

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы Дәріс кешені	044-74/ 43 беттің 1беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән: Балалар терапиялық хирургиялық стоматология-1

Пән коды: ВТНС 5302-1

БББ атауы: 6В10103 «Стоматология»

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі: 150 сағат ; 5 кредит

Оқытылатын курс пен семестр: 5 ; IX

Дәріс көлемі: 15

Шымкент 2023

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы Дәріс кешені	044-74/ 43 беттің 2беті

Дәріс кешені «Балалар терапиялық хирургиялық стоматология-1» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленді және кафедра отырысында талқыланды

Хаттама № 11 « 14. » 06. 2023 ж.

Кафедра меңгерушісі: м.ғ.к., доцент м.а.  Л.О.Кенбаева

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 3беті
Дәріс кешені		

Дәріс № 1

Тақырыбы: Түбірі қалыптаспаған тұрақты және уақытша тістердің анатомо- морфологиялық, гистологиялық және рентгенологиялық ерекшеліктері. Стоматологиялық аурулары бар балаларды тексеру.

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы түбірі қалыптаспаған тұрақты және уақытша тістердің анатомиялық ерекшеліктері туралы мәліметтер беру. Балаларды тексерудің негізгі және қосымша зерттеу әдістерімен таныстыру.

Дәріс тезистері.

Ұрықтың беті 5 өсіндіден дамиды, олардың екеуі жұп, біреуі жұпсыз. Жұпсыз сүйек-мандай өсіндісі, жұп сүйектер-жоғарғы және төменгі жақ сүйектері. Барлық өсінділер ауыз шұңқырымен (ротовая ямка) шектеледі. Бұл даму кезеңі эмбрионның құрсақшілік дамуының 4-5 апталарына сәйкес келеді. Адам тістері шамамен ұрықтық дамудың жетінші аптасында құрыла бастайды. Осы кезде болашақ жоғарғы және төменгі жақ сүйегінің альвеолярлы өсінділері аймағында ауыз қуысын қаптайтын эпителийдің қалындаған жері пайда болып, ол доға тәрізді табақша түрінде астыңғы жақтан мезенхимаға бітісе өсе бастайды. Көп ұзамай бұл эпителий табақшасы тереңге бойлай өсуін жалғастыра, ұзына бойына бір-бірімен тік бұрыш жасай орналасқан екі табақшаға бөлінеді.

Тіс бөліктері

- 1) тіс сауытынан
- 2) тіс мойнынан
- 3) тіс түбірінен тұрады.

Тіс сауыты қызыл иектен шығып тұрады, мойыны қызыл иекпен қауысырылады, ал түбірі - тіс ұяшығында орналасып, тіс ұшымен аяқталады, онда жай көзбен – түбір ұшында кішкене тесігі көрініп тұрады. Осы тесік арқылы тіске қантамырлар мен нервтер келеді. Тіс сауытының ішінде қуыс болады, ол қуыстың ең көлемді бөлігі - сауыт бөлігі мен қуыстан тарылатын бөлігі – түбір өзегі деп аталатын түбір бөлімнен тұрады. Өзек тіс төбесінде жоғарыда аталған төбе тесігімен ашылады. Тіс қуысын қантамырлар мен нервтерге бай тіс ұлпасы толтырып тұрады. Тіс түбірлері қантамырларына бай альвеолярлы сүйек қабығы, тіс ұяшықтары бетімен тығыз тұтасып өседі. Тіс, периодонт, альвеола қабырғасы мен қызыл иек тіс мүшесін құрайды. Тістің қатты затты мыналардан тұрады: 1) дентин, 2) кіреуке, 3) цемент. Тіс қуысын құрайтын заттың көбісі – дентин. Кіреуке сыртынан тіс сауытын жауып, ал цемент тіс түбірін қаптайды.

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет: Қосымша-1

Қорытынды сұрақтар:

1. Сүт тістердің шығу мерзімдерін атаңыз.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 4беті
Дәріс кешені		

2. Тұрақты тістердің шығу мерзімдерін атаңыз.
3. Сүт тістердің түбірлерінің сорылу мерзімдерін айтыңыз.
4. Тұрақты тістердің түбірлерінің қалыптасу мерзімдерін айтыңыз.
5. Тіс бөліктері мен құрылысы туралы түсінік.
6. Уақытша тістесу дегеніміз не?

Дәріс № 2

Тақырыбы: Тістің қатты тіндерінің тісжегілік емес зақымданулары.

Жіктелуі, этиологиясы, патогенезі, клиникасы, диагностикасы, емі.

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы тістің қатты тіндерінің тісжегілік емес зақымдануларының түрлері, этиологиясы, клиникасы, емдеу әдістері және алдын-алу шаралары туралы мәліметтер беру. Диагностика үшін қолданылатын зерттеу әдістерімен таныстыру.

Дәріс тезистері.

Гипоплазияның сирек кездесетін түрі ол – аплазия, кіреукенің мүлдем дамымай қалуы.

Тістердің тістеу қырларында, шайнау төмпешіктерінде кіреуке дамымай қалады.

Жүйелі гипоплазияға Гетчинсон, Фурнье және Пфлюгер тістерін жатқызамыз.

Гетчинсон – бөшкеге ұқсас болады орталық күрек тістер, тістеу қырлары айға ұқсас болады.

Фурнье – бөшкеге ұқсас орталық күрек тістер, бірақ тістеу қырлары ойықтары болмайды.

Пфлюгер – сауыт бөлігі шайнау бөлігінен диаметрі үлкен болады, төмпешіктері нашар дамыған болады.

Гиперплазия - даму кезінде тістің қатты тіндерінің, оның ішінде кіреукенің шамадан тыс дамуымен сипатталатын үрдіс. . “Кіреуке тамшылары” – 1,5% жағдайда кездеседі.

Көбінесе домалақ пішінді, диаметрі 1-3 мм болады, көбінесе тістің мойын бөлігінде кездеседі.

Тамшының іші бос кеңістік немесе ұлпа орналасқан қуыс болады

Көбінесе азу тістерде дамиды және ешқандай шағым тудырмайды.

Алдын алудың тиімді жолы – нәрестені жұқпалы аурулардан сақтандыру.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 5беті
Дәріс кешені		

ЖЕТІЛМЕГЕН АМЕЛОГЕНЗ – тұқым қуалаушылықтан дамыған тістер кіреукесінің әр түрлі дәрежедегі құрылымдық бұзылыстармен сипатталатын ауру. **ЖЕҢІЛ** дәрежесі – кіреукенің тек түсі ғана өзгереді

бірде сары кейде қоңыр болып келеді

орта дәрежесі - жарақат ошақтары қоюлау болады (сары немесе қоңыр) Кіреукеде кедір бұдыр ошақ және тік жүлгелер болады, жоғарғы сезімталдық болады.

ауыр дәрежесі – кіреукенің жылтырлығы болмайды, дақтар болады және беріктігі төмен болып сынғыш болып келеді.

Механикалық әсерлерден кіреуке дентиннен ажырайды, түсі қара-қоңыр болады.

ТІСТЕРДІҢ НЕКРОЗДАНУЫ – келесі аурулардың кесірінен пайда болады.

Олар: эндокриндік жүйенің бұзылуы, сосылмалы интоксикация, жүктілік кездегі токсикоз, бауырдың аурулары.

Химиялық некроз – қышқылдың әсерінен дамиды (тұз, азот, күкірт, фосфор, фторлы сутек)

Химиялық өндірісте жұмыс істейтін адамдарда кездеседі.

Көбінесе алдыңғы тістер зақымданады.

Өндірістегі адамдардың техника қауіпсіздігін сақтау тиіс және ауыздарын әрбәр 2-3 сағатта ас содасы 1-2 % ерітіндісімен шайып тұру қажет.

Қазіргі кезде тістерді қорғайтын арнайы каппалар шығарылуда.

СЫНАҒА ҰҚСАС АҚАУ (Клиновидный дефект) – тістің қатты тінінің біртіндеп жойылуы, мойын бөлігінде орналасады.

Парадонт өзгерістеріне ұшыраған адамдарда көп кездеседі.

Себептері – механикалық әсерден деп түсіндіріледі.

Мысалы: тіс щеткасымен қатты тазалау.

Клиникасы: көп мазаламайды, косметикалық ынғайсыздық тудырады, сирек жағдайда әр түрлі тітіркендіргіштерден тез басылатын ауру сезімі болады.

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 6беті
Дәріс кешені		

Әдебиет: Қосымша-1

Қорытынды сұрақтар:

1. Гипоплазия туралы түсінік.
2. Сына тәріздес ақау туралы түсінік.
3. Тістердің некроздануы туралы түсінік
4. Жегілмеген амелогенез дегеніміз не?
5. Гетчинсон, Фурнье және Пфлюгер тістерінің анықтамасын айтыңыз.

Дәріс № 3

Тақырыбы: Балалардағы уақытша және тұрақты тістердің тісжегісі. Жіктелуі, этиологиясы, патогенезі.

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы уақытша және тұрақты тістердің тісжегісі, түрлері, этиологиясы, клиникасы, емдеу әдістері және алдын-алу шаралары туралы мәліметтер беру. Диагностика үшін қолданылатын қосымша зерттеу әдістерімен таныстыру.

Дәріс тезистері:

Жалпы тісжегі балалар жасында жиі кездесетін ауру болып табылады. Балар жасында тісжегі 73% кездеседі.

Басталу себебіне көп факторлар әсер етеді:

- Ауыз – қуысының жалпы гигиенасын сақталмауы болып табылады. Балалар әдетте тәтті кәмпиттерді немесе тәтті тағамдарды көп қолданып, ауыз – қуысының микрофлорасын бұзып, жалпы айтқанда гигиена сын сақтамайды. Бұл себептен тәттінің құрамындағы – сахароза, фруктоза, глюкоза осы қышқылдар реакция түсіп көмірсу бөліп тістің эмальын бұзады. Бұл кезде сілекейдің рН 6 дан 4 төмендейді. Тағамнан кейін ауыз – қуысын арнайы балаларға арналған тіс жақпаларымен жумағаннан патогенді микробтар пайда болады.
- Келесі пайда болу себебі ол – генетикалық тасымалдау болып табылады екен. Неге десеңіз? Тіс негізінен бала ларда ананың құрсағында болғаннан пайда болады. Бұл кездерде аяғы ауыр әйелдің алғашқы үш семестрінде пайда болған аурулар немесе асқынулар, зиянды әдет тері болса құрсақта жатқан балаға яғни дамып жатқан организмге кері әсер етіп тістердің дұрыс дамуы алып келеді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 7беті
Дәріс кешені		

2 жасқа толған балаларда тістердің менеризациясы төмен болғанда, тіс толық жетілмей жарып жыққанда пайда болады. Және де қолда нылып жатқан тағамдар құрамында фтордың көп болғаннан да дамиды. кіреукені витальді бояу;

люминесцентті диагностика: Қаранғыланған бөлмеде тістердің құрғатылған беттеріне УК жарық шоғырын бағыттайды. Бұл кезде кариозды бұзылудың әсерінен сәуленің жарқырауы төмендейді, тістің сау тіні ақшыл-жасыл сәуле береді;

транслюминесцентті әдіс: Бұзылудың бастапқы сатыларында, олар жай секпіл тәрізді, әр түрлі көлемді болады, нүктеден тары дәнінің көлеміне дейін және одан да үлкен шеттері түзу болмай, ашық түстен қара түске дейін және одан да үлкен шеттері түзу болмай, ашық түстен қара түске дейін, тістің жарқыраған сауытында анық білінеді; 3 жастан кейін азу тістердің шайнау беткейлері зақымданады және 4 жастан кейін – жанасу беткейлері;

3 жасқа дейінгі балаларда уақытша тістердің тіс жегілерінің жиі кездесетін түрі – циркулярлы, жазықты;

4-4,5 жастан бастап кариозды қуыстар апроксимальды беткейлерде қалыптасады;

2,5 жасқа дейін кариозды қуыстар негізінен антенатальды минералдану орнындарында шоғырланады (екі жақ сүйегі күрек тістерінің тегіс беткейлері), үш жастан кейін шоғырлану уақытша тістердің жарып шығу кезеңінде жеке бөліктерінің минералдану дәрежесіне байланысты болады. балаларда тіс жегісін емдеу қазіргі заманға сай жекеше түрде қарастырылады;

емнің құрамы мен аумағы, қайта келіп көрінуі диспансерлеу процесінде зақымдалу дәрежесімен, тіс жегісінің клиникалық ағымымен, бала жасымен, ауыз қуысын гигиеналық жағдайымен байланысты;

тіс жегісін қазіргі уақыттағы әдістермен емдеудің жиынтығына пломбалау арқылы тіс тіндерінің резистенттілігін жоғарлату, ол – зат алмасуға экзогенді әсер ету, ауыз қуысының гигиена жағдайы, рационалды тамақтану және эндогенді табиғатты жегіге қарсы заттарды қолдану. 1. Дәрежедегі белсенділік (компенсирленген түрі)

2-6 жас - 2 тіске

7-10 жас – 4 тіске

11-14 жас – 2 тіске

15-18 жас – 3 тіске

2 Дәрежедегі белсенділік (субкомпенсирленген түрі)

2-6 жас – 3-6 тіске

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 8беті

7-10 жас – 4-7 тіске

11-14 жас – 2-5 тіске

15-18 жас – 3-6 тіске

3 Дәрежедегі белсенділік (декомпенсирленген түрі)

2-6 жас – 6 тістен көп

7-10 жас - 7 тістен көп

11-14 жас - 5 тістен көп

15-18 жас- 6 тістен көп

Тіс жегісінің компенсирлі түрі бар балалар толық жиынтығы емді қажет етпейді. Оларда тіс жегісін емдеу әдісі :

жегіленген ақауларды әртүрлі пломбалық материалдармен пломбалау;

баланы ауыз қуысы гигиенасына үйрету;

құнарлы тамақтану; Уақытша тістердің алдыңғы тістерінің тіс жегілерінің беткей түрлерін емдеу кезінде көп жағдайда тістердің зақымданған апроксимальды немесе мойын беткейлерін реминералдаушы препараттармен жаба отырып, тегістейді.

Қажетті жағдайларда кариозды қуыстарды пломбалау кезінде, алдын ала кариозды қуысқа рем.препараттармен аппликация жүргізу әдістемесі кеңінен қолданылады. Мұндай әдістеме кариозды процесстің белсенділік дәрежесі жоғары болғанда, тіс жегілерін емдеу кезінде тиімді. Бірақ, бұл әдістеме тек орташа тіс жегіде ғана қолданылады.

Кариозды қуыстарды пломбалау уақытша және тұрақты тістердің кариозды қуыстарын пломбалау үшін жалпы қабылданған ережелер бойынша жүргізіледі.

қарау 2 жылда 1 рет (1 А тобы) және жылына 1 рет (1 тобы)

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет:Қосымша-1

Қорытынды сұрақтар:

1.Тіс жегі туралы түсінікке анықтама беріңіз.

2.Тіс жегінің түрлерін атаңыз.

3.Тіс жегінің дамуы туралы теорияларды айтып шығыңыз.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 9беті

4.Тісжегін анықтау үшін қолданылатын зерттеу әдістері.

5.Тіс жегін емдеу әдістері.

Дәріс № 3

Тақырыбы: Балаларда уақытша тістердің және түбірі қалыптаспаған тұрақты тістердің пульпиттері. Жіктелуі,клиникалық ағымы, диагностикасы, емінің ерекшеліктері және ықтимал асқынулары.

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы уақытша және тұрақты тістердің пульпиттері , түрлері, этиологиясы, клиникасы, емдеу әдістері және алдын-алу шаралары туралы мәліметтер беру. Диагностика үшін қолданылатын қосымша зерттеу әдістерімен таныстыру.

Дәріс тезистері:

Уақытша және тұрақты тістердің ұлпаларының дамуының жалпы заңдылықтары.

Ұлпа - борпылдақ дәнекер тін, одонтобласт қабатының болуы, дентиннің сақталуы мен дамуына шешуші ролын атқарады. Ұлпаның басқа айырмалық шегі болып торшалық элементтердің қабатты диспозициясы саналады.

Ұлпаның васкуляризациясы бірегей: тұйық қуыс жағдайында қанмен қамтамасыз ету жүргізіледі, қанның келуі мен қайтуы өзек санымен қатты шектелген. Уақытша тістерде:

1 кезең - ұлпаның функциональды белсенділігінің дамуы (тіс түбірінің қалыптасуы)

2 кезең - ұлпаның функциональды пісіп жетілуі (түбірдің қалыптасуының тұрақтануы)

3 кезең - ұлпаның функциональді қасиетінің бәсеңдеуі (тіс түбірінің сорылуы).

Пульпиттің таралуы келесі факторларға байланысты:

1. Жоспарлы сауықтыру деңгейіне
2. Тіс кариесінің алдын алу деңгейіне
3. Балаларға диспансерлі қызмет көрсету деңгейіне

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 10беті
Дәріс кешені		

Т.Ф.Виноградова бойынша пульпиттердің топтастырылуы

Уақытша тістердің жедел пульпиттері

1. Жедел сары сулы (сірлі) пульпит
2. Жедел іріңді пульпит
3. Жедел пульпиттер, процесске периодонт немесе аймақтық лимфа түйіндерінің қосылуымен

Тұрақты тістердің жедел пульпиттері

1. Жедел сары сулы жартылай пульпит
2. Жедел сары сулы жалпы (толық) пульпит
3. Жедел іріңді жартылай пульпит
4. Жедел іріңді жалпы пульпит

Уақытша және тұрақты тістердің созылмалы пульпиттері

1. Қарапайым пролиферативті пульпит
2. Пролиферативті гипертрофиялық пульпит
3. Созылмалы гангрены пульпит
4. Созылмалы пульпиттің асқынуы (барлық түрлерінің). Пульпиттердің созылмалы түрлерінің көп кездесетіні, арех арқылы, кең дентин өзекшелері арқылы жақсы өтуінің болуымен түсіндіріледі.

Әр жастағы балаларда пульпиттің бір ғана түрінің клиникасы әр түрлі болуы, ұлпаның құрылысына байланысты.

Іріңді-қабыну - стафилококкты инфекция қосылады

Периодонтитпен, аймақты лимфаденитпен асқынған пульпит - бұл түрлері тек балаларда ғана кездеседі

Ұлпаның қабынуына, организмнің жалпы реакциясы - жоғары температура, бас ауыруы да, тек балаларда кездеседі Түбір қалыптасу кезеңінде пульпит - сирек кездесетін ауру. Бұнда жедел пульпиттер жиі кездеседі, оның ішінде жалпы түрлері. Орналасуы бойынша азу тістер жиі бұзылады, бұл жағдайда кариозды қуыстар көбінесе жанасу беттерінде орналасады.

Ауырсыну шоғырланған, иррадиациясы жоқ, ауру ұстамасы аз уақыттық. Іріңді инфекция тез жалғасады да, 2 күннің аяғында жедел іріңді пульпит дамиды. Ауру ұстамасы – үзіліссіз, тамыр соғуындай, үшкіл нерв бойымен иррадиация беріп ауырады. Өйткені түбірі қалыптаспаған, апикальды тесігі кең, ұлпа периодонтпен тығыз байланыста, сондықтан периодонтитпен, аймақты лимфаденитпен асқынған пульпит пайда болады. Уақытша тістердің пульпиттерінде

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 11беті

кариозды қуыстың орналасатын орны: негізінен, тістің мойын аймағында апроксимальды немесе апроксимальды-шайнау беткейінде.

Түбірі қалыптаспаған тістерде кариозды қуыстар көбінесе шайнау беткейінде шоғырланады.

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет: Қосымша-1

Қорытынды сұрақтар:

1. Жедел пульпиттердің түрлері.
2. Созылмалы пульпиттердің түрлер.
3. Уақытша және тұрақты тістердің созылмалы пульпиттері
4. Пролиферативті гипертрофиялық пульпит.
5. Созылмалы гангреноалы пульпит .
6. Балаларда пульпиттерді емдеу ерекшеліктері.
7. Пульпитті емдеу кезінде болатын ықтимал асқынулар.

Дәріс № 4

Тақырыбы: Балаларда уақытша тістердің және түбірі қалыптаспаған тұрақты тістердің периодонтиттері. Жіктелуі, клиникалық ағымы, диагностикасы, емінің ерекшеліктері және ықтимал асқынулары.

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы уақытша және тұрақты тістердің периодонтиттері , түрлері, этиологиясы, клиникасы, емдеу әдістері және алдын-алу шаралары туралы мәліметтер беру. Диагностика үшін қолданылатын қосымша зерттеу әдістерімен таныстыру.

Дәріс тезистері

Периодонт – түбір байламы, дәнекер тінді құрылым, тісті альвеолада ұстап тұрып, жақ сүйегімен байланыстырады және периодонт саңылауында орналасады.

Периодонт байланысады: сүйекпен, апикальді тесік арқылы тіс ұлпасымен, қызылиекпен және жақтың сүйек қабымен. Балалардың периодонтының ерекшелігі-

периодонт тұрақты тістерге қарағанда борпылдақ дәнекер тінге бай, жасушалық элементтер мен қантамырлар көп, апикальді тесігі және периодонтальді қуысы кең,

тұрақты тістердің ұрығы жақын орналасқан. Уақытша тістердегі жедел периодонтит

3-6 жастағы балалардағы пульпит жедел периодонтит көріністерімен өтеді, тістердің түбірлерінің қалыптасуы мен сорылуы кезіндегі түбір ұшы тесігінің кең болуы себеп болады. Жедел периодонтит пульпитті әсері күшті дәрілермен емдеу кезінде пайда болады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 12беті
Дәріс кешені		

Сүт тістерде жедел периодонтит жылдам дамиды, ол жұмсақ тіндердің ісінуімен, ірінді экссудаттың периостқа дейін таралуымен сипатталады. Дене температурасы 38°C дейін көтеріледі, жалпы интоксикация болады. Регионарлы лимфа түйіндері ісінген. Тіс қозғалмалы болады. 2-3 күн ішінде остеомиелит, абсцесс, флегмона дамуы мүмкін. Жедел периодонтит сау балаларда және тіс жегінің 1 дәрежелі белсенділігі бар балаларда кездеседі.

Тұрақты тістердегі жедел периодонтит: Басқанда ұлғаятын тұрақты ауру сезіміне, жалпы жағдайының өзгеруіне, ісінген сезімге шағымданады. 3-6 жастағы балалардағы пульпит жедел периодонтит көріністерімен өтеді, тістердің түбірлерінің қалыптасуы мен сорылуы кезіндегі түбір ұшы тесігінің кең болуы себеп болады. Жедел периодонтит пульпитті әсері күшті дәрілермен емдеу кезінде пайда болады.

Уақытша тістердің жедел периодонтиті

Қосымша соматикалық аурулары бар, әлсіз, тіс жегінің декомпенсирленген формасындағы балаларда дамиды.

Клиникалық симптомдары: тісте ауру сезімі жоқ, температуралық тітіркендіргіштерге реакциясы болмайды, тексергенде тісжегі қуыс немесе пломбаланған тіс анықталады. Тісжегі қуысты зондтау кезінде ауру сезімі болмайды, перкуссияға ауру сезімі болмайды. Тіс айналасындағы шырышты қабат ісінген. Жиі жыланкөз пайда болады.

Орта кариозды қуысы бар тістерде байқалады. Егер тіс емделген болса, бірақ ем аяқталмай және ұлпа камерасы ашық қалып, қуыста грануляциялық тін анықталады. Ол түбір каналдары және түбірлердің бифуркациясындағы перфорация арқылы периодонтқа өтеді.

Гранулдеуші периодонтит формасында қызыл иекте жыланкөз пайда болады.

Жыланкөздің локализациясы әр түрлі болады. Жиі ол түбір ұшы маңында байқалады.

Созылмалы периодонтит созылмалы лимфаденитпен қоса жүруі мүмкін.

Түбір ұшы маңындағы патологиялық процесс тұрақты тістің дамуына зиян келтіреді.

Сүйектің ыдырауы көбінесе түбірлердің бифуркациясы аймағында болады.

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет: Қосымша-1

Қорытынды сұрақтары:

1. Жедел периодонтиттердің түрлері.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/
Дәріс кешені		43 беттің 13беті

2. Созылмалы периодонтиттердің түрлері.
3. Уақытша және тұрақты тістердің периодонтиттері.
4. Рентгенодиагностика туралы түсінік.
6. Балаларда периодонтиттерді емдеу ерекшеліктері.
7. Периодонтиттерді емдеу кезінде болатын ықтимал асқынулар.

Дәріс № 5

Тақырыбы: Балалардың жоғарғы және төменгі жақтардағы

стоматологиялық араласулар кезіндегі жергілікті жансыздандыру әдістерін орындау ерекшеліктері.

Мақсаты: Білім алушыларға балалар стоматологиясында қолданылатын негізгі жергілікті жансыздандыру әдістерімен таныстыру.

Дәріс тезистері. Стоматология саласында кең қолданылатын әдістің бірі – жансыздандыру. Жансыздандыру дегеніміз хирургиялық операция кезінде ару сезімін жоюға бағытталған. Сонымен бірге операция жасайтын органның немесе тіnnің ауыру сезімін уақытша жоюда қолданамыз. Ауыру сезімін жою жолдарын зерттейтін медицина ғылым саласын анестезиология дейміз. (“а” – жоқ, “aesthesia” – сезім, “logos” – ғылым) Бұл терминді 1846 жылы Мортон енгізген. Анестезия жалпы, жергілікті, аралас, болып бөлінеді. Аралас анестезияға жергілікті анестезия мен наркоз, жергілікті анестезия мен нейролептаналгезия, наркоз бен нейролептаналгезияның түрлері кіреді.

Жалпы жансыздандыру немесе наркоз организмге наркотикалық дәрілер енгізу арқылы орталық нерв жүйесінің жұмысы толықтай тежеу.

Жергілікті анестезия. Науқастың есі қалпында бола тұра, оның денесінің белгілі бір жерінде ауырғанды сездірмеуге бағытталған іс-шараларды айтамыз. Жергілікті анестетик заттар май мен белокты заттарға бай нерв талшығының мембранасымен байланысады. Оның ішінде маңыздысы майда ерігіштігі. Майда ерігіштік қасиеті анестетик күшіне байланысты, ал липидті мембрана құрамына кіретін ақуызбен байланысы жансыздандырудың ұзақтығын қамтамасыз етеді. Жергілікті анестезияның түрлері

Жергілікті анестезия инъекциялы және инъекциялы емес болып бөлінеді. Инъекциялыға – инфильтрациялық, өткізгіштік, А.В. Вишневскийдің «жылжушы инфильтраты», инъекциялы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 14беті

емеске – химиялық, физикалық, физика-химиялық, инесіз инъектор, инеререфлексанестезия жатады. Жергілікті анестезияның инъекциялы емес түрлері.

Апликация анестезиясы анестетикті белгілі бір жерге жағу немесе басып тұру. Анестезияның бұл түрі ауыз қуысы мен мұрынның кілегей қабығына қолданылады (дикаин, лидокаин, анестезин).

Кілегей қабықты сілекейден құрғатып, мақталы тампонды анестетикке батырып немесе ұнтағын сеуіп анестезия жасалатын жерге 2-3 минутке қояды.

Жергілікті анестезияның инъекциялы түрі.

Анестетиктің тінге ине немесе жоғары қысым арқылы енгізілуі инъекция түріне жатады. 1853 жылы Вудтың іші қуыс ине арқылы операция жасалатын жерге әртүрлі дәрілерді енгізуі инъекциялы анестезияға жол ашты. Шприц пен инеге мынандай талаптар қойылады: поршеньнің шприцке дәл келуі, иненің ұзындығы 4-5 см-дей болуы, тиісті тереңдікке енгізілген соң да иненің 1-1,5 см-дей қалуы керек, иненің түбі таттанбаған, ұшы қайырылмаған, ұшы 45° бұрышпен өткір болуы шарт. Ең дұрысы бір-ақ рет қолданылатын шприц.

Инфильтрациялы анестезия

Инфильтрациялы анестезия тіс жұлғанда, альвеола өсіндісіндегі шағын операцияларды, кілегей қабықты тілгенде, шағын қатерсіз өскіндерді алғанда, жараны алғаш хирургиялық емдеп-өңдеу кезінде қолданады.

Мұнда тіс өрімі жансызданады. Бұл тәсілдің мәнісі – дәріні өтпелі қыртысқа енгізгенде, оның борпылдақ шелге сіңіріп жақ сүйектің майда тесіктері арқылы кемікке жетіп, ондағы тіс өрімдеріне әсер етуіне негізделген. Үстіңгі жақта жиі, төменгі жақта сирек қолданылады. Оның себебі жақ сүйектердің құрылысындағы айырмашылыққа байланысты.

Үстіңгі жақтың сыртқы тұтас қабаты жұқа әрі көптеген майда тесіктері бар. Тек орта сызық пен бет альвеола тұсы ғана қатты болып келеді. Төменгі жақта, керісінше, иек тұсынан басқа жерінің бәрінде де сыртқы тұтас қабат болады. Осы ерекшеліктерді ескерсек, үстіңгі жақтың барлық тістерін, астыңғы жақтың алдыңғы тістерін инфильтрациялық анестезия арқылы жұлға болады. Жас балалардың тұтас қабатының нәзік болуы, олардың төменгі тістерінің бәріне инфильтрациялық анестезияны қолдануға мүмкіндік береді.

Жалпы ереже.

Ине қатпардың кілегей қабығына 40-45 градус бұрышпен (жылжымайтын кілегей қабықтың жылжымалы бөлігіне жалғасқан жері) жұлынатын тіс түбірінің ұшына таман енгізіледі. Дәріні жібере отырып инені альвеола қырымен жылжытып, жұлынатын тістен арғы тістің тұсына дейін апарды. Иненің қиығы сүйекке қарауы шарт. Нәтижеде қатарынан үш тістің тұсына дәрі енгізіледі. Анестезия – 7-10 минуттан кейін болады. Новокаин (прокаин) — бұл бета диэтиламиноэтанолды эфир парааминобензойды қышқылды гидрохлорид. Суда ерігіш, ақ кристаллы ұнтақ. Стоматологияда инфильтрациялық және өткізгіштік жансыздандыруда 1%

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы Дәріс кешені	044-74/ 43 беттің 15беті

және 2% ерітіндісін қолданылады. Новокаин тез әсер етуі үшін препаратқа вазоконстриктор қосылады. 5-10 мл новокаинға 1 тамшы 0,1% адреналин ерітіндісі қосылады

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет:Қосымша-1

Қорытынды сұрақтары:

- 1.Анестезия туралы түсінік.
- 2.Инфильтрациялық және өткізгіштік жансызданулар.
3. Мандибулярлы анестезияны қолдану аймағы.
4. Ментальді анестезия кезінде жансызданатын аймақ.
5. Туберальді анестезияның артықшылықтары.
6. Торусальді анестезияны жасау ерекшелігі.
- 7.Тандай анестезиясын жүргізу әдісі.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/
Дәріс кешені		43 беттің 16беті

Дәріс № 6

Тақырыбы: Стоматологиялық емхана жағдайында балалардағы стоматологиялық араласулар кезінде жергілікті және жалпы ықтимал асқынулар. Алдын алу және емдеу

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы уақытша және тұрақты тістерді емдеу және жұлу кезінде кездесетін жергілікті және жалпы ықтимал асқынулар туралы мәліметтер беру. Алдын-алу шараларымен таныстыру.

Дәріс тезистері.

Жергілікті анестезия кезінде болатын асқынулар 2 топқа бөлінеді: жергілікті және жалпы.

Жергілікті асқынулардың түрлері:

Қан тамырлардың жарақаттануы (гематома);

Анестетикті шамадан тыс енгізгенде (некроздар);

инемен жарақаттаудан салдану(паралич,парездер).

Жалпы асқынулардың түрлері: науқасқа препараттың жақпауы
(аллергия немесе идисинкразия)

Иненің сынуы.

Иненің орналасқан жерін дәл анықтау үшін бірнеше проекцияда рентген суреттері түсіріледі. Ине ешқайда жылжымай бір орында қалып, тұрған жері ауырмаса аса қауіп тудырмайды уақыт өте келе капсулаланып қалып қояды. Олай болмаса, оны стационарда хирург ота кезінде алып тастайды.

Гематома пайда бола бастаған сәтте, ол жерді басып тұрып, қысып таңу, бір тәулік бойы мұздатып ұстаған жөн. Іріңдеген гематоманы тіліп, қабынуға қарсы, денсублизация дәрілерін тағайындайды.

Алдын алу.

Иненің бүтін, жаңа екендігін тексеріп отыру, нысанаға жеткенде сыртта 1 см-дей қалатындай ұзынырақ инені қолдану;

жансыздандыру әдісін-анестезия техникасын дәл және бұлжытпай орындау.

Бет терісінің ишемиясы.

Осы жерді қамтамасыз ететін қан тамырының тарылуынан болады, сондықтан бет терісі тез ағарып кетеді. Бірақ бұл көрініс көп ұзамайды. Емнің қажеті жоқ. Инфраорбиталды, менталды жансыздандыруда-анестезияларында жиі кездеседі. Жаңылыс жіберілген дәрінің концентрациясын төмендету үшін жедел түрде сол аймаққа 0,25% новокаин, физиологиялық ерітіндімен (80-120-150 мл) блокада жасалады. Содан соң барып тілу керек. Іріңдеп некроз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 17беті

болмауы үшін антибиотиктер қолданып, жараны гипертоник ерітіндісімен жуып, қадағалап тұрады.

Ауа эмболиясы.

Шприцте ауа қалып, оның жансыздандыру дәрісі мен-анестетикпен бірге қантамырға түсуі. Бұл асқыну медицина қызметкерінің олақтығының салдары болып табылады.

Басқа дәрілерді (спирт, сілті, сутегінің қостотығы т. б.) қолдану. Бұл қателіктің алғашқы белгісі -дәріні ендіре бастағанда-ақ қатты ауыру. Жансыздандыратын дәрі-дәрмектерді-анестетикті басқа дәрілерден бөтен сақтап, қолданар алдында қолдану нұсқасына- этикетикасына назар аударып, органолептік тексеру (дәмі, иісі, түсі), новокаинге Лукомский сынағын жасау. Жаңылыс жіберілген дәрінің мөлшерін-концентрациясын төмендету үшін жедел түрде сол аймаққа 0,25% новокаин, физиологиялық ерітіндімен (80-120-150мл) қоршау-блокада жасалады. Содан соң барып тілу керек. Іріндеп шіріп кетпеуі-некроз болмауы үшін антибиотиктер қолданып, жараны гипертоник ерітіндісімен жуып, қадағалап тұрады.

Жұмсақ тандайдың салдануы.

Тандай-палатиналді жансыздандыру- кезінде дәріні тандайдың үлкен тесігінен артқа енгізгенде шектен тыс көп мөлшерде жансыздандыратын дәріні-анестетик жібергенде пайда болады. Науқас лоқсып, құсып, жөтеліп, тандайда бөгде зат бар сияқты сезінеді.

Алдын алу.

0,5-0,75 мл-ден артық жансыздандыратын дәріні анестетик жібермеу, жансыздандыру әдісін-анестезия техникасын бұзбау. Емі.

Жұмсақ тандай тілшесін, тілдің түбіне тимейтіндей етіп ауызды кере ашып, терең тыныс алу, отаны тез аяқтау.

Диплопия.

Қосарланып көріну инфраорбиталды жансыздандыру-анестезия кезінде инені тереңдетіп сұғудан, көп мөлшерде жансыздандыратын дәріні-анестетик жіберуден келіп шығады.

Тандайдың кілегей қабығының некрозы.

Жаңылысып басқа ерітіндіер енгізумен бірге, анестетикті көп мөлшерде (1,0мл-ден артық) жіберсе де (кілегей қабық сүйек қабығымен бірге сүйектен ажырап кетуі мүмкін) болады.сүйек қабығының ажырауы тіндердің қоректенуін бұзып жұмсақ тандаймен сүйектің некрозына соқтыруы мүмкін.

Алдын алу. 0,5-0,75 мл-ден артық анестетик жібермеу, ине ұшы кілегей қабық астында болуы керек.

Новокаинмен, тримекаинмен улану.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 18беті

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет: Қосымша-1

Қорытынды сұрақтар

1. Қан тамырлардың жарақаттануы (гематома) белгілері.
2. Анестетикті шамадан тыс енгізгенде некроз дамыған жағдайда қолданылатын іс-шаралар.
3. Инемен жарақаттаудан салдану (паралич, парездер) алдын алу шаралары.
4. Анафилактикалық шок кезінде қолданылатын препараттар.
5. Естен тану кезіндегі алғашқы жедел көмек.

Дәріс № 7

Тақырыбы: Балалардың уақытша және тұрақты тістерін жұлу операциясы. Тіс жұлу операциясын жүргізу көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштері. Құрал – саймандар. Өткізу техникасы. Тіс жұлу отасы кезіндегі және тіс жұлғаннан кейінгі ықтимал асқынулар, алдын алу, емдеу шаралары.

Мақсаты: Білім алушыларға балаларда уақытша және тұрақты тістерін жұлу операциясы туралы мәліметтер беру. Диагностика үшін қолданылатын зерттеу әдістерімен, тіс жұлға арналған қысқыштармен, жұлғаннан кейін болатын асқынулармен таныстыру.

Дәріс тезистері.

Балалар стоматологиясында тіс жұлу операциясы кең таралған стоматологиялық араласуға жатады. Профессор Т.Ф. Виноградова өзінің монографиясында “Баланың ауыз қуысында емге келмейтін тісті мүлдем қалдыруға болмайды” деген. Осы сөзге орай “Тіс жұлу көрсеткіштері қандай?” деген сұрақ туындайды. Ол үшін міндетті түрде: тістердің шығу уақытын, түбірінің қалыптасу уақытын, түбірінің сорылу мерзімін, пульпит, периодонтит, периостит, остеомиелит сияқты одонтогенді аурулардың ағымы мен емін білуіміз қажет.

Тістердің сорылу түрлері

Вертикальды бағытта түбірдің біркелкі сорылуы

- Тұрақты тіс фолликуласына байланысты бір түбірдің сорылуы

- Түбірлердің бифуркация аймағында сорылуы

- Балалардың тістем түріне байланысты, тістерді жұлу көрсеткіштері (III период) уақытша тіс уақытында сорылмай тұрақты тістің шығуына кедергі келтірсе

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 19беті

- жақ сынғанда сыну сызығында жатса

III. Тұрақты тістем 11-15 жас

- Одонтогенді жедел остеомиелит кезінде
 - консервативті не хирургиялық жолмен емдеуге келмейтін созылмалы гранулденген және гранулематозды периодонтит болса
 - 15 жасқа дейін сақталған уақытша тіс болса
 - жақтың сыну сызығында орналасқан ,сынық қалдықтарының репозициясына кедергі келтіретін сау тістер
 - тіс түбір ұшында қандай да бір созылмалы қабыну үрдісі кезінде
 - ортодонтық көрсеткіштер бойынша
- түбірі протездеуге келмейтіндей сауыт бөлігі сынса

Уақытша және тұрақты тістерді жұлға қарсы көрсеткіштер әдетте қатыстық болып келеді.

- жүрек – қантамырлар ауруларының(стенокардия, аритмия,ревматизм, эндокардит,миокардит);
- бүйрек аурулары (гранулонефрит, бүйрек жеткіліксіздігі)
- жедел инфекциялық аурулар (дифтерия, скарлатина,қызамық,қызылша)
- қан аурулары (лейкоз, гемофилия, тромбоцитопения)
- ОЖЖ аурулары(менингит, энцефалит)
- өршу кезіндегі психикалық аурулар(эпилепсия,шизофрения)
- ауыз қуысының шырышты қабатының қабыну аурулары(гингивит,стоматит)
- тістер қатерлік ісік бойында(абсолютті көрсеткіш) немесе сүйектік гемангиомада орналасса(стационар)
- тыныс алу жолдарының жедел аурулары(тұмау,бронхит,пневмония) **Тіс жұлү операциясына қойылатын талаптар**
- 1.Жақ-бет аймағының және тістердін анатомо-топографиялық құрлымын білу;
- 2.Тіс жұлү әдістемесін және техникасын менгеру;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 20беті
Дәріс кешені		

- 3. Ауруды және ауыз қуысын ұқыпты қарау: науқастын ауырған және қосымша ауруларын, аллергологиялық анамнезін анықтау, жұлынатын тістің жағдайын білу, аспаптарды әзірлеу
- 4. Ауруды операцияға дайындау: сөзбен немесе дәрі дәрмекпен тыныштандыру, аузын стерильді дымқыл тампонмен ас қалдықтарынан тазалау, кейін антисептикалық ертіндімен шаю;
- 5. Асептика ережелерін сақтау
- 6. Операциялық аймақ жақсы жарықталынған болуы тиіс
- 7. Тістің толық жұлынып, ұяшығының қан ұйығына толуына тексеру
- 8. Ауруды қайтарар алдында оның бас айналып, көзі қарауытып отырмағаның немесе басқада ынғайсыз жағдайлардың жоғын аңықтау, ақыл кенес беру

Уақытша тістерді жұлуды алгоритмі

Айналмалы байламды бұзбай, қысқышты енгіземіз

Қысқыштың ұрттарын тіс мойынының деңгейіне дейін қызылиектен сәл төмен жылжытамыз. Егер одан төменірек жылжытатын болсақ тұрақты тіс бастамасын зақымдауымыз мүмкін.

Қысқышты дұрыс енгізіп бекіткеннен кейін байыппен, ұқыптылықпен бекітеміз.

Тістің анатомиялық ерекшелігіне байланыс ротация, люксация әдістерін жүргіземіз. Бұл әдістер тіс түбірі альвеоладан ажырағанша орындалады.

Тракция. Тісті ұяшықтан шығару. Қарама қарсы тісті зақымдап алмау керек

Кюретаж жасалмайды, уақытша тістерді жұлғанда сорылған не сынғанын ажырату қиын сондықтан егер түбірдің аз бөлігі сынатын болса оны алудың қажеті жоқ

Кейбір әдебиеттерде Супиев және Колесовалардың кітабында дәкелік тампонды тістетуге болмайды делінген. Біріншіден аспирацияның алдын

Тіс жұлуды кезіндегі науқас пен дәрігердің орналасуы алса, екіншіден қан ұйындысын ұяшықтан сорып алады. Үстіңгі тістерді жұлған кезде науқас биік креслода басын шалқайтып отырады. Жұлатын тіс дәрігердің иық деңгейінде болу керек. Сол жақтың тісін жұлғанда науқастың басын дәрігерге қарай, ал оң жақтың тісін жұлғанда әрі қарай бұрылады.

Төменгі жақтың тістерін жұлғанда креслоны шынтақ деңгейіне дейін төмендетеді. Науқастың басы тік орналасады. Төменгі күрек, сол жақ кіші, үлкен азу тістерін жұлғанда дәрігер қарсы алдында, оң жағында тұрады. Ал оң жақтың сүйір, кіші және үлкен азу тістерін жұлғанда ол сол қолымен науқастың басын құша оң жағында немесе арт жағында тұрады. Тіс жұлуды қиын болатын болса науқасты жатқызады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы Дәріс кешені	044-74/ 43 беттің 21беті

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет:Қосымша-1

Қорытынды сұрақтары (кері байланысы)

1. Уақытша тістерді жұлудың тура және кері көрсеткіштері.
2. Тұрақты тістерді жұлудың тура және кері көрсеткіштері.
3. Жоғарғы жақ тістерін жұлу кезінде қолданылатын жансыздандыру түрлері.
4. Төменгі жақ тістерін жұлу кезінде қолданылатын жансыздандыру түрлері.
5. Алдыңғы тіс топтарын жұлуға арналған қысқыштар.
6. Бүйір тіс топтарын жұлуға арналған қысқыштар.
7. Сүт және тұақты тістерді жұлу кезендері.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/
Дәріс кешені		43 беттің 22беті

Дәріс № 9

Тақырыбы: Балалардағы жақ сүйектерінің одонтогенді периоститі. Жіктелуі, клиникасы, диагностикасы, емі, алдын алу, болжау. Ықтимал асқынулар.

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы жақ сүйектерінің одонтогенді периоститімен, оның түрлері, этиологиясы, клиникасымен, емдеу әдістері және алдын-алу шаралары туралы мәліметтер беру. Диагностика үшін қолданылатын қосымша зерттеу әдістерімен таныстыру.

