

| | |
|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | 1 стр из 44 |

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: Детская терапевтическая и хирургическая стоматология-1

Код дисциплины: DTHS 5302-1

Название ОП: «6В10103- «Стоматология»

Объем учебных часов / кредитов: 150 часов (5 кредитов)

Курс – 5, семестр изучения – 9

Объем лекций: 15 часов

Шымкент 2025 г.

| | | |
|---|---|--|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 2стр из 44 |

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

Протокол № 11 « 26 » 06 2025

Зав. кафедрой, м.м.н., и.в. доцент  Л.О. Кенбисева

| | | |
|--|---|---|
| <p> ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p> |  | <p> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p> |
| <p>Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»</p> | | <p>74/11-2025</p> |
| <p>Лекционный комплекс</p> | | <p>3стр из 44</p> |

Лекция №1

Тема: Анатомические, морфологические, гистологические и рентгенологические особенности временных и постоянных зубов с незавершенным формированием корней.

Цель: Предоставить студентам информацию об анатомических особенностях временных и постоянных зубов у детей с незавершенным формированием корней. Ознакомить с основными и дополнительными методами обследования детей.

Тезисы лекции:

Лицо эмбриона развивается из 5 отростков, два из которых парные, один — непарный.

- Непарная кость — лобный отросток.
- Парные кости — верхнечелюстные и нижнечелюстные кости.

Все отростки ограничены ротовой ямкой. Этот этап соответствует 4–5 неделе внутриутробного развития. Зубы человека начинают формироваться примерно на 7-й неделе эмбрионального развития. В это время в области альвеолярных отростков будущих верхней и нижней челюстей формируются утолщения эпителия, выстилающего ротовую полость, которые развиваются в виде дугообразных пластинок. Позже эти эпителиальные пластинки углубляются и делятся на две пластинки, расположенные под прямым углом друг к другу.

Структура зуба:

1. Корона зуба
2. Шейка зуба
3. Корень зуба

Корона выступает из десны, шейка окружена десневым желобком, а корень находится в зубной альвеоле и заканчивается апикальным отверстием, через которое проходят кровеносные сосуды и нервы. Внутри коронки находится полость, включающая самую объемную часть — коронковую, и сужающуюся часть — корневой канал. Канал открывается апикальным отверстием на вершине коронки. Зубная полость заполнена пульпой, богатой сосудами и нервами.

Корни зубов плотно срастаются с альвеолярной костью. Зуб вместе с периодонтом, стенкой альвеолы и десной образует зубной орган. Твердые ткани зуба включают:

1. Дентин
2. Эмаль
3. Цемент

Дентин составляет большую часть зубной ткани. Эмаль покрывает коронку, а цемент — корень зуба.

Наглядные материалы: мультимедийный проектор (презентация)

Литература: Приложение 1

Контрольные вопросы:

1. Назовите сроки прорезывания молочных зубов.
2. Назовите сроки прорезывания постоянных зубов.
3. Назовите сроки резорбции корней молочных зубов.
4. Назовите сроки формирования корней постоянных зубов.
5. Дайте определение частям и строению зуба.
6. Что такое временное прикус?

Лекция №2

Тема: Немедикаментозные поражения твердых тканей зуба. Классификация, этиология,

| | | |
|--|---|--|
| <p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 4стр из 44 |

патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Цель: Ознакомить студентов с видами немедикаментозных поражений твердых тканей зуба у детей, их этиологией, клиникой, методами лечения и профилактики. Ознакомить с методами диагностики.

Тезисы лекции:

- **Гипоплазия** — недоразвитие эмали. Редкая форма — **аплазия**, при которой эмаль полностью не формируется.
- На жевательных поверхностях зубов эмаль может отсутствовать.
- Системная гипоплазия включает **зубы Гетчинсона, Фурнье и Пфлюгера**:
 - **Гетчинсон** — центральные резцы бочкообразные, жевательные гребни похожи на полумесяц.
 - **Фурнье** — центральные резцы бочкообразные, жевательные гребни отсутствуют.
 - **Пфлюгер** — коронка шире жевательной части, гребни плохо развиты.
- **Гиперплазия** — чрезмерное развитие твердых тканей зуба, включая эмаль. Встречаются "капли эмали" (1,5% случаев), чаще круглые, диаметром 1–3 мм, обычно на шейке зуба. Внутри капли может находиться пустота или пульпа. Обычно поражаются моляры, симптомов не вызывает. Профилактика — защита ребенка от инфекционных заболеваний.
- **Незрелый амелогенез** — наследственное заболевание, при котором эмаль развивается с различными структурными нарушениями:
 - Легкая форма — изменение только цвета эмали (желтый или коричневый).
 - Средняя форма — появляются очаги потемнения, бугристость, повышенная чувствительность.
 - Тяжелая форма — потеря блеска эмали, пятна, сниженная прочность, ломкость.
- Механические повреждения эмаль отделяется от дентина, цвет коричневый.
- **Некроз зубов** может возникать при эндокринных нарушениях, интоксикации, токсикозе при беременности, заболеваниях печени.
- **Химический некроз** — воздействие кислот (соляная, азотная, серная, фосфорная, фторводородная). Чаще поражаются передние зубы. Работники химической промышленности должны соблюдать технику безопасности и полоскать рот содовым раствором (1–2%) каждые 2–3 часа. Специальные каппы также применяются для защиты зубов.
- **Клиновидный дефект** — постепенное разрушение твердых тканей зуба, локализуется в области шейки зуба. Часто встречается у людей с пародонтальными изменениями. Причины — механическое воздействие (например, чрезмерное использование зубной щетки). Клинически — в основном косметический дефект, редко возникает кратковременная болезненность.

Наглядные материалы: мультимедийный проектор (презентация)

Литература: Приложение 1

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение гипоплазии.
2. Дайте определение клиновидного дефекта.
3. Дайте определение некроза зубов.
4. Что такое незрелый амелогенез?

| | | |
|--|---|--|
| <p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 5стр из 44 |

5. Опишите зубы Гетчинсона, Фурнье и Пфлюгера.

Лекция №3

Тема: Кариес временных и постоянных зубов у детей. Классификация, этиология, патогенез.

Цель: Ознакомить студентов с кариесом временных и постоянных зубов у детей, его видами, этиологией, клиникой, методами лечения и профилактики. Ознакомить с дополнительными методами диагностики.

Тезисы лекции:

- Кариес является одной из наиболее часто встречающихся болезней у детей. Частота кариеса у детей составляет около 73%.
- На развитие кариеса влияют несколько факторов:
 1. **Нарушение гигиены полости рта.** Дети часто употребляют сладости и сладкую пищу, что нарушает микрофлору полости рта. Сахароза, фруктоза, глюкоза из сладостей, вступая в химические реакции, выделяют кислоты, разрушающие эмаль зубов. РН слюны снижается с 6 до 4. Если после еды не чистить зубы детскими зубными пастами, формируются патогенные микроорганизмы.
 2. **Генетическая предрасположенность.** Зубы формируются еще в период внутриутробного развития. Заболевания или осложнения у матери в первом триместре беременности могут влиять на правильное развитие зубов у плода.
 3. **Недостаточная минерализация зубов** у детей до 2 лет, а также избыточное содержание фтора в пище.
- **Методы диагностики:**
 - **Витальное окрашивание эмали**
 - **Люминесцентная диагностика:** при освещении зубов УФ-светом в затемненной комнате кариозные участки светятся слабее, а здоровая эмаль — бело-зеленым светом.
 - **Транслюминесцентный метод:** позволяет выявлять начальные кариозные изменения различного размера и цвета на зубной эмали.
- **Особенности кариеса у детей:**
 - До 3 лет — чаще циркулярный, плоский кариес временных зубов.
 - 4–4,5 лет — кариозные полости на апроксимальных поверхностях.
 - До 2,5 лет — кариес концентрируется в местах пренатальной минерализации (гладкие поверхности моляров верхней и нижней челюсти).
 - После 3 лет — распределение кариеса зависит от степени минерализации отдельных зубов при прорезывании.
- **Принципы лечения:**
 - Индивидуальный подход с учетом степени поражения, клинического течения, возраста ребенка и гигиены полости рта.
 - Современное лечение включает: пломбирование, повышение резистентности зубных тканей, использование реминерализующих средств, соблюдение гигиены и рациональное питание.
- **Активность кариозного процесса (по степени):**
 0. **Компенсированная форма:** 2–6 лет — 2 зуба, 7–10 лет — 4 зуба, 11–14 лет — 2 зуба, 15–18 лет — 3 зуба.

| | | |
|--|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | бстр из 44 |

1. **Субкомпенсированная форма:** 2–6 лет — 3–6 зубов, 7–10 лет — 4–7 зубов, 11–14 лет — 2–5 зубов, 15–18 лет — 3–6 зубов.
2. **Декомпенсированная форма:** 2–6 лет — более 6 зубов, 7–10 лет — более 7 зубов, 11–14 лет — более 5 зубов, 15–18 лет — более 6 зубов.

• **Методы лечения:**

- Пломбирование кариозных полостей различными материалами.
- