей	Изменение формулы крови может ствовать о наличии инфекционного
Иммунологические исследования	Наличие возможности в клиническую лабораторию (суется с педиатром)	Изучение местного и общего иммунитета
<b>Проведение дифференциальной диагностики</b>		
Медикаментозный стоматит	Высыпания на коже по типу крапивницы, обширные эрозивные	
Многоформная экссудативная эритема	Симптом «кокард» и др.	
Некрозы слизистой оболочки при лейкозе	Типичные для лейкоза изменения формулы крови	
Травматические поражения	Травма в анамнезе	
<b>Окончательный диагноз</b>		

*Задача:* выявить у пациента симптомокомплекс, характерный для герпетического поражения СОПР, поставить диагноз (острый герпетический стоматит, хронический)

ческий рецидивирующий герпетический стоматит; форма — легкая, средняя, тяжелая; стадия разгара, эпителизации, выздоровления) (табл. 14).

Таблица 14

**Схема ориентировочной основы действий при выявлении герпетического поражения слизистой полости рта у детей**

Этапы диагно	Средства и ус	Критерии и формы самоконтроля
<b>Жалобы</b>		
Общее самочувствие	Провести опрос матери. Беспокойное поведение, нарушение сна, вялость, отказ от пищи и питья, иногда рвота (на фоне высокой температуры)	
Температура	От субфебрильной до 40 °С в зависимости от тяжести заболевания	
Прием пищи	При высыпании на слизистых — вплоть до полного отказа от пищи и питья	
<b>Анамнез жизни и за</b>	Сведения предоставл	Тяжелой формой ОГС чаще болеют ослабленные де
<b>Анамнез заболевания</b>		
Первые признаки	Сведения предоставл	Повышение температуры тела и клинические признаки предшествуют высыпаниям при ОГС
Динамика развития б		Гиперемия десен, лимфаденит, затем высыпания оболочке полости рта, иногда на красной кайме губ (в тяжелых случаях)
Назначенные ранее п		При ОГС, как правило, до начала высыпаний ребенок принимает жаропонижающие, иногда антибиотикотерапию
<b>Результат опроса — предположение об инфекционном заболевании с поражением слизистой полости рта</b>		
<b>Осмотр — объективное обследование ребенка</b>		
Внеротовой осмотр: характер высыпаний на красной кайме губ	Возможно использование лупы, микроскопа, специального стекла	При ОГС часто; при тяжелой форме, как правило, единичные или множественные высыпания на губах с прозрачным или подсохшим экссудатом
Определить наличие лимфаденита	Пальпация	Лимфаденит разной степени тяжести
Осмотр полости рта: наличие и тяжесть поражения, количество и форму элементов	Стоматологический осмотр	Для легкой формы ОГС характерны: катаральные единичные эрозии на разных участках слизистой оболочки полости рта. При среднетяжелой форме ОГС: гингивит более выраженный, десна закрывает коронки зубов до половины, эрозии (афты) — от 8–10 до 12–20, некоторые из них глубокие. При тяжелой форме множественные эрозии сливаются в обширные участки поражения, разлитая гиперемия, часто эрозивны, изъязвлены (язвенно-некротический гингивит)
<b>Предварительный диагноз — нозологический — ОГС, легкая, среднетяжелая, тяжелая форма разгара, эпителизации, выздоровления</b>		
<b>Специальные методы обследования</b>		
Соскоб со слизистой оболочки полости рта	Возможность направления материала в бактериологическую лабораторию	При ОГС выявляются гигантские клетки за счет ба

Окончание табл. 14

Этапы диагно	Средства и ус	Критерии и формы самоконт
Клинический анализ	Направить ребенка в лабораторию территориальной поликлиники	Повышение СОЭ, лейкоцитоз или гипохромная анемия или другие виды, характеризуют реакцию организма и помогают выбрать метод общеукрепления, а главное, исключить заболевание
Иммунологическое и	Возможность направления в лабораторию	Изучается состояние местного иммунитета (поддержание лизоцима, уровень иммуноглобулинов в слюне). Материал для исследования — мазки из полости рта. Положительными на герпетический вирус являются пробы, в которых ядра клеток окрашиваются флюоресцином и наблюдаются полные нейтрофилы и макрофаги, специфически реагирующие на антиген герпетического вируса
ПЦР-диагностика	Возможность направления в лабораторию	Высококчувствительный метод
<b>Проведение дифференциальной диагностики</b>		
Выбрать заболевание с сходной клинической картиной	Признаки, не характерные для ОГС	
Медикаментозный статус	Высыпания на коже по типу крапивницы или напоминающие корь и скарлатине. Проведение ППН-теста с набором аллергенов	
Многоформная экссудативная сыпь	Папулы синюшно-красные на теле, слившиеся корки на губах и обширные эрозии на СОПР	
Некроз СОПР при острых формах	Изменения клеток крови. Участки некроза разных размеров. Изменения слабо выражены или отсутствуют	
<b>Постановка окончательного диагноза</b> на основании выявленного симптомокомплекса, результатов лабораторных методов диагностики, проведения дифференциальной диагностики		

*Задача:* не допустить перехода одной степени тяжести заболевания в другую, обеспечить выздоровление ребенка в максимально короткие сроки, минимизировать риск хронического рецидивирующего герпетического стоматита (табл. 15).

Важно начинать противовирусное лечение в продромальный период или первый день высыпаний, что на 80 % способствует уменьшению продолжительности и тяжести заболевания.

Таблица 15

#### Алгоритм лечения острого герпетического стоматита у детей

Диаг	Лечение	
	Общее (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое)	Местное
ОГС	Прекращение размножения вируса Ослабление интоксикации Нормализация обменных процессов	Устранение боли во рту Предупреждение повторных высыпаний Контроль патогенной ассоциации микрофлоры Ускорение эпителизации

Легкая форма	<i>Этиотропное:</i> противовирусные препараты, не назначаются. Но у детей, имеющих патологию, назначаются противовирусные в согласовании с педиатром	Местно анестезирующие препараты – антисептики; – ГНЛ 5 процедур; – эпителизирующие в период рецидива
	<i>Патогенетическое:</i> питье, щадящая диета, витамины	
	<i>Симптоматическое:</i> жаропонижающие средства	
Среднетяжелая	<i>Этиотропное:</i> противовирусные препараты массы тела 4–5 раз в день 5–7 дней	Местно анестезирующие препараты – антисептики; – ферментные препараты; – иммунные препараты местного действия  При наличии элементов поражения — противовирусные мази на кожу  ГНЛ 5–10 процедур. Эпителизирующие в период рецидива
	<i>Патогенетическое:</i> – интерфероны: виферон, полудан, интерферон-α2b – обильное теплое питье, щадящая диета, корутин	
	<i>Симптоматическое:</i> – жаропонижающие при температуре свыше 38,5 °С	

Окончание табл. 15

Диагностика	Лечение	
	Общее (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое)	Местное
Тяжелая форма лечится в стационаре	<i>Этиотропное:</i> противовирусные препараты массы тела 4–5 раз в день 7–10 дней, локально (в стационаре)	Местно анестезирующие препараты – антисептики; – ферментные препараты; – иммунные препараты местного действия  При наличии элементов поражения — противовирусные мази, местные ГНЛ 5–10 процедур. Эпителизирующие в период рецидива
	<i>Патогенетическое:</i> Интерфероны: виферон, полудан, интерферон-α2b Дезинтоксикационная терапия, обильное питье, щадящая диета, витамины, аскорутин	
	<i>Симптоматическое:</i> жаропонижающие препараты	
<b>Профилактика герпетической инфекции:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– адекватное противогерпетическое лечение носителей ВПГ;</li> <li>– соблюдение вирусоносителями санитарных норм и правил поведения в период рецидива;</li> <li>– общеукрепляющие мероприятия и профилактическое иммунологическое лечение ослабленных лиц.</li> </ul>		

<sup>3</sup>Возможно использование более высоких доз ацикловира 40–80 мг/кг 3–5 раз в день без снижения эффективности лечения и без повышения вероятности развития токсических побочных эффектов.

**Задача:** выявить у пациента симптомокомплекс, характерный для кандидозного поражения СОПР, поставить диагноз (табл. 16).

Таблица 16

**Алгоритм действий врача-стоматолога при выявлении кандидозного поражения слизистой полости рта у детей**

Этапы диаг	Средств	Критерии и формы самоконтроля
<b>Жалобы</b>		
Общее самочувствие	Провести опрос матери. При легкой и среднетяжелой формах — бессимптомно, при тяжелой — жалобы на сухость СОПР, вязкую слюну	
Температура	Повышение температуры (или субфебрильная) только при тяжелой форме	
Прием пищи	Аппетит снижен. Отказ от приема пищи при тяжелой форме	
<b>Анамнез жизни</b>	Сведения о состоянии здоровья матери	Тяжелой формой кандидоза чаще болеют ослабленные дети
<b>Анамнез заболевания</b>		
Первые признаки	Сведения о состоянии здоровья матери	Бессимптомно. Белый налет на разных участках СОПР
Динамика развития		Увеличение количества и площади налета, ухудшение состояния ребенка. В тяжелых случаях — поражение ногтевых органов и гематогенная диссеминация кандидоза
Назначенные ранее препараты		Нарушение диеты, самолечение. Длительный прием антибиотиков, цитостатиков, гормонов

Продолжение табл. 16

№	Этапы диаг	Средства и усл	Критерии и формы самоконтроля
<b>Результат опроса — выявление кандидоза полости рта</b>			
<b>Осмотр — объективное обследование ребенка</b>			
	Внеротовой осмотр	Возможно использование специального стекла	При средней форме могут наблюдаться высыпания, при тяжелой форме — ангулярный хейлит и эритема прилегающей кожи лица
	Определите наличие лимфаденита	Пальпация	Лимфаденит разной степени выраженности при легкой и тяжелой форме
	Осмотр полости рта	Стоматологический набор	Для легкой формы кандидоза характерен (жесткий) точечный налет на ограниченных участках губ и языка. Снимается легко При среднетяжелой форме кандидоза налет на отдельных участках гиперемизированной слизистой оболочки. Налета затруднено При тяжелой форме налет диффузный, плотный, серого цвета, спаян с подлежащими тканями слизистой
<b>Предварительный диагноз</b> — нозологический, кандидозный стоматит; легкая, тяжелая форма. Течение: острое, хроническое			
<b>Специальные методы обследования</b>			
	Соскоб с пораженной слизистой оболочки	Возможность направления в лабораторию	Почкующиеся клетки или псевдомонитории Candidaalbicans и Candidapseudotropicalis
	Клинический анализ крови	Направить ребенка в клинику в лабораторию в территориальную клинику	Возможна анемия
	Лабораторная диагностика	Возможность направления в лабораторию	В соскобах количества колоний грибов



	скую лабораторию	3000. Изменение титра антител в сыворотке
7	<b>Проведение дифференциальной диагностики</b>	
	Выберите наиболее сходную клиническую картину	Признаки не характерные для кандидоза полости рта
	Лейкоплакия	Эпителий мутный, пятна с четким контуром
	Красный плоский лишай	У детей практически не наблюдается

Окончание табл. 16

№	Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самоконтроля
	Аллергический стоматит	Высыпания (сыпь), как при кори, исчезают сразу после устранения аллергена	
	Экфолиативный	Характерная локализация поражений — зона Клейна. Корки желтые	
	Атопический хейлит	Сезонность течения. Жжение, зуд губ	
	Острый герпетический	Ухудшение общего состояния. Полиморфизм элементов поражений	
	Хронические трещины	Желтые корки, после удаления мокнущая поверхность	
	Сифилитическая	Безболезненность и уплотнения	
<b>Постановка окончательного диагноза</b> на основании выявленного клинического синдрома, результатов лабораторных методов диагностики (микроскопическое и серологическое исследование, внутрикожная проба с аллергеном, иммуноферментный метод и др.) дифференциальной диагностики			

**Задача:** подобрать оптимальную схему лечения, ускорить выздоровление. Не допустить утяжеления заболевания (табл. 17).

Таблица 17

#### Алгоритм лечения острого кандидозного псевдомембранозного стоматита

Форма заболевания	Лечение	
	Местное	Общее
Острый псевдомембранозный стоматит, легкая форма	<p><b>Гигиена:</b> обработка полости рта каждого кормления. Обработка прорезывателей, соски, бутылочки и др.</p> <p><b>Антисептическая обработка:</b> обработка 2%-ным р-ром гидрокарбоната натрия, 0,05%-ным р-ром хлоргексидина биглюконата.</p> <p>Настоями трав — календулы, тимьяна, эвкалипта.</p> <p><b>Диета:</b> исключить избыток углеводов, кислых продуктов с бифидобактериями</p> <p><b>Срок лечения:</b> до полного исчезновения симптомов + 1 неделя</p>	<p>Общеукрепляющие мероприятия (закаливание)</p> <p>Общее противомикотическое лечение детей с соматической патологией согласовывается с педиатром</p>

Форма заболевания	Лечение	
	Местное	Общее
Острый псевдомембранозный стоматит, кандидозная форма	<p><b>Гигиена:</b> обработка полости рта каждого кормления. Обработка протезов — соски, бутылочки и др.</p> <p><b>Антисептическая обработка:</b> обработка 2%-ным р-ром гидрокарбоната натрия, 0,05%-ным р-ром хлоргексидина биглюконата.</p> <p>Настоями трав — календулы, тимьяна, эвкалипта.</p> <p><b>Противогрибковое лечение местное:</b> (пимафуцин) по 0,5–1 мл в виде аппликаций 1–2 раза в день. 1%-ный р-р клотримазола (клотримазол) — мази ламизил 2–3 раза в день.</p> <p><b>Назначение про и эубиотиков:</b> линкомицин, бифидумбактерин и др.</p> <p><b>Диета:</b> исключить избыток углеводов, кислых продуктов с бифидобактериями.</p> <p><b>Срок лечения:</b> до полного исчезновения симптомов + 1 неделя</p>	<p>Общеукрепляющие мероприятия (закаливание, витаминизация)</p> <p>Общее противомикотическое лечение детей с соматической патологией согласовывается с педиатром</p> <p>Иммунокорректирующее лечение согласовывается с педиатром</p>
Острый псевдомембранозный стоматит, тяжелая форма	Лечение в условиях специализированного стационара	
Профилактика острого псевдомембранозного кандидозного стоматита:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– дородовая санация беременных в женских консультациях;</li> <li>– санитарно-гигиенический режим в родильных домах;</li> <li>– рациональное вскармливание, закаливание, массаж — общеукрепляющие мероприятия;</li> <li>– гигиена полости рта ребенка</li> </ul>		

### ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для самостоятельного усвоения темы занятия рекомендуется внимательно изучить методические рекомендации для уточнения основных моментов, на которые необходимо обратить внимание при теоретической подготовке. После изучения темы ответить на вопросы. Затем приступить непосредственно к изучению материала, представленного в списке основной и дополнительной литературы.

На практическом занятии студент должен принять одного пациента, используя в ходе приема полученные теоретические знания. Студент должен составить план комплексного лечения, назначить общее лечение по показаниям, выписать рецепты, заполнить амбулаторную карту. Назначить дату следующего визита.

**Задание на дом:** выписать рецепты лекарственных препаратов, применяемых для профилактики кариеса зубов, лечения ОГС у детей.

### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

**Задача 1.** Ребенку 2 года. Мать жалуется на наличие белых пятен и кариозных полостей на передних зубах верхней челюсти, отмечает, что появляется боль при

приеме холодной пищи и во время чистки зубов, поэтому в настоящее время зубы не чистят. Со слов матери, в ночное время ребенок пьет сок из бутылочки. Зубы чистят с 1,5 лет нерегулярно.

*Объективно:* на вестибулярной поверхности в придесневой области зубов 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 кариозные полости. Эмаль вокруг кариозных полостей матовая, легко снимается экскаватором. Дентин кариозной полости светлый, влажный, податливый. Зондирование стенок кариозных полостей болезненное, быстропроходящая болевая реакция на холодную воду. PLI = 2, 3; кпуз = 4.

Поставьте диагноз с учетом классификации кариеса, течения и активности кариозного процесса. Проведите дифференциальную диагностику. Назовите возможные причины кариозной болезни.

**Задача 2.** Ребенку 4 года. Мать жалуется на наличие кариозных полостей на передних зубах верхней челюсти.

*Объективно:* на медиальных поверхностях зубов 5.1, 6.1 кариозные полости в пределах эмали. Стенки кариозной полости пигментированные, границы четкие. Зондирование безболезненно. PLI = 1,8; кпуз = 2.

Поставьте диагноз с учетом классификации кариеса, течения и активности кариозного процесса. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 3.** Ребенку 8 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, головную боль, головокружение, слабость, плохой аппетит, сон, боль в животе, боли при движении глазных ямок. У ребенка, со слов матери, несколько раз была рвота, отмечается склонность к запорам.

*Объективно:* сосуды склер инъецированы. Подчелюстные лимфоузлы размером 0,5 см, подвижные безболезненные. На умеренно гиперемированной слизистой оболочке небных дужек, язычка, мягком небе 4 эрозии размером 1–2 мм. Болезненные, покрытые беловато-серым детритом. Слизистая оболочка полости рта в других отделах не изменена.

Сформулируйте диагноз, проведите дифференциальную диагностику. Составьте план лечения ребенка.

**Задача 4.** Ребенку 6 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, слезотечение, насморк, кашель, головную боль, слабость, потливость. Педиатр обратила внимание на покраснение во рту и посоветовала вызвать стоматолога.

*Объективно:* слизистая оболочка полости рта гиперемирована, ярко выражен сосудистый рисунок, обращают на себя внимание мелкие, точечные кровоизлияния на слизистой оболочке неба.

Сформулируйте диагноз, проведите дифференциальную диагностику. Определите участие врача-стоматолога в лечении ребенка.

**Задача 5.** Ребенку 3 года. Мама жалуется на вялость, слабость, повышение температуры тела до 38 °С, нарушение сна, боли в горле, насморк, диспептические расстройства. Вызвали педиатра, который назначил консультацию стоматолога.

*Объективно:* резко выражен конъюнктивит. Увеличены поднижнечелюстные, шейные и затылочные лимфоузлы. В полости рта слизистая оболочка зернистая, гиперемированная, имеются явления десквамативного глоссита.

Сформулируйте диагноз, проведите дифференциальную диагностику. Определите участие врача-стоматолога в лечении ребенка.

**Задача 6.** Ребенку 11 лет. Со слов мальчика, заболевание началось остро с подъема температуры тела до 39 °С, появление чувства жжения, зуда, покалывания и болей в области твердого неба. Затем появилось чувство разбитости, головная боль, боль при приеме пищи, нарушение сна.

*Объективно:* в полости рта на умеренно гиперемированной слизистой оболочке твердого неба справа имеются эрозивные поверхности в виде вытянутых в длину (цепочки) участков поражения, покрытых беловато-серым налетом, резко болезненных, особенно при дотрагивании.

Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Составьте план лечения ребенка.

**Задача 7.** Ребенку 3 года. Заболел вчера. Со слов матери, заболевание началось остро с повышения температуры тела до 37–38 °С и появления сыпи на теле, которая быстро превратилась в пузырьки. Вызвали педиатра, который назначил общее лечение и консультацию стоматолога.

*Объективно:* на коже лица, туловища, волосистой части головы, конечностях, кроме ладоней и подошв, многочисленные пузырьки размеров 2–5 мм, обработанные бриллиантовым зеленым. Отмечается конъюнктивит. Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены до 10 мм, подвижные, малоболезненные. В полости рта на гиперемированной слизистой оболочке щек, неба одиночные эрозии размером 2–5 мм, некоторые с остатками оболочки пузырьков. На красной кайме верхней губы корочки.

Сформулируйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Определите участие стоматолога в лечении ребенка.

**Задача 8.** Ребенку 10 лет. Жалобы на повышение температуры тела в течение 4 дней до 38–39 °С, боли в горле, слабость, тошноту, насморк. Лечится у педиатра. Мать обратилась к стоматологу, так как заметила обложенный язык и неприятный запах изо рта.

*Объективно:* выраженный лимфаденит подчелюстных, шейных, особенно затылочных лимфатических узлов, а также подмышечных, которые малоболезненны при пальпации, не спаяны между собой. Печень и селезенка увеличены. В полости рта слизистая оболочка гиперемирована, небные миндалины и язычок увеличены и отечны. Миндалины покрыты «крошковатым» желто-серым налетом, который легко снимается, после снятия кровоточивости не отмечается. Язык обложен. Неприятный запах изо рта.

Выскажите предположение о диагнозе. Нужны ли дополнительные методы исследования? Проведите дифференциальную диагностику. Определите тактику лечения и участия в нем стоматолога.

### Ответы на задачи

Задача 1. Ранний детский кариес, кариес дентина 5.2; 5.1; 6.1; 6.2 зуб.

Задача 2. Кариес эмали 5.1; 6.1 зуб.

Задача 3. Герпангина.

Задача 4. Парагрипп.

Задача 5. Аденовирусная инфекция.

Задача 6. Рецидивирующий вирусный стоматит (Herpes zoster).

Задача 7. Ветряная оспа.

Задача 8. Инфекционный мононуклеоз.

### ЛИТЕРАТУРА

#### Основная

1. *Герпесвирусы* в патологии челюстно-лицевой области у детей : учеб.-метод. пособие / В. П. Михайловская [и др.]. Минск : БГМУ, 2009. 75 с.

2. *Диагностика* и особенности кариеса зубов у детей : учеб.-метод. пособие / О. В. Минченя, А. И. Яцук, Н. В. Ковальчук, Л. П. Белик. Минск : БГМУ, 2011. 40 с.

3. *Оральный кандидоз* у детей : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Терехова [и др.]. Минск : БГМУ, 2008. 38 с.

4. *Поражения* слизистой оболочки полости рта у детей при вирусных заболеваниях : учеб.-метод. пособие / В. П. Михайловская [и др.]. Минск : БГМУ, 2009. 38 с.

5. *Травматические* повреждения зубов у детей : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Терехова, Е. И. Мельникова, О. В. Минченя, М. Л. Боровая. Минск : БГМУ, 2011. 47 с.

6. *Шаковец, Н. В.* Кариес зубов у детей раннего возраста : учеб.-метод. пособие / Н. В. Шаковец, Н. В. Ковальчук. Минск : БГМУ, 2011. 44 с.

#### Дополнительная

1. *Детская* терапевтическая стоматология: учеб. пособие / под ред. Л. П. Кисельниковой. М. : Литтера, 2009. 209 с.

2. *Реставрация* зубов у детей и подростков : учеб.-метод. пособие / Э. М. Мельниченко [и др.]. Минск, 2000. 100 с.

3. *Стоматология* детского возраста / под ред. А. А. Колесова. М. : Медицина, 1991. С. 136–156.

4. *Кармалькова, Е. А.* Лечение герпетических поражений в полости рта детей излучением гелий-неонового лазера / Е. А. Кармалькова // Современ. стоматология, 2003. № 1. С. 17–19.

5. *Корчагина, В. В.* Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста / В. В. Корчагина. М. : МЕД-пресс-информ, 2008. 168 с.

### ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ

**Тема:** тактика врача-стоматолога при приеме детей от 3 до 6 лет. Особенности обследования, оценки уровня психического и физического развития ребенка, риска развития кариеса постоянных зубов. Средства и методы профилактики. Диагностика,

лечение и профилактика патологии пульпы временных зубов. Роль врача-стоматолога в диагностике и лечении детских инфекционных заболеваний.

**Общее время занятия:** 7 часов.

**Мотивационная характеристика темы.** В этот период ребенок активно познает окружающий мир, как правило, с ним уже легче контактировать, следовательно, стоматологическая помощь становится более эффективной и качественной. В этот возрастной период следует обратить внимание на прирост кариеса проксимальных поверхностей у детей с умеренной и высокой интенсивностью кариозного процесса, следовательно, и роста случаев патологии пульпы из-за несвоевременной диагностики кариеса проксимальных поверхностей. Особое внимание следует обратить на профилактику кариеса окклюзионной поверхности первого моляра. В этот возрастной период врач-стоматолог также столкнется с целым рядом детских инфекционных заболеваний, знание особенностей течения которых поможет в своевременной диагностике и лечении.

**Цель:** научиться планировать стоматологическую помощь детям в возрасте от 3 до 6 лет, подбирать средства и методы профилактики с учетом индивидуального риска развития кариеса постоянных зубов, понимать роль врача-стоматолога при лечении детей с инфекционными заболеваниями, имеющими проявления в полости рта.

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

1. Особенности психического и физического развития детей в возрасте от 3 до 6 лет.
2. Особенности тактики врача-стоматолога при патологии пульпы временных зубов.
3. Особенности тактики врача-стоматолога при патологии апикального периодонта временных зубов.
4. Особенности тактики врача-стоматолога при диагностике риска развития кариеса постоянных зубов.
5. Особенности тактики врача-стоматолога при детских инфекционных заболеваниях, имеющих проявления в полости рта.

В ходе практической части занятия студент должен уметь:

1. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи детям в возрасте от 3 до 6 лет с различным уровнем интенсивности кариеса зубов.
2. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи детям при патологии пульпы временных зубов.
3. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи детям при патологии апикального периодонта временных зубов.
4. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи детям при риске развития кариеса постоянных зубов.
5. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи детям с инфекционными заболеваниями, имеющими проявления в полости рта.

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

– из стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний: сроки прорезывания временных и постоянных зубов, оценку активности (УИК) и форму течения кариеса по Т. Ф. Виноградской; показания и противопоказания к проведению неинвазивной и инвазивной герметизации зубов, схемы реминерализующей терапии;

– терапевтической стоматологии: клинические методы обследования в стоматологии, методы диагностики кариеса, пульпитов и периодонтитов временных зубов; особенности обследования и лечения с инфекционными поражениями полости рта;

– фармакологии: лекарственные препараты, применяемые при лечении заболеваний СОПР.

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Назовите характерные особенности строения тканей периодонта у детей.
2. Назовите сроки резорбции корней временных зубов.
3. Назовите методы местной анестезии у детей.
4. Назовите сроки прорезывания постоянных зубов.

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Особенности психического и физического развития детей в возрасте от 3 до 6 лет.
2. Особенности стоматологического приема детей в возрасте от 3 до 6 лет.
3. Особенности организации стоматологического приема детей в возрасте от 3 до 6 лет. Организация и планирование лечебно-профилактической помощи детям этого возраста.
4. Схема ориентировочных действий при лечении кариеса временных зубов.
5. Схема ориентировочных действий при лечении пульпитов временных зубов.
6. Схема ориентировочных действий при лечении периодонтитов временных зубов.
7. Диагностика и лечение основных инфекционных поражений полости рта у детей раннего возраста

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ  
В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ**

В этот возрастной период ведущей деятельностью ребенка является игра. Поэтому все стоматологические манипуляции можно превращать в игру, вовлекая в нее малыша. Возраст 3 лет является переломным в развитии ребенка и характеризуется важными качественными и количественными изменениями многих функций организма.

**Физическое развитие.** В 3 года вес мальчиков составляет около 13,7–16,1 кг, вес девочек составляет около 13,1–16,7 кг. Рост мальчиков составляет около 92–99 см, рост девочек составляет около 91–99 см. Трехлетний ребенок может выполнять одновременно два действия. Многие дети с удовольствием осваивают трехколесный велосипед. Дети в 3 года очень подвижны, они бегают, прыгают, спрыгивают с небольшой высоты, ловят мяч, залезают на лесенки, скатываются с горки и т. д. У ребенка усложняются движения рук, у него хорошо развита координация движений.

**Психологическое развитие.** К 3 годам ребенок становится более общительным. Он хорошо говорит и любит задавать много вопросов. Именно в этом возрасте детей называют «почемучками». Он знает название многих предметов, все больше усложняет свою речь. К 3 годам ребенок начинает осознавать себя как отдельную личность. К сожалению, некоторые дети испытывают в этом возрасте «кризис 3 лет», который выражается частыми капризами и недовольствами. Если ребенку стараться объяснять различные поступки, то он скоро начнет сам отличать хорошее поведение от плохого. Также трехлетние дети с удовольствием проявляют самостоятельность.

Взаимодействие с 3–4-летними детьми осложнено тем, что они проходят через возрастной кризис 3 лет — кризис становления воли, кризис «Я сам!». Сфера его познавательной деятельности сосредоточена на реальном, предметном, непосредственно окружающем его в данный момент мире. Он познает то, что видит перед собой сию минуту. Важно помнить, что речь у ребенка находится в стадии становления, поэтому еще нельзя полноценно использовать ее как средство проверки и выявления знаний. Вы можете расширять собственный используемый словарный запас, но не требуйте от 3–4-летних детей развернутых и полных ответов. Важнейшими новообразованиями в 4–5 лет являются завершение, в основном, процесса формирования активной речи и выход сознания за пределы непосредственно воспринимаемой действительности (теперь ребенок может мыслить о предметах и явлениях, которые он не видел, не слышал, но представляет их по рассказам). Взрослый теперь представляет интерес в первую очередь как источник увлекательной информации. Кризис 3 лет остался позади, дети стали более эмоционально устойчивыми, менее капризными. Они начинают проявлять интерес к своим сверстникам как к партнерам по игре. Мнение сверстника приобретает особую значимость. Эксперимент показал, что самым эффективным способом сделать информацию привлекательной для ребенка 4–5 лет является «одушевление». В этом возрасте, как ни в каком другом, дети с удовольствием слушают волшебные сказки (про «микробов» которые «съедают» детские зубы).

В возрасте около 5 лет в развитии ребенка происходит большой скачок. К 5 годам он должен иметь представление об обратимых и необратимых процессах, отличать ситуации, в которых произошло изменение какого-либо признака или количества, от ситуаций, в которых количество (или признак) остались неизменными. Содействует общему психическому развитию активизация воображения. В этом возрасте воображение является основой для решения простейших арифметических задач, а также устного счета в пределах первого десятка.

**Физическое развитие ребенка от 3 до 6 лет.** Средние показатели развития ребенка представлены в табл. 18.

Таблица 18

Показатели физического развития ребенка от 3 до 6 лет

Возр	Рост мал	Рос девоче	Масса те мальчико	Масса тела
3 года	95,5	90,1–	12,6–16	12,5–
4 года	97,1–	98,8–1	14,5–20	15,1–



5 лет	103,9	104,4	16,5–21	16,0
6 лет	110,3	109,3	18,7–24	17,7

### ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ

Дети в возрасте 3 лет достаточно общительны, но во время стресса ищут защиты у родителей и не принимают уговоров окружающих. Лучше всего, если 3-летний ребенок во время первого приема будет находиться на руках у родителей. А в дальнейшем можно предоставить ему самому решать, как именно сидеть в стоматологическом кресле — «на ручках» или «как взрослому». В 4-летнем возрасте дети становятся еще более общительными, но в то же время склонны к преувеличениям: дома смелы и настроены лечиться, а в кабинете прячутся за маму или плачут. Такие малыши хорошо чувствуют себя в группе сверстников. В некоторых случаях 4-летнему малышу можно показать пример малыша его возраста, который позитивно относится к лечению. Как принимать 4-летнего ребенка врач должен решать индивидуально: если это первый визит, то присутствие кого-то из родителей обязательно (табл. 19). При повторных посещениях можно пробовать принимать ребенка и в отсутствие родителей в кабинете. В 5-летнем возрасте дети уже могут не испытывать страха перед получением нового опыта, и контакт с ними лучше налаживать в отсутствие родителей (познакомиться и выяснить анамнез нужно заранее).

5-летние малыши активно участвуют в сложившейся ситуации, живо ее комментируют, что может быть использовано для установления контакта «доктор – пациент» (рис. 2).



Рис. 2. Прием детей старше 3 лет

Таблица 19

### Особенности стоматологического приема детей от 3 до 6 лет

В	Положение, наличие кабинета	Методы, используемые на стоматологическом приеме
3–4 года	На руках у родителей, а затем позв самому	Поведение ребенка зависит от типа детско-родительских отношений и темперамента ребенка. Все те приемы, что и у ребенка 2–3 лет. Важно неэффективна апелляция взрослых к самолюбию ребенка. Можно показать пример другого ребенка

5–6 лет	Первый раз с родителями можно и самостоятельно	Поведение ребенка зависит от типа детско-родительских отношений и темперамента ребенка Не использовать слова с частицей «не»: не произносить «не больно», «не страшно» и др. Предупредить, если предстоит болезненная процедура, предложить переключить внимание ребенка на другие ощущения при проведении неприятных манипуляций, например, сильно сжать пальчики или резиновую игрушку. Не говорить ребенку хором с родителями: малыш не услышит и не заплачет, когда в кабинете с ребенком говорит только врач
---------	--	---

### ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ОТ 3 ДО 6 ЛЕТ)

В этот возрастной период профилактическая стоматологическая помощь должна быть направлена на предупреждение развития осложненного кариеса, своевременную диагностику проксимального кариеса и предупреждение развития кариеса постоянных первых моляров.

*Задача:* не допустить кариозного поражения постоянных зубов в возрасте 6 лет, кпу не более 2 (табл. 20).

Таблица 20

#### Планирование лечебно-профилактической помощи детям от 3 до 6 лет с интактными зубами или низким УИК

Мероприятия	4-й год	5-й год	6-й год
Осмотр у стоматолога			
Определение риска развития кариеса	2 раза в год		
Проведение санитарно-просветительских мероприятий родителями (информирование, мотивация)			
Обучение гигиене полости рта и полости носа			
Консультация по питанию			
Контроль за выполнением рекомендаций			
Профессиональные профилактические мероприятия			
Профессиональная гигиена	2 раза в год		
Фторлак	По 3 покрытия через день 2 раза в год		
Контроль за состоянием проксимальных поверхностей, сепарация контактных поверхностей расположенных зубов с последующим нанесением фторлаком, ЭГЛ	По мере формирования контактных пунктов		
Инвазивная герметизация временных зубов с контролем за сохранностью герметика	По показаниям		
Неинвазивная герметизация постоянных первых моляров (СИЦ)	По мере прорезывания		
Домашняя реминерализующая терапия	Использование пенок с фтором и кальцием в качестве ежедневного ухода		

Гигиенический уход в домашних условиях	Зубная щетка по возрасту, чистка родителями. Зубная паста с фтором 500–900 ppm — горошинки. Зубная нить на держателе, чистка проксимальных поверхностей (родители)
--	--

*Задача:* не допустить кариозного поражения постоянных зубов в возрасте 6 лет; кпу не более 4, отсутствие осложненного кариеса (табл. 21).

Таблица 21

**Планирование профилактической помощи детям от 3 до 6 лет со средним УИК**

Мероприятия	4-й год	5-й год	6-й год
Осмотр у стоматолога			
Определение риска развития кариеса	3–4 раза в год		
Проведение санитарно-просветительских мероприятий (информирование, мотивация)			
Обучение гигиене полости рта и подбору средств гигиены			
Консультация по питанию			
Контроль за выполнением рекомендаций			
Профессиональные профилактические мероприятия			
Профессиональная гигиена	3–4 раза в год		
Фторлак	По 3 покрытия через день 3–4 раза в год		
Контроль за состоянием проксимальных поверхностей, сепарация контактных поверхностей зубов с последующей обработкой лаком, ЭГЛ	По мере формирования контактных пунктов		
Инвазивная герметизация временных молочных зубов, контроль за сохранностью герметика	По показаниям		
Неинвазивная герметизация первых премоляров (СИЦ)	По мере прорезывания		
Контроль качества краевого прилегания пломб	Замена или ремонт при необходимости		
Домашняя реминерализующая терапия	Использование пенок с фтором и кальцием для дополнительного ухода: R.O.C.S. Medical Mint Tooth Mousse (MIPaste) 1 раз в день либо перед сном у спящему малышу — ватной палочкой и зубной пастой на зубы в течение 1 месяца (перерыв 2 месяца)		

Гигиенический уход в домашних условиях	Зубная щетка по возрасту, чистка родителями с фтором 500–900 ppm: горошина на щетке. Зубная нить на держателе, чистка проксимальных (родители)
--	---

*Задача:* не допустить кариозного поражения постоянных зубов в возрасте 6 лет, кпу не более 1 и кпу не более 6 (табл. 22).

**Примечание [Н1]:** ??? а сколько при ВЫСОКОМ

Таблица 22

**Планирование профилактической помощи детям от 3 до 6 лет с высоким и очень высоким УИК**

Мероприятия	4-й год	5-й год	6-й год
Осмотр у стоматолога			
Определение риска развития кариеса прикуса	6 раз в год		
Проведение санитарно-просветительских мероприятий родителями (информирование, мотивация)			
Обучение гигиене полости рта и по гигиены			
Консультация по питанию			
Контроль за выполнением рекомендаций			
Профессиональные профилактические мероприятия			
Профессиональная гигиена	По показаниям до 6 раз в год		
Фторлак	По 3 покрытия через день 6 раз в год		
Контроль за состоянием проксимальных поверхностей, сепарация контактных поверхностей расположенных зубов с последующим фторлаком, ЭГЛ	По мере формирования контактных пунктов		
Инвазивная герметизация временных коронок	По показаниям		
Неинвазивная герметизация первичных моляров (СИЦ)	По мере прорезывания		
Домашняя реминерализующая терапия	Использование пенки с фтором и кальцием в качестве дополнительного ухода: R.O.C.S. Medical Minerals Mousse (MIPaste) 1 раз в день либо перед сном у спящему малышу — ватной палочкой или пальцем (перерыв 1 месяц)		
Гигиенический уход в домашних условиях	Зубная щетка по возрасту, чистка родителями. Зубная паста с фтором 900–1450 ppm — горошина на щетке. Зубная нить на держателе, чистка проксимальных (родители)		

*Задача:* выбрать оптимальный способ лечения кариеса временных зубов, провести качественное восстановительное лечение с учетом индивидуального риска развития кариеса (табл. 23).

Таблица 23

**Схема ориентировочной основы действия: лечение кариеса временных зубов у детей 3–6 лет**

Этапы лечения	Средства лечения	Критерии контроля эффективности метода лечения
<b>Бесполостные поражения эмали — кариес эмали (начальный кариес)</b>		
Реминерализующая терапия	1. Кальцийсодержащие (GC Tooth Mousse, R.O.C.S cal gel) в виде аппликации в условиях. 2. Фторсодержащие препараты, геля, препаратов для глужирования в условиях стоматологического кабинета. По общепринятым схемам	Диспансерное наблюдение: процесса (пятна блестящие или остались без изменений). Иногда полное исчезновение
<b>Кариозная полость в пределах эмали — кариес эмали (поверхностный кариес)</b>		
Реминерализующая терапия	Как и в предыдущем случае	Диспансерное наблюдение
Фронтальные зубы, проксимальные поверхности	Сошлифовывание штрипсами	Диспансерное наблюдение I (зависит от группы риска)
Моляры	Реставрация. Техника минимального вмешательства, пломба	
<b>Кариес дентина (средний кариес)</b>		
Обезболивание	Иногда, но лучше предпочтительнее минимально инвазивного вмешательства	Нельзя использовать анестезию с интратринкцией. Аппликационное обезболивание. Контроль за прикусыванием после анестезии
Препарирование (этапы: расширение кариозной полости (некрэктомия) пораженных кариесом зубов; формирование полости эмалевого края)	1. ART. 2. Минимальное (раскрытие бор-машин, далее экскаватором) 3. Классическое (амальгамное) 4. Минимально инвазивное, ориентированное на использование адгезивных материалов	Предпочтительно использование минимально инвазивного вмешательства Иссекают только пораженную ткань

*Окончание табл. 23*

Этапы лечения	Средства лечения	Критерии контроля эффективности и качества лечения
Медикаментозная обработка	0,05%-ный раствор хлоргексидина	Очищение кариозной полости от опилок, ротовой жидкости и других загрязнений, воздействие на микрофлору, находящуюся в полости

		лости. Исключено применение спирта
Изоляция	В идеале коффердам или ватный тампон	Обеспечение сухости операционного поля
Реставрация	Пломбировочные материалы: композитные, фосфорно-полиэфирные цементы, композитные материалы. Могут быть использованы коронки	Выбор материала зависит от степени вовлеченности зуба. Важно вовлечь ребенка к сотрудничеству, активное участие в процессе и технических возможностях
Проверка окклюзии	Копировальная бумага	
Полировка	В соответствии с пломбироматериалом	

### ПУЛЬПИТЫ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Классификация пульпита временных зубов у детей МКБ–С (1995):

К04.0 Пульпит

К04.00 Гиперемия пульпы (начальный)

К04.01 Острый

К04.02 Гнойный (пульпарный абсцесс)

К04.4 Некроз пульпы

К04.03 Хронический

К04.04 Хронический язвенный

К04.05 Хронический гиперпластический

К04.08 Другой уточненный пульпит

К04.09 Пульпит неуточненный.

*Задача:* выявить у ребенка симптомокомплекс, характерный для пульпита, провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз (табл. 24).

Таблица 24

#### Схема ориентировочной основы действия: диагностика пульпита временных зубов у детей

	Этапы диагно	Средства и обследов	Критерии и формы самоконтроля
	<b>Жалобы ребенка</b>		
	<b>Боли</b>		
	Гиперемия пульпы	Ребенок не может	От термических и механических раздражителей. Боль быстро проходящие после их устранения

Продолжение табл. 24

№	Этапы диагно	Средства и обследов	Критерии и формы самоконтроля
	Острый частичный пульпит	Ребенок пальцем не может дотронуться до причинного зуба	Самопроизвольные, чаще ночные, прикусывание. Боль от холодного и горячего
	Острый общий пульпит	Ребенок не может	Приступы длительные от механических раздражителей, иррадиирующие при накусывании, почти постоянные

Хронический пульпит	Жалоб нет	Могут возникать при резких раздражителях
Некроз пульпы	Жалоб нет или режет на зуб	Бессимптомное течение. Боли от горячей пищи, полости рта, зуба
Хронический гиперпульпит	Жалоб нет или режет на зуб	От механических раздражителей в сочетании с чувствительностью
<b>Общее состояние</b>		
Острый частичный пульпит	Опрос ребенка и (или) родителей	Плохой сон, аппетит. Беспокойство ребенка. Возможно повышение температуры тела
Острый общий пульпит в стадии обострения		Удовлетворительное
Хронический пульпит		
Некроз пульпы		
Хронический гиперпульпит		
<b>Анамнез</b>		
Анамнез жизни и возраста Анамнез заболевания	Опрос ребенка и (или) родителей	Степень формирования или резорбции Выбор метода лечения, прогноз отдаленных результатов
<b>Клиническое обследование</b>		
Внешний вид	Осмотр	При остром пульпите возможна асимметрия
Состояние лимфатических узлов	Пальпация	Увеличенные при острых формах и обострении хронического пульпита
СОПР в области прицеливания	Визуально, с помощью зонда	Гиперемия и отечность при острых пульпитах, отечность при обострении хронических форм
Сообщение кариозной полостью зуба	Зондирование толстой иглой	Чаще сообщение отсутствует

Этапы диагно	Средства и обследов	Критерии и формы самоконтроля
Зондирование кариозно	Имеет значение анестезии. Зонд, з	Гиперемия пульпы — болезненно т Острые пульпиты — по всему дну, одной точке. Хронический — в кровоточит. Хронический гангreno безболезненно, болезненно глубокое. Хронический гиперпластический — б кровоточит
Состояние пульпы	После выявления полостью зуба. Зонд	При остром — ярко-красная, обильно к При хроническом: ярко-красная, умер чит При хроническом гангренозном — коричневая, кровоточивость возможна При хроническом гиперпластиче-ском при легком дотрагивании
Перкуссия	Зонд, пинцет	Безболезненна при хронических. Пол острых и при обострении хронических
Состояние тканей пери	Осмотр, перкуссия	Изменены при острых и хроничес обострения
<b>Дополнительные методы исследования</b>		
Рентгенография	Рентгеновский апаграф	Глубина кариозной полости, топограф ба. Степень формирования или тип рней. Состояние периодонта. Состояни стоянного зуба
Термодиагностика		У детей проведение затруднено
<b>Постановка диагноза</b>		

### ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

Для определения метода лечения пульпита временных зубов следует

вать:

- форму течения пульпита;
- степень активности кариеса;
- стадию формирования или резорбции корней;
- общее состояние или группу здоровья ребенка;
- готовность ребенка к сотрудничеству.

**Задача:** выбрать оптимальный способ лечения пульпита временных зубов, провести качественное восстановительное лечение (табл. 25).

**Отформатировано:** Отступ: Слева: 0 см, Первая строка: 1,25 см, Справа: -2,8 см, Междустр.интервал: одинарный



Таблица 25

**Схема ориентировочной основы действия: выбор метода лечения пульпита временных зубов у детей**

Диагноз, компоненты лечения	Метод лечения	
	Средства	Критерии эффективности
Острый пульпит	Витальная пульпотомия Девитальная пульпотомия Витальная или девитальная пульпэктомия при явлениях острого периодонтита	
Хронический пульпит	Витальная пульпотомия Девитальная пульпотомия	
Хронический пульпит, обострение	Витальная пульпотомия (обострение 1–2 раза в дни периодонтальных тканей) Девитальная пульпотомия Витальная, девитальная пульпэктомия (при явлениях периодонтита, при рентгенологических изменениях)	
Хронический гиперпластический пульпит	Витальная пульпотомия Девитальная пульпотомия	
Некроз пульпы	Витальная пульпэктомия Девитальная пульпэктомия	
<b>Лечение пульпита временных зубов</b>		
<b>Витальная ампутация (витальная пульпотомия)</b>		
Обезболивание	Инфильтрационное и в сочетании с терапевтической и медикаментозной подготовкой	Безболезненное препарирование, ампутация пульпы
Препарирование, раскрытие	Боры, антисептики	Обеспечение доступа для обработки пульпы и устьев корневых каналов
Ампутация коронковой пульпы	Шаровидные боры	Ампутация проводится медленно, антисептическая обработка
Гемостаз пульпы	Стерильный ватный тампон, смоченный дистиллированной водой	Через 2–3 минуты удаление тампона Раневая поверхность без кровотечения
Апликация препарата	Формокрезол или Пульпевит	Образование струпа в течение 2–3 минут
Удаление препарата	Удалить ватные тампоны с помощью зонда, высушить	

Продолжение табл. 25

Диагноз, компоненты л	Метод лечения	
	Средства	Критерии эффективности
Наложение лечебной прокладки	Цинкоксидэвгеноловая паста Возможно альтернативное гидроксида кальция, 4%-ного ральдегида, пасты темпофор го триоксиагрегата (МТА), 15,5–20%-ного р-ра сульфа 15–20 с)	На устья корневых каналов  Соблюдение техники выпол  При использовании МТА эт оценки кровоточивости не п
Изолирующая прокладка, п ка)	СИЦ, пломбировочные мате	Выполняется одновременн ющее посещение
Диспансерное наблюдение	Отсутствие жалоб, рентге контроль	Контроль через 3, 6, 12 ме риода физиологической сме
<b>Витальная экстирпация (витальная пульпэктомия)</b>		
Обезболивание, препариро раскрытие полости зуба, а ронковой пульпы	См. выше	См. выше
Экстирпация	Пульпоэкстрактор	Рабочая длина инструмен короче рентгенологической
Остановка кровотечения, ан обработка, высушивание	3%-ный р-р перекиси вод ный р-р хлоргексидина, бел	Отсутствие кровоточивости канала
Пломбирование корневого к	Пасты: цинкоксидэвгенолова йодоформ (тимафор, темпоф кальция (витапекс, кальцику др.)	Не доходя 2–3 мм до верху
Прокладка, пломба	СИЦ, композит, компомер	Финишная реставрация
Диспансерное наблюдение	Клинический, рентгенолог троль	Проверка эффективности ле
<b>Метод девитальной ампутации (2 посещения)</b>		
<i>Первое посещение</i>		
Обезболивание	Анестетики	С учетом поведения, возра здоровья ребенка
Препарирование кариозной вскрытие полости зуба	Боры, экскаватор	Удаление некротизирован обеспечение сообщения с по

Диагноз, компоненты	Метод лечения	
	Средства	Критерии эффективности
Наложение девитализирующей пломбы	Препараты на основе параформа или Фенол-формалин (отжатый т	Длительность воздействия согласно инструкции к применению В период резорбции корня
Временная пломба	Дентин-повязка, СИЦ	Герметичность обязательна
<b>Второе посещение (через 7–10 или 14 дней)</b>		
Удаление временной пломбы	Экскаватор, боры	С учетом топографии зуба, п
Окончательное препарирование полости зуба	Боры	На уровне устьев каналов
Ампутация коронковой пульпы	Шаровидные боры на низкой	Оценка качества девитализации пульпы
Муみфикация корневой пульпы	Пасты ПТЭО, крезопат, крез Возможно альтернативное применение препаратов резорцин-формалина	На культуру корневой пульпы См. инструкцию к применению
Прокладка	СИЦ, фосфат-цемент	Закрывать полностью дно полости
Финальная реставрация	СИЦ, компомер, композит	Учитывать инструкции к применению пломбировочного материала
<b>Метод девитальной экстирпации (пульпэктомии)</b>		
<b>Первое посещение</b>		
Обезболивание	Анестетики	Инфильтрационная с учетом массы тела, поведения ребенка
Препарирование кариозной полости зуба	Боры	Удаление некротизированной пульпы дикаментозная обработка сообщения с полостью зуба
Наложение девитализирующей пломбы	Препараты на основе параформа	Длительность воздействия согласно инструкции к применению
Временная пломба	Дентин-повязка, СИЦ	Герметичность обязательна
<b>Второе посещение (через 7–10 дней)</b>		
Этапы идентичны с методом экстирпации (витаальной пульпы)	См. выше	См. выше

### ПЕРИОДОНТИТЫ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

Классификация периодонитов временных зубов у детей (МКБ–С, 1995):

К04.4 Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения

К04.5 Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема)

К04.6 Периапикальный абсцесс со свищем (хронический гранулирующий периодонтит)

K04.7 Периапикальный абсцесс без свища (острый гнойный периодонтит, обострение хронического фиброзного периодонтита)

K04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей

*Задача:* выявить у ребенка симптомокомплекс, характерный для периодонтита, провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз (табл. 26).

Таблица 26

**Схема ориентировочной основы действия: диагностика периодонтитов временных зубов у детей**

Этапы диагно	Средства и условия	Критерии и формы самоконтроля
<b>Жалобы</b>		
Общее самочувствие и температура тела	Опрос матери и ребенка	При остром и обострении хронических — напетит. Ребенок вялый, капризный. Температура $^{\circ}\text{C}$
Характер боли	Опрос матери и ребенка	При остром и обострении хронических — усиливающаяся при дотрагивании к зубу При хроническом — отсутствует
Состояние мягких тканей рта	Визуальный осмотр	При остром и обострении хронических — пухлость в области причинного зуба
<b>Анамнез</b>		
Анамнез жизни (воспитание и сопутствующие заболевания)		Определение сроков физиологической смены зубов. У ослабленных детей, детей 3-й диспансер предпосылки частых обострений
Анамнез заболевания	Опрос матери и ребенка	Острый периодонтит — может сопровождать острый пульпит Хронический периодонтит — может быть следствием острого или неэффективно леченого пульпита
Травма зуба	Оценить характер возникновения	Острый периодонтит — может быть исходом травмы Хронический периодонтит — в отдаленном анамнезе травмы вследствие гибели пульпы

Окончание табл. 26

Этапы диагно	Средства и условия обследования	Критерии и формы самоконтроля
<b>Объективное обследование ребенка</b>		
Внешний осмотр	Осмотр, пальпация	При остром и обострении хронических — опухленность мягких тканей лица в области причинного зуба
Состояние лимфатических узлов	Пальпация	При остром и обострении хронических — увеличены. При хроническом периодонтите — неувеличены. Малоболлезненные или безболезненные
Осмотр полости рта	Зеркало	При остром и обострении хронических — гиперемия слизистой оболочки При хроническом периодонтите — пастозность

			но наличие свищевого хода
Состояние зуба	Зеркало		Цвет серый, коричневый — при некрозе пульпы Отлом коронки (или части), зуб вколочен — травма
Подвижность зуба	Пинцет, зонд		При остром и обострении хронических — разной степени выраженности. При хроническом периодонтите — может быть в виде тупых процессов в кости, резорбции корней
Состояние тканей периодонта	Осмотр, перекладная		При остром и обострении хронических — воспалительное. Возможно скопление экссудата в периодонте. При хроническом периодонтите — практически отсутствует
Состояние кариозной полости	Осмотр, зеркало		Неглубокая. Сообщение может, не определено некротизированная
4	<b>Дополнительные методы обследования</b>		
Рентгенография (состояние апикальных тканей и периодонта)	Рентген-кабинет		При остром — изменения отсутствуют При хроническом гранулирующем — обширные изменения костной ткани в области корней и фуркации Сильная резорбция корней, при этом корни зубов постоянного зуба разобщаются (при физиологическом сближаются)
Электроодонтодиагностика	Аппарат ЭОД		Не информативна
5	<b>Проведение дифференциальной диагностики</b> (кариес дентина, острый пульпит, пульпит, острый периодонтит)		
6	<b>Постановка диагноза:</b> На основании выявленного симптомокомплекса		

*Задача:* выбрать оптимальный способ лечения периодонтита временных зубов, провести качественное восстановительное лечение (табл. 27).

Таблица 27

#### Лечение периодонтитов временных зубов у детей

Метод лечения	Средства, метод	Контроль эффективности
<b>Терапевтическое (эндодонтическое)</b>	В одно или два посещения	При условии сформированного корня, подвижности зуба. Очаг разражения не должен превышать размеров. Зачаток постоянного зуба не должен быть в процессе. <b>Отсутствует соматическая патология</b>
Обезболивание		При необходимости
Препарирование кариозной полости и покрытие полости зуба	Боры	Удаление некротизированных тканей и устьев корневых каналов
Удаление распада пульпы	Эндодонтический	Осторожно, под каплей антисептика
Антисептическая обработка	0,05%-ный р-р хлороформид и др.	Осторожно, не раздражающие антисептики
Определение рабочей длины	Рентгенснимок	На 1–2 мм короче рентгенологической длины
Высушивание	Бумажные штифты	Осторожно
Пломбирование канала	Пасты на основе	Пасты должны быть рассасывающимися

	гидроксида кальция	токсического действия на зачаток постоянного
Изолирующая прокладка	СИЦ	Закрытие полости зуба
Финишная реставрация	СИЦ, компомер, керамика	<b>Диспансерное наблюдение до смены генологическим контролем</b>
<b>Хирургическое:</b> удаление зуба	Хирургический кабинет	При остром и обострении хронического свищевого хода, угрозе перехода воспалительного процесса на зачаток постоянного зуба, разрушении коронки, подвижности 2-3 степени, резорбции корня, множественном кариесе, пародонтальной патологии, множественной пародонтальной патологии

*Задача:* выявить симптомокомплекс у пациента и соотнести его с выявленными клиническими проявлениями, поставить предположительный диагноз, направить пациента к соответствующему специалисту (табл. 28).

Таблица 28

**Схема ориентировочной основы действий выявления бактериальных поражений (скарлатина, дифтерия, язвенно-некротический гингивит) в полости рта у детей**

	Этапы диагностики	Средства	Критерии и формы самоконтроля
			<b>Жалобы</b>
	<b>Скарлатина:</b> на повышение температуры, боль в горле. <b>Дифтерия:</b> у привитых жалоб нет; у непривитых – повышение температуры, общая слабость, ангина. <b>Язвенно-некротический гингивит:</b> воспаление десны, боль, повышение температуры, часто сопровождается тяжелыми формами ОГС	Опрос родителей	Практически при начале всех бактериальных поражений родители будут отмечать повышение температуры, общее недомогание, отказ от пищи, иногда рвоту
2	<b>Анамнез жизни и болезни</b>		
	Первые признаки заболевания	Опрос родителей	Обычно схожи: повышение температуры, недомогание, отказ от пищи
	Динамика развития		<b>Скарлатина:</b> сыпь мелкоточечная, появляется в первые 24–36 часов и распространяется вниз. <b>Дифтерия:</b> острое начало у непривитых, ухудшение состояния. <b>Язвенно-некротический гингивит:</b> сопровождается тяжелыми формами ОГС

3	<b>Осмотр</b>		<p><b>Скарлатина:</b> ярко-красные щеки и фонем бледного носогубного треугольщй зев», «малиновый язык»</p> <p><b>Дифтерия:</b> у привитых может проте типу ангины. У непривитых тяжело: с ми налетами на миндалинах, выражен нитом</p> <p><b>Язвенно-некротический гингивит:</b> изменения десен — некроз вершин дес ков</p>
4	<b>Лечение</b>		<p><b>Скарлатина и дифтерия:</b> госпитал фекционный стационар</p> <p><b>Язвенно-некротический гингивит (лечение проводит врач-стоматолог):</b> лече зованием антисептиков, ферментов, обезболивающих, кератопластиков, общеукр рапия, ФТЛ</p>

#### Семейство энтеровирусов:

1. Энтеровирусный стоматит (везикулярный) с кожными проявлениями — Hand-Foot-and-MouthDisease.

2. Герпангина.

*Задача:* выявить симптомокомплекс у пациента и соотнести его с выявленными клиническими проявлениями, поставить предположительный диагноз, направить паци- ента к соответствующему специалисту (табл. 29).

Таблица 29

#### Схема ориентировочной основы действий при выявлении энтеровирусных поражений слизистой полости рта у детей

Этапы диагностики	Средства и у	Критерии и формы самокон
<b>Жалобы (провести опрос матери)</b>		
Общее самочувствие	Острое начало. Головная боль, боль при движении г животе	
Температура	Повышение до 39–40 °С в течение 5–7 дней	
Прием пищи	Аппетит снижен. Боли при приеме пищи	
<b>Анамнез жизни и заболева</b>	Сведения предоста	Болеют дети всех групп здоровья
<b>Анамнез заболевания</b>		
Первые признаки	Сведения предоста	Слабость, головокружение, мышце
Динамика развития болезни		СО гиперемированная в области языка. В области границы тверд неба, небных дужек везикулы м вскрываются. Высыпания единич 10–15)
Длительность заболевания		До 10–14 дней
<b>Объективное обследование</b>		
Внеротовое обследование	Визуально	Гиперемия кожи лица и шеи, вер ловища. Инъекция сосудов глаз Осмотр ладоней, при необходимос

Осмотр полости рта	Зеркало, шпатель	Гиперемия СОПР в области мягких небных дужек, язычка, миндалины поражения (до 10–15) быстро вскрываются
Состояние лимфатических узлов	Пальпация	Увеличены, но безболезненны
<b>Проведение дифференциальной диагностики</b>		
Выберите заболевание, имеющую клиническую картину	Признаки не характерные для кандидоза слизистых оболочек полости рта	

Окончание табл. 29

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самоконтроля
Острый герпетический стоматит	Возраст старше 3 лет, выраженность интоксикации	Эрозии во всех участках СОПР. Выраженный лимфоцитарный гингивит
Хронический герпетический стоматит	Анамнез. Болезненность лимфатических узлов. Локализация в полости рта, языке	
Скарлатина	Яркая гиперемия зева. Катаральный гингивит, Выраженный фарингит. Сухость полости рта. Динамика состояния слизистой оболочки (сильно лихорадочный). Общая интоксикация	
Корь	Кашель, конъюнктивит, макулопапулезная сыпь на коже	
Инфекционный мононуклеоз	Увеличение печени, селезенки, лимфатических узлов. Налет. Анализ крови	
ОРВИ	Отечность, гиперемия СОПР. Слизь на задней стенке глотки	
Постановка диагноза на основании выявленного клинического симптомокомплекса дифференциальной диагностики. <i>Энтеровирусный стоматит (везикулярный) с кожными проявлениями — Herpangina или MouthDisease</i>		
<b>Лечение энтеровирусной инфекции</b> – общее;  – местное	Обильное теплое питье. Щадящая диета. Жаропонижающие по показаниям. Гипосенсибилизирующие по показаниям. Интерферонотерапия (группы А, В, С).  Орошение антисептиками (орасепт, мирамистин). Таблетки для рассасывания (Хальсет, Sebedin). ГНЛ 5–7 процедур в период разгара	

### ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для самостоятельного усвоения темы занятия рекомендуется внимательно изучить методические рекомендации для уточнения основных моментов, на которые необходимо обратить внимание при теоретической подготовке. После изучения темы ответить на вопросы. Затем приступить непосредственно к изучению материала, представленного в списке основной и дополнительной литературы.

На практическом занятии студент должен принять одного пациента, используя в ходе приема полученные теоретические знания. Студент должен составить план комплексного лечения, назначить общее лечение по показаниям, выписать рецепты, заполнить амбулаторную карту. Назначить дату следующего визита.



**Задание на дом:** выписать рецепты лекарственных препаратов, применяемых для профилактики кариеса зубов, лечения вирусных заболеваний в полости рта у детей.

### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

**Задача 1.** Пациенту 6 лет. Пришел на прием с мамой, цель — санация полости рта. Жалоб на боли нет. Мама отмечает неприятный запах изо рта ребенка.

*Объективно:* зуб 7.5 изменен в цвете — коронка серая. На дистально-окклюзионной поверхности зуба 7.5 имеется глубокая кариозная полость, выполненная марким налетом. Зондирование стенок кариозной полости безболезненно, при зондировании дна обнаружено сообщение кариозной полости с полостью зуба. Незначительная болезненность регистрируется только при глубоком зондировании полости зуба. КПУЗ + кпуз = 7; ОНI-S = 2,3. Прикус нейтральный.

Нужны ли дополнительные методы исследования? Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Ребенку 4 года. Жалобы на кровоточивость из зуба 8.4 и болезненность при приеме жесткой пищи (со слов мамы) в течение месяца.

*Объективно:* на дистально-окклюзионной поверхности зуба 8.4 — кариозная полость, частично заполненная болезненной и кровоточащей при зондировании тканью красного цвета. Перкуссия зуба 8.4 безболезненна, десна, переходная складка в области зуба 8.4 — без патологических изменений.

*Периапикальная рентгенограмма:* на дистально-окклюзионной поверхности зуба 8.4 — глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба; периодонтальная щель, костная ткань в области бифуркации — без патологических изменений.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Ребенку 3 года. Со слов матери, жалуется на острую боль в зубе 5.5, усиливающуюся при прикосновении к зубу.

*Из истории болезни:* 12 дней назад в зуб 5.4 наложена девитализирующая паста (Deriprin) по поводу хронического фиброзного пульпита. В назначенный врачом срок на прием не явились. Вечером появилась боль, интенсивность боли нарастает.

*Объективно:* на окклюзионной поверхности зуба 5.4 временная повязка, перкуссия зуба резко болезненная. Десна в области зуба 5.4 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Ребенку 5 лет, находится на лечении в кардиологическом отделении, направлен к стоматологу для санации полости рта. Из истории болезни: врожденный порок сердца.

*Объективно:* на медиальной поверхности зуба 8.5 неглубокая кариозная полость, выполненная пигментированным размягченным дентином, после удаления которого обнаружено сообщение с полостью зуба, зондирование пульпы безболезненное, термопробы отрицательные.

*На рентгенограмме:* корни зуба 8.5 сформированы, признаки резорбции корней отсутствуют, в области вершины дистального корня разрежение костной ткани  $1 \times 2$  мм с нечеткими контурами, кортикальная пластинка фолликула зуба 4.5 сохранена. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Ребенку 6 лет. Пришел на прием с целью санации полости рта. Жалоб на боли нет.

*Объективно:* на медиально-окклюзионной поверхности зуба 8.5 кариозная полость средней глубины, выполненная светлым, инфицированным дентином, снимающимся пластами. Зондирование дна безболезненно, зондирование стенок чувствительно в области эмалево-дентинной границы. Интенсивность кариеса — 12, ОНI-S = 2,7.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Ребенку 7 лет. Пришел на прием с жалобами на кратковременные боли от термических раздражителей и при попадании твердой пищи в зуб 6.5. Боль быстро проходит после устранения раздражителя.

*Объективно:* на жевательной поверхности зуба 6.5 глубокая кариозная полость, выполненная размягченным, инфицированным дентином. Дно кариозной полости пигментированное, болезненное при зондировании на всем протяжении. КПУЗ + кпуз = 2 + 1, ОНI-S = 1,5.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 7.** Ребенку 6 лет. Пришел на прием с целью санации полости рта.

*Объективно:* на апроксимально-медиальной поверхности 5.5 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным, инфицированным дентином. Дно кариозной полости светлое, мягкое, дентин легко удаляется экскаватором. Зондирование болезненно по всему дну кариозной полости. Интенсивность кариеса КПУЗ + кпуз = 12 + 2, ОНI-S = 2,8.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 8.** Ребенку 2 года. Мать жалуется на появление дефектов коронок верхних резцов, ребенок плачет при употреблении твердой пищи (откусывание), отказывается от кислых продуктов, не позволяет прикоснуться к зубам, чтобы их почистить.

*Из анамнеза:* зубы прорезались без признаков патологии, в срок. 1,5 месяца назад на резцах верхней челюсти появились серые пятна, затем эмаль начала скалываться. Ребенок употребляет соки, компоты из бутылочки в течение дня, беспокойно спит, поэтому засыпает с бутылочкой молочной смеси. До 1 года уход за зубами не осуществлялся. С 1 года начали чистить зубы зубной щеткой (без пасты) 1 раз в день, в последние 2 недели зубы не чистят.

*Объективно:* на вестибулярной и медиальной поверхностях центральных резцов верхней челюсти в пришеечной области очаги деструкции твердой ткани в пределах эмали и дентина. Окружающая дефекты эмаль мутная, размягченная, скалывается, обнажающийся дентин мягкий, светлого цвета. На вестибулярной поверхности латеральных резцов в пришеечной области очаги деминерализации желтого цвета, в

центре которых определяются дефекты в пределах эмали, края эмали хрупкие, легко удаляются экскаватором.

Поставьте диагноз. Составьте план лечения. Какие профилактические меры необходимо рекомендовать для предупреждения данной нозологической формы?

#### **Ответы на задачи**

- Задача 1. Некроз пульпы.
- Задача 2. Полип пульпы.
- Задача 3. Острый периодонтит.
- Задача 4. Хронический апикальный периодонтит.
- Задача 5. Кариес дентина.
- Задача 6. Кариес дентина.
- Задача 7. Хронический пульпит.
- Задача 8. Ранний детский кариес, 1 тип.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

##### *Основная*

1. *Диагностика* и особенности кариеса зубов у детей : учеб.-метод. пособие / О. В. Минченя, А. И. Яцук, Н. В. Ковальчук, Л. П. Белик. Минск : БГМУ, 2011. 40 с.
2. *Терехова, Т. Н.* Апикальный периодонтит у детей и подростков : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Терехова, В. П. Михайловская, О. В. Минченя. Минск : БГМУ, 2010. 51 с.
3. *Травматические* повреждения зубов у детей : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Терехова, Е. И. Мельникова, О. В. Минченя, М. Л. Боровая. Минск : БГМУ, 2011. 47 с.

##### *Дополнительная*

1. *Детская* терапевтическая стоматология : учеб. пособие / под ред. Л. П. Кисельниковой. М. : Литтера, 2009. 209 с.
2. *Стоматология* детского возраста / под ред. А. А. Колесова. М. : Медицина, 1991. С. 136–156.

### **ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ ОТ 6 ДО 18 ЛЕТ**

**Тема:** тактика врача-стоматолога при приеме детей от 6 до 18 лет. Особенности обследования, оценки уровня психического и физического развития. Основные направления первичной и вторичной профилактики кариеса зубов, травмы зубов, заболеваний периодонта. Основы диагностики и выбора метода лечения.

**Общее время занятия:** 7 часов.

**Мотивационная характеристика темы.** Период от 6 до 18 лет отличается тем, что дети в этом возрасте начинают сотрудничать с врачом, если в прошлом не было негативного опыта, понимают необходимость тех или иных лечебных манипуляций. Приоритет этого периода — профилактика кариеса постоянных зубов. Очень важно спланировать лечебно-профилактическую помощь так, чтобы с учетом инди-

видуального риска развития кариеса зубов и особенностей строения твердых тканей постоянных несформированных зубов максимально эффективно предотвратить развитие и прогрессирование кариеса, развитие осложненного кариеса. Кроме того, в этом возрасте следует уделить пристальное внимание патологии периодонта, которая может быть первым признаком какой-либо серьезной системной патологии.

**Цель:** научиться планировать стоматологическую помощь детям в возрасте от 6 до 18 лет, подбирать средства и методы профилактики с учетом индивидуального риска развития кариеса постоянных зубов, знать алгоритмы оказания помощи детям с патологией пульпы, апикального и маргинального периодонта постоянных несформированных зубов. Владеть тактикой оказания стоматологической помощи при травме постоянных зубов.

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

1. Особенности психического и физического развития детей в возрасте от 6 до 18 лет.
2. Особенности тактики врача-стоматолога при лечении кариеса постоянных несформированных зубов.
3. Особенности тактики врача-стоматолога при патологии пульпы постоянных несформированных зубов.
4. Особенности тактики врача-стоматолога при патологии апикального периодонта постоянных несформированных зубов.
5. Особенности тактики врача-стоматолога при травме постоянных несформированных зубов.
6. Особенности тактики врача-стоматолога при заболеваниях маргинального периодонта.

В ходе практической части занятия студент должен уметь:

1. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи детям в возрасте от 6 до 18 лет с различным уровнем интенсивности кариеса зубов.
2. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи детям при патологии твердых тканей постоянных несформированных зубов.
3. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи детям при патологии апикального и маргинального периодонта постоянных несформированных зубов.
4. Планировать оказание лечебно-профилактической помощи при травме постоянных несформированных зубов.

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

– из стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний: сроки прорезывания временных и постоянных зубов, оценку активности (УИК) и форму течения кариеса по Т. Ф. Виноградовой; показания и противопоказания к проведению неинвазивной и инвазивной герметизации зубов, схемы реминерализующей терапии;

– терапевтической стоматологии: клинические методы обследования в стоматологии, методы диагностики кариеса, пульпитов и периодонтитов постоянных несформированных зубов, методы диагностики и лечения заболеваний маргинального периодонта; методы диагностики, лечения и профилактики травмы постоянных несформированных зубов;

– лучевой диагностики и лучевой терапии: рентгенологические особенности постоянных зубов с несформированными корнями;

– дерматовенерологии: морфологию элементов поражения;

– микробиологии, вирусологии, иммунологии: характеристику возбудителей вирусных и бактериальных заболеваний у детей.

#### **Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Характерные особенности строения пульпы в период формирования зуба.

2. Сроки прорезывания постоянных зубов.

3. Особенности строения периодонта и костной ткани у детей.

4. Физиологические особенности детского организма.

5. Стадии формирования корня постоянных зубов.

#### **Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Особенности психического и физического развития детей в возрасте от 6 до 18 лет. Особенности стоматологического приема детей в возрасте от 6 до 18 лет.

2. Особенности организации стоматологического приема детей в возрасте от 6 до 18 лет. Организация и планирование лечебно-профилактической помощи детям этого возраста.

3. Кариес постоянных несформированных зубов: алгоритмы диагностики, лечения и профилактики.

4. Пульпит постоянных несформированных зубов: алгоритмы диагностики, лечения и профилактики.

5. Апикальный периодонтит постоянных несформированных зубов: алгоритмы диагностики, лечения и профилактики.

6. Травма постоянных несформированных зубов: алгоритмы диагностики, лечения и профилактики.

7. Маргинальный периодонтит у детей и подростков: алгоритмы диагностики, лечения и профилактики.

### **ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ОТ 6 ДО 18 ЛЕТ**

Ребенок после 6 лет становится менее зависимым от родителей, иной раз даже нетерпеливым. И хотя он продолжает глубоко любить своих родителей, старается этого не показывать. Ему не нравится, когда его целуют, по крайней мере, на людях. Для него уже важнее мнение его товарищей. Растет его чувство ответственности по отношению к тем делам и вещам, которые он считает важными. В 6 лет дети идут в школу, отрываются от родителей и этот период может проходить достаточно болезненно: малыши становятся эмоционально неустойчивы, плаксивы, особенно это заметно в период школьной адаптации (первые 2–3 месяца учебы), это нужно учитывать при приеме 6-летнего малыша в осенний период.

**Младший школьный возраст (от 6 до 10 лет).** Дети в этом возрасте начинают сотрудничать с врачом: вступают в разговор, и если в прошлом не было негативного опыта, понимают необходимость тех или иных лечебных манипуляций. Однако осмотр и подготовка к незнакомым и сложным манипуляциям должны осуществляться на понятном для ребенка уровне, доступном его возрасту. В сложных, стрессовых ситуациях чувство неуверенности в себе и чувство страха могут спровоцировать возвращение к поведению более раннего возраста. И в таком состоянии ребенок будет вступать в контакт с врачом и понимать, ради чего проводится лечение. Ребенка, имевшего негативный опыт, нужно готовить к приему пошагово, иногда с использованием медикаментозных средств. Мероприятия, связанные с гигиеническим обучением, лучше проводить в группах, дети с удовольствием включаются в процесс взаимодействия, и эффект от такого обучения может быть выше, чем от индивидуального.

**Подростковый или средний школьный возраст (от 11 до 14 лет).** Период полового созревания — это двухлетний период интенсивного роста, который предшествует половой зрелости. Прежде всего, необходимо помнить, что половое созревание не наступает у всех в одном и том же возрасте. У большинства девочек оно начинается в 11 лет, и первый менструальный цикл бывает двумя годами позже — в 13 лет. У мальчиков половое созревание начинается в среднем на 2 года позже. В период полового созревания организм растет с удвоенной скоростью: до 10 см в год — прибавка в росте и до 9 кг — в весе. Происходят и другие физиологические и гормональные изменения.

В этом возрасте подросток еще не взрослый, но уже и не ребенок. Такое промежуточное состояние рождает у него чувство неуверенности. Бурный рост и перестройка организма приводят к подростковому кризису, который порождает личную неудовлетворенность и психическую напряженность. Подростки более ранимы и тревожны, чем кажется со стороны. Причина подростковой тревожности — сильная привязанность к родителям, которую они стараются подавлять, а также чувство беспомощности перед неизвестностью окружающего мира. Придя на прием, подросток может вести себя довольно дерзко, угловатые движения могут показаться развязными. Но на самом деле это лишь проявление не устоявшегося взаимодействия гормональной, нервной и скелетно-мышечной систем. Возрастной протест может проявляться в одежде, макияже, украшениях. В общении с подростками нужно быть спокойным и терпеливым, ни в коем случае не читать нотаций. Нужно быть доброжелательным и внимательным, обязательно сохранять дистанцию. Нужно постараться принять манеру поведения подростка и его внешний вид как должное. Общаться нужно, как со взрослым, лаконично и четко. Важно, чтобы подросток почувствовал, что вы отделяете его от родителей, уважаете его и принимаете таким, какой он есть.

**Ранняя юность (от 14 до 18 лет).** Это возраст, завершающий детство. Его сложность в том, что существует направленность в будущее, но также существует боязнь ответственности за него. В этом возрасте закладываются основы мировоззрения, происходит формирование ценностных ориентаций, нравственного сознания. Необходимость поиска своего места во взрослой жизни приводит к очередному воз-

растному кризису — кризису идентичности, обусловленному противоречием между желаемыми личностными и профессиональными планами и реальными достижениями. Это обуславливает психическую напряженность и эмоциональную неуверенность в этот возрастной период. Очень важно врачу строить свои отношения с молодыми людьми на уважении и понимании.

Информированное согласие на лечение **всегда подписывают родители**. Если подросток приходит на прием самостоятельно, нужно попросить родителей прийти и поставить свою подпись в карточке.

### ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 6 ДО 18 ЛЕТ

*Задача:* не допустить кариозного поражения постоянных зубов в возрасте 12 лет, КПУ не более 1 (табл. 30).

Таблица 30

#### Планирование лечебно-профилактической помощи детям от 6 до 18 лет с интактными зубами или низким УИК

Мероприятия	6–10	11–14	14–18
Осмотр у стоматолога			
Определение риска развития кариеса	2 раза в год		
Проведение санитарно-просветительных мероприятий родителями (информирование, мотивация)			
Обучение гигиене полости рта и личной гигиены			
Консультация по питанию			
Контроль за выполнением рекомендаций			

Окончание табл. 30

Мероприятия	6–10 л	11–14	14–18
Профессиональные профилактические мероприятия			
Профессиональная гигиена	2 раза в год		
Фторлак	По 3 покрытия через день 2 раза в год		
Контроль за состоянием проксимальных (мезиальная поверхность первичных) зубов после выпадения вторичных	По мере формирования контактных пунктов		
Неинвазивная герметизация первичных моляров (СИЦ)	По показаниям по мере прорезывания		
Домашняя реминерализующая терапия	Использование ополаскивателей в качестве домашнего ухода		
Гигиенический уход в домашних условиях и помощь родителей	Зубная щетка по возрасту. Зубная паста с фтором 1450 ppm. Зубная нить на держателе, чистка проксимальных (родители, с 10–12 лет самостоятельно)		

*Задача:* КПУ не более 2–3, отсутствие осложненного кариеса (табл. 31).

Таблица 31

**Планирование профилактической помощи детям от 6 до 18 лет со средним УИК**

Мероприятия	6–10	11–14	14–18
Осмотр у стоматолога			
Определение риска развития кариеса	3–4 раза в год		
Проведение санитарно-просветительской работы (информирование, мотивация)			
Обучение гигиене полости рта и подбору средств гигиены			
Консультация по питанию			
Контроль за выполнением рекомендаций			
Профессиональные профилактические мероприятия			
Профессиональная гигиена	2 раза в год		
Фторлак	По 3 покрытия через день 2 раза в год		
Контроль за состоянием проксимальных (мезиальная поверхность первого шестого выпадения второго временного моляра) или вторых постоянных (после формирования контактов — 12–14 лет)	По мере формирования контактных пунктов		
Неинвазивная герметизация первых постоянных (СИЦ)	По показаниям по мере прорезывания		
Инвазивная герметизация по показаниям			
Контроль качества краевого прилегания реставраций	Ремонт или замена по показаниям		

Окончание табл. 31

Мероприятия	6–10	11–14	14–18
Домашняя реминерализационная терапия	Использование ополаскивателей в качестве дополнения к гигиене полости рта: R.O.C.S. Medical Minerals или GC Tooth Mousse (2–3 раза в день, либо перед сном, течение 1 месяца (перезагрузка) по инструкции)		
Гигиенический уход в домашних условиях и помощь родителей	Зубная щетка по возрасту. Зубная паста с фтором 1450 ppm (аминофторид) Зубная нить на держателе, чистка проксимальных поверхностей (родители, с 10–12 лет самостоятельно)		

*Задача:* КПУ не более 4, отсутствие осложненного кариеса (табл. 32).

Таблица 32

**Планирование лечебно-профилактической помощи детям от 6 до 18 лет, имеющим высокий и очень высокий УИК**

Мероприятия	6–10	11–14	14–18
Осмотр у стоматолога			
Определение риска развития кариеса и нарушений прикуса	6 раз в год		
Проведение санитарно-просветительской работы (информирование, мотивация)			
Обучение гигиене полости рта и подбору средств гигиены			



Консультация по питанию	
Контроль за выполнением рекомендаций	
Профессиональные профилактические мероприятия	
Профессиональная гигиена	По показаниям до 6 раз в год
Фторлак	По 3 покрытия через день 6 раз в год
Контроль за состоянием проксимальных контактных поверхностей первого шестого моляра (или рентгенография после формирования контактов — 12–14 лет)	По мере формирования контактных поверхностей
Неинвазивная герметизация первых постоянных (СИЦ)	По показаниям по мере прорезывания
Инвазивная герметизация по показаниям	
Контроль качества краевого прилегания реставраций	Ремонт или замена по показаниям
Домашняя реминерализующая терапия	Использование ополаскивателей в качестве дополнительного ухода: R.O.C.S. Medical Minerals или GC (MIPaste) 1 раз в день либо перед сном 1 раз в день (перерыв 2 месяца) по инструкции

Окончание табл. 32

Мероприятия	6–10 лет	11–14 лет	14–18 лет
Гигиенический уход в домашних условиях и помощь родителей	Зубная щетка по возрасту. Зубная паста с фтором 1450 ppm (аминофторид). Зубная нить на держателе, чистка проксимальных поверхностей (родители, с 10–12 лет самостоятельно)		

### КАРИЕС ПОСТОЯННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБОВ

**Задача:** выявить у ребенка признаки (риск) кариозного поражения зубов, провести анализ анамнеза, данных клинического обследования, дополнительных методов обследования и сформулировать диагноз с использованием международной и клинической классификации (табл. 33).

Таблица 33

#### Алгоритмы диагностики кариеса постоянных несформированных зубов у детей в возрасте от 6 до 18 лет

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самоконтроля
<b>Жалобы</b>		
Появление белых (коричневых) пятен на зубах	Опрос мамы или ребенка	Жалобы на изменение цвета зубов, появление пятен (меловидные пятна, пятна высушивания)
Боль при чистке зубов, от кислой пищи, от температурных раздражителей		Возможный симптом бесполостного кариеса эмали
Разрушение зуба и попадание в кариозную полость		Возможно при кариесе эмали и дентина При кариесе дентина
<b>Анамнез жизни</b>		
Аntenатальный период: т	Опрос мамы, ребенка	При патологическом течении беременности

Заволевания (в т. ч. вирусные)	ная карта общая	жет нарушиться происходящая в закладка и минерализация зубов снизить кариесрезистентность
<b>Постнатальный период</b>		
Заволевания на первом году	Опрос, выписка и ной карты	Снижение общей резистентности мунитет и приводит к снижению стентности
Гигиена полости рта (с как и чем, гигиена родите)	Определение инде (PLI)	Низкий уровень гигиены — риск кариеса
Характер питания ребенка, сбалансированность	Опрос	Полноценное питание повышает стентность

Продолжение табл. 33

Этапы диагност	Средства и условия о	Критерии и формы самокон
Характер жевания	Опрос о характере при (протертая, кусочками)	Жесткая пища и активное жевание самоочищению
Сладости	Опрос о количестве и тревления	Повышает риск
<b>Анамнез заболевания</b>		
Когда появились пятна на гда появилась боль, когда стоматологу и какая пом зана	Опрос	Чем больше времени прошло с м ния пятен или жалоб, тем хуже пр
<b>Объективное обследование</b>		
Внешний вид ребенка, ф витие, кожные покровы, т	Внешний осмотр	Бледный, худой, астеничного тел ще страдает множественным ка как и полный, рыхлый и гиперст лосложения
Состояние лимфоузлов	Пальпация	Увеличенные лимфоузлы могут б ческих заболеваниях, у часто и дл щих детей, при множественном ос риесе. Онкологическая настороженность!
Слюнные железы	Осмотр при помощи з	Гипосаливация и повышенная в снижают кариесрезистентность
Слизистая оболочка поло донт, миндалины	Осмотр при помощи з	Изменение цвета СОПР может вать о наличие общих заболеваний Хронический тонзиллит, гиперт миндалины способствуют разв ственного кариеса
Заполнение зубной форм вание твердых тканей зубов	Осмотр при помощи з (да) и запись в карто медсестра)	Выявление зубов, нуждающихся в
<b>Определение уровня поражения</b>		
Эмаль: пятно	Осмотр	Белые, опакотые пятна свидет остроте кариозного процесса
Эмаль: дефект	Зондирование — опреде	Кариес эмали — в пределах эма

		цируем с кариесом дентина)
--	--	----------------------------

Продолжение табл. 33

Этапы диагност	Средства и условия	Критерии и формы самокон
Полость: глубина	Зондирование-опред	Кариес дентина при распростран
Состояние дентина: плотный	Зондирование (зонд)	При активном течении дентин све
<b>Локализация поражения</b> – пришеечная (резцы и м – жевательная; – язычная; – контактная	Зеркало, зонд	Излюбленная локализация кариес зубов Обычно свидетельствует об активн Свидетельствует о низкой кариесре
<b>Оценить интенсивность риск</b>	КПУ, УИК	У детей до 3 лет нет низкого уров сти Оценка риска позволит планиро профилактическую помощь
<b>Дополнительные методы обследования</b>		
Окрашивание пятен	2 % метиленовый Аксамит) — очища аплицируем на 2–3 следующим смывани	Дифференцируем с некариозными (кариозные пятна интенсивно окрас
Рентгенография	Рентгенография, рад	Диагностика осложненного кар проксимальных поверхностей по ния контактов (12–14 лет)
Люминесцентная стомато	Наличие специальне	
Общее обследование (при кариесе)	Общая детская поли	Лечение выявленной патологии
<b>Дифференциальная диагностика</b>		
<b>Заболевани</b>	<b>Признаки, не характерные для кариеса</b>	
Гипоплазия	Поражаются зубы одного периода формирования Анилиновые красители не окрашивают	
Флюороз	Поражаются зубы одного периода формирования Анилиновые красители не окрашивают Проживание ребенка в эндемическом очаге флюороза	

Окончание табл. 33

Этапы диагност	Средства и условия об	Критерии и формы самокон
Хронический гангренознь	Зуб болел в прошлом Болезненность при глубоком зондировании Изменение цвета зуба и др.	
Хронический периодонт	Зуб болел в прошлом Деструктивные изменения на рентгенограмме	

Хронический фиброзный	Боль и кровоточивость при зондировании дна кариозной
-----------------------	--

*Задача:* выбрать оптимальный способ лечения кариеса временных зубов, провести качественное восстановительное лечение с учетом индивидуального риска развития кариеса (табл. 34).

Таблица 34

**Схема ориентировочной основы действия: лечение кариеса постоянных несформированных зубов у детей 6–18 лет**

Этапы лечения	Средства, место лечения	Критерии контроля эффективности метода лечения
<b>Бесполостные поражения эмали — кариес эмали (начальный кариес), консервативное лечение</b>		
Гигиена	Контроль, обучение, мотивация, внедрение методов — составная часть консервативного лечения	Хорошая и отличная гигиена полости рта, соблюдение рекомендаций, своевременные визиты
Реминерализующая терапия	Кальцийсодержащие (GC Tooth Mousse, R.O.C.S. mineral) и фторсодержащие препараты в виде аппликаций в домашних условиях. Фторсодержащие препараты в виде препаратов для глубокого фторирования в кабинете стоматологического кабинета. По общепринятым схемам	Диспансерное наблюдение. Процесс (пятна) уменьшился или остался неизменным. Иногда полное исчезновение
Неинвазивная герметизация фиссур и премолярных моляров и премолярной минерализации фиссур и премолярных моляров	Стеклоиономерные цементы	«Созревание» фиссур
Приостанавливающее лечение	ICON (DMG)	Иногда полное исчезновение
Дополнительные методы лечения	Глубокое фторирование, озонотерапия	
<b>Кариозная полость в пределах эмали: кариес эмали (поверхностный кариес), оптимизация лечения</b>		
Консервативная терапия	См. выше	Диспансерное наблюдение

Примечание [H2]:

Окончание табл. 34

Этапы лечения	Средства, место лечения	Критерии контроля эффективности выбора метода лечения
Минимально-инвазивное лечение	Реставрация, минимально инвазивная техника минимального инвазивного — пломбирование	Диспансерное наблюдение. Через 1 месяц (зависит от группы риска)
<b>Кариес дентина (средний кариес)</b>		
Консервативная терапия	См. выше	Диспансерное наблюдение
Обезболивание	По показаниям, но лучше предпочесть минимально инвазивное вмешательство	Аппликационное обезболивание. Контроль за прикусом тканей после анестезии
Препарирование (этапы: раскрытие и расширение кариозной полости; иссечение пораженных тканей; формирование зуба; формирование	Минимальное инвазивное препарирование на дефект (при использовании материалов) Классическое (амальгама)	Предпочтительно использование минимально инвазивных вмешательств. Иссекаемые кариесом ткани

обработка эмалевого к	Минимальное (раскрытие при помощи экскаватор)	
Медикаментозная обра	0,05%-ный раствор хлоргексидина	Очищение кариозной полости от остатков пломбировочных опилок, ротовых жидкостей, других загрязнений, в том числе микрофлору, находящуюся в полости. Исключено применение
Изоляция	В идеале коффердам или ватные шарики	Обеспечение сухости полости
Реставрация	Пломбировочные материалы: стеклоиономерные цементы (отсроченное лечение), композитные материалы. Могут быть использованы: амальгама,	Выбор материала зависит от готовности ребенка к сотрудничеству, активности кариозного процесса, технических возможностей
Проверка окклюзии	Копировальная бумага	
Полировка	В соответствии с пломбировочным мат	

### Пульпиты постоянных зубов с несформированным корнем у детей

Классификация пульпита постоянных зубов с несформированным корнем у детей МКБ–С (1995):

K04.0 Пульпит

K04.0 Гиперемия пульпы (начальный)

K04.01 Острый

K04.02 Гнойный (пульпарный абсцесс)

K04.4 Некроз пульпы

K04.03 Хронический

K04.04 Хронический язвенный

K04.05 Хронический гиперпластический

K04.08 Другой уточненный пульпит

K04.09 Пульпит неуточненный.

*Задача:* выявить у ребенка симптомокомплекс, характерный для пульпита, провести дифференциальную диагностику, сформулировать диагноз (табл. 35).

Таблица 35

#### Схема ориентировочной основы действия: диагностика пульпитов постоянных зубов с несформированным корнем у детей

Этапы диагно	Средства и условия об	Критерии и формы самоконтроля
<b>Жалобы ребенка</b>		<b>Характер болей</b>
Гиперемия пульпы	Ребенок не может указать на боль	Кратковременные от термических раздражителей, быстро проходят при их устранении
Острый частичный пул	Ребенок пальцем указывает на боль в определенном зубе Ребенок не может указать на боль	Самопроизвольные, чаще ночью, кратковременные. Боль от холодных

Острый общий пульпит		Приступы длительные от механических раздражителей, иррадиируются при накусывании, почти отсутствуют
Хронический пульпит	Жалоб нет	Могут возникать при резких раздражителях, могут отсутствовать
Некроз пульпы	Жалоб нет, или ребенок жалуется на боль в зубе	Бессимптомное течение. Боли от раздражителей. Запах из полости рта, зуба
Хронический гипопульпит		От механических раздражителей, кровоточивостью

Продолжение табл. 35

Этапы диагностики	Средства и условия обследования	Критерии и формы самоконтроля
<b>Общее состояние</b>		
Острый частичный пульпит, острый общий пульпит, хронический пульпит, обострения	Опрос ребенка и (или) родителей	Плохой сон, аппетит. Беспокойство, возможно повышение температуры тела
Хронический пульпит Некроз пульпы Хронический гипопульпит		Удовлетворительное
<b>Анамнез</b>		
Анамнез жизни и возраста		Определение степени формирования
Анамнез заболевания		Для выбора метода лечения, прогноз результатов
<b>Клиническое обследование</b>		
Внешний вид	Осмотр	При остром пульпите возможно покраснение лица
Состояние лимфатических узлов	Пальпация	Увеличенные при острых формах хронической формы
СОПР в области прицельного осмотра	Визуально, с помощью зеркала	Гиперемия и отечность при остром пульпите, часто при обострении хронического пульпита
Сообщение кариозной полости зуба	Зондирование только по направлению сообщения	Чаще сообщение отсутствует. Сообщение при травматическом пульпите
Зондирование кариозной полости	Имеет значение до протрузии. Зонд, зеркало	Гиперемия пульпы — болезненность при зондировании. Острые пульпиты по всему дну, в одной точке. Тонкий слой дентина. У хронического — дно безболезненно, болезненность в одной точке, кровоточит. Хронический — дно безболезненно, болезненность в одной точке, кровоточит. Хронический — боль не резкая
Состояние пульпы	После выявления сообщения	При остром — ярко-красная, обильная

		стью зуба. Зондировани	При хроническом — ярко-красная воточит. При хроническом гангренозн красная, коричневая, кровоточивс При хроническом гиперпластиче точит при легком дотрагивании
--	--	------------------------	--

Окончание табл. 35

	Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самоконтроля
	Перкуссия	Зонд, пинцет	Положительна при острых форм нии хронических пульпитов. при хронических пульпитах
	Состояние тканей периодон	Осмотр, перкуссия	Изменены при острых и хронич тах в стадии обострения
<b>Дополнительные методы исследования</b>			
	Рентгенография	Рентгеновский ап граф	Глубина кариозной полости, топ сти зуба. Степень формирования яние зоны роста. Состояние пери
	Термодиагностика	Лед, зуботехни (охлажденный)	У детей проведение затруднено.
	Электроодонтодиагностика	Аппарат ЭОД	2–6 мкА — интактная пульпа 7–20 мкА — кариес дентина, гип 7–30 мкА — острый пульпит пульпит 20–60 мкА — некроз пульпы Более 60 мкА — воспаление корн
<b>Постановка предварительного диагноза</b>			

*Задача:* выбрать оптимальный метод лечения с учетом диагноза, клинической картины и готовности ребенка к сотрудничеству (табл. 36).

Таблица 36

**Выбор метода лечения пульпита постоянных зубов с несформированным корнем у детей**

Диагно	Метод лечения
Гиперемия пульпы	Непрямая пульпотерапия
Острый пульпит	Биологический. Прямая пульпотерапия. Витальная пульпотомия пульпотомия Витальная или девитальная пульпэктомия при гнойной форм острого периодонтита
Хронический пульп	Биологический. Витальная пульпотомия Девитальная пульпотомия
Хронический пуль ние	Биологический. Витальная пульпотомия (обострение 1–2 раза в ции периодонтальных тканей) Девитальная пульпотомия Витальная, девитальная пульпэктомия (при явлении острого пери рентгенологических изменениях в периодонте)

Окончание табл. 36

Диагноз	Метод лечения
Хронический гиперпульпит	Витальная пульпотомия Девитальная пульпотомия
Некроз пульпы	Витальная пульпэктомия. Девитальная пульпэктомия

*Задача:* обеспечить рост и развитие корня постоянного несформированного зуба (апексогенез) (табл. 37).

Таблица 37

**Техника лечения пульпита постоянных зубов с несформированным корнем у детей**

Метод лечения	Применяемые средства	Контроль эффективности
<b>Консервативные методы</b>		
<b>Биологический</b>		
Первое посещение		
Рентгенологический контроль	Рентгеновский аппарат. Визит	Определение в кариозной прилежащей к пульпе
Препарирование кариозной полости	Экскаватор, боры	Расширение полости, тщательная обработка дна
Обезболивание	Анестетики	Безболезненное удаление дна полости
Антисептическая обработка	Изотонический р-р	Теплый р-р
Высушивание	Стерильные ватные шарики	Сухая полость
Апликация препарата	Пульпомиксин или смесь кортикостероидом	На зону прилегающую к пульпе
Временная пломба	Водный дентин, СИЦ	Герметичность обязательна
Второе посещение (через 1–5 дней)		
Осмотр, оценка динамики ЭОД, термометрия	Зеркало, аппарат ЭОД	Контроль витальности зуба
Удаление временной пломбы, лечебной прокладки	Экскаватор, боры	Осторожно, исключить риск истирания зуба
Антисептическая обработка	0,05%-ный р-р хлоргексидин, стерильные ватные шарики	Р-ры теплые, тщательная обработка жидкостью
Наложение лечебной прокладки	Пасты на основе гидроокиси кальция или комбинации (Calcimol, Dycal, Life, и др.)	На дно точно, на проекцию корня
Наложение изолирующей прокладки	Водный дентин, СИЦ	Тщательная изоляция от пульпы



Продолжение табл. 37

Метод лечения	Применяемые средства	Контроль эффективности
Отсроченное пломбирование	СИЦ	
Повторное посещение		
Диспансерное наблюдение	Назначение посещений	Через 2 недели, 3 месяца и 6 месяцев до завершения обработки Далее 1 раз в год
<b>Метод не прямой пульпотерапии (непрямое покрытие пульпы), одно посещение</b>		
Рентгенологический контроль	Рентгеновский аппарат. Визуальный контроль	Определение в кариозной полости близко прилежащей к пульпе
Обезболивание	Анестетики	Безболезненное удаление и обработка дентина
Препарирование кариозной полости	Экスカпатор, боры	Расширение полости, тщательная обработка стенок, щадящее препарирование дна
Антисептическая обработка	0,05%-ный р-р хлоргексидина	Теплым р-ром
Высушивание	Сухими стерильными шариками	Сухая полость
Апликация препарата	Препараты на основе гидрооксида кальция	На дно точно, на проекцию пульпы
Временная пломба	Цинкфосфорный цемент	Герметичность обязательна <b>реставрация по окончании формирования корня зуба</b>
Диспансерное наблюдение		Через 6–12 месяцев и до окончания формирования корня зуба
<b>Метод прямой пульпотерапии (прямое покрытие пульпы), одно посещение</b>		
Обезболивание	Анестетики	Если при лечении кариеса дентин оголился
Оценка ситуации	Диаметр вскрытия и клинический уровень пульпы. Время после травмы перелома коронки	Диаметр не более 1 мм. Кариозная пульпа самопроизвольно остановилась Дентин в полости интактный Травмы — до 2 часов
Антисептическая обработка	0,05%-ный р-р хлоргексидина	Теплыми р-рами (до температуры тела)
Наложение лечебной прокладки	Пасты на основе гидроксида кальция	На точку вскрытия (пульпу) для прямого покрытия пульпы

Продолжение табл. 37

Метод лечения	Применяемые средства	Контроль эффективности
Наложение изолирующей прокладки	Водный дентин, СИЦ	На лечебную повязку и дно полости
Реставрация	СИЦ	Согласно инструкции к препарату
Диспансерное наблюдение	Визуально, термодиагностика	Контроль витальности через 6–12 месяцев

	мок	месяцев после лечения. Срок формирования корня. Дал
<b>Хирургические методы лечения</b>		
<b><i>Витальная ампутация (витальная пульпотомия), методика требует строгого асептики</i></b>		
Обезболивание	Инфильтрационное или про сочетании с психотерапевти товкой	Безболезненное препариров ампутация пульпы
Препарирование, раскрытие	Боры, антисептики	Раскрытие полости зуба пр антисептической обработки
Ампутация коронковой пульпы. Удаление устьевой	Шаровидные боры	Экскаватор не применять
Гемостаз пульпы	Стерильный ватный тампо дистиллированной водой	Время 10–15 минут. Контро вости
Наложение лечебной прокла	Пасты на основе гидроксид прямого покрытия пульпы кальцикур и др.), альтернат ие МТА	На место ампутации, культк  См. инструкцию
Изолирующая прокладка, пл	Водный дентин, СИЦ, пломб териалы	Герметичность обязательна
Диспансерное наблюдение	Отсутствие жалоб, рентг контроль	Через 3, 6, 12 месяцев. Дал полного формирования корн
Частичная витальная амп (миниампутация): – этапы и критерии — как ампутации. Высокая (глубокая) виталь (частичная витальная пульп – этапы и критерии — как ампутации	См. выше. Стерильный фиссу	При травме постоянного зуб ем пульпы (до 40 часов). Удаление травмированного пы на 1–2 мм. При некрозе п несформированных однок При осложнении в ходе к методов. Невоз-можность т го покрытия

*Продолжение табл. 37*

Метод лечения	Применяемые сред	Контроль эффектив
<b><i>Витальная экстирпация (витальная пульпэктомия)</i></b>		
Обезболивание, препариро раскрытие полости зуба, амп ковой пульпы	Как при витальной ампутаци	Обязательный рентген-контр
Экстирпация	Пульпоэкстрактор	Осторожно. 1–3 мм от рентгенологическ
Остановка кровотечения, а обработка, высушивание	0,05%-ный р-р хлоргексиди ский р-р	Контроль кровоточивости
Пломбирование корневого к	Препараты на основе гидро (витапекс, кальцикур, метапа	Формирование барьера в з рованного корня
Прокладка, пломба	СИЦ, композит, компомер	Согласно инструкции к прим
Диспансерное наблюдение	Клинический, рентгенолог троль	Через 3, 6, 12 месяцев. Дал полного формирования корн

<b>Метод девитальной ампу- тальной ампутации)</b>	При неэффективности пров- вительной ампутации	Обязательно 2 посещения
Первое посещение		
Препарирование кариозной ное или частичное)	Боры	Удаление некротизирован- Обеспечение сообщения с обязательно
Антисептическая обработка	0,05%-ный р-р хлоргексидин- перекиси водорода	Длительность воздействия гласно инструкции к примен
Наложение девитализирующ	Препараты на основе пара- (депульпин, Девит С и др.)	На точку сообщения
Временная пломба	Дентин-повязка, СИЦ	Герметичность обязательна
Второе посещение: через 7–10 дней		
Удаление временной пломбы	Экскаватор, боры	С учетом топографии зуба, п
Препарирование (допрепар- риозной полости	Боры	На уровне устьев каналов. Н- невой пульпы
Ампутации коронковой пулв	Стерильные шаровидные бс- скорости	

*Продолжение табл. 37*

Метод лечения	Применяемые сред	Контроль эффектив
Мунификация корневой пул	Пасты ПТЭО, крезопат и др.	См. инструкцию к применен- Оценка качества девитализа- пульпы. При неполной деви- вторить наложение деви- препарата на 3–5 дней
Прокладка	Водный дентин, СИЦ	Закрыть полностью дно полс
Финальная реставрация	СИЦ, компомер, композит	Учитывать инструкции к пломбировочного материала
<b>Метод девитальной эксти- тальной пульпэктомии)</b>	При невозможности проведе- пульпэктомии	Обязательно 2 посещения
Первое посещение		
Препарирование кариозной ное или частичное)	См. метод девитальной ампу	Удаление некротизирован- Обеспечение сообщения с обязательно
Антисептическая обработка	0,05%-ный р-р хлоргексидин- перекиси водорода	
Наложение девитализирующ	Препараты на основе пара- (депульпин, Девит С, и др.)	Длительность воздействия гласно инструкции к примен
Временная пломба	Дентин-повязка, СИЦ	Герметичность обязательна
Второе посещение: через 7–10 дней		
Препарирование (допрепар	См. метод витальной пульпэ	С учетом топографии зуба, п

риозной полости тканей, ра сти зуба		
Ампутация коронковой пульпы	Шаровидные боры	На уровне устьев каналов. Оценка качества девитализации пульпы
Экстирпация	Пульпоэкстрактор	При неполной девитализации наложение девитализирующей на 3–5 дней Осторожно. 1–3 мм от рентгенологическо
Остановка кровотечения, ас обработка — высушивание	0,05%-ный р-р хлоргексиди ский р-р, белодез и др.	Контроль кровоточивости

Окончание табл. 37

Метод лечения	Применяемые средс	Контроль эффективн
Пломбирование корневого ка	Препараты на основе гидро (витапекс, кальцикур, метапа	Формирование барьера в зон ванного корня. Методика апе
Прокладка, финишная рестав	СИЦ, композит, компомер	
Диспансерное наблюдение	Клинический, рентгенологи троль	Через 3, 6, 12 месяцев. Далее формирования твердотканн Окончательное эндодонтиче

#### ПЕРИОДОНТИТЫ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ У ДЕТЕЙ

Классификация периодонтитов постоянных зубов у детей (МКБ–С, 1997):

- К04.4 Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения
- К04.5 Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема)
- К04.6 Периапикальный абсцесс со свищом
- К04.7 Периапикальный абсцесс без свища
- К04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей.

*Задача:* обеспечить рост и развитие корня постоянного несформированного зу-  
ба (апексификация) (табл. 38).

Таблица 38

#### Схема ориентировочной основы действия: диагностика периодонтитов постоянных зубов с несформированными корнями у детей

Этапы диагности	Средства обслед	Критерии и формы самоконтр
		<b>Жалобы</b>
Общее самочувствие, темп	Опрос матери	При остром и обострении хроническ сон, аппетит, головная боль. Темпер 38 °С. При хроническом — без жало боли были ранее.
Характер боли	Опрос матери	При остром и обострении хроническ ные, усиливающиеся при накусывани При хроническом — отсутствует
Состояние мягких тканей п	Визуальный о	При остром и обострении хроническ

			мирована, отечна, сглажена в области зуба
--	--	--	---

Продолжение табл. 38

Этапы диагностики	Средства обследования	Критерии и формы самоконтроля
<b>Анамнез</b>		
Анамнез жизни (возраст, сопутствующие заболевания)		Определение состояния корней зубов
Анамнез заболевания	Опрос матери	Острый периодонтит — может сопровождаться острым пульпитом. Хронический периодонтит — может сопровождаться острым периодонтитом или неэффективным лечением пульпита, кариеса.
Травма зуба	Оценить характер и сроки возникновения	Острый периодонтит — может быть вызван острой травмой. Хронический периодонтит — в отдаленном периоде после травмы вследствие гибели пульпы
<b>Объективное обследование ребенка</b>		
Внешний осмотр	Осмотр, пальпация	При остром и обострении хронического периодонтита — болезненность и болезненность мягких тканей области причинного зуба
Состояние лимфатических узлов	Пальпация	При остром и обострении хронического периодонтита — болезненные, болезненные. При хроническом периодонтите — незначительное увеличение
Осмотр полости рта в области зуба	Зеркало	При остром и обострении хронического периодонтита — отек, ограниченный инфильтрат. При хроническом периодонтите — патологические изменения без изменений
Состояние зуба	Зеркало	Под пломбой. Коронка разрушена. Циркулярный — при некрозе пульпы. Отлом коронки (или части) зуба
Подвижность зуба	Пинцет, зонд	При остром и обострении хронического периодонтита — различается различной степени выраженности. При хроническом периодонтите — наличие деструктивных процессов в кости, на рентгенограмме формирования корней

Окончание табл. 38

Этапы диагностики	Средства обследования	Критерии и формы самоконтроля
Состояние тканей периодонта	Осмотр, перфоратор, перфораторная	При остром и обострении хронического периодонтита — болезненна. Возможно скопление экссудата в кариозных тканях. При хроническом периодонтите — при жалобах
Состояние кариозной полости	Осмотр, зеркало	Неглубокая. Сообщение может не сообщаться. Пульпа некротизированна
<b>Дополнительные методы обследования</b>		
Рентгенография	Рентгенкабинет	При остром — изменения отсутствуют. При хроническом — разрежение кости

		области сформированной части корня
Электроодонтометрия	Аппарат ЭОД	Неинформативна
<b>Проведение дифференциальной диагностики</b> (кариес дентина, острый пульпит, пульпит, острый периостит)		
<b>Постановка диагноза на основании выявленного симптомокомплекса и давности</b>		

*Задача:* обеспечить формирование твердотканного барьера в области верхушки корня зуба (апексофикация), сохранение функциональной целостности зубного ряда (табл. 39).

Таблица 39

**Схема ориентировочной основы действия: лечение периодонтитов постоянных зубов с несформированными корнями у детей**

Метод лечения	Средства, метод профилактики	Контроль эффективности
<b>Неотложная помощь</b>		
Обеспечить отток	Боры, эндодонтические антисептики	Рентгенснимок обязателен. Зуб оставить отлежать более чем на сутки. Возможно закрытие пломбой. Консультация хирурга
<b>Общее лечение</b>		
Противовоспалительная. Десенсибилизирующее	Антибиотики, антигистаминные, жаропонижающие, поливитамины, препараты кальция	По показаниям назначают при остром обострении хронических форм в возрастных группах
Временное эндодонтическое лечение	Метод апексификации. Пасты на основе гидроксида кальция	Контроль через 1 сутки, неделю, месяц. Контроль лечения от 6 до 24 месяцев

Окончание табл. 39

Метод лечения	Средства, метод профилактики	Контроль эффективности
Направление стоматологу	Хирургический кабинет	По показаниям. Проведение разреза по переходной складке. Удаление при остеомиелите, при значительной коронки, при отсутствии динамики лечебной патологии
<b>Плановое лечение</b> (эндодонтическое)	Осмотр, рентген-снимок	После купирования симптомов острого воспалительного процесса и хроническом периодонтите по рентгенологическим признакам апексификации
<b>Диспансерное наблюдение</b>	Осмотр, рентген-снимок	Оценка эффективности лечения. При отсутствии динамики очага деструкции, повторное эндодонтическое лечение. При отрицательной динамике — хирургическое лечение

*Задача:* сохранить функциональную ценность зуба с несформированным корнем (табл. 40).

Таблица 40

**Схема ориентировочной основы действия после 3-месячной obtурации корневого канала гидрооксидом кальция**

Рентгенологическая картина	Клиника	Тактика
Апикальное отверстие не растет корня	Нет признаков воспаления	Повторная обработка каналов, повсид кальция, СИЦ, повторный контроль индивидуально
Апикальное отверстие заформирован	Нет признаков воспаления	Удаление ГОК из канала, постоянная obtурация
Роста корня нет, верхушка закрыто	Нет признаков воспаления симптом положительный	Постоянная традиционная obtурация
Роста корня нет, апекс не заформирован	Нет признаков воспаления	Повторная обработка каналов, повсид кальция, СИЦ, повторный контроль, контроль

**ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ**

Классификация травматических повреждений зубов МКБ–10 (1997):

S02.5 Перелом зуба

S02.50 Перелом только эмали зуба (откол эмали)

S02.51 Перелом коронки зуба без повреждения пульпы

S02.52 Перелом коронки зуба с повреждением пульпы

S02.53 Перелом корня зуба

S02.54 Перелом коронки и корня зуба

S02.57 Множественные переломы зубов

S02.59 Перелом зуба неуточненный

S03.2 Вывих зуба

S03.20 Люксация зуба

S03.21 Интрузия зуба

S03.22 Вывих зуба

*Задача:* выявить на основании симптомокомплекса травматические повреждения зубов, поставить диагноз (табл. 41).

Таблица 41

**Схема ориентировочной основы действия. Диагностика травматических повреждений постоянных зубов у детей в возрасте от 6 до 18 лет**

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самоконтроля
<b>Жалобы</b>		
Боли	Опрос ребенка	При смыкании, дотрагивании, жевательных раздражителей. Острая и хроническая. При ушибе зуба может быть незначительной
Кровотечение		При вывихе, переломе корня
<b>Анамнез травмы</b>		
Сроки получения травмы Место, вид травмирующего фактора	Опрос ребенка, родителей	Обращение за медицинской помощью
<b>Анамнез жизни</b> Возраст		Травмы чаще наблюдаются в 2–3 года Спортивные травмы

	Занятия спортом		
	<b>Объективное обследование</b> – общее состояние ребенка – целостность кожи, губ;  – повреждения	Осмотр, пальпация	Поведение, самочувствие: возможность неврологические нарушения. Может быть парестезия.  Раны мягких тканей, ссадины, гематомы
	<b>Осмотр полости рта:</b> – состояние мягких тканей – состояние зубов	Осмотр, перкуссия поверхности полости	Гематомы, раны. Возможно без изменений. Подвижность, смещение, отсутствие коронок. Повреждение пульпы

Окончание табл. 41

	Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии и формы самоконтроля
	<b>Дополнительные методы</b>		
	Рентгенологические	Рентгенснимок	При переломе частей коронки изменения — не выявляются. При неполной ридонтальная щель с одной стороны ривается, а с противоположной расширивается. При вколоченном вывихе зуб кажется нормальным, верхушка корня погружена в костную ткань. При переломе корня — узкая линия перелома и направлении, при смещении перелома более широкая
	Термоодонтодиагностика	Лед, разогретый воск или гуттаперч	Сравнить с соседними зубами. При переломе (свыше 1–3 месяцев) отсутствии изменений возможен некроз пульпы
	Электроодонтометрия	Аппарат ЭОД	При травме временных — не проводится. При переломе постоянных зубов — в первые сутки 40–60 мкА, может быть свыше 200 мкА. При неполном вывихе, при вколоченном вывихе ЭОД снижена до 200 мкА. При переломе в пределах эмали и дентина — снижена до 100 мкА. При обнажении пульповой камеры — не проводится
	<b>Проведение дифференциальной диагностики</b>		Направление на консультацию к невропатологу, хирургу, травматологу
	<b>Постановка диагноза</b>		С учетом симптомокомплекса, дополнительных обследований



*Задача:* выбрать оптимальный способ лечения для обеспечения дальнейшего развития постоянного несформированного зуба, обеспечить функциональную целостность зубного ряда (табл. 42).

Таблица 42

**Схема ориентировочной основы действия: лечение травматических повреждений постоянных зубов у детей**

Метод лечения	Средства лечения	Контроль эффективности
<b>Ушиб зуба:</b>		
– режим питания; – выведение зуба из окклюзии; – контроль витальности зуба	Сошлифовывание антограмами, дисками Аппарат ЭОД, термопробирок	Щадящий Уменьшение боли при приеме Нормализация показателей Снижение чувствительности некроз пульпы
<b>Вывих неполный и вколоченный постоянного зуба</b>		
Репозиция (хирургическая)	Анестезия, инструменты	Закрепление правильного положения
Шинирование	Шины проволочные, стекловолоконные. Каппы	Правильное положение зуба неделя
Эндодонтическое лечение	Эндодонтический инструмент	При некрозе пульпы. Учитываемирование корней
Диспансерное наблюдение	Осмотр, перкуссия, подвиген-снимок	В течение 1 года
<b>Полный вывих постоянного зуба</b>		
Реплантация	Эндодонтический инструмент, антисептики, пасты для обвоного канала, СИЦ	При обращении в течение суток благоприятный. Возможна резорбция
Шинирование	Шины проволочные, стекловолоконные, ленты	Дополнительная фиксация
<b>Перелом коронки в пределах эмали</b>		
Сглаживание острого края	Сошлифовывание финири	Предупреждение травмы слизистой.
Защита линии скола	Аппликация фтор-лаком,	Защита от раздражителей. Уменьствительности
Контроль витальности зуба	Аппарат ЭОД, термометнимок	В течение 4 недель. Далее 1 раз течение формирования корня

Продолжение табл. 42

Метод лечения	Средства лечения	Контроль эффективности
<b>Перелом коронки в пределах дентина без вскрытия пульпы</b>		
Защита линии перелома	Препараты на основе кальция для непрямого комбинированного действия пломба СИЦ	Динамическое наблюдение: рентгенография 2 раза в год до окончания формирования корня
Восстановление коронки, закрытие линии перелома (при режущему краю)	Поликарбоксилатная композиция на СИЦ	После формирования корня - реставрация. Предупреждение инфицирования Защита от раздражителей
<b>Перелом коронки зуба со сформированным корнем в пределах дентина без вскрытия пульпы</b>		
Восстановление коронки	Композит, компомер	Финишная реставрация. Контроль (ЭОД, рентгенография)
<b>Перелом коронки в пределах дентина со вскрытием пульпы</b>		
В пределах 4 часов с момента травмы	Метод прямого покрытия	Динамическое наблюдение. Рентгенография. Рентгеноконтроль 2 раза в год до окончания формирования корня
До 48 часов с момента травмы	Метод витальной ампутации	Динамическое наблюдение. Рентгенография
Более 48 часов, с признаками пульпита	Метод глубокой ампутации	Контроль витальности. Рентгенография. Рентгеноконтроль
<b>Перелом коронки в пределах дентина со вскрытием пульпы в сформированных зубах</b>	Метод витальной, девитальной ампутации	Финишная реставрация
<b>Перелом корня с сохранением витальной пульпы</b>		
Шинирование при подвижности	Шины проволочные, стекловолоконные, ленточные	Динамическое наблюдение в течение 6 месяцев. Контроль ЭОД
Альтернативные методы (физиотерапия)	УВЧ-терапия, ГНЛ	Сохранение витальности пульпы
<b>Перелом корня с разрывом пульпы</b>		
Репозиция и шинирование	Шины проволочные, стекловолоконные, ленточные	Консультация хирурга, ортодонта

Окончание табл. 42

Метод лечения	Средства лечения	Контроль эффективности
Эндодонтическое лечение	Эндодонтический инструмент, пломбировочный материал	Динамическое наблюдение 2 месяца, 4 варианта заживления. Рентгенологический контроль. При временной пломбировке – осмотры через 2, 4, 6 недель

### ЗАБОЛЕВАНИЯ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА У ДЕТЕЙ

Классификация заболеваний тканей периодонта у детей (МКБ–С):

K05 Гингивит

K05.0 Острый гингивит

K05.00 Острый стрептококковый гингивостоматит

K05.08 Другой уточненный острый гингивит

K05.1 Хронический гингивит

K05.10 Хронический гингивит. Простой маргинальный

K05.11 Хронический гингивит. Гиперпластический

K05.12 Хронический гингивит. Язвенный

K05.13 Хронический гингивит. Десквамативный

K05.18 Другой уточненный хронический гингивит

K05.19 Хронический гингивит неуточненный

K05.2 Острый пародонтит (пародонтит)

K05.20 Пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища

K05.21 Пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищом

K05.22 Острый перикоронит

K05.3 Хронический пародонтит

K05.30 Хронический пародонтит. Локализованный

K05.31 Хронический пародонтит. Генерализованный

K05.32 Хронический перикоронит

K05.33 Утолщенный фолликул (гипертрофия сосочка).

*Задача:* выявить симптомокомплекс у пациента и соотнести его с описанием заболевания (табл. 43).

Таблица 43

### Схема ориентировочной основы действия. Диагностика заболеваний тканей периодонта у детей

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии самоконтроля
<b>Жалобы</b>		
Кровоточивость десны	Опрос матери и ребенка	Острый и хронический маргинальный гиперпластический (отечная форма), острый и хронический пародонтит — при приеме пищи

Продолжение табл. 43

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии самоконтроля
Боль при приеме пищи Разрастание десны Разрастание десны Подвижность зубов	Осмотр Пальпация	Острый пародонтит, хронический я перпластический гингивит. Гипе гингивит. Хронический гиперпласт гингивит. Острый и хронический пародонтит
<b>Анамнез жизни</b>		
Наследственный (семейный)	Опрос матери и ре	Условия жизни, характер и режим за полостью рта и зубами. Вредные п Предрасположенность к развитию за
Сопутствующие заболевания		Эндокринные, аллергические, вирус ния. Заболевания крови, ЦНС. Стре ния
<b>Анамнез заболевания</b>		
Период возникновения заб Симптомы заболевания	Опрос матери и ре	При наследственной патологии, д ной диагностике идиопатических заб Кровоточивость, зубной налет, зуд д Боль при чистке и приеме пищи. От цвета и формы десны. Подвижность
Течение		Обострение, ремиссия
Анамнез лечения		Проводимое ранее лечение. Результа
<b>Объективное обследование</b>		
Внешний осмотр		Симметричность лица, состояние нос бородочных складок
Состояние кожи	Пальпация	Цвет, тургор, целостность
Состояние лимфатических		При хронических формах — увеличе
Осмотр слизистой полости	Зеркало, шпатель	Влажность, цвет, наличие элементов
Преддверие полости рта	Зеркало, зонд	Высота прикрепленной десны. Мелк среднее — до 10 мм, глубокое — бол
Прикрепление уздечек губ		Место прикрепления, эластичность
Состояние десны	Зеркало, зонд, крас	По отношению к норме. Цвет д розовый, умеренно влажная. Сосочк ные. Маргинальная часть десны сос мм. Альвеолярная — от 1 до 9 мм

Продолжение табл. 43

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии самоконтроля
Состояние зубов	Зеркало, зонд, пальцы	Количество, положение в зубном ряду, диастемы. Локализация и характер поражений. Состояние реставраций. Состояние тактильных пунктов. Подвижность. Оценить индексы гигиены с учетом возраста
Наличие зубных отложений		
Кровоточивость десны	Осмотр	При зондировании оценку производить в течение 10-15 секунд
Характер воспаления десны	Осмотр	Катаральное — отечность, гиперемия, болезненность. Язвенное — изъязвление десны, фибринозный налет. Пролиферативное — гипертрофия тканей десны. Отечная форма — десневые сосочки увеличены, цианотичны, блестящие, эластичные, болезненные. Гипертрофическая — десневые сосочки увеличены, плотные, розовые, наличие твердых зубных отложений. Фибринозная — десневые сосочки увеличены, плотные, розовые, наличие твердых зубных отложений. Зубодесневые карманы ложные, кровянистые
Характер изменения десны	Периодонтальный зонд	При пародонтите — деструктивные изменения, наличие карманов
Состояние зубодесневых карманов	Периодонтальный зонд Шил-лера-Писарева	Усилие не более 20 г. Измерение проводится с трех сторон зуба, от десневого края в направлении до дна кармана
Распространение процесса	вс	Проведение периодонтальных индексов. Исключить зубы в стадии прорезывания
<b>Постановка предварительного диагноза</b>	См. классификацию	
<b>Дополнительные методы обследования</b>		
Рентгенологическое	Рентгенкабинет	Ортопантомография. Прицельная рентгенография. Учитывать особенности тканей в детском возрасте: радикулярная щель, уплощенный лобный пазуховый синус, тонкая решетчатая кость, увеличенное пространство губчатой кости, снижена степень минерализации кости

Продолжение табл. 43

Этапы диагностики	Средства и условия	Критерии самоконтроля
Микробиологические пробы	Материал: зубной материал из пародонтальных карманов	Установление микробного состава и чувствительности микрофлоры к антибиотикам для местной терапии
Лабораторные анализы	Клиническая лаборатория	Общий анализ крови. Биохимический анализ крови. Анализ крови на сахар, анализ крови на гепатит В, С, ВИЧ-инфекцию, иммунограмма
Направление к другим специалистам	Стационар, поликлиника	Выявление сопутствующей патологии, проведение комплексного лечения
<b>Проведение дифференциальной диагностики</b>		
Эозинофильная гранулема		Деструкция межальвеолярных перегородок, очаги деструкции костной ткани в других участках челюстей, в плоских костях черепа. Биопсия десны — большое количество эозинофилов
Болезнь Шюллера–Крисчен (ксантоматоз)		Характерна триада симптомов: несахарный диабет, экзостозы, деструкция в плоских костях скелета
Циклическая нейтропения		Деструкция костной ткани только в альвеолярном отростке. Слизистые поражения кожи и слизистых оболочек, прыщи. Анализ крови: снижение или полное отсутствие нейтрофилов
Гипоиммуноглобулинемия		Гиперпластический гингивит имеет прогрессирующий характер, быстро переходит в пародонтит. Исследование иммуноглобулинов сыворотки крови — важное значение
Десмодонтоз		Симметричность поражений, отсутствие зубных отложений, наличие пародонтальных карманов с серозно-гнойным экссудатом, подвижность зубов, травматическая окклюзия. Рентгенограммы: диффузное разрушение костной ткани челюстей и первых моляров, резорбция в виде арок. Рентгенограммы изменения более значительные по сравнению с клиническими
Болезнь Леттерера–Зиве		Бледность кожных покровов, адинамия, гепато- и спленомегалия. В полости рта — генерализованный пародонтит с остеопорозом. Рентгенограммы: остеопороз, диффузное рассасывание костной ткани, разрушение перегородок, очаговое рассасывание кости челюстей

Окончание табл. 43

Этапы диагност	Средства и условия обследования
Синдром Папийона–Лефев	Синдром: гиперкератоз кожи ладоней, подошв, их шелушающийся остеопороз кости альвеолярных отростков челюсти с выпадением зубов. Клинические и рентгенологические изменения соответствуют генерализованного пародонтита
<b>Постановка диагноза (согласно классификации)</b>	

Задача: выбрать оптимальную схему лечения (табл. 44).

Таблица 44

**Схема ориентировочной основы действия. Лечение заболеваний маргинального периодонта у детей в возрасте от 6 до 18 лет**

Этапы лечеб	Средства и ус	Критерии и формы самоконт
<b>Подбор индивидуаль полости рта</b>	Средства и предметы	Мотивация. Техника чистки, метод Обязательный контроль родителям нием рекомендаций
Зубная щетка	Мягкие, очень мягкие, монопучковые, ортодонтические – ям. Оральные центры	
Зубная паста	Лечебно-профилактическая (с хлоргексидином, триклоза более 2–4 недель	
Интердентальные сред	Курс не более 2–4 недель	
Жидкие средства гигие	Эликсиры, тоники, бальзамы для полости рта	
<b>Проведение професс гигиены полости рта</b>	В соответствии с факторами риска, этапами, количеством	
Обезболивание	Лидокаин, артикаин, др. анестетики	Местная аппликационная, инфилт проводниковая анестезия для сни ощущений при удалении зубных отл
Антисептическая обра	0,05%-ный р-р хлорг содил, элюдрил	Обязательно перед удалением зубн Ирригация и полоскание полости рта
Удаление наддесневь ложений	0,01%-ный р-р мира антисептики. Ручной инструмент д ных отложений	Использование скелеров и аппарато действия, применять у детей толь ствии признаков деминерализации э
Удаление поддесневь ложений	Ручной инструмент д ных отложений	При их наличии у детей

Продолжение табл. 44

Этапы лечения	Средства и условия	Критерии и формы самоконтроля
Антисептическая обработка	0,05%-ный р-р хлоргексидил, элюодрил, 0,01%-н стина и др. антисептик	На всех этапах работы для уменьшения воспалительных явлений
Полировка поверхностей	Полировочные щетки ты. Резиновые чашечки	После снятия воспалительных явлений
Апликация фторидными препаратами	Растворы, гели, лаки рассасывания	Уменьшение гиперчувствительности эмали зубов
<b>Местная противовоспалительная терапия</b>		
Апликация лекарственных средств на десну	Метрогил-дент, холис	Уменьшение воспалительных явлений
Наложение лечебной повязки на десневой край	Противовоспалительная повязка, 10 % метронидазола, МетрогилДента и повязки (Septopak), повязки (Дента)	Повязка должна закрывать десневой край на 1/3 высоты коронки зуба и прикрывать десну. Наложение повязки — на десневой край
<b>Склерозирующая терапия</b>	При гиперпластическом гингивите. Десневые сосочки тушируют отжатым тампоном	
<b>Хирургический метод (резекция)</b>	При гиперпластическом гингивите. У детей не проводится	
<b>Физиотерапевтическое лечение</b>	ГНЛ, вибромассаж, лекарственные препараты	Нормализация физиологических процессов
<b>Терапевтическое лечение</b>	Пломбировочные материалы	Санация полости рта: лечение кариеса, повторная реставрация, восстановление функциональных пунктов
<b>Ортодонтическое лечение</b>	Брекеты-системы, каппы	Устранение аномалии прикуса. Устранение жевательной нагрузки
<b>Хирургическое лечение</b>	Пластика уздечек, коррекция десневой линии полости рта	Устранение ишемии тканей, рецессии десневой линии
<b>Прогноз заболевания</b>	Беседа с родителями	Выздоровление при гингивите. Стабилизация процесса при пародонтитом. Прогрессирование — при системных заболеваниях и генетических синдромах

Окончание табл. 44

Этапы лечения	Средства и условия	Критерии и формы самоконтроля
<b>Диспансерное наблюдение</b>	Выделение диспансерных групп (3 группы). Для снятия с диспансерного наблюдения полное выздоровление в результате устранения причинных факторов или стойкая ремиссия	

### ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

План диспансерного наблюдения предполагает определение ребенка в соответствующую диспансерную группу с указанием сроков посещения стоматолога.



Ведущими научными и организационными предпосылками целесообразности диспансеризации детского населения у стоматолога является, прежде всего, высокая распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний у детей всех возрастов.

Исходя из данных динамического наблюдения за развитием кариеса с разной исходной степенью активности, Т. Ф. Виноградова (1988) рекомендует:

- здоровых детей и детей, имеющих первую степень активности кариеса, осматривать и санировать 1 раз в год;
- детей, имеющих вторую степень активности кариеса, осматривать и санировать 2 раза в год;
- детей, имеющих третью степень активности кариеса, осматривать и санировать 3 раза в год.

Кроме того, диспансеризация детей у стоматолога предусматривает комплекс лечебно-профилактических мероприятий в отношении не только кариеса зубов, но и аномалий прикуса, заболеваний краевого периодонта, опухолей, травм, пороков развития и т. д. Это особенно важно, поскольку большинство стоматологических заболеваний, имеющих распространение среди детского населения, не излечиваются в результате разового и даже многократного посещения стоматолога, а имеют хроническое течение и требуют длительной коррекции (после травм, удаления опухоли и др.).

#### **Составление диспансерных групп в разные возрастные периоды (Т. Ф. Виноградова, 1988)**

##### ***Дети от рождения до 4 лет:***

- *I диспансерная группа:* здоровые дети.
- *II диспансерная группа:* здоровые дети, но с факторами риска в развитии стоматологических заболеваний.
- *III диспансерная группа:* дети, имеющие стоматологические заболевания: пороки развития зубов, опухоли челюстно-лицевой области; дети, перенесшие травму челюстно-лицевой области и одонтогенный или гематогенный остеомиелит костей лица.

##### ***Дети в возрасте 4–6 лет:***

- *I диспансерная группа:* здоровые дети и дети с I степенью активности кариеса;
- *II диспансерная группа:* дети со II степенью активности кариеса; дети с формирующимися аномалиями прикуса и факторами риска их возникновения;
- *III диспансерная группа:* дети с пороками развития зубов и кариесом разной степени активности; дети с пародонтальным синдромом соматических заболеваний, рецидивирующими афтами слизистой оболочки полости рта, аномалиями прикуса, нуждающиеся в аппаратном лечении и перенесшие операции по поводу опухолей (до снятия с учета у хирурга).

**Дети в возрасте 6–15 лет.** Особенностью настоящего этапа развития педиатрии является то, что многие соматические заболевания детей (сердечно-сосудистая патология, ревматизм, заболевания почек, инфекционно-аллергические состояния, заболевания ЖКТ, печени и др.) педиатры рассматривают в связи с заболеваниями зубов и краевого периодонта, придавая им большое значение в развитии патологии. С другой стороны, многочисленными исследованиями доказано влияние общих соматических заболеваний на возникновение и активность стоматологических болезней. Это диктует необходимость организации диспансерного наблюдения с учетом данных стоматологического обследования, степени активности наиболее распространенного заболевания — кариеса зубов, и данных, характеризующих общее состояние здоровья (группа здоровья), что в совокупности лежит в основе кратности осмотров и содержания лечебно-профилактических мероприятий при повторных посещениях стоматолога.

### **Формирование диспансерных групп у школьников с учетом общего здоровья и стоматологического статуса**

#### ***I диспансерная группа:***

– здоровые и практически здоровые дети, не имеющие заболеваний зубов, пародонта, аномалий прикуса;

– здоровые и практически здоровые дети, имеющие один или несколько признаков:

а) I степень активности кариеса;

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

в) пороки развития (аномалии уздечек губ, языка, мелкое преддверие полости рта и др.), исключая те случаи, когда требуется хирургическая коррекция аномалий;

г) состояние после травматического повреждения челюстно-лицевой области, исключая случаи повреждения зубов с несформированными корнями.

*Эту группу осматривают 2 раза в год.*

#### ***II диспансерная группа:***

– дети с хроническими заболеваниями внутренних органов (III, IV и V группы здоровья), не имеющие заболеваний зубов, пародонта, аномалий прикуса;

– здоровые и практически здоровые дети, имеющие:

а) II степень активности кариеса;

б) гингивиты, обусловленные аномалиями прикуса, для устранения которых необходимо ортодонтическое лечение;

в) зубы, леченные по поводу осложнений кариеса (период реабилитации);

– дети, перенесшие:

а) воспалительные процессы челюстно-лицевой области (остеомиелит, одонтогенный лимфаденит и др.);

б) операцию удаления сверхкомплектного зуба;

- в) операцию удаления доброкачественного новообразования;
- дети, находящиеся на ортодонтическом лечении.

Вторую группу осматривают и saniруют 4 раза в год.

### **III диспансерная группа:**

- дети с хроническими заболеваниями внутренних органов (IV и V группы здоровья) со II и III степенью активности кариеса;

– здоровые и практически здоровые дети, имеющие один или несколько признаков:

- а) III степень активности кариеса;
- б) все формы очаговой деминерализации и начальные формы кариеса, диагностированные специальными методами;
- в) локализованный и генерализованный пародонтит;
- г) гингивит, обусловленный заболеваниями внутренних органов (диабет, нейтропения и др.) — пародонтальный синдром;
- д) состояние после травмы зубов с несформированными корнями (пломбированный зуб, покрытый коронкой и др.);
- е) активнодействующие причины развития аномалий прикуса (нарушение функций глотания, дыхания, жевания, речи, вредные привычки и др.);
- дети, находящиеся в ретенционном периоде после окончания ортодонтического лечения;
- дети, находящиеся на комплексном лечении стоматологической патологии, протекающей в тяжелой форме: II и III степень активности кариеса, заболевания краевого пародонта, деформации прикуса, а также нуждающиеся в хирургических методах коррекции аномалий и др.;
- дети, находящиеся на диспансерном наблюдении в онкологическом учреждении.

**Третью группу осматривают и saniруют 4–6 раз в год.**

### **ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

Для самостоятельного усвоения темы занятия рекомендуется внимательно изучить методические рекомендации для уточнения основных моментов, на которые необходимо обратить внимание при теоретической подготовке. Выяснить вопросы, на которые следует уметь ответить после изучения темы, и затем приступить непосредственно к изучению материала, представленного в списке основной и дополнительной литературы.

На практическом занятии студент должен принять одного пациента, используя в ходе приема полученные теоретические знания. Студент должен составить план комплексного лечения, назначить общее лечение по показаниям, выписать рецепты, заполнить амбулаторную карту. Назначить дату следующего визита.

**Задание на дом:** выписать рецепты лекарственных препаратов, применяемых для профилактики кариеса зубов, лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта у детей.

### СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

**Задача 1.** Ребенку 11 лет. Жалобы на кровоточивость десны при чистке зубов в течение месяца. К врачу не обращался. Зубы чистит нерегулярно.

*Объективно:* десневые сосочки и краевая десна в области всех зубов гиперемированы, отечны, имеют округлую форму. При зондировании десневого желобка появляется кровоточивость. Тесное положение зубов 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3. GI = 1,2; OHI-S = 2,5. КПУЗ = 2.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Ребенку 13 лет. Жалобы на увеличение размеров десны и кровоточивость при чистке зубов и приеме жесткой пищи. Чистит зубы нерегулярно.

*Объективно:* десневые сосочки и краевая десна гиперемированы, с цианотичным оттенком. Десна в области зубов 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 увеличена в размере, десневые сосочки перекрывают коронки зубов на  $\frac{1}{2}$ , имеют шарообразную форму. При зондировании десневого желобка отмечается кровоточивость. OHI-S = 2,8.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Ребенку 5 лет. Родители жалуются на отказ ребенка от приема жесткой пищи в связи с болезненностью, возникающей при пережевывании, вялое жевание, неприятный запах изо рта. Со слов матери, проблема существует около 6 месяцев. Соматически здоров.

*Объективно:* открывает рот в полном объеме, функция височно-нижнечелюстного сустава не нарушена. Слизистая оболочка языка и щек бледно-розового цвета, чистая, без патологических изменений. Зубы интактны. Отмечается подвижность зубов 5.4, 6.4, 7.4, 8.4 I–II степени. Десна в области указанных зубов слегка отечна, в цвете не изменена. Глубина зубодесневых карманов в области зубов 5.4, 6.4, 7.4, 8.4 3–4 мм.

Выскажите предположение о диагнозе. Какие дополнительные данные и методы обследования необходимы для уточнения диагноза? Тактика стоматолога. Составьте план лечения, выскажите предположение о прогнозе заболевания.

**Задача 4.** Отец привел мальчика 8 лет, который сломал зуб 1.1 в школе на уроке физкультуры. Ребенок жалуется на боль при прикосновении к зубу.

*Объективно:* коронка зуба 1.1 отломана на  $\frac{1}{2}$ , линия перелома проходит горизонтально через полость зуба. Пульпа обнажена, красная, резко болезненная при зондировании. Перкуссия зуба болезненная.

Сформулируйте диагноз. Какие факторы будут влиять на выбор метода лечения зуба 1.1? Критерии эффективности проводимого лечения?

**Задача 5.** Ребенку 9 лет. Со слов мамы, 2 дня назад во время игры в футбол получил травму передних зубов. Жалобы на косметический дефект, кратковременную боль от температурных и механических раздражителей в зубе 1.1.

*Объективно:* отек верхней губы, на коже верхней губы ссадина, покрытая геморрагической корочкой, на коже подбородка гематома. В полости рта: имеется скол эмали коронки зуба 2.1; отсутствует  $\frac{1}{4}$  коронки зуба 1.1. Перкуссия зубов 2.1 и 1.1

слабо болезненная. Отмечается болезненность при зондировании линии перелома в зубе 1.1.

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Ребенку 8 лет. Жалобы на выпадение пломбы из зуба 3.6 и ноющие боли от горячего. Более полугода назад зуб лечили по поводу пульпита биологическим методом. Ребенок часто болеет простудными заболеваниями.

*Объективно:* на окклюзионной поверхности зуба 3.6 глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином. Имеется сообщение с полостью зуба, зондирование пульпы в точке сообщения безболезненное. После раскрытия полости зуба зондирование в устьях корневых каналов болезненное, неприятный запах из зуба.

*На рентгенограмме:* у верхушек корней зуба 3.6 округлые очаги просветления костной ткани с четкими границами  $2 \times 2$  мм, компактная пластинка лунки сохранена, периодонтальная щель широкая. Корни сформированы на  $\frac{2}{3}$  длины, стенки корня тонкие, просвет корневых каналов широкий, одинаковый по всей длине корня.

ОНИ-S = 1,9; КПИ = 1,0; КПУЗ + КПУЗ = 2 + 8.

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения.

**Задача 7.** Ребенку 10 лет. Жалобы на изменение цвета коронки зуба 1.1.

*Из анамнеза:* год назад во время занятий спортом ударился зубами при падении, произошел отлом коронки. После удара зуб болел от термических раздражителей и при накусывании, боль купировалась самостоятельно, к врачу не обращался.

*Объективно:* отсутствует  $\frac{1}{2}$  коронки зуба 1.1, коронка серого цвета, на десне в области проекции корня свищ, перкуссия безболезненная, обнаружено сообщение с полостью зуба, зондирование пульпы безболезненное.

*На рентгенограмме:* корень сформирован на  $\frac{2}{3}$ , корневой канал и апикальное отверстие широкие, в области апикального отверстия — разрежение костной ткани с нечеткими границами  $0,6 \times 0,6$  см.

Врач провел следующее лечение: инструментальную и медикаментозную обработку корневого канала, после чего канал был запломбирован гуттаперчевыми штифтами, коронка реставрирована.

Правильно ли выбран метод лечения?

**Задача 8.** Ребенку 12 лет. Жалобы на неполноценную пломбу в зубе 1.4 и боль при приеме пищи от температурных и механических раздражителей в области верхней челюсти справа, длительно не проходящую после устранения причины. Из истории болезни: зуб 1.4 лечили год назад по поводу кариеса дентина, была наложена пломба из стеклоиномерного цемента. Указано на беспокойное поведение ребенка во время лечения. Состоит на диспансерном учете по поводу хронического тонзиллита.

*Объективно:* лицо симметрично, дыхание смешанное, глотание инфантильное, губы сухие.

На медиально-окклюзионной поверхности 1.4 некачественная пломба с нарушенным краевым прилеганием и изменением цвета твердых тканей вокруг нее. После уда-

ления пломбы обнаружена глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, зондирование дна болезненно в одной точке. Перкуссия безболезненна. Прикус открытый. КПУЗ = 5; ОНI-S = 1,6; КПИ = 1.

Сформулируйте диагноз, проведите дифференциальную диагностику, составьте план лечения и профилактики.

### **Ответы на задачи**

Задача 1. Локализованный препубертатный периодонтит.

Задача 2. Генерализованный препубертатный периодонтит.

Задача 3. Симптоматический периодонтит (периодонтальный синдром) при сахарном диабете.

Задача 4. Перелом коронки 1.1 (с повреждением СНП, без вскрытия СНП).

Задача 5. Перелом коронки 1.1 в пределах дентина. Перелом коронки 21 в пределах эмали.

Задача 6. Некроз пульпы.

Задача 7. Хронический апикальный периодонтит 1.1 со свищом.

Задача 8. Хронический пульпит 1.4.

### **ЛИТЕРАТУРА**

#### **Основная**

1. *Стоматология* детского возраста / под ред. А. А. Колесова. М. : Медицина, 1991. 480 с.
2. *Терехова, Т. Н.* Травматические повреждения твердых тканей зубов у детей / Т. Н. Терехова, К. А. Горбачева // Современ. стоматология. 2006. № 1. С. 22–28.
3. *Терехова, Т. Н.* Апикальный периодонтит у детей и подростков : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Терехова, В. П. Михайловская, О. В. Минченя. Минск : БГМУ, 2010. 51 с.
4. *Терехова, Т. Н.* Маргинальный периодонтит у детей в различные возрастные периоды : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Терехова, Л. В. Козловская, Е. А. Кармалькова. Минск : БГМУ, 2002. 28 с.
5. *Травматические повреждения зубов у детей* : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Терехова, Е. И. Мельникова, О. В. Минченя, М. Л. Боровая. Минск : БГМУ, 2011. 47 с.

#### **Дополнительная**

1. *Виноградова, Т. Ф.* Стоматология детского возраста / Т. Ф. Виноградова. М. : Медицина, 1987. С. 198–209.
2. *Терапевтическая стоматология детского возраста* / под ред. Л. А. Хоменко. Киев : Книга плюс, 2007. 815 с.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Организация стоматологического приема детей от 0 до 3 лет.....	3
Особенности психического и физического развития детей в возрасте от 0 до 3 лет .....	5
Особенности стоматологического приема детей раннего возраста .....	7
Диагностика кариеса временных зубов.....	15
Принципы лечения раннего детского кариеса.....	19
Лечение несотрудничающих детей раннего возраста .....	20
Тактика врача-стоматолога при работе с несотрудничающими детьми ..	21
Методы лечения, используемые при работе с несотрудничающими детьми	22
Показания к применению методов медикаментозного воздействия на поведение	22
Профилактика и лечение травматических поражений временных зубов.....	23
Лечение травматических повреждений временных зубов .....	25
Осложнения травм временных зубов .....	26
Диагностика и лечение основных инфекционных поражений полости рта у детей раннего возраста .....	27
Задание для самостоятельной работы студентов .....	34
Ситуационные задачи.....	34
Литература.....	37
Организация стоматологического приема детей от 3 до 6 лет.....	37
Особенности психического и физического развития детей в возрасте от 3 до 6 лет .....	39
Особенности стоматологического приема детей от 3 до 6 лет .....	41
Особенности организации стоматологического приема детей раннего возраста (от 3 до 6 лет).....	42
Пульпиты временных зубов у детей .....	46
Лечение пульпита временных зубов .....	48
Периодонтиты временных зубов .....	51
Задание для самостоятельной работы студентов .....	56
Ситуационные задачи .....	57

Литература.....	59
Организация стоматологического приема детей от 6 до 18 лет.....	59
Особенности психического и физического развития детей от 6 до 18 лет .....	61
Особенности организации стоматологической помощи детям в возрасте от 6 до 18 лет.....	63
Кариес постоянных несформированных зубов.....	65
Пульпиты постоянных зубов с несформированным корнем у детей .....	69
Периодонтиты постоянных зубов с несформированными корнями у детей.....	76
Травматические повреждения постоянных зубов .....	79
Заболевания тканей периодонта у детей.....	83
Диспансеризация детей и подростков.....	88
Задание для самостоятельной работы студентов .....	91
Ситуационные задачи .....	92
Литература .....	94



Учебное издание

**Терехова** Тамара Николаевна  
**Ковальчук** Наталия Валерьевна  
**Шилова** Маргарита Александровна

**ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ДЕТЕЙ  
РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т. Н. Терехова  
Редактор И. В. Дицко  
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 29.03.12. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 6,28. Уч.-изд. л. 5,05. Тираж 150 экз. Заказ 420.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.