

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		1стр из 24

ДӘРІС КЕШЕНІ

Дисциплина: Балалар терапиялық және хирургиялық стоматология -2

Пән коды: DTHS 5302-2

ОП атауы: "6B10103 - "Стоматология"

Оқу сағаты / кредит көлемі: 120 сағат (4 кредит)

Курс- 5, оқу семестрі - 10

Дәріс көлемі: 10 сағат

Шымкент 2025 ж

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		7411-2025 2стр из 24

Дәріс кешені «Балалар терапиялық және хирургиялық стоматология -2» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленді және кафедра отырысында талқыланды

Хаттама №

11 « 26 » 06 2025

Кафедра меңгерушісі м.т.к., доцент м.а.



Д.О. Кенбасова

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74\11-2025
Дәріс кешені		3стр из 24

Дәріс №1

1. Тақырыбы: Балалардағы пародонт аурулары Пародонт ауруларының классификациясы. Балалардағы гингивит. Этиологиясы, патогенезі, клиникалық ағымының ерекшеліктері, диагностика және емдеу әдістері, алдын алу.

2. Мақсаты: Студенттерді пародонт ауруларының жіктелуімен, этиологиясымен, патогенезімен, клиникалық көрінісімен және емімен таныстыру.

3. Дәріс тезісі:

Балалардағы пародонт құрылымы

Пародонт (ДДҰ, 1980) - тісті қолдайтын, оның дамуында топографиялық және функционалды байланысқан бірнеше тіндердің тіркесімі. Пародонтқа қызыл иек, периодонтальды байлам, альвеолярлы сүйек жатады.

Гингива эпителий мен дәнекер тіннен түзіліп, гингивальды жиектен мукогингивальды қосылысқа дейін созылады. Тіс аралық папилла мен гингивальды ойықты ажыратыңыз. Гингивальды эпителийде гингивальды эпителий кревикулярлы, дәнекер эпителий ажыратылады. Балалардағы қызыл иектің құрылымына тән:

1.үлкен васкуляризация, эпителийде кератинделген жасушалардың жұқа қабаты бар, сондықтан қызыл иектің түсі ашық болады,

2.Эпителий папиллаларының шамалы тереңдеуіне байланысты бетінің аз айқын түйіршіктері,

3.Дәнекер тіннің тығыздығы аз,

4.Гингивальды ойықтардың үлкен тереңдігі,

5.Тіс шығару кезеңінде гингивальды жиектің ісіну және гиперемия құбылыстары бар дөңгелек жиектері болады.

Тамыр цементі-әдетте жұқа, тығыздығы аз, эпителий жабысатын жерде гиперплазияға бейім.

Периодонтальды байлам (периодонт) -тістердің тамырларын қоршап тұрған тығыз, дәнекер тін және оның құрамында шар тәрізді талшықтар бар, олар тамыр цементінде де, альвеолярлы сүйекте де болады, бұл тістің Бекітілу беріктігін қамтамасыз етеді. Балалық шақтағы периодонтальды байламға тән: 1.Оны кеңейту, 2.оның жұқа, нәзік талшықтары бар, 3.Ол лимфо мен қанмен қамтамасыз етудің жоғарылауына байланысты ылғалдандырумен ерекшеленеді.

Альвеолярлы процесте альвеолярлы жотасы бар, ол оның тәждік жиегі болып табылады.

Альвеола қабырғасы альвеолярлы сүйекпен ұсынылған, ол оның тістің тамырына іргелес торлы тақтайшасы бар. Тән: 1. Тегіс жотасы, 2. Жіңішке торлы пластина, 3. Кеңістікті ұлғайту губка тәрізді зат, 4. Минералданудың аз дәрежесі, 5. Губка тәрізді заттың трабекулаларының саны аз, 6. Лимфо мен қанмен қамтамасыз етудің жоғарылауы.

Пародонт аурулары

Пародонт дегеніміз – периодонт, альвеола сүйек тіні, сүйек қабығының қызыл иегі және тіс түбірі цементі тіндер жиынтығынан тұрады. Қызыл иек шетінде тіс аралық емізікшелерін бекіген және бекімеген бөліктерге бөледі. Қызыл иектің бос бөлігі тіс беткейінен қызыл иектік науасынан бөлінеді, ол қызыл иектік сұйықтықпен толтырылған. Қызыл иектің

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		74/11-2025 4стр из 24

бекіген бөлігі жақ сүйегінің альвеолярлық өсіндісінің қабығымен және тіс түбірінің цемнетімен қосылған. Қызыл иектің негізгіталшықтар массасын коллагенді жартылай эластикалық және ретикулярды талшықтар құрайды. Қызыл иек жақсы иннервацияланады, олар да әртүрлі жүйке ұштарының түрлері бар. Қалыпты жағдайда қызыл иек мүйізденеді, ол қорғаныш реакциясы болып табылады.

Пародонт ауруының классификациясы

Балаларда пародонт ауруының еркшеліктері:

- ең негізгі белгісі қабыну болып табылады;
- тіс тасының түзілуі сирек кездеседі;
- аурудың таралуы жасымен ұлғаяды;
- балаларда дистрфикалық үрдістер ешқашан кездеспейді (тұқым қуалау арқылы ғана).

Клиникалық ағымдар

Қарау. Қарауды қызыл иектің жағдайын және гингвитке тән факторларды анықтау мақсатымен жүргізіледі. Қызыл иек шетінің жағдайын тексеру кезінде:

- қабынудың клиникалық белгілері;
- пародонттың дистрофиялық өзгерулері анықтайды.

Ауыз қуысын визуальды зерттеуде келтірілген факторларды анықтау үшін мыналар қарастырылады:

- оның тереңдігін анықтау үшін ауыз қуысының кіре берісін қарау;
- ауытқуларды анықтау үшін ерін үзбесін және тілді қарау;
- тіс жағдайларының ауытқуларын және жақтар қатынасының ауытқуын анықтау үшін тіс қатарын қарау.

Шиллера – Писарев сынамасы. Пародонттың негізгі ауру белгісі болып қабыну болып табылады.

Ауыз қуысының гигиеналық өңдеуден кейін қызыл иекті ерітіндімен бояйды:

Lodi puri cristallisati – 1.0

Kalli jodati pulv. – 2.0

Ague destill. – 40.0.

гингвиттің белгісін анықтайды және қызыл иек тіндегі қабыну үрдісінің таралуын анықтайды.

РМА индексін анықтау. Қызыл иектің қабынуының дәрежесін гингвит - РМА (папилляр-маргинальды-альвеолярлы индекс) индексі көмегімен анықтайды. Бүртікткрдің қабынуы (Р) 1 баллмен, қызыл иек шетінің қабынуы (М) – 2 баллмен, альвеолярлы қызыл иектің қабынуы (А) – 3 баллмен есептеледі.

Парма модификациясында:

РМА индексі = (қосынды РМА*100/3*ауыз қусындағы тіс саны)%.

Әр тістің маргинальды пародонт жағдайының барлық ең жоғары бағасын қосқандағы анықталатын РМА қосынды. Мысалы:

РМА индексі = $((2+2+2+1+1+1+1+3+3+3+3)/(3*24)*100=33,3\%$

Қызыл иектің қанағыштығының дәрежесін анықтау. Анықтауларды анамнестикалық берілгендер бойынша жүргізеді:

I дәреже қанағыштық сирек байқалады,

II дәреже – қанағыштық белгісі тісті тазарту кезінде пайда болады,

III дәреже - қанағыштық белгісі өздігінен, қатты емес тағамдарды жегенде 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		
Дәріс кешені		74/11-2025 5стр из 24

Тіс қызыл иек қалталарының тереңдігін өлшеу. Өлшеуді тегістегіштер арқылы жүзеге асырады.