Дәріс тезистері. Бет-жақ аймағының қабыну аурулары өзінің пайда болу табиғатына қарай инфекциялы-қабынулы процесс, микробтармен шақырылады, олардың әдетте қарапайым жағдайда ауыз қуысының кілегей қабатында және тері қабатында дамиды. Тері қабатының және кілегей қабатының бүтіндігі бұзылғанда, шеткері пародонт зақымдалғанда, сонымен қоса тістің қатты қабаты зақымдалып оның қуысы ашылса микробтар қасындағы тіндерге кіреді. Кейде олар енген жерлерінде қорғаныс факторларынан жойылады, ал басқа жағдайларда – лимфа ағысымен лимфа түйіндеріне жетеді, ол жерде олардың бекітілуі және жойылуы жүреді. Егер лимфа тамырлар бекітіп және жоя алмаса, олар қан ағысына еніп және ағынмен мүшелерге еніп кетуі мүмкін. Бірақ көбінесе басқа нәтиже болады. Тінге енген микробтар, жаңа тіршілік ету жағдайына қалыптасады, көбейе бастайды. Олардың бір қатары белок табиғат заттарын өңдейді – экзотоксиндер, олардың антиген қабілеті бар және сол бір тіндерді зақымдай алады.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

Қабыну аурулары одонтогенді және одотогенді емес болуы мүмкін. Одонтогенді емес этиологиядағы бет пен мойын аймағының қабыну аурулары басқа аймақтардан клиникалық ағымы бойынша ерекшеленеді. Себебі БЖА анатомиялық құрылысы мен өмірге маңызды мүшелердің жақын орналасуында. Біріншіден венозды тамырлар мен лимфа жүйесі тығыз орналасқан, сол себепті инфекция алғашқы ошақтан тез жайыла бастайды. Екіншіден бет үнемі қимылдайтындықтан жай байламдардың өзі теріні тырнап инфекцияның таралуына жағдай жасайды.

Патогенезі

«Одонтогенді қабыну ауру» термині жинақты болып келеді. Ол аурудың клиникалық жағынан айқын көрсетілген бір топ ауруды қосады (периодонтит, периостит, остеомиелит, абсцесс және флегмона, лимфаденит, одонтогенді гайморит), оларды одонтогенді инфекциялы процесстің әртүрлі динамикада өтетін ауру деп санауға болады. Периодонтит деп периодонттың инфекциялы-қабыну процесі деп санауға болады. Жедел периодонтиттің бастапқы кезеңдерінде периодонттың ісінуімен, қызаруымен және сірлі экссудациямен сипатталады, олар кейіннен іріңді түрге ауысады. Периодонттың лейкоцитарлы инфильтрация ортасындағы аймақта іріңдеп еріген өліеттенген тін ошақтары кездеседі. Кейіннен осындай аймақтардың айналасында грануляциялық тін білікшесі түзіледі, өйткені микроабсцесс

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МӘДИСІНА АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 23беті

түзіледі.

- Жедел серозды периостит
- Одонтогенді периостит пульпадан және периодонттан тісті қоршап жатқан сүйек тініне қабыну үрдісінің таралуынан болады. Кейін қабыну периостқа және жақ сүйегіне тарайды.
- Пульпаның, жақ сүйегінің, жұмсақ тіндердің тістің қалыптасуы, жарып шығуы, тістемнің ауысуы кезінде лимфа айналымы және қанмен қамтамасыз етілуі қабыну үрдісінің пульпадан немесе периодонттан периостқа және жақ сүйегіне таралуына әкеледі. Инфекцияның таралуының тағы да басқа жолдары бар: одонтогенді (тіс-сүйек – периост) гематогенді (вена арқылы) және лимфогенді. Өсу сүйектерінің периосты физиологиялық қозғыштық қалпында болады және әртүрлі тітіркендіргіштерге тез жауап береді. Тіс пульпасының және периодонттың жедел қабынуы кезінде қабынудың әсерінен болған қан тамырларының гиперемиясы сүйекмилық кеңістік арқылы периостқа, ауыз қуысының шырышты қабатына, қан тамырларына, жұмсақ тіндерге тез таралып, қабынудың перифокальды ошағына айналады. Аурудың бастапқы кезеңінде периосттың жедел серозды қабынуы болады. Морфологиялық көрінісінде қан тамырларының гиперемиясы, ісіну, периосттың жасушалық деңгейде инфильтрациясы дамып, борпылдаққа айналады. Серозды қабыну іріңді түріне 1-3 тәуліктен соң ауысады.

ЖСП кезінде: өтпелі катпар тегістеледі, пальпация кезінде ауырады, көбінесе альвеолярлы өсіндінің вестибулярлы бетінде, себепші тіс маңында орналасады. Қабынған периосттың шырышты қабаты қызарған және ісінген. Қабынудың әсерінен болған ісіну беттің жергілікті жұмсақ тіндерінде орналасады. Қабыну ошағының орналасуына байланысты жұмсақ тіндердің ұлғаюы, пастоздылығы, регионарлы лимфа түйіндерінің ұлғаюы байқалады. Лимфаденит дамыды.

Бала — мазасыз, тәбеті төмендейді, температура субфебрильді болып өзгереді. Бұл сатыда- одонтогенді инфекция перифокальды қабыну сияқты өтеді. Пульпит кезінде жедел периостит балаларда өте айқын және ауыр симптомдармен өтеді, қабыну үрдісі өте активті жүреді. ЖСП баларда әрқашан периодонтиттің жедел түрінің және созылмалы периодонт қабынуының өршуінің көріністерімен көрінеді. ЖСП кезінде жұмсақ тіндерде инфильтрат дамуы мүмкін, ол бірнеше күнге немесе себепші тісті жұлғанға дейін сақталуы мүмкін. Жедел қабыну көрсеткіштерінің тынышталуынан кейін репаративті остеогенз белсендіріледі, бірақ ол сүйек тінінің резобция процесстерінен қалып қояды. Сүйекте түзілген ақау гранцияциялық тінге толады, олар жетіліп, дәнекер капсулаға айналады. Бұндай капсула инфекциялы ошақты айналасындағы сүйек тінінен бөліп, процесстің стабилизациясына жағдай жасайды. Егер

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 24беті
Дәріс кешені		

инфекциялық бастама тіс түбірінің каналынан өтуі тоқтамаса, сорылған сүйек аймағының толық түзілген сүйек тінінің жаңадан алмасуы жүрмейді. Сонымен қоса, бұл жағдайларды инфекциялық-қабыну процессінің гранулирленген периодонтит түрі бойынша өршіп дамуы байқалады.

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет:Қосымша-1

Қорытынды сұрақтары (кері байланыс)

1. Периостит, этиологиясы, клиникасы.
2. Периоститтің жіктелуі.
3. Периоститтің диагностикасы.
4. Балаларда периоститті емдеу ерекшеліктері.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 25беті

Дәріс № 10

Тақырыбы: Балалардағы жақ- бет аймағының лимфадениттері. Жіктелуі, клиникасы, диагностикасы, емі, алдын алу, болжау.

Ықтимал асқынулар.

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы бет-жақ аймағының лимфадениттері, оның түрлері, этиологиясы, клиникасымен, емдеу әдістері және алдын-алу шаралары туралы мәліметтер беру. Диагностика үшін қолданылатын қосымша зерттеу әдістерімен таныстыру.

Дәріс тезистері.

Бет-жақ аймағының қабыну аурулары өзінің пайда болу табиғатына қарай инфекциялы-қабынулы процесс, микробтармен шақырылады, олардың әдетте қарапайым жағдайда ауыз қуысының кілегей қабатында және тері қабатында дамиды. Тері қабатының және кілегей қабатының бүтіндігі бұзылғанда, шеткері пародонт зақымдалғанда, сонымен қоса тістің қатты қабаты зақымдалып оның қуысы ашылса микробтар қасындағы тіндерге кіреді. Кейде олар енген жерлерінде қорғаныс факторларынан жойылады, ал басқа жағдайларда – лимфа ағысымен лимфа түйіндеріне жетеді, ол жерде олардың бекітілуі және жойылуы жүреді. Егер лимфа тамырлар бекітіп және жоя алмаса, олар қан ағысына еніп және ағынмен мүшелерге еніп кетуі мүмкін. Бірақ көбінесе басқа нәтиже болады. Тінге енген микробтар, жаңа тіршілік ету жағдайына қалыптасады, көбейе бастайды. Олардың бір қатары белок табиғат заттарын өңдейді – экзотоксиндер, олардың антиген қабілеті бар және сол бір тіндерді зақымдай алады. Қабыну аурулары одонтогенді және одонтогенді емес болуы мүмкін. Одонтогенді емес этиологиядағы бет пен мойын аймағының қабыну аурулары басқа аймақтардан клиникалық ағымы бойынша ерекшеленеді. Себебі БЖА анатомиялық құрылысы мен өмірге маңызды мүшелердің жақын орналасуында. Біріншіден венозды тамырлар мен лимфа жүйесі тығыз орналасқан, сол себепті инфекция алғашқы ошақтан тез жайыла бастайды. Екіншіден бет үнемі қимылдайтындықтан жай байламдардың өзі теріні тырнап инфекцияның таралуына жағдай жасайды.

Одонтогенді қабыну ауруының қоздырғышы – бұл микроағзалар, олар ауыз қуысының тұрақты микрофлорасының құрамы кіреді: стафилококк, стрептококк, энтерококк, диплококк грам оң және грам теріс таяқшалар, E. coll. және т.б. Сонымен қоса одонтогенді инфекцияның ошағында кейде саңырауқұлақтар анықталады, микоплазмалар қарапайымдылар отбасынан трихоманад. Жоғарыда айтылғандай, макроағзаның иммунологиялық реактивтілігінің жағдайы инфекциялы-қабынулық процесстің дамуының мүмкіндігі. Бет - жақсүйек аймағының іріңді қабыну аурулары өзіндік ерекшеліктері мен сипатталатын патологиялық процесс бола тұра, негізінен жедел немесе созылмалы периодонтиттердің өршуінен, жақсүйектері ұраларының іріңдеуінен, остеомиелиттің, сиалодениттің, гингивостоматиттердің, пародонтоздың, сыздауықтың, шиканның және бет - мойын аймақтары жарақаттарының асқынуларынан дамиды.

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет: Қосымша-1

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/
Дәріс кешені		43 беттің 26беті

Қорытынды сұрақтары (кері байланыс)

Дәріс № 12

Тақырыбы: Балалардағы сілекей бездерінің аурулары.

Жіктелуі, клиникасы, диагностикасы, емі, алдын алу, болжау. Ықтимал асқынулар.

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы сиалоденитпен, оның түрлері, этиологиясы, клиникасымен, емдеу әдістері және алдын-алу шаралары туралы мәліметтер беру. Диагностика үшін қолданылатын қосымша зерттеу әдістерімен таныстыру.

Дәріс тезистері.

Сілекей бездері жақ-бет аймағының анатомиялық функционалды құрамды бөлігі және ауыз қуысының қосымша бөлігі болып саналады. Сілекей бездерінің патологиясы мен ауруларын емдеу мәселелері стоматологиямен тығыз байланысты. Майда және тақ бездерге Ауыз қуысының шырышты қабығының бездері жатады. Бұлар өздерінің атауына сәйкес анатомия-топографиялық аймақтарда орналасады. **Құлақмаңы сілекей безі** - ең ірі без (25-30 гр). Ол жақ арты шұңқырында шайнау бұлшықетінің алдыңғы бетінің бір бөлігін жауып жатады. Бездің жоғарғы шекарасы сыртқы дыбыс жолы, ал төменгі жақтың бұрышы оның төменгі шекарасы болып саналады. Құлақмаңы безі беткей және терең бөліктерден тұрады. Олар бір-бірімен өзекше арқылы жалғасады.

Бездің алдыңғы қырында, негізгі шығару түтігі жанында оның қосымша бөлігі орналасқан. Без капсуламен жабылған, оның латеральды беті қалың, ал медиальды беті жұқа, кей жерлерде болмауы да мүмкін, осыған байланысты без жұтқыншақмаңы кеңістігінде өтіп кетуі де мүмкін. Сыртқы ұйқы артериясынан тарайтын бірқатар қан тамырлары бездің бойына торлай таралады, ал вена қаны жақ арты венасына жиналады. Лимфа тамырлары бөліктерінің арасында орналасқан құлақмаңы лимфа түйіндеріне жиналады. Бет жүйкесі осы бездің бойынан басталып өзінің тармақтарына, яғни самай-ұрт және ұрт-бет жүйкелеріне үлкен қаз табан жасай бөлінеді.

Ұзындығы 5-7 см болатын бездің шығару түтігі оның алдыңғы қырынан шығып, шайнау етінің алдыңғы бетін айнала отырып 90° бұрылып ұрт етін бойлай өтіп, ауыз қуысының кіреберісіне екінші үлкен азу тіс деңгейінде ашылады. Түтіктің ашылатын жерінде бүртік емізікшелер болады. Құлақмаңы безі негізінен белокты сұйықтық бөліп шығарады.

Төменгі жақасты сілекей безі төменгі жақ сүйегі мен қос қарыншалы ет аралығындағы кеңістікте орналасады. Бездің салмағы 7,77 гр. Оның артқы бөлігінде, төменгі сыртқы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 27беті

бетінен бет көк тамыры-венасы өтеді. Ол бездің артқы бөлігін айналып алдыңғы бетіне өтіп, бет венасымен бірге төменгі жақ сүйегінің астыңғы қырына өтеді. Тіл жүйкесі қанатша ет арасындағы кеңістіктен шыққан соң, ауыз қуысы түбінің шырышты қабатымен бездің артқы бөлігінің арасынан өтіп, оның шығару түтігімен жақ тіл астауында, екінші үлкен азу тіс тұсында қиылысады. Бездің өзі тіласты жүйкесі доғасын жауып жатады. Бездің шығару түтігі ауыз қуысы түбінің шырышты қабатында, тіл үзеңгісінің жанында ашылады. Түтіктің ұзындығы 5-7 см. Тіласты безі майда бөліктердің борпылдақ дәнекер тін арқылы қосылған жиынтығы болып келеді.

Бездің пішіні сопақ үсті шырышты қабықпен жабылған жақ-тіл етінің жоғарғы бетінде орналасқан. Оның көлемі 2 см, орташа салмағы 3,5 гр, негізгі шығару түтігінің ұзындығы 2 см, ал бездің үлкен бөлігінен басталып төменгі жақасты безінің шығару түтігіне келіп қосылады. Бездің майда бөліктері ауыз қуысы түбінің шырышты қабатына майда түтіктермен ашылады.

Жоғарыда аталған бездердің барлығы жұп бездер жалғыз бездердің болуы өте сирек кездеседі.

Сілекей бездері ас қорыту, шығару, эндокринді, инфекцияға қарсы және тістерге әсер ету қызметінің-функцияларын атқарады. Ересек адамда тәулігіне 1000-1500 мл сілекей бөлініп шығады.

Науқастарды тексеру жалпы қағидалармен жүргізіледі, оларға: шағым жинау, келіп шығу тарихы-анамнезі, қарап, сипап (кейде екі саусақпен сипап) тексеру, шығару түтіктерінен бөлінген сілекей құрамын зерттеу. Шығару түтіктерін шұқығышпен қарау, рентгенологиялық-сиалогграфиялық, сцинтиграфиялық, секреторлы функцияларын тексерулер, биопсия жатады.

Науқастың жасы, жынысы, жалпы жағдайы нақтамалық бағытын анықтауы мүмкін.

Қарап тексеру без көлемінің ұлғаюы, жанындағы жұмсақ тіндер жағдайы, жыланкөздің болуы, сілекейдің сапасы туралы анықтама береді.

Сипап тексеру арқылы бездің тығыздығын-консистенциясы (жұмсақ, тығыз, бұдырлы), жанындағы жұмсақ тіндер туралы мәлімет алуға болады.

Бимануальды тексеру арқылы түтікте тас барын анықтауға болады. Сілекейді таңертең аш қарынға 8 тамшы пилокорпин (1) бергеннен соң шығару түтігіне канюляны енгізіп жинап, калориметриялық әдіспен РН ортасын, белоктың санын және сілекейдің қоюлығын анықтайды.

Адам сілекейінің құрамында 99% су, 1% еріген минералды және органикалық заттар болады. Ересек адамда тәулігіне 1,5 литрдей сілекей бөлінеді. Сілекей бездерінің аурулары кезінде олардың қызметі төмендеп, ауыз қуысы құрғактанады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 28беті
Дәріс кешені		

Цитологиялық тексеру жүргізу үшін сілекейдің бір тамшысын алып шыны әйнекке жағады. Жағындылар (мазок) Райто-Романовский немесе Романовский-Гимзе әдісімен алынады.

Сүңгімен тексеруде шығару түтігінің бағытын, өзегінде конкременттің, барлығын және оның орнын, өзектің тарылуын, кейде атрезиясын анықтауға болады.

Сиалография әдісі. Бұл әдісті сілекей безіне рентгенография жасалғаннан соң бездердің секреторлы қызметінің өзгерісін анықтау үшін қолданады.

Контрасты заттарды енгізу үшін көлемі 2,5 мл шприц пен ұшы доғал инені қолдануға болады. Йодолиполды адам денесінің қызуындай жылытып алған жөн.

Инені сілекей безінің шығару түтігіне 0,5-1 см тереңдікке енгізіп, сілекей безінде толу сезіміне дейін контрасты зат жіберіп, біраз уақыт өткеннен соң сілекей безінде жеңіл ауыру сезімі пайда болғанға дейін тағы жібереді. Ауыз қуысындағы артық қалған контрасты заттарды тампонмен сүртіп алып сілекей безінің рентгенографиясын жасайды.

Сцинтиграф аппаратымен сцинтиграмма алынады. Графикалық жазба әр түрлі нүкте және сызықшалар кестесі түрінде болады. Әр без сілекейінің қоюлығы туралы мәлімет береді. Суреттегі ақаулар без қызметінің бұзылыстарын (мысалыға склероз немесе ісіктің болуын) көрсетеді. Сцинтиграфияның басқаша сканирования, гаммаграфия деп те атайды. Бұл әдіс бездердің қабыну кезеңдерін, ісіктерді, сілекей-тас ауруларын морфологиялық нақтамасында ғана емес, қызметінің ерекшеліктері туралы да мәлімет беруде ерекше маңызды орын алады.

Сиалография кезінде негізінен шығару түтіктер жүйесі (негізгі және 10-12 дихотомиялық III-IV қатарға дейінгі) толады. Сиалограммада диаметрі 0,2 см-ге дейінгі майда түтіктер көрінеді. Ал өте майда диаметрі 5- 10 мм болатын құрылымдық элементтер — мойыншықтар, ацинустар, сілекей түтікшелері рентгенограммада айқындалмай, паренхима суретін береді. Сілекей безінің айқын көрінуі контрасты заттардың реологиялық қасиеттеріне және енгізу қысымына байланысты. Паренхиманың айқын көрінуі қалыпты жағдай деп есептелінеді.

Сиалография кезінде негізінен шығару түтіктер жүйесі (негізгі және 10-12 дихотомиялық III-IV қатарға дейінгі) толады. Сиалограммада диаметрі 0,2 см-ге дейінгі майда түтіктер көрінеді. Ал өте майда диаметрі 5- 10 мм болатын құрылымдық элементтер — мойыншықтар, ацинустар, сілекей түтікшелері рентгенограммада айқындалмай, паренхима суретін береді. Сілекей безінің айқын көрінуі контрасты заттардың реологиялық қасиеттеріне және енгізу қысымына байланысты. Паренхиманың айқын көрінуі қалыпты жағдай деп есептелінеді.

Бұл әдіс бездердің қабыну кезеңдерін, ісіктерді, сілекей-тас ауруларын морфологиялық нақтамасында ғана емес, қызметінің ерекшеліктері туралы да мәлімет беруде ерекше маңызды орын алады.

Бұл әдіс бездердің қабыну кезеңдерін, ісіктерді, сілекей-тас ауруларын морфологиялық нақтамасында ғана емес, қызметінің ерекшеліктері туралы да мәлімет беруде ерекше маңызды орын алады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 29беті
Дәріс кешені		

Сиалогграфия кезінде негізінен шығару түтіктер жүйесі (негізгі және 10-12 дихотомиялық III-IV қатарға дейінгі) толады. Сиалограммада диаметрі 0,2 см-ге дейінгі майда түтіктер көрінеді. Ал өте майда диаметрі 5- 10 мм болатын құрылымдық элементтер — мойыншықтар, ацинустар, сілекей түтікшелері рентгенограммада айқындалмай, паренхима суретін береді. Сілекей безінің айқын көрінуі контрасты заттардың реологиялық қасиеттеріне және енгізу қысымына байланысты. Паренхиманың айқын көрінуі қалыпты жағдай деп есептелінеді.

Жедел ағымды эпидемиялық паротит

Пудпасчер ашқан сүзілетін вирус.

Балалар бақшасы мен мектеп жасындағы балалар (5-10) және жас кезінде ауырмаған ересек адамдар ауырады.

Бұл ауруға мерзімдік сырқаттану тән — көктем, қыс айларында жиі

кездеседі. Продромалды кезеңі 3 аптаға дейін созылады. Бұл кезеңде науқастар әлсіздікке, тәбетінің жоқтығына шағымданады.

Инкубациялық кезең өтісімен, құлақ маңындағы бір немесе екі безі, төменгі жақасты бездері немесе барлық сілекей бездері де ауруға шалдығуы мүмкін.

Сілекей бездерінің ұлғаюымен беттің әлпеті осы ауруға тән өзгереді, осыған байланысты бұл «свинка» деген атқа ие болған.

Жұтынғанда ауырып, оның құлақ маңына таралуы, тамақтанар алдында ауыру сезімінің үдей түсуі (немесе тамақты көргенде), басты қимылдатқанда ауыруы осы ауруға тән. Эпидемиялық паротиттің тұрақты белгісі-дірілдің, безгектің болуы.

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет:Қосымша-1

Қорытынды сұрақтары (кері байланысы)

- 1.Балалардағы жақ- бет аймағының лимфадениттері.
- 2.Лимфадениттердің этиологиясы.
- 3.Жіктелуі, клиникасы, диагностикасы.
- 4.Емі, алдын алу, болжау.
5. Ықтимал асқынулар.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 30беті
Дәріс кешені		

Тақырыбы: Эпидемиялық паротит. Жіктелуі, клиникасы, диагностикасы, ему, алдын алу, болжау.

Ықтимал асқынулар

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы эпидемиялық паротитпен, оның түрлері, этиологиясы, клиникасымен, емдеу әдістері және алдын-алу шаралары туралы мәліметтер беру. Диагностика үшін қолданылатын қосымша зерттеу әдістерімен таныстыру.

Дәріс тезистері.

Жедел агымды эпидемиялық паротиттер.

Бұл вирусты контагиозды ауру. Қоздырғышы— 1934 жылы Джонсон және Пудпасчер ашқан сүзілетін вирус.

Балалар бақшасы мен мектеп жасындағы балалар (5-10) және жас кезінде ауырмаған ересек адамдар ауырады.

Бұл ауруға мерзімдік сырқаттану тән — көктем, қыс айларында жиі

кездеседі. Прогномалды кезеңі 3 аптаға дейін созылады. Бұл кезеңде науқастар әлсіздікке, тәбетінің жоқтығына шағымданады.

Инкубациялық кезең өтісімен, құлақ маңындағы бір немесе екі безі, төменгі жакасты бездері немесе барлық сілекей бездері де ауруға шалдығуы мүмкін.

Сілекей бездерінің ұлғаюымен беттің әлпеті осы ауруға тән өзгереді, осыған байланысты бұл «свинка» деген атқа ие болған.

Жұтынғанда ауырып, оның құлақ маңына таралуы, тамақтанар алдында ауыру сезімінің үдей түсуі (немесе тамақты көргенде), басты қимылдатқанда ауыруы осы ауруға тән. Эпидемиялық паротиттің тұрақты белгісі-дірілдің, безгектің болуы.

Безгектің ұзақтығы 5-7 күн. Бездер ұлғайған, сипап тексергенде ауру сезімі болады. Эпидемиялық сиалоадениттерде үш нүктеде: құлақ сырғалығы жанында, емізікше өсінді аймағында және төменгі жақ өсіндісінің жарты ай ойығы аймақтарында ауыру сезімінің болуы тән. Ауыздың ашылуы қиындайды. Ауыз қуысының шырышты қабаты күңгірттеніп, сілекей бөлінуі нашарлайды, сілекей безінің оның шығару түтігінің ашылған орны қызарып, ісінеді.

Ауру ағымына байланысты үш түрге: жеңіл, орташа және ауыр болып бөлінеді.

Аурудың ауыр түрінде науқастың жалпы жағдайы нашарлайды, дене қызуы 39-40°C, бездегі ауыру сезімінен басқа, буындардың, аяқ бұлшықеттерінің, жүрек аймағының ауыруы, брадикардия, қан қысымының төмендеуі болуы мүмкін.

Аурудың жедел кезеңі 4 күннен 10 күнге дейін созылады, 5-ші күннен бастап дене қызуы төмендеуі, жалпы жағдайының жақсаруы, без көлемінің кішіреюі байқалады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 31беті

Ауру тұрақты иммунитет береді. Айығуы 2-4 аптадан соң басталады

Аурудың асқынуы. Бездің іріңдеп еруі, жыланкөз пайда болуы мүмкін. Қабыну кезеңі ортаңғы құлаққа, көру мүшелеріне өтуі мүмкін.

Эпидемиялық сиалоадениттердің жиі болатын асқынулары: балаларда орхит, әйелдер мен қыздарда мастит, жедел панкреатит, нефрит және т.б.

Ажырату нақтамасы. Оны бірінші кезекте Р.Л.Герценбергтің жалған паротитімен жүргізу қажет, ол ақыл тістің қиналып жарып шығуына байланысты құлақмаңы сілекей безінің бір жағынан капсула ішінде орналасқан лимфа түйіндерінің қабынуынан пайда болады. Жалған паротит кезінде сілекей бөліну қызметі бұзылмайды. Бұл ауру сілекей безінің паренхимасының не болмаса шығару түтігінің ауруы емес, бұл негізінен лимфаденит болып табылады.

Паренхиматозды паротит эпидемиялық паротиттен ұзақ созылмалы жиі асқынулары болып тұруымен өзгешеленеді. Жалпы бір жақта болады.

Микулич ауруында барлық сілекей және жас бездері ауруға ұшырап, созылмалы түрде жүреді.

Емі. Симптоматикалық және жалпы әлдендіретін – сульфаниламидтер, ауыр жағдайда антибиотиктер, сілекей бөлінуін реттеуші дәрі-дәрмектер, термопсис, «А» және «С» тобындағы витаминдер, сұйықтықты көп мөлшерде қабылдау, ауыз қуысын сауықтандыру, без аймағына жылы компресстер қолдану керек.

Без іріңдеген жағдайында хирургиялық ем көрсету қажет.

Жедел агымды эпидемиялық емес паротит.

Бұл ауру бездердің іріңдеуіне алып келеді және өте ауыр түрде жүреді, созылмалы қабынуға өтуі де мүмкін.

Аурудың жергілікті себептеріне: бөгде заттың енуі, сілекей тастарының пайда болуы, жұқа жаралар-афтозды және жаралы стоматиттер, бездің жарақат алуы, қабыну кезеңдерінің көрші аймақтардан өтуі жатады.

Жалпы себептері: инфекциялық аурулар, іш қуыстарына жасаған оталар, сусыздануға алып келетін аурулар.

Клиникалық көріністері. Жедел эпидемиялық емес паротиттер клиникалық ағымына қарай серозды, ірінді және гангренозды деп бөлінеді.

Бұл ауру кезінде науқастар ауыз қуысының құрғақтығына, жалпы әлсіздігіне, дене қызуына, құлақалды маңында қатты ауыру сезімінің болуына, оның тамақтанар алдында үдей түсетініне шағымданады. Қарап тексергенде, құлақ маңындағы ұйыспа-инфильтраттан пайда болған беттің асимметриясы анықталады (екі жақтық сирек). Ұйыспа-инфильтраттың әсерінен құлақ сырғалығы көтеріліп тұрады. Аурудың жедел серозды кезеңінде ауыздың ашылуы шектелмеген, шығару түтігінің ашылған орны қызарған, ісінген. Құлақмаңы сілекей безіне массаж жасағанда сілекейдің бөлінуі байқалмайды, кейде күңгірт-шырышты сұйық бөлінуі мүмкін. Содан кейін кезеңнің кері дамуы басталады, без маңындағы ұйыспа-инфильтраттың ісігі қайтып көлемі кішірейеді, ауыру сезімі төмендейді, сілекей мөлшері қалыптағыдай болады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 32беті
Дәріс кешені		

Жедел серозды паротит іріңді түріне өткенде безде қабыну кезеңі өте тез дамиды.

Бездің тығыз капсуласының болуынан іріңді жалқықтың теріасты клетчаткасына шығуы қиындайды, осының әсерінен ауыру сезімі күшейе түседі. Құлақмаңы сілекей безі аймағындағы ұйыспа-инфильтраттың көлемі ұлғайып, жұмсақ тіндерде ісіну пайда болады. Ұйыспа-инфильтрат бетіндегі тері қабаты қызарған, қатпарға жиналмайды. Ауыздың ашылуы шектеледі. Шығару түтігінен көп мөлшерде ірің бөлінеді. Без капсуласы іріңдеп ерігенде, былқылдау- (флюктуация) болады.

Паротиттің гангренозды түрінде тіндердің көлемді некрозы және науқаста ауыр септикалық жағдай болады. Бет веналарының тромбозы мен флебиттер дамып, ми синустарына өтуі мүмкін.

Ажырату нақтамасы. Жедел іріңді паротит ұрт, самай аймағындағы, шайнау еті астының кеңістігіндегі флегмоналардың клиникасына ұқсас, бірақ сілекей безінің қызметі бұзылмайды, шығару түтігінен мөлдір сілекей бөлінеді.

Жедел эпидемиялық паротиттен жедел эпидемиялық емес паротиттің айырмашылығы, оның жиі бір жақта және ересек адамдарда болуы. Қандағы эритроциттердің тұнбаға түсу жылдамдығының жоғарлауы, лейкоцитоз, нейтрофилдер санының жоғарылауының солға жылжуы байқалады.

Емі. Жедел паротит кезіндегі емдеу шаралары аурудың сатысына байланысты жүргізіледі. Қабынудың серозды түрінде науқас сілекей бөлінуін жоғарлататын диета және тамақтанар алдында пилокарпин гидрохлоридтің 1% ерітіндісін 6-8 тамшы қабылдау қажет. Тамақтанып болғаннан соң ауыз қуысын сілтілік ерітінділермен шайған дұрыс. Сілекей безі аймағына физиотерапевтикалық ем, әлсіз жылулық бактерицидтік әсері бар УЖЖ — терапия қабылдауы, күндіз құрғақ жылы, ал түнге қарай камфор майымен жылы компрестер жасау және күнделікті шығару түтіктері жүйесін антибиотиктердің 0,5% новокаиндегі ерітіндісімен немесе протеолитикалық ферменттермен жуып-шаю жақсы емдік әсер береді. Егер қабыну кезеңі өрши түссе, онда микрофлораның сезімталдығын анықтап, антибиотиктер тағайындалады. А.В.Вишневский әдісі бойынша тосқауыл-блокада жасау, яғни құлақмаңы сілекей безінің аймағында орналасқан ұйыспа-инфильтрат төңірегіне антибиотик қосылған новокаиннің 0,25% ерітіндісін енгізеді.

Егер қабыну кезеңі іріңді немесе гангренозды түріне өткен болса, онда улануға қарсы жалпы әлдендіру және симптоматикалық емдерден басқа, бет жүйкесі талшықтарының орналасуын-топографиясын есепке ала отырып тіліктер жасау көрсетілген.

Алдын алу. Ауыз қуысының тазалығын сақтау, сілекей бөлінуін жоғарылатып тітіркендіргіш тағамдар (қышқыл тамақ) немесе пилокарпиннің 1% ерітіндісін күніне 3-4 рет 4-6 тамшыдан қабылдау, тұз, аскорбин қышқылдарын қабылдау жатады.

Көрнекілік құралдары: мультимедиялық проектор (презентация)

Әдебиет:Қосымша-1

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 33беті

Қорытынды сұрақтары (кері байланысы)

1. Балалардағы эпидемиялық паротиттер.
2. Паротиттердің этиологиясы.
3. Жіктелуі, клиникасы, диагностикасы.
4. Салыстырмалы диагностикасы.
5. Емі, алдын алу, болжау.
6. Ықтимал асқынулар.

Дәріс № 14

Тақырыбы: Балаларда қолданылатын қазіргі заманғы жергілікті анестетиктер және олардың қасиеттері, стоматологиялық араласулар кезінде анестезия әдісін таңдау (жергілікті жалпы анестезия, седация).

Мақсаты: Білім алушыларға балалардағы қазіргі заманғы жергілікті анестетиктер және олардың қасиеттері, қолдану көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштері туралы мәліметтер беру. Стоматологиялық арласулар кезінде қолданылатын жансыздандыру әдістерімен таныстыру.

Балалар организмнің физиологиялық ерекшеліктерін анестезиологиялық аспекте келесі ретпен топтауға болады:

Балалар ауру сезіміне өзіндік реакция береді және бұл реакция айқын болады да белсенді қозғалу компонентімен қатар жүреді.

Балаларда өзін-өзі ұстау компоненті әлсіз, олар өздерінің эмоцияларын ұстай алмайды және әр ауру сезімге бірдей қарқынды жауап береді.

Балалар бұл процедураның өте қажет екенін түсінбейді, яғни тісті емдеу немесе жұлу қажеттілігін түсінбейді.

Балаларға қорқыныш сезімі тән. Олар ата-анасыз қалуға қорқады, дәрігер міндетті түрде ауыртады деп қорқады, себебі ол құрдастарынан тісті "егелеген" кезде қатты ауыртады деп естиді. Сонымен қатар көрші креслода отырған пациент мазасызданып отырса, ал дәрігер жағынан кішкентай пациентке мейірімділік болмаса бұл қорқыныш сезімін күшейтеді.

Балада ауру сезімі неден пайда болады?

Бұрын тіс емдеу кезінде ауру сезімінің болғандығынан

Басқалардан ауру сезімін байқаған кезде (басқа баланың жылауы, айқайлауы)

Дәрігердің балаға деген қатынасы (сондықтан қорқытуға болмайды)

Қан тиген және басқа да құралдарды көрген кезде

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 34беті
Дәріс кешені		

Басқа балалардың немесе үлкендердің дәрігер туралы әңгімелерінен

Балалар стоматологиялық емханасында жансыздандырудың негізгі міндеттері :

кажетті ұзақтылықтағы толыққанды анестезиямен қамтамасыз ету;
 психоэмоциональды қысымды жою;
 баланың бір қалыпты мінез-құлығы;
 жансыздандыруды бақылау;
 қанмен, құсықпен, бөгде заттармен – жұлынған тістер, пломбалық және үлгілік материалдармен аспирацияны болдырмау;
 балаға токсикалығы аз анестетикті немесе наркотикті таңдау;
 бала организмнің функциональды бұзылыстарының алдын алуын қамтамасыз ету;
 тез реабилитациялау;
 білікті стоматологиялық көмек көрсету;
 балалар стоматологияның жұмысы үшін максималды жағдайды қамтамасыз ету;
 әртүрлі ілесе жүрген соматикалық ауруларына қарамастан, анестезиологиялық қамтамасыздыққа мұқтаж балаларға қандай-да бір стоматологиялық көмекті көрсету;
 балалар емханадан кеткеннен кейін асқынулардың пайда болу қаупін азайту.

Анестезиялаушы заттар /грек тілінен аударғанда *anaesthesia-сезімсіз,жансыз(an-теріс,жоқ; aesthesis-сезім)* жергілікті сезімталдықтың жойылуын шақырады. Олар бірінші кезеңде ауыру сезімін жояды,сондықтан оларды негізінен жергілікті жансыздандыру үшін қолданылады. Анестезияны тереңдеткенде температуралық және сезімталдықтың басқа да түрлері жойылады,соңғы кезекте тигізгендегі және басқандағы рецепция жойылады.

Анастезиялаушы заттар жергілікті сезімталдықтың жойылуын шақырады. Олар бірінші кезеңде ауыру сезімін жояды, сондықтан оларды негізінен жергілікті жансыздандыру үшін қолданады. Анестезияны тереңдеткенде температуралық және сезімталдықтың басқа да түрлері жойылады, соңғы кезекте жанасу және қысым түсіруге рецепция жойылады.

Анестектер сезімтал жүйке ұштарына және жүйке талшықтарына әсер етіп, қозудың таралуына немесе өтуіне кедергі жасайды.

Анестетиктер анестезияның әртүрлі түрлерін алу үшін қолданылады. Олардың ішінде келесі түрлері негізгі:

- 1) беткейлік немесе терминалдық анестезия анестетик шырышты қабаттың бетіне енгізіледі, ол онда сезімтал жүйке ұштарын тежейді, сонымен қатар анестетик жарақаттың, ойық жараның бетіне жағылуы мүмкін;
- 2) инфильтрациялық анестезия операциялық кесу жүретін жерді анестетик ерітіндісін біртіндеп тері мен терең жатқан тіндерге сіңіреді;бұл кезде анестетик жүйке талшықтарын, сонымен қатар сезімтал жүйке ұштарын тежейді;
- 3) Өткізгіштік немесе аймақтық анестезия анестетикті жүйке бойына енгізеді, жүйке талшықтарымен қозудың өтуі тежеледі, бұл инервация шақыратын аймақтың сезімталдығының жоғалуымен жүреді.
- 4) Өткізгіштік анестезияның басқа түрі жұлындық анестезия, мұнда анестетикті субарахноидальды енгізеді және эпидуральды анестезия анестетикті жұлынның қатты қабатының үстіндегі аралыққа енгізеді. Мұнда енгізулерде анестетик жұлынның алдыңғы және артқы түбіршіктеріне әсер етеді.

Анестетиктерді практикада қолданылуына қарай келесі топтарға бөледі:

- 1!) Беткейлік анестезияда қолданылатын заттар: Кокаин, Дикаин, Анестезин, Пиромекаин;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		044-74/ 43 беттің 35беті
Дәріс кешені		

- 2!) Инфильтрациялық және өткізгіштік анестезияда қолданылатын заттар: Новокаин, Бупивакаин;
3!) Анестезияның барлық түрінде қолданылатын заттар: Лидокаин, Тримекан

Балаларда наркозды қолдануға негізгі көрсетулер:

Ауытқулар және орталық нерв жүйесінің аурулары (эпилепсия, олигофрения және т.б.).

Жақ-бет аймағының жедел қабыну процесстері.

Жергілікті анестетиктерді көтере алмау.

Психоэмоциональды қозудың жоғары болуы (емдеу алдындағы қорқыныш).

Компенсация сатысындағы жүрек-қан тамыр жетіспеушілігі.

Бронхиальды астма.

Жергілікті анестезияның тиімсіздігі (оперативті кірісу деңгейінің үлкен болуы).

Ата-анасының талабы.

5 жасқа дейінгі жас мөлшері.

Тістердің көптеген тіс жегісі және т.б. Кемшілігі: адреномиметиктермен жұптастырғанда новокаин ұзақтығы шамамен 1.5-2сағ, ал лидокаин-2-4сағ/0.5% ерітінді/анестезия шақырады. Лидокаинді адреналинмен бірге қолданған жөн/уыттылығы төмендейді және анестезияның ұзақтығы ұлғаяды. Стоматологиялық практикада лидокаиннің 1% және 2% ерітінділері қолданылады және бір рет қолданылатын дозасы 50 және 20 мл ғана болуы керек. Катехоламиндердің мұндай қасиеті жүрек – тамыр аурулары, тиреотоксикоз, қант диабеті, глаукомасы бар науқастарға, жүктілерге қолдануға болмайды. Лидокаинді вазоконстрикторсыз қолданғанда анестезияның ұзақтығы 10-15 минуттан аспайды. қолданылатын заттар: Лидокаин, Тримекан

Қосымша 1

1.Пропедевтическая стоматология [Текст]:учебник/ под ред. Э.А.Базикина, О.О.Янушевича. - 2-е изд. перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2019. - 640

2.Пропедевтикалық стоматология [Мәтін] : оқулық / Қаз. тіл. ред. Ш. Ш. Абралина ; ред. Э. А. Базикин [ж.б]. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 616 с.

Электронды басылымдар

Д.М. Мезгілбаева., С.Ж. Абдикаримов. Н.Сапаева Терапиялық стоматология: оқулық (2-ші басылым). Алматы, «Ақнұр»баспасы». 2019. – 536 б. <https://aknurpress.kz/reader/web/1486>

Боровский Е.В.ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ: 3-ші басылым, II – том. /Е.В. Боровский, Ахметов Ж.Б.-Алматы: Эверо, 2020. — 204 б. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/239/

Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.1 [Мәтін] : оқулық / Е.В. Боровский,С.Ж. Абдикаримов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 180 бет.

Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.2 [Мәтін] : оқулық / Е.В.Боровский , Ж.Б. Ахметов ; Қаз.тіл.ауд.жауапты ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		044-74/ 43 беттің 36беті

Боровский, Е. В. Терапиялық стоматология. Т.3 [Мәтін] : оқулық / Е.В.Боровский, Ж.Б.Ахметов ; Қаз. тіл. ауд. жауап. ред. Ж.Б. Ахметов. - 3-ші бас. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 бет

Боровский, Е. В. Терапевтическая стоматология. Т.1 [Текст] : учебник / Е.В.Боровский . - 3-е изд. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 172 с.

Боровский, Е. В. Терапевтическая стоматология. Т.2 [Текст] : учебник / Е.В.Боровский . - 3-е изд. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 204 с.

Боровский, Е. В. Терапевтическая стоматология. Т.3 [Текст] : учебник / Е.В.Боровский . - 3-е изд. - Алматы : ЭСПИ, 2021. - 208 с.

Терапевтическая стоматология [Текст] : учебник / О. О. Янушевич и др. - 3-е изд. перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2019. - 760 с.

Максимовский, Ю. М. Терапевтическая стоматология. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия [Текст] : руководство к практическим занятиям. учебное пособие. / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин ; под ред. Ю.М. Максимовского. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2019. - 480 с

Максимовский, Ю. М. Терапиялық стоматология [Мәтін] : практикалық сабақтарға басшылық : оқу құралы / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин ; қаз.тіл.ауд.Н.Н.Кубенова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2018. - 384 бет с

Электронды басылымдар

Д.М. Мезгілбаева., С.Ж. Абдикаримов. Н.Сапаева Терапиялық стоматология: оқулық (2-ші басылым). Алматы, «Ақнұр»баспасы». 2019. — 536 б. <https://aknurpress.kz/reader/web/1486>

Боровский Е.В. ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ: 3-ші басылым, II – том. /Е.В. Боровский, Ахметов Ж.Б.-Алматы: Эверо, 2020. — 204 б. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/239/

Боровский Е.В. ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ: I – том. / Е.В. Боровский, С.Ж. Абдикаримов. Алматы: Эверо, 2020. — 180 с. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/238/

Боровский Е.В. ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ: III – том. / Е.В.Боровский, Ахметов Ж.Б.- Алматы: Эверо, 2020. — 204 б. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/240/

Терапевтическая стоматология: руководство / 1 ЧАСТЬ / Зазулевская Л.Я., Баяхметова А.А., Смагулова Е.Н и др. - Алматы: издательство «Эверо», 2020 - 456 с. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/541/

Терапевтическая стоматология: руководство / 2 ЧАСТЬ / Зазулевская Л.Я., Баяхметова А.А., Смагулова Е.Н и др. - Алматы: издательство «Эверо», 2020 - 532 с https://www.elib.kz/ru/search/read_book/542/

Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология: 3-е издание, I-том. Алматы: Эверо, 2020. - 172 с https://www.elib.kz/ru/search/read_book/241/

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы Дәріс кешені	044-74/ 43 беттің 37беті

Боровский Е.В.Терапевтическая стоматология: 3-е издание, II -том. Алматы: Эверо, 2020. -204
 ст. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/258/

Боровский Е.В.Терапевтическая стоматология: 3-е издание, III -том. Алматы: Эверо, 2020. -208
 с https://www.elib.kz/ru/search/read_book/261/ 3. Дәріс тезистері.