ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Детская терапевтическая хирургическая стоматология-2

Код дисциплины: DTHS 5302-2

Название ОП: «6B10103- «Стоматология»

Объем учебных часов / кредитов: 120 часов (4 кредитов)

Курс – 5**, семестр изучения –** 10

Объем лекций: 10 часов

Шымкент 2023 г.

Лекционный комплекс рабочая учебная дисциплина "Детская терапевтическая и хирургическая стоматология -2» разработана в соответствии с рабочей учебной программой (силлабус) и обсуждена на заседании кафедры

Протокол № 11 **«** 14. **»** 06. **2023 г.**

Заведующий кафедрой _____ **к.м.н., и.о., доц. Кенбаева Л.О.**

Лекция №1

1. Тема: Заболевания пародонта у детей.Классификация заболеваний пародонта. Гингивит у детей. Этиология, патогенез, особенности клинического течения, методы диагностики и лечения, профилактика.

2. Цель: Ознакомить студентов с классификацией, этиологией, патогенезом, клиникой и лечением заболеваний пародонта

3. Тезисы лекции.

Строение пародонта у детей

Пародонт (ВОЗ,1980г.)-сочетание нескольких тканей, поддерживающих зуб, связанных в своем развитии топографически и функционально. Пародонт включает десну, пародонтальную связку, альвеолярную кость.

Десна образована эпителием и соединительной тканью, простирается от десневого края до мукогингивального соединения. Различают межзубной сосочек и десневую бороздку. В эпителии десны дифференцируют десневой эпителий кревикулярный, соединительный эпителий. Для строения десны у детей характерно:

1.большая васкуляризация, эпителий имеет более тонкий слой ороговевших клеток, в связи с чем окраска десны более яркая,

2.Менее выраженная зернистость поверхности из-за незначительного углубления эпителиальных сосочков,

3.Небольшая плотность соединительной ткани,

4.Большая глубина десневых бороздок,

5.В период прорезывания зубов десневой край имеет округлые края с явлениями отека и гиперемии.

Цемент корня-характерно более тонкий, менее плотный, имеет тенденцию к гиперплазии в участке прикрепления эпителия.

Пародонтальная связка (периодонт) -плотная, соединительная ткань окружающая корни зубов и имеющая в своем составе шарпеевы волокна, которые содержатся и в цементе корня, и в альвеолярной кости, обеспечивая прочность фиксации зуба. Характерно для пародонтальной связки в детском возрасте:1.Расширение ее,2.имеет тонкие нежные волокна, 3.Отличается гидратацией за счет усиленного лимфо и кровоснабжения.

Альвеолярный отросток имеет альвеолярный гребень, являющий его венечным краем. Стенка альвеолы представлена альвеолярной костью, которая

имеет решетчатую пластинку, прилегающую к корню зуба. Характерно: 1. Более плоский гребень , 2. Тонкая решетчатая пластинка, 3. Увеличение пространств

губчатого вещества, 4. Меньшая степень минерализаций , 5. Меньшее количество трабекул губчатого вещества, 6. Усиленное лимфо и кровоснабжение.

Классификация заболеваний пародонта

В классификации Т.Ф. Виноградовой отражены основные черты патологического процесса, вид, локализация, характер питания и причины заболевания.

1. Воспалительные заболевания пародонта: гингивиты, пародонты по течению: острые, хронические ремиссии, обостр.

По степени тяжести: легкая, средняя, тяжелая.

По распространению: локализованная и генерализованная.

Гингивиты по форме воспаления: катаральная, гипертрофический, язвенный.

2.Дистрофические поражения-пародонтоз.

По степени тяжести: легкая, средняя, тяжелая.
По течению: ремиссия, хронические.
Распространения: генерализованный.
3. Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта (синдром Папийона – Лефевра, нейтропения, Х-гистицитоз и тд.)

Опухолевые и опухолевидные процессы в пародонте – пародонтомы.

Целью диагностики заболевания пародонта является установление:
Клиника – морфологических изменений.
Локализации процесса
Характера клинического течения
Этиологии процесса
Для установления диагноза применяются: основные и дополнительные методы.
Дополнительные : 1 Индексная система: РМА, ГИ, СР!Т
2. Индексы гигиены: ОН! – У, Федорова – Володкиной,
3 .Р-исследование (при Х-гистиоцитозе – лакунарный тип деструктивного поражения в области альвеолярного отростка в сочетании с очагами деструкции в других участках челюстей и поражения других костей скелета; при сахарном диабете: воронкообразный характер деструкции костной ткани, окружающей зубы; при доброкачественной нейтропении – деструкция альвеолярного отростка с четкими довольно ровными, как бы «срезанными» границами). Характер клинического течения определяется на основании данных анамнеза.

Для установления этиологии - выявление факторов риска, способствующих развитию заболевания.

Хронический катаральный гингивит – может быть локализованным, генерализованным.
Симптоматика скудная, отмечают цианоз слизистой оболочки десны кровоточивость.

Хр гипертрофический – генерализованный , локализованный.

Хр десквамативный – постоянное слущивание поверхностных слоев эпителия, вследствие чего вся слизистая оболочка эрозирована, ранима.
Пародонтит чаще всего является симптомом общего заболевания организма.
Локализованный пародонтит следует рассматривать как самостоятельное поражение, возникающее вследствие преимущественно местно действующих причин:

4. Иллюстративный материал: мультимедийный проектор (презентация)
5. Литература:
Приложение №1
6. Контрольные вопросы:
1. Строение пародонта.
2. Классификация заболеваний пародонта.
3. Этиология заболеваний пародонта.
4. Основные и дополнительные методы диагностики заболеваний пародонта.
5. Клиническое течение гингивитов.
6. Клиническое течение пародонтитов.
7. Методы лечения заболеваний пародонта.

8. Профилактика заболеваний пародонта.

Лекция №2

1. Тема: Особенности строения слизистой оболочки полости рта в разном возрасте. Т. Ф. По Виноградовой разработана классификация заболеваний полости рта у детей. Методы обследования детей с заболеваниями полости рта.Травмы слизистой оболочки полости рта у детей.Особенности клиники, диагностики и лечения.

2. Цель: ознакомить студентов с классификацией, этиологией, патогенезом заболеваний слизистой оболочки полости рта.

3. Тезисы лекции.

СТРОЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА (СОПР) У ДЕТЕЙ

Полость рта человека на всем протяжении покрыта слизистой оболочкой состоящей из эпителия и соединительнотканной основы. Соединение эпителия с соединительной тканью осуществляется при помощи базальной мембраны.

Эпителий имеет различную толщину: от 200-500мкм до 700-1000мкм в отдельных участках и представлен тремя слоями клеток: базальных, шиповидных и плоских.

В слое базальных клеток и нижней трети слоя шиповидных клеток встречаются митозы, поэтому эти области характеризуются как зародышевая зона (или гермативный слой).

Соединительнотканная основа слизистой оболочки состоит из рыхлой соединительной ткани, богатой кровеносными сосудами и клеточными элементами.

Граница эпителия и соединительной ткани представлена в виде двух пластинок, одна из которых образует клеточную мембрану, а другая - слой преколлагена соединительной ткани. Пространство между ними заполнено склеивающим веществом. Базальные клетки эпителия шипообразными цитопластическими выступами внедряются в аргирофильную субстанцию и образуют базальную мембрану.

Отдельные участки слизистой оболочки имеют отличительные черты, обусловленные анатомо-физиологическими особенностями.

В связи с этим большинство авторов выделяют три типа слизистых оболочек: покровная, жевательная и специализированная. К первому типу относится слизистая оболочка губ, переходных складок, дна полости рта и т.д., ко второму - слизистая оболочка десен и твердого неба, к третьему - слизистая оболочка тыльной поверхности языка.

Покровная слизистая оболочка характеризуется отсутствием ороговения и наличием выраженного подслизистого слоя. Жевательная слизистая оболочка обнаруживает признаки ороговения и в большинстве своем прилежит непосредственно к надкостнице, подслизистый слой ее минимален. Специализированная слизистая содержит специализированные нервные окончания (концевой рецепторный аппарат).

У детей структура СОПР (гистологическая и гистохимическая) резко меняется в зависимости от возраста.

Три возрастных периода

На основании специальных методов исследования проведенных Мергенбаевой Х.С., целесообразно выделить три возрастных периода, которые характеризуют динамику развития основных структур СОПР:

- период новорожденности (от рождения до 10 дней) и грудной (от 10 дней до 1 года) - 0-1 год.
- ранний детский - 1-3 года.

III - первичный (4-7) и вторичный (8-12) детский - 4-12 лет.

Окончательной строение СОПР с четкой дифференцировкой структур происходит к 12 годам.

Анатомо-физиологические особенности СОПР Первый период

У новорожденных и грудных детей эпителий очень нежный, тонкий, богат гликогеном и РНК, имеет всего 2 слоя клеток - шиповидные и базальные. Базальная мембрана "едва намечена", разделительной функции не выполняет. В собственно слое слизистой оболочки определяется рыхлая неоформленная соединительная ткань. В подслизистом слое значительное содержание клеточных элементов.

Морфологическое строение СОПР в I периоде обуславливает непрочность, легкую ранимость ее в этом возрасте; в то же время качественный состав тканей обеспечивает высокую способность к регенерации.

Второй период

Ранний детский период (1-3 года) характеризуется значительным содержанием клеточных элементов, высокой проницаемостью сосудистых стенок, рыхлостью соединительнотканных структур (базальной мембраны), Морфологические особенности строения СОПР в этом возрасте могут явиться одним из факторов, обуславливающих развитие и острое течение патологического процесса с.о.п.р. в этот период. Реакция иммунитета в этом периоде снижена, что может служить одной из причин частого поражения с.о.п.р. при ОГС, который в этом периоде встречается наиболее часто (71,1%).

Классификация заболеваний СОПР у детей.

Клиническое значение любой классификации заключается в том, чтобы помочь врачу оформить диагноз, в котором была бы отражена, этиология заболевания, патогенез, клиническая форма, т.е. все то, что в конечном итоге определило бы лечебную тактику врача. Так в классификации Т.Ф.Виноградовой используются термины - поражение, заболевание, изменение. Б.М.Э. так дает определение этих понятий:

заболевание - нарушение ж/деятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды, характеризуется понижением приспособляемости при одновременной мобилизации защитных сил организма;

повреждение - синоним травма, нарушение целостности тканей или органов с расстройством функции.

Изменение - проявление на СОПР, являющиеся симптомами патологии других органов и систем организма.

Классификация болезней, изменений и повреждений слизистой оболочки полости рта у детей.

I. По этиологии заболевания: 1) Вирусные болезни:

-Острый герпетический стоматит

Рецидивирующий герпетический стоматит

Герпангина

Вирусные бородавки

Везикулярный стоматит

2) Грибковые болезни:

Острый и хронический кандидоз Кандидомикоз

3) Бактериальные болезни:

Язвенно-некротический стоматит Венсана Туберкулезный стоматит Гонорейный стоматит Сифилис полости рта

4) Аллергические болезни:

Многоформная экссудативная эритема
5) Изменение СОПР
при болезнях ССС, нервно-психических., эндокринных и др. системных болезнях
при болезни системы пищеварения (рецидивирующие афты полости рта) при острых инфекционных болезнях (корь, скарлатина, ветряная оспа и др.) при болезнях крови (анемия, лейкоз, гемофилия)
при болезнях кожи (буллезный эпидермолиз, дерматит Дюринга и др.).
6) Повреждения СОПР, вследствие травмы, механических, физических, термических, лучевых факторов (афта Беднара, декубитальная язва, ожоги, мягкая лейкоплакия)
и др.
II. По клиническому течению - острые и хронические (рецидивирующие и перманентные).
По локализации - стоматит, папиллит, глоссит, гингивит и др.
По клинически выраженным морфологическим изменениям:

Первичное воспаление (катаральное, фибринозное, альтеративное и пролиферативное)
Вторичные - эрозии, язвы, пятна, рубцы.
4. Иллюстративный материал: мультимедийный проектор (презентация)
5. Литература:
Приложение №1
6. Контрольные вопросы:
1. Строение слизистой оболочки полости рта.
2. Анатомо - морфологические особенности слизистой оболочки полости рта у детей.
3. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Лекция №3

1. Тема: Вирусные и грибковые заболевания слизистой оболочки полости рта у детей.Виды. Особенности клинического течения, диагностика, лечение, профилактика.
2. Цель: студенттерді балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының вирустық және саңырауқұлақ ауруларымен таныстыру.
3. Тезисы лекции.
ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.
Среди всех заболеваний с.о.п.р. кандидоз занимает 3 место (Марченко и соавт.) вызывается грибами рода Candida - одноклеточными микроорганизмами круглой ил] овальной формы. Размножаются почкованием: почки возникают на концах клетки, мицели Candida не имеют, образуют нити псевдомицелия (истинный мицелий имеет общук оболочку и множество перегородок).
Candida - аэробы, в бескислородной среде развитие их резко замедляется и затер прекращается. В норме Candida - сапрофиты, постоянно вегетируют в полости рта (у 6-70°/ здоровых лиц по данным различных авторов). Candida можно обнаружить на овощах] фруктах.
Часто они обнаруживаются на слизистой оболочке новорожденных, особенн недоношенных (попадает при прохождении по родовым путям).
При определенных условиях эти грибы становятся патогенными, чему способствуют:

нарушение резистентности организма
общие заболевания ЖКТ, эндокринной системы
понижение витаминного баланса
снижение резистентности иммунобиологического состояния организма недостаточно развитый местный иммунитет у групп детей
дисбактериоз
Широкое и бессистемное применение а/биотиков, кортикостероидов и др иммунодепресантов также способствует развитию кандидоза:
а/биотики широкого спектра действия приводят к развитию дисбактериоза, в этих случаях усиленно размножаются
кортикостероиды - нарушается углеводный обмен, нарушается витаминный баланс, снижается реактивность организма - благоприятный фон для размножения.
Местные факторы - снижение гигиены полости рта, воспалительные процессы в полости рта, авитаминоз С.
Клинически кандидоз выявляется в виде хейлитов, заед (ангулярный хейлит), глосситов и стоматитов.

Противовирусные препараты парентерально (перорально) - ацикловир (зовиракс), валтрекс (валцикловир), бонафтон, алпизарин, флакизит.
Местная терапия.
Строгое соблюдение гигиены полости рта.
Аппликационное обезболивание - 3% анестезиновой эмульсией, 1% раствором лидокаина, 0,5% раствором тримекаина.
Обработка СОПР с помощью ферментов — р-ры трипсина и химотрипсина.
Антисептическая обработка - бледно-розовый раствор перманганата калия, 0,02% р-р фурацилина,0,02% р-р хлоргексидина, дома р-ры шалфея и ромашки.
Этиологическое - применение противовирусных препаратов:

5% мазь зовиракс (ацикловир);
0,05-0,5% бонафтоновая мазь;
0,5% флореналовая мазь;
2% алпизариновая мазь
интерферон в виде полосканий и интерфероновая мазь в виде аппликаций;
интерферон в сочетании с метилуроцилом;
0,25-0,5% оксолиновая мазь;
0,25-0,5% теброфеновая мазь и др.
6. Кератопластические средства - масляный р-р вит. А.,Е., масло облепихи, шиповника, мазь
или желе солкосерила, кызылмай, левовинизоль.
7. Патогенетическая терапия - после освобождения слизистой от некротических масс и появлении гиперемии вокруг элементов поражения назначать средства, способствующие эпителизации, физиотерапия: УФО, ГНЛ №3-5. Противоэпидемические мероприятия.
Профилактика:
Изоляция и лечение больных детей.
Дезинфекция помещения, обеззараживание предметов общего пользования 1-2% р-ром хлорамина, кварцевание, проветривание помещения.

Установление источника инфекции.
Проведение ежедневных осмотров детей.
Для профилактики ОГС здоровым детям, бывшим в контакте, назначить противовирусные препараты местно в течение 5 дней (3-4 раза в день).
4. Иллюстративный материал: мультимедийный проектор (презентация)
5. Литература:
Приложение №1
6. Контрольные вопросы:
1. Проявления вирусной инфекции в полости рта у детей.
2. Этиология вирусных заболеваний полости рта у детей.
3. Грибковые заболевания слизистой оболочки полости рта у детей.
4. Методы лечения вирусных заболеваний полости рта у детей.
5. Методы лечения грибковых заболеваний полости рта у детей.

Лекция №4

1. Тема: Аллергические заболевания СОПР у детей, рецидивирующие афты полости рта, мультиформная экссудативная эритема. Синдром Стивенса-Джонсона. Синдром Лайелла. Особенности клинического течения, диагностики, лечения и профилактики.
2. Цель: Аллергические болезни слизистой полости рта у детей, клинические особенности.
3. Тезисы лекции.

Аллергические заболевания среди детей в настоящее время широко распрост¬ранены, постоянно растет их количество и тяжесть течения. Это связано, по-ви¬димому, с загрязнением окружающей среды выхлопными газами, отходами промышленных предприятий, появлением в быту множества синтетических матери¬алов, красителей и других веществ, которые являются аллергенами, а следова¬тельно, и способствуют распространению аллергических заболеваний.

Болезнь Лайела.

Заболевание является одной из наиболее тяжелых форм токсико-аллергической реакции. Характеризуется тяжелым поражением кожи и СОПР на фоне выраженно¬го ухудшения общего состояния. Заболевание чаще возникает после приема ле¬карств (йод, антибиотики, бром и др.), рассматривается как синдром токсико-аллергического характера, является гиперергической реакцией организма на фоне пред¬шествующей сенсибилизации. У детей часто является следствием токсико-аллергического действия недоброкачественных продуктов или стафилококковой инфекции.

Клиника:Заболевание начинается остро, с подъема температуры тела до 38-41°С, резкого ухудшения самочувствия. На коже появляются крупные эритемы (размером с ладонь). На СОПР также появляются гиперемированные пятна, ло-кализующиеся на языке, деснах, губах. Иногда поражение носит диффузный раз¬литой характер. Через 2-3 дня в центре эритемы образуются пузыри, отслаивается и отторгается эпидермис, эпителий. Поражение напоминает ожог II—III степени. На СОПР и коже образуются болезненные обширные кровоточащие при дотрагивании эрозии. Симптом Никольского положительный, при цитологическом ис¬следовании акантолитические клетки не обнаруживаются. Общее состояние де¬тей тяжелое, высокая температура тела, сонливость, головная боль, симптомы обезвоживания организма. Могут развиться дистрофические изменения внутрен¬них органов, нервной системы. В основе развития заболевания лежит некроз по¬верхностных

слоев эпидермиса и эпителия, отек росткового (мальпигиева) слоя, нарушение межклеточных связей с образованием пузырей, располагающихся и интро-, и субэпителиально.

Дифференциальная диагностикапроводится с многоформной экссудативной эритемой, пузырчаткой.

Лечениепроводится в стационаре. Начинают его с прекращения приема лекар¬ственного препарата, послужившего причиной заболевания. Назначают десенси¬билизирующие препараты (димедрол, супрастин, тавегил), кортикостероиды, детоксикационную терапию (30% р-р тиосульфата, 10% р-р хлорида кальция и др.), гемодез, витамины С и Р, прием высококалорийной нераздражающей пищи с ис¬ключением аллергогенных продуктов. Местное лечение предусматривает обезбо¬ливание, антисептическую обработку, удаление некротизированных тканей протеолитическими ферментами, использование кератопластиков.

Прогноз зависит от срока начала лечения, благоприятный, но в 30% случаев возможен летальный исход.

Синдром Стивенса-Джонсона.

Тяжелым вариантом МЭЭ с нарушением общего состояния является синдром Стивенса-Джонсона.

Заболевание начинается внезапно, с высокой температуры и болей в суставах. На фоне тяжелого общего состояния на губах, слизистой щек, языка, мягкого не¬ба, задней стенки зева, дужках, гортани, на коже появляются пузыри, после вскрытия которых образуются кровоточащие эрозии. Сливаясь, они превращают¬ся в сплошную кровоточащую резко болезненную поверхность. Часть эрозий покрывается фибринозным налетом. Поражается также слизистая глаз (двусторон¬ний конъюнктивит и кератит), носа (ринит, носовые кровотечения), половых ор¬ганов. Вследствие генерализованного поражения полости рта и губ дети не могут разговаривать, принимать пищу, что приводит к их истощению.

Гистологически определяется спонгиоз, внутриклеточный отек. Пузыри обра¬зуются под эпителием. Отторгнутый эпителий некротизируется. В соединитель¬ной ткани имеется отек и воспалительный инфильтрат вокруг сосудов.

Дифференциальная диагностикапроводится с пузырчаткой, кандидозом, острой красной волчанкой, болезнью Дюринга.

Лечение:общее и местное, проводится и при МЭЭ, и при синдроме Стивенса-Джонсона. Симптоматическое лечение направлено на снижение интоксикации, де¬сенсибилизацию, снятие воспаления и ускорение эпителизации пораженной СОПР.

Общее лечение:

1) десенсибилизирующие препараты (димедрол, супрастин, тавегил, фенкарол, кларитин);
2) противовоспалительные средства (салицилаты);
3) витаминотерапия (vit. B);
4) препараты кальция;
5) этакридина лактат и левамизол в целях купирования обострения;
6) кортикостероиды 20-30 (60-80 мг при синдроме Стивенса-Джонсона);
7) детоксицирующая терапия.

Местное лечение направлено на ликвидацию воспаления, Отечности и ускоре-ние эпителизации пораженной СОПР:

1) обезболивающие препараты (тримекаин, лидокаин);
2) антисептические препараты (фурацилин, хлорамин и др.);
3) протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин);

4) кератопластики (масло шиповника, облепихи и др.).

В период ремиссии заболевания дети должны быть подвергнуты обследованию и санации полости рта, неспецифической гипосенсибилизации с аллергеном, к которому установлена повышенная чувствительность.

4. Иллюстративный материал: мультимедийный проектор (презентация)

5. Литература:

Приложение №1

6. Контрольные вопросы:

1. Аллергические проявления слизистой оболочки полости рта у детей.
2. Медикаментозный стоматит, клиника, диагностика, лечение.
3. Рецидивирующие афты, клиника, диагностика, лечение.
4. Многоформная экссудативная эритема, клиника, диагностика, лечение.
5. Синдром Стивенсона- Джонсона, клиника, диагностика, лечение.
6. Синдром Лайелла, клиника, диагностика, лечение.

Лекция №5

1. Тема: Изменения слизистой оболочки полости рта у детей при инфекционных и соматических заболеваниях. Проявления специфических заболеваний полости рта у детей. Заболевания губ и языка у детей.. Методы диагностики, особенности клинического течения, принципы лечения и профилактики.

2. Цель: Ознакомить студентов с классификацией, этиологией, патогенезом, клиникой и лечением повреждений слизистой оболочки полости рта, ознакомить с клиникой и лечением при изменениях слизистой оболочки полости рта при различных заболеваниях.

3. Тезисы лекции.

Изменения слизистой оболочки полости рта

Слизистая оболочка полости рта находится в тесной связи с различными органами и системами. Рецепторы слизистой оболочки полости рта имеют связи с ЦНС, ЖКТ, ССС и другими органами и системами. Большинство заболеваний слизистой оболочки полости рта обусловлено нарушениями функции определенных систем, причем первые симптомы заболеваний проявляются на слизистой оболочке полости рта и не имеют неспецифических проявлений, что представляет определенные трудности для диагностики.

Заболевания ЖКТ у детей довольно часто сопровождаются изменениями в полости рта. Это обусловлено единством функций слизистой оболочки полости рта и ЖКТ. Заболевания ЖКТ у детей характеризуются развитием отека слизистой оболочки полости рта, наличием налета на спинке языка, хроническим катаральным гингивитом с цианотичным оттенком. Возможные геморрагические петехиальные высыпания вследствие тромбоцитопении. У детей возникает неприятный запах изо рта.

Хронический атонический колит – рецидивы афт в полости рта. Гепатохолецистит– периодическое появление десквамативного глоссита с атрофией сосочков языка.

У детей, больных дизентерией, отмечается катаральный и афтозный стоматит, десквамативный глоссит, причем стоматиты развиваются на 2-3 сутки от начала заболевания, а глоссит на 7-14 сутки. У ослабленных детей могут развиться сопутствующий кандидоз слизистой оболочки полости рта.

Хронический энтероколит – глоссит, афтозный стоматит и заеды, протекающие на фоне дефицита витаминов РР и В2. чаще десквамативный глоссит и складчатый язык.

Хронический гастрит – изменения в полости рта зависят от формы и длительности заболевания. Отмечается десквамативный глоссит с атрофией и сглаженностью сосочков языка. Гипертрофия сосочков наблюдается при гиперацидном гастрите. Снижается функциональная мобильность, вкусовая рецепция языка.

Дисбактериоз – в полости рта псевдомембранозный кандидоз. У детей повышается высеваемость ферментативно-активных микробных ассоциаций, повышается активность кишечных ферментов

Лечение: для лечения катарального стоматита, гингивита или глоссита на фоне заболеваний ЖКТ специального местного лечения не проводят. ИГПР, рациональная гигиена, антисептики, противовоспалительные препараты в виде полосканий, витамины группы В внутрь (парентерально). Лечение основного заболевания.

Заболевания печени: острая форма воспаления печени развивается при ее инфекционных поражениях. В период нарастания желтухи наблюдается гиперемия слизистой оболочки полости рта, губ, языка, сухость, отечность, десквамация эпителия. Характерно желтушное окрашивание слизистой оболочки. На спинке языка появляется налет, язык отечен, цианотичен, атрофия нитевидных сосочков и очаговая десквамация эпителия. Слизистая оболочка гиперемирована, отмечается гиперплазия концевых отделов выводных протоков малых слюнных желез. Воспалительные явления в области устьев стеноновых протоков, телеангиоэктазии на мягком небе и губах, атрофические нарушения сосочков языка. Отмечается жжение и болезненность языка.

Лечение: предотвращение вторичного инфицирования, антисептики

4. Иллюстративный материал: мультимедийный проектор (презентация)

5.Литература:

Приложение №1

6. Контрольные вопросы:

1. Изменения слизистой оболочки полости рта у детей при инфекционных заболеваний, клиника, диагностик, лечение.
2. Изменения слизистой оболочки полости рта у детей при соматических заболеваний, клиника, диагностик, лечение.
3. Изменения слизистой при заболеваниях ЖКТ и печени

Лекция №6

1. Тема: Травмы зубов у детей. Классификация Клиника, диагностика и лечение. Повреждения мягких тканей у детей. Ожог и отморожения ЧЛО у детей. Классификация. Причины. Особенности первичной хирургической обработки ран лица.

2. Цель: ознакомить студентов с особенностями клиническо¬го течения травм челюстно-лицевой области у де¬тей, с лечебной практикой, неотложной помощью.

3. Тезисы лекции.

Детский травматизм является одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний у детей. Повреждения, лежащие в основе его, является одной из причин детской инвалидности и имеют немалый удельный вес среди причин детской смертности.

Так, от 16,9% (В.С.Дмитриева, 1966) до 25% (А.А.Лимберг,) всех переломов челюстей падает на детский и юношеский возраст, а у 32,6% всех детей, нуждающихся в ортопедическом лечении, зубы разрушены или отсутствуют в результате травмы.

ПОВРЕЖДЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА.

Я.Коминек с соавт. (1968) выделяют следующие виды ран на лице:

1. Простые раны: ссадины и множественное наличие инородных те¬лец, размозженные раны, резаные раны, рвано-размозженные раны, колотые раны.
2. Раны с потерей ткани.
3. Проникающие раны.

Повреждения мягких тканей лица нередко сочетаются с трав¬мой зубов, альвеолярного отростка и челюстей.

Все виды повреждений мягких тканей у детей сопровождаются обширными отеками, что связано как с обилием рыхлой клетчатки и лимфатических сосудов, так и со своеобразием течения у детей процессов солевого, белкового и водного обменов, характеризую¬щихся интенсивностью и неустойчивостью.

Все это нередко затушевывает картину сочетанных поврежде¬ний костей лицевого скелета (носа, скуловой кости и дуги, че¬люстей).

ОЖОГИ ЛИЦА И ШЕИ

Дети с ожогами кожи - 25-50% от числа всех обожженных, находятся в стационарном лечении.

Преимущественно до 7 лет.

Чаще - ожоги пламенем. Опрокидывание сосуда с горячей жид¬костью

Течение тяжелое.

Площадь кожного покрова лица у детей

до 1 года - 9,5%. В 14 лет - 4,5% у взрослых - 3,4%. Классификация:

1 степень - эпидермис

П степень - сосочковый слой дермы, пузырь

1П степень - А - частич.эл.эпит. сохранены

Б - тотальный некроз кожи

1У степень - пораж. глублежащих тканей

Ожоговая болезнь

4 периода.

1. Ожоговый шок
2. Острая ожоговая токсемия
3. Ожоговая септикотоксимия
4. Реконвалесценция

Лечение: устранение шока, ПХО, борьба с инфекцией.

При некрозе кожи - некрэктомия и первичная пересадка кожи

В последующем - патогенетическое лечение.

4. Иллюстративный материал: мультимедийный проектор (презентация)

5. Литература:

Приложение №1

6. Контрольные вопросы:
1. Классификация травм зубов у детей.
2. Клинические проявления травм зубов у детей.
3. Методы лечения травм зубов у детей.
4. Классификация травм мягких тканей у детей.
5. Клинические проявления травм мягких тканей у детей.
6. Методы лечения травм мягких тканей у детей.

Лекция №7

1. Тема: Переломы ЧЛО у детей и подростков.Вывих ВНЧС. Классификация, клиника, диагностика и лечение,реабилитация, прогноз.

2. Цель: ознакомить студентов с особенностями клиническо¬го течения травм челюстно-лицевой области у де¬тей, с лечебной практикой.

3. Тезисы лекции.

ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

КРОМЕ перелома альвеолярного отростка, в детском возрасте могут наблюдаться и перелом тела в/ч. Это редкое и очень тяже¬лое повреждение.

Перелом в/ч возможно при грубом насилии как транспортные аварии, падение с высоты лицом вниз, удар копытом лошади и др.

По данным Е.В.Одинец и др. (1970) - 2,3% среди всех пов¬реждений ЧЛО в детском возрасте составляют переломы верхней челюсти.

Т.М.Лурье (1967) - 15,5% среди повреждений костей лица. Обычно переломы в/ч сочетаются с переломами др. костей

лица и поэтому с трудом можно относить к некоторому из классов по Ле Фор.

Перелом основания черепа и сотрясение мозга почти всегда сопутствуют перелому в/ч. Из-за тяжелого состояния эти дети в первые дни после травмы находятся в реанимационном отделении и поэтому несколько задерживается специализированная помощь. Это может способствовать развитию таких осложнений как: проникно¬вение инфекции в полость черепа и развитие травматического ос¬теомиелита. Переломы в/ч являются открытыми, т.к. возникают разрывы слизистой оболочки полости рта, носа, верхнечелюстных пазух. Чем больше смещено отломков, тем больше величина разры¬вов.

Для клиники переломов тела в/ч у детей характерны те же основные симптомы, что и у взрослых: уплощение и удлинение лица, кровотечение из носа, кровотечение из ушей и ликворея из носа, что указывает на перелом основания черепа: затрудненное носовое дыхание, ложная прогения, патологическая подвижность отломков.

В детском возрасте чаще наблюдаются суббазальные и вколо¬ченные переломы.

В большинстве случаев дело касается раздробленных перело¬мов. В области, пораженной травмой, страдают мягкие ткани и кости.

Мягкие ткани бывают размозженными и разорванными, в по¬лости рта определяется разрыв слизисто-надкостничного слоя. Сломанными, кроме тел в/ч и кости носа, скуловые кости и дуги, также переломы и вывих ряда зубов.

При всем возможном многообразии для их диагностики и ха¬рактеристики пользоваться классификацией, предложенной по Ле Фор (1-П-Ш). (рассказать эти виды на таблице).

ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

По данным литературы переломы н/ч у детей составляют 23-25% от повреждений всех костей лицевого скелета.

Соотношение между девочками и мальчиками 1:5 (В.С.Дмитри¬ева) 47:1 (К Л.Мельников).

У мальчиков чаще в возрасте 7-14 лет, т.е. в период смен¬ного прикуса, когда происходят процессы рассасывания молочных зубов и прорезывание постоянных, но корни последних находятся в стадии формирования. В этом возрасте мальчики очень активны.

На 2 месте - возраст 15-16 лет, когда активность мальчи¬ков несколько снижается, постоянный прикус уже сформирован.

На 3 месте - возраст 3-6 лет.

Переломы челюсти у девочек одинаково часто встречаются во всех возрастных группах, преимущественно возникают при случай¬ной травме.

В возрасте 3-6 лет дети часто падают, ушибаются, однако переломы встречаются реже, чем в более старшем возрасте. Это объясняется с одной стороны большим количеством подкожно-жиро¬вой клетчатки, с другой - большая эластичность нижнечелюстной кости.

Начиная с 6 лет дети обычно худеют, подкожно-жировой клетчатки меньше, эластичность кости становится меньше, также в связи с процессом рассасывания молочных зубов и прорезывания постоян¬ных, нижнечелюстная кость становится менее компактной, корко¬вый с ой сравнительно тонок, что в значительной степени пони¬жает устойчивость кости к внешним воздействиям.

В 14-16 лет н/ч подростка мало отличается от нижнечелюст¬ной кости взрослого человека. Поэтому механизм возникновения переломов н/ч в этот период таков же, как при переломах взрос¬лых людей.

Причины переломов н/ч у детей разнообразные и отличаются от переломов мирного времени у взрослых.

1-место: бытовая травма - ушибы, удары, падения с лестниц, заборов.

Более тяжелые повреждения, когда перелом н/ч сочетается с черепно-мозговой травмой наблюдаются при транспортной (улич¬ной) и железнодорожной травмах.

Уличная травма наблюдается при попадании под машины, мото¬циклы. Причиной ЖД-травмы - падение из вагонов пригородных по¬ездов.

Кроме того, переломы н/ч у детей возможно при спортивных играх (футбол, бокс, хоккей), падение с велосипеда, катании на санях.

На последнем месте находятся с/хозяйственные и учебно-производс¬твенные повреждения.

Диагностика переломов н/ч у детей трудно (известно...). К тому же более позднее обращение больного, в связи с этим на¬растающий отек мягких тканей затрудняет ее.

Помогает клиника, R-графия, причем в нескольких проекци¬ях.

Много классификаций.

Более часто в клинике встречаются следующие виды перело¬мов н/ч (Дмитриева В.С., 1966).

4. Иллюстративный материал: мультимедийный проектор (презентация)

5. Литература:

Приложение №1

6. Контрольные вопросы:

1. Переломы нижней челюсти
2. Переломы верхней челюсти
3. Вывых ВНЧС

Лекция №8

1. Тема: Аномалии (микростома) губы, языка и неба. Комплексные методы лечения, реабилитация.Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков. Классификация, клиника, диагностика и лечение.

2. Цель: Ознакомить студентов с аномалии (микростома) губы, языка и неба.

3. Тезисы лекции.

Аномалии развития ротовой полости

Макростомия (макростома)

Чрезмерно увеличенная ротовая щель. Обусловлена несращением тканей верхней и нижней частей щеки и краев губ между собой. Бывает одно- и двусторонней, является признаком аномаладов I и II жаберных дуг.

Микростомия (микростома)

Чрезмерно уменьшенная ротовая щель. Как самостоятельный порок наблюдается редко. Обычно сочетается с тяжелыми пороками производных I жаберной дуги.

Мелкое преддверие полости рта

Аномалия мягких тканей переднего отдела альвеолярного отростка нижней челюсти, заключающаяся в резком сужении или полном отсутствии зоны прикрепленной слизистой оболочки ниже десневого края. В норме эта зона в среднем составляет 5--6 мм. Прикрепленная слизистая оболочка играет защитную и буферную функцию для зубных сосочков, подвергающихся постоянной травме при откусывании, во время речи и других движений губ.

Двойной рот

Крайне редкий порок, проявляющийся добавочной ротовой щелью, открывающейся в добавочную ротовую полость меньших размеров, чем основная ротовая полость. Обе полости не сообщаются.

Волчья пасть (palatum fissum)

Эта аномалия обусловлена несращением небных отростков верхнечелюстных отростков и после рождения между ними может сохраниться щель твердого неба

Может не слиться и носовой отросток с верхнечелюстными, вследствие чего верхняя губа окажется расщепленной и похожей на губу зайца, откуда и ее название «заячья губа»

Аномалии неба

Стенки глотки и мягкое небо закрывают носоглотку при разговоре и проглатывании пищи. Благодаря этому исключается попадание пищи в полость носа и прохождение воздуха по носовым ходами во время речи. При патологии неба происходит попадание части пищевого комка в полость носа. При этом речь характеризуется как носовая, звуки нечеткие и тихие.

Педиатр или логопед, диагностирующие у ребенка такую проблему, должны как можно раньше направить ребенка к детскому стоматологу хирургу для комплексного обследования и последующего лечения.

Аномалии языка

Данная аномалия приводит как к нарушению речи, так и к проблемам при глотании. Чаще всего стоматологи встречаются с таким видом аномалии языка как частичное или полное его сращение с дном полости рта или короткой уздечкой языка.Следует отметить, что аномалии языка имеют разную степень выраженности и не всегда приводят к функциональным нарушениям.

4. Иллюстративный материал: мультимедийный проектор (презентация)
5. Литература:
Приложение №1
6. Контрольные вопросы:

1. Причины аномалий языка
2. Симптомы аномалий языка
3. Аномалии развития языка и его заболевания
4. Анамалия губ и неба

Лекция №9

1. Тема: Неодонтогенные и одонтогенный гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
2. Цель: Рассмотрение диагностики, дифференциальной диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей.
3. Тезисы лекции.
От зубов нижней челюсти воспалительный процесс может распространиться на шею с развитием флегмоны шеи и медиастинита, а также окружающие нижнюю челюсть мягкие ткани с развитием подчелюстной, за челюстной, окологлоточной, подподбородочной, околоушной и других флегмон.
Одонтогенный периостит -это воспаление надкостницы челюстных костей Классификация: (по клиническому течению) 1.Острые: -Серозные -Гнойные 2. Гнойные: -Простые -Гиперпластические
Острый периостит может быть самостоятельной нозологической формой заболевания или сопровождать отдельные формы воспаления пульпы зуба, все формы острого периодонтита, развиваться при нагноении корневой кисты, быть ведущим симптомом острого одонтогенного остеомиелита челюстных костей.
Клиническая картина острого серозного периостита Общие реакции выражены умеренно Местно: отек мягких тканей ЧЛО, увеличение л/у. В полости рта имеется «причинный» зуб, болезненный при перкуссии, отек и гиперемия слизистой по переходной складке. Однако признаков флюктуации нет. На практике, подобное состояние чаще всего расценивают как пульпит или периодонтит с «периостальными явлениями».
Абсцесс (лат. abscessus нарыв) ограниченный очаг гнойного воспаления с расплавлением мягких тканей и образованием полости.лат.
Абсцесс вызывает стрептококковая и стафилококковая микрофлора, наиболее частой причиной являются заболевания зубов и воспалительные процессы в челюстно-лицевой зоне. Фурункулез, ангина, тонзиллит при хроническом течении осложняются околочелюстными абсцессами. Повреждения кожи и слизистой в области рта, занос инфекции во время стоматологических процедур могут спровоцировать абсцесс околочелюстной зоны.
Одонтогенный остеомиелит челюстей Острый остеомиелит гнойное воспаление челюстной кости (одновременно всех ее структурных компонентов) с развитием участков остеонекроза. Характеризуется выраженной интоксикацией, клинико-лабораторными и рентгенологическими признаками гнойно- некротического воспаления костных структур челюсти и прилежащих к челюсти мягких тканей.

Этиология и патогенез ведущая роль в этиологии одонтогенного остеомиелита принадлежит очагам одонтогенной инфекции Роль различных зубов в возникновении одонтогенного остеомиелита далеко не одинакова. Одонтогенный остеомиелит возникает чаще всего от жевательных зубов, особенно от временных моляров и от первого постоянного моляра.Этиология и патогенез В детском возрасте острый одонтогенный остеомиелит челюстей чаще отмечают в возрасте 7-12 лет.

4. Иллюстративный материал: мультимедийный проектор (презентация)

5. Литература: см. Приложение 1

6. Контрольные вопросы:

1. Гнойно-воспалительные заболевания у детей.
2. Одонтогенный заболевания челюстно-лицевой области у детей
3. Неодонтогенные заболевания челюстно-лицевой области у детей.
4. Классификация гнойно-воспалительные заболевания у детей.

Лекция №10

1. Тема: Врожденная расщелина верхней губы и неба. Классификация, клиника, диагностика и методы хирургического лечения. ЧЛО у детей. Опухоли(доброкачественные и злокачественные) опухолеподобные образование ЧЛО у детей.

2. Цель: Научиться оказывать квалифицированную помощь при опухолях лица, челюстей и органов полости рта, доброкачественных опухолях и опухолеподооных образованиях. Изучить особенности клинического течения опухолей лица, челюстей и органов полости рта, доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований.

Классификация врожденных расщелин лица

I. Врожденные изолированные расщелины верхней губы:
1. Врожденная скрытая расщелина верхней губы (одно- или двусторонняя);
2. Врожденная неполная расщелина верхней губы (без или с деформацией кожно-хрящевого отдела носа) одно- или двусторонняя;
3. Врожденная полная расщелина верхней губы (одно- или двусторонняя).

II. Врожденные изолированные расщелины неба:
1. Врожденные расщелины мягкого неба: скрытая, неполная, полная;
2. Врожденные расщелины мягкого и твердого неба: скрытая, неполная, полная;

Ш. Врожденные полные расщелины мягкого, твердого неба и альвеолярного отростка (одно- или двусторонние).

IV. Врожденные расщелины альвеолярного отростка и переднего отдела твердого неба (обычно в сочетании с расщелиной верхней губы), одноили двусторонние.

V. Врожденные полные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба (сквозные расщелины):
1. Односторонние (право- или левосторонние);
2. Двусторонние.

VI. Комбинированные или атипичные расщелины верхней губы и неба.

Опухолевые заболевания представляют собой особый вид патологии, широко распространенной в природе, характеризующейся безудержным и относительно автономным ростом и размножением клеток в очаге заболевания. При этом рост опухоли происходит из первичного зачатка без вовлечения в процесс окружающих неизмененных клеток. Однако озлокачествленная клетка передает свои свойства и способность к росту всем последующим поколениям клеток. При этом отмечается анаплазия тканей, то есть возврат к более примитивному типу. Характерным для злокачественных опухолей является также инфильтративный рост и метастазирование (академик Н.Н. Блохин, 1971).

4. Иллюстративный материал: мультимедийный проектор (презентация)

5. Литература: см. Приложение 1

6. Контрольные вопросы:

1. Классификация врожденных расщелин лица
2. Этиологические факторы
3. Методы хирургического лечения
4. Доброкачественные и злокачественные опухоли ЧЛО у детей

Приложение №1

Рекомендуемая литература

Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Супиев Т.К., Зыкеева С.К. Лекции по стоматологии детского возраста (учебное пособие).- Алматы, 2006.- 615 с.
2. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста. Киев-Книга-плюс-2007г. 815стр
3. Образцов Ю.Л., С.Н. Ларионов. Пропедевтическая ортодонтия: учебное пособие. – СПб.: СпецЛит, 2007. – 254 стр.

Дополнительная:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н Ортодонтия: учебное пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 424 стр.
2. Виноградова Т.Ф. Атлас по стоматологическим заболеваниям у детей.-М.: МЕДпресс-информ, 2007.-164 с.
3. Уразалин Ж.Б. и др. Лечебная физкультура в стоматологии (учебное пособие). – Алматы, 1999. – 88 с.
4. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. – М.: Медпрес, 2001. – 160 с.
5. Супиев Т.К., Зыкеева С.К. Травмы челюстно-лицевой области у детей (учебное пособие). – М.: Медпрес, 2003. – 107 с.
6. Особенности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний у детей/ Под рук. С.А. Рабиновича.-М.: МЕДпресс-информ.-2005.-120 с.
7. Хорошилкина Ф.Я. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, миофункциональное нарушение челюстно-лицевой области и их комплексное лечение.- МИА: Москва, 2006 – 544 с.

Дополнительная литература

Темуров Ф. Т. Детская стоматология (проблемы и пути их решения) : учебное пособие / Ф. Т. Темуров, Р. Г. Давыдов. - 2-е изд. перераб. - Караганда : АҚНҰР, 2021. - 328 с
Экземпляры: всего 30
Еслямєалиева А.М.
Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия : руководство к практическим занятиям. учебное пособие. / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин ; под ред. Ю.М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2019. - 480 с
Волков Е.А. Терапевтическая стоматология. В 3 частях. Часть 1. Болезни зубов, 2016
Терапевтическая стоматология : учебник / О. О. Янушевич и др. - 3-е изд. перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2019. - 760 с
Мирзаева, Д. О. Тіс пен ауыз қуысы ауруларын емдеу және алдын алу [Мәтін] :оқулық / Д. О. Мирзаева. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2012. - 346 бет.

Электронная база

№	Название	Ссылка
1	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/

2	Консультант студента	http://www.studmedlib.ru/
3	Открытый университет Казахстана	https://openu.kz/kz
4	Закон (доступ в справочно - информационном секторе)	https://zan.kz/ru
5	Информационная сис "Параграф Медицина"	https://online.zakon.kz/Medicine/
6	Научная электронная библиотека	https://elibrary.ru/
7	Открытая библиотека	https:// kitap.kz/
8	Thomson Reuters	www.webofknowledge.com
9	ScienceDirect	http://www.sciencedirect.com/
10	Scopus	https://www.scopus.com/
11	«Aknurpress» цифровая библиотека	https://aknurpress.kz/login
№	Название	Ссылка
1	Республиканская межвузовская электронная библиотека	http://rmebrk.kz/