Ісініп қабыну нәтижесінде немесе қызыл иек емізікшелер гипертрофиясында жалған қызыл иек қалталары пайда болады.

Ауыз қуысының гигиеналық жағдайын анықтау. Ауыз қуысының гигиеналық жағдайын анықтауды зерттеу үшін Green және Vermillion (1964) ұсынылған және ВОЗбен кепілденген стоматологиялық зерттеулердің негізгі әдістерінің тізімі (OH I-S) (Oral Hygiene indecses – Sibpified) индексін қолдануға болады.

Тіс бетіне пайда болған қақтың санына байланысты ауыз қуысының гигиеналық жағдайының үш дәрежесі бар, олар жақсы, қанағаттандыратын және жаман.

Балаларда пародонтты рентгенологиялы зерттеу. Қазіргі таңда стоматологияда пародонттың шеті ауруларының диагностикасында рентгенологиялық зерттеулердің келесі түрлері қолданылады: 1) ауыз іші, 2) ауыздан тыс, 3) панорамды рентгенография, 4) ортопантомография, 5) телерентгенография, 6) электрорентгенография.

Балаларда пародонттың жағдайын зерттеуде ең лайығы болып ауыз іші және панорамды әдістемелер табылады, сонымен қоса ортопантомография.

Пародонт ауруын емдеудің қағидалары

Пародонт ауруын емдеуде әр науқастың жалпы және жергілікті жағдайына даралық қарау қағидаларына негізделген. Сондықтан ол кешенді болуы керек. Емдеу жоспарында ауру белгілерін жоюға бағытталған әдістер мен дәрілерді тағайындауда мән беру керек. Бұдан басқа, кешенді терапияда әртүрлі әдістердің және дәрілік заттардың дұрыс кезектілігін сақтау қажет.

Пародонт ауруларында терапиялық шаралардың жалпы сызбасы:

- микробты қақты жою және тіс бетіне пайда болуын алдын алу;
- тұздардың жиналуын алып тастау;
- тіс аралық контакттарды қалпына келтіріп тісжегі ақауларды сапалы түрде сауықтыру;
- тістің окклюзионды беткейін тегістеу жолымен әрлеу;
- тістің бөлек топтарына қатты күш түсуін функциональды жою;
- бет қаңқасынына жұмсақ тінді бекітуде қалыптан ауытқуын жою, зиянды әдеттерден;
- ортодонтиялы емделулердің көрсеткіштері бойынша;
- баланың ағзасында бар ауруларды сәйкес мамандармен емдеу;
- дәрі-дәрмектерді және әдістерді пародонттың патогенетикалық қабынуына әсер ететінін қолдану;
- дәрі дәрмектерді қорғаныш-бейімделу механизмдерін күшейтуге және регенерацияны қуаттандыру үшін пайдалану;
- жалпыгигиеналық шаралар – ауыз қуысының гигиенасы, тамақ ішу, еңбектену, дем алу режимін сақтау, салауатты өмір сүру.

Емнің ерекшелігі

Катаральді гингивитті емдеу кезінде жергілікті тітіркендіретін факторларды жоюды, тістерді дұрыс тазалауын үйрету және бояғыштарды қолдана отырып, оның сапасын бақылау, гигиеналық, кәсіби гигиеналық заттарды таңдауда ұсыныстар беру, қабынуға қарсы ем жүргізу.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		бстр из 24

Катаральді гингивитке қабынуға қарсы жергілікті ем жүргізуге аппликация және ауыз қуысын шаю үшін емдік шөптерді кеңінен қолданады: 2% тырнакгүл ерітіндісі, имманинді май, және 1% новоимманинді (зверобой) спиртті ерітіндісі, коланхоэ (шырыны және майы), 0,2% сальвин (шалфей) ерітіндісі,хлорофиллипт (1% спиртті ерітіндісі),эвкалипт тұнбасы (10%), чистотел (30%), прополис препараты (5% спиртті ерітіндісі), « Пропасол», хлоргексидин (0,06% ерітіндісі), галаскорбин, метацил, мундизал- гелі, «Метрогил-дента» гелі.

Гингивиттің созылмалы ағымында қарапайымдыларды бәсендету үшін трихапол (метронидазол), трихомонацид (1% ерітіндісі), фуразонидол,цитраль (1:1000 ерітіндісі), клион, клиостом заттарын қолданады.

Жаралы гингивитті емдеуде көбіне антибактериальді препараттарды жергілікті қолдануға байланысты. Диагнозын қойғаннан кейін бірінші қабылдауда белсенді ем жүргізуді бастайды. Ең басында ауыз қуысын мақталы тампонмен бактерияға қарсы заттармен өңдейді. Қызыл иекті жансыздандыру үшін лидокаин, ксилестизин және тағы да басқа аэрозольдарды қолдануға болады. Жансыздандырып болғаннан соң жұмсақ тіс шөгінділері мен тіс тастарынан тазалайды, содан кейін таза экскаватормен некрозға ұшыраған тіндерді алады және ауыз қуысын жылы антисептикалық ерітіндімен шаяды, аппликациялар қою қажет.

4. Иллюстрациялық материал: мультимедиялық проектор (презентация)

5. Әдебиет: Негізгі әдебиеттер:

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.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Пародонт құрылымы.
2. Пародонт ауруларының жіктелуі.
3. Гингивиттің клиникалық ағымы.
4. Пародонт ауруларын емдеу әдістері.

Дәріс №2

1. Тақырыбы: Әр түрлі жас кезеңдеріндегі ауыз қуысының шырышты құрылымының ерекшеліктері. Т. Ф. Виноградова бойынша балалардағы ауыз қуысының шырышты ауруларының жіктелуі. Ауыз қуысының шырышты аурулары бар балаларды тексеру әдістері.

Балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының жарақаттары.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		74/11-2025 7стр из 24

Клиникасы, диагностикасы және емдеу ерекшеліктері.

2. Мақсаты: Студент білуі тиіс- балалардың ауыз қуысы шырышты қабығының құрылымының негіздері, негізгі және қосымша зерттеу әдістері.

3. Дәріс тезісі:.

АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБЫҒЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

Балалар

Адамның ауыз қуысы бүкіл бойында эпителий мен дәнекер тіндік негізден тұратын шырышты қабықпен жабылған. Эпителийді дәнекер тінімен байланыстыру базальды мембрана көмегімен жүзеге асырылады.

Эпителийдің әр түрлі қалыңдығы бар: жекелеген жерлерде 200-500мкм-ден 700-1000мкм-ге дейін және жасушалардың үш қабатымен ұсынылған: базальды, масақ тәрізді және жалпақ.

Митоздар базальды жасуша қабатында және масақ тәрізді жасуша қабатының төменгі үштен бірінде кездеседі, сондықтан бұл аймақтар ұрық аймағы (немесе герментативті қабат) ретінде сипатталады.

Шырышты қабықтың дәнекер тіндік негізі қан тамырлары мен жасушалық элементтерге бай борпылдақ дәнекер тіннен тұрады.

Эпителий мен дәнекер тіннің шекарасы екі ламина түрінде ұсынылған, олардың бірі жасуша мембранасын, екіншісі дәнекер тінінің преколлаген қабатын құрайды. Олардың арасындағы кеңістік байланыстырғыш затпен толтырылған. Эпителийдің базальды жасушалары тікенді цитопластикалық проекциялармен аргирофильді субстанцияға еніп, базальды мембрананы құрайды.

Шырышты қабықтың жекелеген бөліктері анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктерге байланысты ерекше белгілерге ие.

Осыған байланысты көптеген авторлар шырышты қабаттардың үш түрін ажыратады: жабық, шайнайтын және мамандандырылған. Бірінші типке еріннің шырышты қабаты, өтпелі қатпарлар, ауыз қуысының түбі және т.б., екіншісіне - қызыл иек пен қатты таңдайдың шырышты қабаты, үшіншісіне - тілдің артқы бетінің шырышты қабаты жатады.

Жабық шырышты қабық кератинизацияның болмауымен және айқын шырышты қабаттың болуымен сипатталады. Шайнайтын шырышты қабық кератинизация белгілерін анықтайды және көбінесе периостеумға тікелей түседі, оның субмукозальды қабаты минималды. Мамандандырылған шырышты қабықта мамандандырылған жүйке ұштары бар (соңғы рецепторлық аппарат).

Балаларда АҚШҚ құрылымы (гистологиялық және гистохимиялық) жасына байланысты күрт өзгереді.

Балалардағы АҚШҚ ауруларының жіктелуі.

Кез-келген классификацияның клиникалық маңыздылығы дәрігерге аурудың этиологиясы, патогенезі, клиникалық формасы, яғни дәрігердің емдік тактикасын анықтайтын барлық диагноз қоюға көмектесу болып табылады.

Сонымен, т. ф. Виноградованың классификациясында терминдер қолданылады-закымдану, ауру, өзгеріс. БМЭ. сондықтан бұл ұғымдардың анықтамасын береді:

ауру-сыртқы және ішкі ортаның төтенше ынталандыруларының әсерінен ағзаның темір/темір қызметінің бұзылуы, ағзаның қорғаныс күштерін жұмылдыру кезінде бейімделудің төмендеуімен сипатталады;

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		74/11-2025 8стр из 24

зақымдану синонимі болып табылады жарақат, функциясы бұзылған тіндердің немесе мүшелердің тұтастығының бұзылуы.

Өзгеріс-басқа органдар мен дене жүйелерінің патологиясының белгілері болып табылатын СОПР-дағы көрініс.

Балалардың ауыз қуысының шырышты қабығындағы аурулардың, өзгерістердің және зақымданулардың жіктелуі.

I. аурудың этиологиясы бойынша: 1) вирустық аурулар:

- Жедел герпетикалық стоматит

Қайталанатын герпес стоматиті

Герпангина

Вирустық сүйелдер

Везикулярлы стоматит

2) саңырауқұлақ аурулары:

Жедел және созылмалы кандидоз Кандидомикоз

3) бактериялық аурулар:

Венсанның ойық жаралы некротикалық стоматиті Туберкулезді стоматит Гонорейалық стоматит ауыз қуысының мерезі

4) аллергиялық аурулар:

Көп формалы экссудативті эритема

5) СОПР-ны өзгерту

ССС, жүйке-психикалық аурулар кезінде., эндокриндік және басқа жүйелік аурулар ас қорыту жүйесінің ауруы кезінде (ауыз қуысының қайталанатын афтасы) жедел инфекциялық аурулар кезінде (қызылша, скарлатина, желшешек және т. б.) қан аурулары кезінде (анемия, лейкокемия, гемофилия)

тері аурулары кезінде (буллезді эпидермолиз, Дюринг дерматиті және т.б.).

6) жарақаттану салдарынан СОПР зақымдануы, механикалық, физикалық, термиялық, радиациялық факторлар (Афта Беднара, декубитальды жара, күйік, жұмсақ лейкоплакия) және т. б.

II. Клиникалық курс бойынша-жедел және созылмалы (қайталанатын және тұрақты).

Локализация бойынша-стоматит, папиллит, глоссит, гингивит және т. б.

Клиникалық айқын морфологиялық өзгерістер бойынша:

Бастапқы қабыну (катаральды, фибринозды, альтеративті және пролиферативті)

Екіншілік-эрозия, жаралар, дактар, тыртықтар.

4. Иллюстрациялық материал: мультимедиялық проектор (презентация)

5. Әдебиет:

Негізгі әдебиеттер:

4. Супиев Т.К., Зыкеева С.К. Лекции по стоматологии детского возраста (учебное пособие).- Алматы, 2006.- 615 с.

5. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста. Киев-Книга-плюс- 2007г. 815стр

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		9стр из 24

6. 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.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Ауыз қуысының шырышты қабығының құрылымы.
2. Балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының анатомиялық-морфологиялық ерекшеліктері.
3. Ауыз қуысының шырышты қабығының ауруларының жіктелуі.

Дәріс №3

1. Тақырыбы: Балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының вирустық және саңырауқұлақтық аурулары.Түрлері.Клиникалық ағымның ерекшеліктері, диагностикасы, емі, алдын-алу.

2. Мақсаты: Студенттерді балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының вирустық және саңырауқұлақ ауруларымен таныстыру.

3. Дәріс тезісі:

АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ САҢЫРАУҚҰЛАҚ АУРУЛАРЫ.

Барлық аурулардың ішінде АҚШҚ кандидоз 3-ші орында (Марченко және тең автор.) candida тұқымдасының саңырауқұлақтарынан туындайды - дөңгелек тұнба] сопақ пішінді бір жасушалы микроорганизмдер. Бүршіктену арқылы көбейеді: бүйрек жасушаның ұштарында пайда болады, Candida мицелиі жоқ, псевдомицелий жіптерін құрайды (шынайы мицелийде жалпы қабық және көптеген бөлімдер бар).

Candida-аэробтар, оттегісіз ортада олардың дамуы күрт баяулайды және тоқтайды. Әдетте, Candida-сапрофиттер, ауыз қуысында үнемі өседі (әр түрлі авторлардың айтуы бойынша 6-70% сау адамдарда). Candida-ны көкөністерден] жемістерден табуға болады.

Көбінесе олар жаңа туған нәрестелердің, әсіресе шала туылған нәрестелердің шырышты қабатында кездеседі (босану каналынан өткенде түседі).

Белгілі бір жағдайларда бұл саңырауқұлақтар патогенді болады, бұған ықпал етеді:

дененің төзімділігінің бұзылуы

асқазан-ішек жолдарының, эндокриндік жүйенің жалпы аурулары

витамин балансының төмендеуі

организмнің иммунобиологиялық жағдайына төзімділіктің төмендеуі балалар топтарында жергілікті иммунитет жеткіліксіз дамыған

дисбиоз

А/биотиктерді, кортикостероидтарды және басқа иммуносупрессанттарды кеңінен және жүйесіз қолдану да кандидоздың дамуына ықпал етеді:

а / кең спектрлі биотиктер дисбиоздың дамуына әкеледі, бұл жағдайларда олар қарқынды көбейеді

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74\11-2025
Дәріс кешені		10стр из 24

кортикостероидтар-көмірсулар алмасуы бұзылады, витаминдік тепе - теңдік бұзылады, дененің реактивтілігі төмендейді-көбеюге қолайлы фон.

Жергілікті факторлар-ауыз қуысының гигиенасының төмендеуі, ауыз қуысының қабыну процестері, С витаминінің жетіспеушілігі.

Клиникалық тұрғыдан кандидоз хейлит, заед (бұрыштық хейлит), глоссит және стоматит түрінде анықталады.

Вирусқа қарсы препараттар парентеральды (ауызша) - ацикловир (зовиракс), валтрекс (валциклоvir), бонафтон, алпизарин, флакзит.

Жергілікті терапия.

Ауыз қуысының гигиенасын қатаң сақтау.

Аппликациялық анестезия-3% анестезин эмульсиясы, 1% лидокаин ерітіндісі, 0,5% тримекаин ерітіндісі.

Трипсин және химотрипсин ферменттерінің көмегімен СОПР өңдеу.

Антисептикалық емдеу-калий перманганатының бозғылт қызғылт ерітіндісі, 0,02% р-р фурацилин, 0,02% р-р хлоргексидин, үйде шалфей мен түймедақ.

Этиологиялық-вирусқа қарсы препараттарды қолдану:

5% зовиракс жақпа (ацикловир);

0,05-0,5% бонафтон жақпа;

0,5% флореналды жақпа;

2% алпизарин жақпа

шаю түріндегі интерферон және аппликация түріндегі интерферон жақпа;

интерферон метилуроцилмен біріктірілген;

0,25-0,5% оксолин жақпа;

0,25-0,5% теброфенді жақпа және т. б.

6. Кератопластикалық құралдар - майлы р-рит. А., е., теңіз шырғанақ майы, итмұрын, жақпа

немесе солкосерил желе, қызылмай, левовинизол.

7. Патогенетикалық терапия-шырышты некротикалық массалардан босатқаннан кейін және зақымдану элементтерінің айналасында гиперемия пайда болғаннан кейін эпителизацияға ықпал ететін дәрілерді тағайындаңыз, физиотерапия: UFO, GNL №3-5. Эпидемияға қарсы іс-шаралар. Алдын алу:

Ауру балаларды оқшаулау және емдеу.

Үй-жайды дезинфекциялау, жалпы пайдаланылатын заттарды 1-2% хлорамин р-рімен зарарсыздандыру, кварцтау, үй-жайды желдету.

Инфекция көзін анықтау.

Балаларға күнделікті тексеру жүргізу.

OGS алдын алу үшін байланыста болған сау балаларға вирусқа қарсы препараттарды 5 күн ішінде (күніне 3-4 рет) жергілікті тағайындаңыз.

4. Иллюстрациялық материал: мультимедиялық проектор (презентация)

5. Әдебиет:

Негізгі әдебиеттер:

1. Супиев Т.К., Зыкеева С.К. Лекции по стоматологии детского возраста (учебное пособие).- Алматы, 2006.- 615 с.

ONTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		11стр из 24

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.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Балалардағы ауыз қуысында вирустық инфекцияның көріністері.
2. Балалардағы ауыз қуысының вирустық ауруларының этиологиясы.
3. Балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының саңырауқұлақ аурулары.
4. Балалардағы ауыз қуысының вирустық ауруларын емдеу әдістері.
5. Балалардағы ауыз қуысының саңырауқұлақ ауруларын емдеу әдістері.

Дәріс №4

1. Тақырыбы: Балалардағы АҚШҚ аллергиялық аурулары, ауыз қуысының қайталанатын афтылары, көп формалы экссудативті эритема. СтивенсДжонсонның синдромы. Лайеллдің синдромы. Клиникалық ағымның, диагностиканың, емдеудің және профилактиканың ерекшеліктері.

2. Мақсаты: Балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының аллергиялық аурулары, клиникалық ерекшеліктері.

3. Дәріс тезісі:

Қазіргі уақытта балалар арасында аллергиялық аурулар кең таралған, олардың саны мен ағымының ауырлығы үнемі өсіп келеді. Бұл қоршаған ортаның пайдаланылған газдармен, өнеркәсіптік кәсіпорындардың қалдықтарымен ластануына, күнделікті өмірде көптеген синтетикалық материалдардың, бояғыштардың және аллергендер болып табылатын басқа заттардың пайда болуына байланысты, сондықтан аллергиялық аурулардың таралуына ықпал етеді.

Лайела ауруы.

Бұл ауру токсикалық-аллергиялық реакцияның ең ауыр түрлерінің бірі болып табылады. Ол жалпы жағдайдың айқын нашарлауы аясында терінің ауыр зақымдануымен және СОПР-мен сипатталады. Ауру көбінесе дәрі-дәрмектерді қабылдағаннан кейін пайда болады (йод, антибиотиктер, бром және т.б.), токсико-аллергиялық синдром ретінде қарастырылады, бұл алдыңғы сенсбилизация аясында дененің гиперергиялық реакциясы. Балаларда бұл көбінесе сапасыз өнімдердің немесе стафилококк инфекциясының токсикалық-аллергиялық әсерінің салдары болып табылады.

Клиника: ауру өткір, дене температурасының 38-41°C дейін көтерілуінен, әл-ауқаттың күрт нашарлауынан басталады. Теріде үлкен эритемалар пайда болады (алақанның өлшемі). Сондай-ақ, тілде, қызыл иекте, ерінде гиперемиялық дақтар пайда болады. Кейде зақымдану диффузды төгілген. 2-3 күннен кейін эритеманың ортасында көпіршіктер пайда болады, эпидермис, эпителий қабыршақтанып, қабылданбайды. Жеңіліс II-III дәрежелі күйікке ұқсайды. СОПР мен теріде эрозияға ұшыраған кезде ауыр, кең қан кетеді. Никольскийдің симптомы оң, цитологиялық зерттеу кезінде акантолитикалық жасушалар табылмайды. Балалардың жалпы жағдайы ауыр, дене қызуы жоғары, ұйқышылдық, бас ауруы,

ÖNTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		74/11-2025 12стр из 24

дегидратация белгілері. Ішкі органдардың, жүйке жүйесінің дистрофиялық өзгерістері дамуы мүмкін. Аурудың дамуы эпидермис пен эпителийдің беткі қабаттарының некрозына, өскін (мальпиги) қабатының ісінуіне, интро-және субэпителиальды орналасқан көпіршіктердің пайда болуымен жасушааралық байланыстардың бұзылуына негізделген.

Дифференциалды диагностика көп формалы экссудативті эритемамен, пемфигуспен жүргізіледі.

Емдеу ауруханада жүргізіледі. Олар оны аурудың себебі болған дәрілік препаратты қабылдауды тоқтатудан бастайды. Десенсибилизациялық препараттар (димедрол, супрастин, тавегил), кортикостероидтар, детоксикация терапиясы (30% тиосульфат, 10% кальций хлориді және т.б.), гемодез, С және Р дәрумендері, аллергенді өнімдерді қоспағанда, жоғары калориялы тітіркендірмейтін тағамдарды қабылдау тағайындалады. Жергілікті емдеу ауырсынуды басуды, антисептикалық емдеуді, протеолитикалық ферменттермен некротикалық тіндерді жоюды, кератопластиктерді қолдануды қамтиды.

Болжам емдеудің басталу мерзіміне байланысты, қолайлы, бірақ 30% жағдайда өлімге әкелуі мүмкін.

Синдром Стивенса-Джонсона.

Жалпы жағдайы бұзылған МЭ-нің ауыр нұсқасы-Стивенс-Джонсон синдромы.

Ауру кенеттен басталады, жоғары температура мен буын ауруы. Ауыр жалпы жағдайдың аясында еріндерде, шырышты шектерде, тілде, жұмсақ тандайда, жұтқыншақтың артқы қабырғасында, доғаларда, Көмейде, теріде көпіршіктер пайда болады, оларды ашқаннан кейін қан кету эрозиялары пайда болады. Бірігіп, олар қатты қан кететін, қатты ауыратын бетке айналады. Эрозияның бір бөлігі фибринозды жабынмен жабылған. Көздің шырышты қабаты (екі жақты конъюнктивит және кератит), мұрын (ринит, мұрыннан қан кету), жыныс мүшелері де әсер етеді. Ауыз қуысы мен еріннің жалпыланған зақымдануына байланысты балалар сөйлесе алмайды, тамақ іше алмайды, бұл олардың сарқылуына әкеледі.

Гистологиялық тұрғыдан спонгиоз, жасушаішілік ісіну анықталады. Эпителийдің астында көпіршіктер пайда болады. Қабылданбаған эпителий некротикалық болып табылады. Дәнекер тінінде тамырлардың айналасында ісіну және қабыну инфильтраты бар.

Дифференциалды диагностика пемфигус, кандидоз, жедел қызыл жегі, Дюринг ауруымен жүргізіледі.

Емдеу: Жалпы және жергілікті, ІЕЕ және Стивенс-Джонсон синдромында жасалады. Симптоматикалық емдеу интоксикацияны азайтуға, десенсибилизацияға, қабынуды жеңілдетуге және зардап шеккен СОПР эпителизациясын жеделдетуге бағытталған.

Жалпы емдеу:

- 1) десенсибилизациялайтын препараттар (димедрол, супрастин, тавегил, фенкарол, кларитин);
- 2) қабынуға қарсы препараттар (салицилаттар);
- 3) витаминдік терапия (vit. B);
- 4) кальций препараттары;
- 5) шиеленісті тоқтату мақсатында этакридин лактаты және левамизол;
- 6) кортикостероидтар 20-30 (Стивенс-Джонсон синдромында 60-80 мг);
- 7) детоксикация терапиясы.

Жергілікті емдеу қабынуды, ісінуді жоюға және зардап шеккен СОПР эпителизациясын жеделдетуге бағытталған:

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		13стр из 24

- 1) ауырсынуды басатын дәрілер (тримекаин, лидокаин);
- 2) антисептикалық препараттар (фурацилин, хлорамин және т. б.);
- 3) протеолитикалық ферменттер (трипсин, химотрипсин);
- 4) кератопластика (итмұрын майы, теңіз шырғаны және т.б.).

Аурудың ремиссиясы кезінде балалар тексеріліп, ауыз қуысының санациясы, сезімталдығы жоғары аллергенмен спецификалық емес гипосенсибилизациядан өтуі керек.

4. Иллюстрациялық материал: мультимедиялық проектор (презентация)

5. Әдебиет:

Негізгі әдебиеттер:

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.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының аллергиялық көріністері.
2. Медициналық стоматит, клиника, диагностика, емдеу.
3. Қайталанатын афта, клиника, диагностика, емдеу.
4. Көп формалы экссудативті эритема, клиника, диагностика, емдеу.
5. Стивенс-Джонсон синдромы, клиника, диагностика, емдеу.
6. Лайелл синдромы, клиника, диагностика, емдеу.

Дәріс №5

1. Тақырыбы: Жұқпалы және соматикалық аурулары бар балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының өзгеруі. Клиникасы, диагностикасы және емдеу ерекшеліктері. Балалардағы ауыз қуысындағы спецификалық аурулардың көріністері. Диагностика әдістері, клиникалық ағымның ерекшеліктері, емдеу принциптері және алдын-алу.

2. Мақсаты: Студенттерді ауыз қуысының шырышты қабығының зақымдануының жіктелуімен, этиологиясымен, патогенезімен, клиникасымен және емдеуімен таныстыру, әртүрлі аурулардағы ауыз қуысының шырышты қабығының өзгеруімен клиникамен және емдеумен таныстыру.

3. Дәріс тезісі:

Ауыз қуысының шырышты қабығының өзгеруі

Ауыз қуысының шырышты қабаты әртүрлі мүшелермен және жүйелермен тығыз байланысты. Ауыз қуысының шырышты қабығының рецепторлары ОЖЖ, асқазан-ішек жолдары, CSS және басқа органдар мен жүйелермен байланысқан. Ауыз қуысының

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		14стр из 24

шырышты қабығының ауруларының көпшілігі белгілі бір жүйелердің жұмысының бұзылуына байланысты, аурудың алғашқы белгілері ауыз қуысының шырышты қабатында пайда болады және спецификалық емес көріністерге ие емес, бұл диагноз қоюда белгілі бір киындықтар туғызады.

Балалардағы асқазан-ішек жолдарының аурулары көбінесе ауыз қуысының өзгеруімен бірге жүреді. Бұл ауыз қуысы мен асқазан-ішек жолдарының функцияларының бірлігіне байланысты. Балалардағы асқазан-ішек жолдарының аурулары ауыз қуысының шырышты қабығының ісінуінің дамуымен, тілдің артқы жағында бляшканың болуымен, цианотикалық реңктері бар созылмалы катаральды гингивитпен сипатталады. Тромбоцитопенияға байланысты мүмкін болатын геморрагиялық петехиальды бөртпелер. Балаларда жағымсыз иіс пайда болады.

Созылмалы атоникалық колит-ауыз қуысында афт қайталануы. Гепатохолецистит-тіл папиллярларының атрофиясы бар десквamatивті глосситтің мезгіл-мезгіл пайда болуы.

Дизентериямен ауыратын балаларда катаральды және афтозды стоматит, десквamatивті глоссит бар, ал стоматит аурудың басталуынан 2-3 тәулікке, ал глоссит 7-14 күнге дамиды. Әлсіреген балаларда ауыз қуысының шырышты қабығының кандидозы дамуы мүмкін.

Созылмалы энтероколит-глоссит, афтозды стоматит және РР және В2 дәрумендерінің жетіспеушілігі аясында пайда болатын тоқырау. көбінесе десквamatивті глоссит және бүктелген тіл.

Созылмалы гастрит - ауыз қуысының өзгеруі аурудың формасы мен ұзақтығына байланысты. Тіл папиллаларының атрофиясы мен тегістігі бар десквamatивті глоссит бар. Папиллярлық Гипертрофия гиперацидті гастритпен байқалады. Функционалды ұтқырлық, тілдің дәмдік рецепті төмендейді.

Дисбиоз-ауыз қуысында псевдомембраналық кандидоз. Балаларда ферментативті-белсенді микробтық ассоциациялардың егілуі жоғарылайды, ішек ферменттерінің белсенділігі артады

Емдеу: асқазан-ішек жолдарының аурулары аясында катаральды стоматитті, гингивитті немесе глосситті емдеу үшін арнайы жергілікті емдеу жүргізілмейді. IGPR, ұтымды гигиена, антисептиктер, шаю түріндегі қабынуға қарсы препараттар, В тобындағы дәрумендер (парентеральды). Негізгі ауруды емдеу.

Бауыр аурулары: бауырдың қабынуының өткір түрі оның жұқпалы зақымдануымен дамиды. Сарғаю кезеңінде ауыз қуысының, еріннің, тілдің шырышты қабығының гиперемиясы, құрғақтық, ісіну, эпителийдің десквamациясы байқалады. Шырышты қабықтың сарғаюы тән. Тілдің артқы жағында бляшка пайда болады, тіл ісінген, цианотикалық, жіп тәрізді папиллярлардың атрофиясы және эпителийдің фокальды десквamациясы. Шырышты қабық гиперемияланған, кіші сілекей бездерінің шығару жолдарының соңғы бөліктерінің гиперплазиясы байқалады. Стенон түтіктерінің аузындағы қабыну құбылыстары, жұмсақ тандай мен еріндердегі телангиоэктазия, тіл папиллаларының атрофиялық бұзылыстары. Тілдің жануы мен ауыруы байқалады.

Емдеу: қайталама инфекцияның алдын алу, антисептиктер

4. Иллюстрациялық материал: мультимедиялық проектор (презентация)

5.Әдебиет:

Негізгі әдебиеттер:

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		15стр из 24

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.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Жұқпалы аурулар кезінде балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының өзгеруі, клиника, диагностика, емдеу.
2. Соматикалық аурулардағы балалардағы ауыз қуысының шырышты қабығының өзгеруі, клиника, диагностика, емдеу.
3. Асқазан-ішек жолдары мен бауыр ауруларындағы шырышты өзгерістер

Дәріс №6

1. Тақырыбы: Балалардағы тіс жарақаттары. Жіктелуі Клиникасы, диагностикасы және емі. Балалардағы жұмсақ тіндердің зақымдануы. Балалардағы жақ-бет аймағының күйіктері мен үсіктері. Классификация. Себептер. Біріншілік хирургияның ерекшеліктері бет жараларын қалай емдеуге болады.

2. Мақсаты: Студенттерді балалардағы жақ-бет жарақаттарының клиникалық ағымының ерекшеліктерімен, емдеу практикасымен, шұғыл көмекпен таныстыру.

3. Дәріс тезісі:

Балалық шақтағы жарақат-балалардағы ең ауыр және кең таралған аурулардың бірі. Оның негізінде жатқан зақым балалар мүгедектігінің себептерінің бірі болып табылады және балалар өлімінің себептері арасында айтарлықтай үлес бар.

Сонымен, барлық жақ сынықтарының 16,9% - дан (В.С. Дмитриева, 1966) 25% - ға дейін (А. А. Лимберг,) балалар мен жасөспірімдерге түседі, ал ортопедиялық емдеуді қажет ететін барлық балалардың 32,6% - травмы жарақат нәтижесінде тістер жойылады немесе жоқ.

БЕТ ПЕН АУЫЗ ҚУЫСЫНЫҢ ЖҰМСАҚ ТІНДЕРІНІҢ ЗАҚЫМДАНУЫ.

Я. Коминек бірге. (1968) беттегі жаралардың келесі түрлері бар:

1. Қарапайым жаралар: қажалу және бөтен денелердің көп болуы, жараланған жаралар, кесілген жаралар, жараланған жаралар, тесілген жаралар.
2. Тіндердің жоғалуы бар жаралар.
3. Енетін жаралар.

Беттің жұмсақ тіндерінің зақымдануы көбінесе тістердің, альвеолярлы процестің және жақтың жарақатымен біріктіріледі.

Балалардағы жұмсақ тіндердің зақымдануының барлық түрлері кең ісінумен бірге жүреді, бұл борпылдақ талшықтар мен лимфа тамырларының көптігімен, сондай-ақ балалардағы қарқындылық пен тұрақсыздықпен сипатталатын тұз, ақуыз және су алмасу процестерінің ерекшелігімен байланысты.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		16стр из 24

Мұның бәрі көбінесе бет қаңқасының сүйектерінің (мұрын, зигоматикалық сүйек және доға, жақ) біріктірілген жарақаттарының суретін көлеңкелейді.

БЕТ ПЕН МОЙЫННЫҢ КҮЙІКТЕРІ

Тері күйген балалар-барлық күйгендердің 25-50%, стационарлық емдеуде.

Негізінен 7 жасқа дейін.

Көбінесе-жалынның күйіп қалуы. Ыстық сұйықтық ыдысын аудару

Ағым ауыр.

Балалардың бет терісінің ауданы

1 жылға дейін-9,5%. 14 жаста - ересектерде 4,5% - 3,4%. Жіктеу:

1 дәреже - эпидермис

II дәрежесі-дермистің папиллярлы қабаты, көпіршік

III дәрежесі - а - ішінара.ал.пит. сақталған

IV-терінің жалпы некрозы

V дәрежесі-жеңіліс. терең тіндердің

Күйік ауруы

4 кезең.

1. Күйік шок

2. Жедел күйік токсемиясы

3. Күйік септикотоксемиясы

4. Реконвалесценция

Емдеу: шокты жою, РНО, инфекциямен күресу.

Тері некрозында-некрэктомия және бастапқы тері трансплантациясы

Кейіннен - патогенетикалық емдеу.

4. Иллюстрациялық материал: мультимедиялық проектор (презентация)

5. Әдебиет:

Негізгі әдебиеттер:

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.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Балалардағы тіс жарақаттарының жіктелуі.
2. Балалардағы тіс жарақаттарының клиникалық көріністері.
3. Балалардағы тіс жарақаттарын емдеу әдістері.
4. Балалардағы жұмсақ тіндердің жарақаттарының жіктелуі.
5. Балалардағы жұмсақ тіндердің жарақаттарының клиникалық көріністері.
6. Балалардағы жұмсақ тіндердің жарақаттарын емдеу әдістері.

ONTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		17стр из 24

1. Тақырыбы: Балалар мен жасөспірімдердегі бет-жақ аймағының сынуы. СТЖБ-ның шығуы.Жіктелуі, клиникасы, диагностикасы және емі, реабилитациясы, болжамы.

2. Мақсаты: студенттерді балалардағы жақ-бет жарақаттарының клиникалық ағымының ерекшеліктерімен, емдеу практикасымен таныстыру.

3. Дәріс тезісі:

ЖОҒАРҒЫ ЖАҚТЫҢ СЫНУЫ.

Альвеолярлы процестің сынуынан басқа, балалық шақта дененің сынуы байқалуы мүмкін.

Б / сағ сынуы көлік апаттары сияқты өрескел зорлық-зомбылық кезінде мүмкін, биіктіктен төмен қаратып құлау, коп тұяғымен соғу және т. б.

Е.В. Одинец және т. б. (1970) мәліметтері бойынша - балалық шақтағы барлық жарақаттардың 2,3% - ы жоғарғы жақтың сынуынан тұрады.

Т. М. Лури (1967) - бет сүйектерінің зақымдануының 15,5%. Әдетте в/сағ сынықтары басқа сүйектердің сынуымен біріктіріледі

сондықтан беттерді Ле Фор бойынша кейбір сыныптарға жатқызуға болады.

Бас сүйегінің түбінің сынуы және мидың шайқалуы әрдайым дерлік сағ/сағ сынуымен бірге жүреді.ауыр жағдайға байланысты бұл балалар жарақаттан кейінгі алғашқы күндері реанимация бөлімінде болады, сондықтан мамандандырылған көмек біршама кешіктіріледі. Бұл асқынулардың дамуына ықпал етуі мүмкін: инфекцияның бас сүйек қуысына енуі және травматикалық остеомиелиттің дамуы. В / сағ сынықтары ашық, өйткені ауыз қуысының, мұрынның, жоғарғы жақ синусының шырышты қабығының жарылуы пайда болады. Фрагменттер неғұрлым көпмешысқан болса, үзілістердің мөлшері соғұрлым көп болады.

Балалардағы дене сынықтары клиникасы ересектердегідей негізгі белгілермен сипатталады: беттің тегістелуі және ұзаруы, мұрыннан қан кету, құлақтан қан кету және мұрыннан ликворея, бұл бас сүйегінің түбінің сынуын көрсетеді: мұрынмен тыныс алудың қиындауы, жалған прогения, фрагменттердің патологиялық қозғалғыштығы.

Балалық шақта суббазальды және тесілген сынықтар жиі кездеседі.

Көп жағдайда бұл сынған сынықтарға қатысты. Жарақат алған аймақта жұмсақ тіндер мен сүйектер зардап шегеді.

Жұмсақ тіндер еріген және жыртылған, ауыз қуысында шырышты-периостеум қабатының жыртылуы анықталады. Сынған денелерден басқа мұрын сүйектері, зигоматикалық сүйектер мен доғалар, сонымен қатар бірқатар тістердің сынуы және дислокациясы.

Оларды диагностикалау және сипаттау үшін барлық мүмкін әртүрлілікпен le for (1-P-W) бойынша ұсынылған жіктеуді қолданыңыз. (кестеде осы түрлерді айтыңыз).

ТӨМЕНГІ ЖАҚТЫҢ СЫНУЫ

Әдебиеттерге сәйкес, балалардағы н/сағ сынықтары бет қаңқасының барлық сүйектерінің зақымдануының 23-25% құрайды.

Қыздар мен ұлдар арасындағы қатынас 1:5 (В.С. Дмитриева) 47: 1 (К. Л. Мельников).

Ұлдарда көбінесе 7-14 жаста, яғни.сүт тістерінің резорбциясы және тұрақты тістердің жарылуы кезінде ауыспалы тістеу кезеңінде, бірақ соңғысының тамыры қалыптасу сатысында. Бұл жаста ұлдар өте белсенді.

2 - ші орында-15-16 жас, ұлдардың белсенділігі біршама төмендеген кезде, тұрақты тістеу қалыптасқан.

3 орында-3-6 жас.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		18стр из 24

Қыздардағы жақтың сынуы барлық жас топтарында бірдей жиі кездеседі, көбінесе кездейсоқ жарақат алған кезде пайда болады.

3-6 жасында балалар жиі құлап, көгереді, бірақ сынықтар егде жастағы адамдарға қарағанда сирек кездеседі. Бұл бір жағынан тері астындағы майдың көп мөлшерімен, екінші жағынан төменгі жақ сүйегінің үлкен серпімділігімен түсіндіріледі.

6 жастан бастап балалар әдетте салмағын жоғалтады, тері астындағы май аз, сүйектің икемділігі азаяды, сонымен қатар сүт тістерінің резорбциясы мен тұрақты тістердің жарылуы процесіне байланысты төменгі жақ сүйегі аз жинақы болады, кортикальды онымен салыстырмалы түрде жұқа болады, бұл сүйектің сыртқы әсерлерге төзімділігін айтарлықтай төмендетеді.

14-16 жаста жасөспірімнің ересек адамның төменгі жақ сүйегінен айырмашылығы аз. Сондықтан осы кезеңде н/сағ сынықтарының пайда болу механизмі ересектердің сынықтарымен бірдей.

Балалардағы сынықтардың себептері әртүрлі және ересектердегі бейбіт уақыттағы сынықтардан ерекшеленеді.

1-орын: тұрмыстық жарақат-көгеру, соққылар, баспалдақтардан, қоршаулардан құлау.

Көлік (көше) және теміржол жарақаттарында н/сағ сынуы бас миының жарақатымен біріктірілген кезде ауыр зақымданулар байқалады.

Көшедегі жарақат машиналар мен мотоциклдердің астына түскенде байқалады. Теміржол жарақатының себебі-қала маңындағы пойыздардың вагондарынан құлау.

Сонымен қатар, балалардағы сынықтар спорттық ойындар (футбол, бокс, хоккей), велосипедтен құлау, шанамен сырғанау кезінде мүмкін болады.

Соңғы орында / шаруашылық және оқу-өндірістік зақымданулар.

Балалардағы н / сағ сынықтарын диагностикалау қиын (белгілі...). Сонымен қатар, науқасты кейінірек емдеу, осыған байланысты жұмсақ тіндердің ісінуі оны қиындатады.

Клиника, R-графика және бірнеше проекцияларда көмектеседі.

Көптеген классификациялар.

Клиникада н / сағ сынықтарының келесі түрлері жиі кездеседі (Дмитриева В.С., 1966).

4. Иллюстрациялық материал: мультимедиялық проектор (презентация)

5. Әдебиет:

Негізгі әдебиеттер:

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.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Төменгі жақтың сынуы
2. Жоғарғы жақтың сынуы
3. СТБ шығуы

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		74/11-2025 19стр из 24

Дәріс №8

1. Тақырыбы: Еріннің, тілдің және таңдайдың аномалиялары (микростомия). Емдеудің кешенді әдістері, реабилитация. Балалар мен жасөспірімдердегі самай-төменгі жақ буынының аурулары. Жіктелуі, клиникасы, диагностикасы және емі.

2. Мақсаты: Ознакомить студентов с морфологией и биологическими особенностями грибов и простейших и их роль в патологии человека

3. Дәріс тезісі:

Ауыз қуысының дамуындағы ауытқулар

Макростомия (макростома)

Ауыз қуысының шамадан тыс ұлғаюы. Бұл щектің жоғарғы және төменгі бөліктерінің тіндерінің және еріннің шеттерінің бір-бірімен біріктірілмеуіне байланысты. Бұл бір және екі жақты, I және II Гилл доғаларының ауытқуларының белгісі.

Микростомия (микростома)

Ауыз қуысының шамадан тыс азаюы. Тәуелсіз ақау ретінде сирек кездеседі. Әдетте I Гилл доғасының туындыларының ауыр ақауларымен біріктіріледі.

Ауыз қуысының ұсақ вестибюль

Төменгі жақтың альвеолярлы процесінің алдыңғы бөлігіндегі жұмсақ тіндердің аномалиясы, ол сағыз жиегінен төмен бекітілген шырышты қабықтың аймағының күрт тарылуынан немесе толық болмауынан тұрады. Әдетте бұл аймақ орташа есеппен 5 мм 6 мм құрайды. бекітілген шырышты қабық тістеу кезінде, сөйлеу кезінде және еріннің басқа қозғалыстарында тұрақты жарақат алған тіс папиллалары үшін қорғаныс және буферлік функцияны атқарады.

Қос ауыз

Өте сирек кездесетін ақау, ол негізгі ауыз қуысына қарағанда кіші ауыз қуысына ашылатын қосымша ауыз саңылауымен көрінеді. Екі қуыс та байланыспайды.

Таңдайдың аузы (palatum fissum)

Бұл аномалия таңдай процестерінің жоғарғы жақ процестерінің бірігуінен туындайды және туылғаннан кейін олардың арасында қатты таңдайдың саңылауы сақталуы мүмкін

Мұрын процесі жоғарғы жақпен біріктірілмеуі мүмкін, нәтижесінде жоғарғы

Таңдайдың ауытқулары

Жұтқыншақтың қабырғалары мен жұмсақ таңдайы Сөйлегенде және тамақты жұтқанда мұрын-жұтқыншақты жабады. Осының арқасында тамақ мұрын қуысына еніп, сөйлеу кезінде мұрын жолдары арқылы ауаның өтуіне жол берілмейді. Таңдай патологиясымен тамақ кесегінің бір бөлігі мұрын қуысына енеді. Бұл жағдайда сөйлеу мұрын ретінде сипатталады, дыбыстар бұлыңғыр және тыныш. Балада мұндай проблеманы анықтайтын Педиатр немесе логопед баланы мүмкіндігінше ертерек педиатриялық стоматолог хирургқа кешенді тексеру және кейінгі емдеу үшін жіберуі керек.

Тілдің ауытқулары

Бұл аномалия сөйлеудің бұзылуына да, жұтылу проблемаларына да әкеледі. Көбінесе стоматологтар тілдің аномалиясының бұл түрімен кездеседі, мысалы, оның ауыз қуысының түбімен немесе тілдің қысқа френулуымен ішінара немесе толық қосылуы.

Айта кету керек, тілдің ауытқулары әртүрлі дәрежеде көрінеді және әрқашан функционалдық бұзылуларға әкелмейді.

ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		
Дәріс кешені		74/11-2025 20стр из 24

4. Иллюстрациялық материал: мультимедиялық проектор (презентация)

5. Әдебиет:

Негізгі әдебиеттер:

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.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Тіл ауытқуларының себептері
2. Тіл ауытқуларының белгілері
3. Тілдің дамуындағы ауытқулар және оның аурулары
4. Ерін мен тандайдың ауытқуы

Дәріс №9

1. Тақырыбы: Балалардағы жақ-бет аймағының одонтогенді емес және одонтогенді ірінді-қабыну аурулары.Жіктелуі, клиникасы, диагностикасы және емі.

2. Мақсаты: Балалардағы жақ-бет аймағының ірінді-қабыну ауруларын диагностикалауды, дифференциалды диагностикалауды және емдеуді қарастыру.

3. Дәріс тезісі:

Төменгі жақтың тістерінен қабыну процесі мойынға мойын флегмонасы мен медиастиниттің дамуымен, сондай-ақ төменгі жақтың айналасындағы жұмсақ тіндердің субмандибулярлы, жақ сүйегінің, периофарингеальды, иек асты, паротит және басқаларының дамуымен таралуы мүмкін.флегмон.

Одонтогенді периостит-бұл жақ сүйектерінің периостеумының қабынуы жіктелуі: (клиникалық ағымы бойынша) 1.Жедел: - Серозды-Ірінді 2. Ірінді: - Қарапайым-Гиперпластикалық

Жедел периостит аурудың тәуелсіз нозологиялық түрі болуы мүмкін немесе тіс целлюлозасының қабынуының жекелеген түрлерімен, жедел периодонтиттің барлық түрлерімен бірге жүруі мүмкін, тамыр кистасының іріңдеуімен дамиды, жақ сүйектерінің жедел одонтогенді остеомиелитінің жетекші симптомы болуы мүмкін.

Жедел серозды периоститтің клиникалық көрінісі жалпы реакциялар орташа деңгейде көрінеді: PLO жұмсақ тіндерінің ісінуі, L/U ұлғаюы. ауыз қуысында перкуссиямен ауыратын" себепті " тіс, өтпелі қатпардағы шырышты қабықтың ісінуі және гиперемиясы бар. Алайда тербеліс белгілері жоқ. Іс жүзінде мұндай жағдай көбінесе "периостальды құбылыстармен"пульпит немесе периодонтит ретінде қарастырылады.

Абсцесс (лат. abscessus абсцесс) жұмсақ тіндердің еруімен және қуыстың пайда болуымен ірінді қабынудың шектеулі ошағы.лат.

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		74/11-2025 21стр из 24

Абсцесс тудырады стрептококк және стафилококк микрофлорасы, ең көп тараған себебі-тіс аурулары және жақ-бет аймағындағы қабыну процестері. Созылмалы ағымда фурункул, тонзиллит, тонзиллит перикарпальды абсцесспен қиындайды. Ауыз аймағындағы тері мен шырышты қабықтың зақымдануы, стоматологиялық процедуралар кезінде инфекцияның енуі перикарпальды аймақтың абсцессін тудыруы мүмкін.

Жақтың одонтогенді остеомиелиті жедел остеомиелит остеолиз аймақтарының дамуымен жақ сүйегінің іріңді қабынуы (оның барлық құрылымдық компоненттері бір мезгілде). Ол айқын интоксикациямен, жақтың сүйек құрылымдарының және жаққа іргелес жұмсақ тіндердің іріңді-некротикалық қабынуының Клиникалық - зертханалық және рентгенологиялық белгілерімен сипатталады.

Этиология және патогенез одонтогенді остеомиелит этиологиясындағы жетекші рөл одонтогенді инфекция ошақтарына жатады одонтогенді остеомиелиттің пайда болуындағы әртүрлі тістердің рөлі бірдей емес. Одонтогенді остеомиелит көбінесе шайнайтын тістерден, әсіресе уақытша азу тістерден және бірінші тұрақты азу тістерден пайда болады. Балалық шақтағы Этиология және патогенез жақтың жедел одонтогенді остеомиелиті 7-12 жаста жиі байқалады.

4. Иллюстрациялық материал: мультимедиялық проектор (презентация)

5. Әдебиет: Негізгі әдебиеттер:

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.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Балалардағы іріңді-қабыну аурулары.
2. Одонтогенді балалардағы жақ-бет аймағының аурулары
3. Балалардағы жақ-бет аймағының неodonтогендік аурулары.
4. Жіктелуі балалардағы іріңді-қабыну аурулары.

Дәріс №10

1. Тақырыбы: Ерін мен таңдайдың туа біткен жырығы. Жіктелуі, клиникасы, диагностикасы және хирургиялық емдеу әдістері. Балалардағы ЖБА. Балалардағы жақ-бет аймағының ісіктері (қатерсіз және қатерлі) ісік тәрізді түзіліс

2. Мақсаты: Бет, жақ және ауыз қуысының ісіктері, қатерсіз ісіктер және ісіктерде білікті көмек көрсетуді үйрену. Бет, жақ және ауыз қуысы ісіктерінің, қатерсіз ісіктердің және ісік тәрізді түзілімдердің клиникалық ағымының ерекшеліктерін зерттеу.

3. Дәріс тезісі:

Туа біткен бет жарықтарының жіктелуі

I. жоғарғы еріннің туа біткен оқшауланған жарықтары:

1. Жоғарғы еріннің туа біткен жасырын жырығы (бір немесе

ÖNTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Терапиялық және балалар стоматология» кафедрасы		74/11-2025
Дәріс кешені		22стр из 24

екі жақты);

2. Жоғарғы еріннің туа біткен толық емес жырығы (деформациясыз немесе деформациясыз мұрынның тері-шеміршек бөлімі) бір немесе екі жақты;

3. Жоғарғы еріннің туа біткен толық жырығы (бір немесе екі жақты).

II. Туа біткен оқшауланған тандай жырықтары:

1. Жұмсақ тандайдың туа біткен жырықтары: жасырын, толық емес, толық;

2. Жұмсақ және қатты тандайдың туа біткен жырықтары: жасырын, толық емес, толық;

III. жұмсақ, қатты тандайдың туа біткен толық жырықтары және альвеолярлы процесс (бір немесе екі жақты).

IV. Альвеолярлы процесс пен алдыңғы бөліктің туа біткен жырықтары қатты тандай (әдетте жоғарғы еріннің жырығымен бірге), бір немесе екі жақты.

V. жоғарғы еріннің туа біткен толық жырықтары, альвеолярлы өскіннің, қатты және жұмсақ тандайдың (саңылаулар арқылы):

1. Біржақты (оң немесе сол жак);

2. Екі жақты.

VI. Жоғарғы ерін мен тандайдың біріктірілген немесе атипті жырықтары

Ісік аурулары табиғатта кең таралған патологияның ерекше түрі болып табылады, аурудың ошағында жасушалардың кең таралған және салыстырмалы түрде автономды өсуімен және көбеюімен сипатталады. Бұл жағдайда ісіктің өсуі айналадағы өзгермеген жасушаларды процеске қоспай, бастапқы рудименттен туындайды. Дегенмен, қатерлі жасуша өзінің қасиеттері мен өсу қабілетін жасушалардың барлық кейінгі ұрпақтарына береді. Бұл жағдайда тіндердің анаплазиясы байқалады, яғни қарабайыр түрге оралу. Қатерлі ісіктерге тән инфильтративті өсу және метастаз (академик Н.Н. Блохин, 1971).

4. Иллюстрациялық материал: мультимедиялық проектор (презентация)

5. Әдебиет: Негізгі әдебиеттер:

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.

6. Бақылау сұрақтары:

1. Туа біткен бет жарықтарының жіктелуі
2. Этиологиялық факторлар
3. Хирургиялық емдеу әдістері
4. Балалардағы қатерсіз және қатерлі ісіктер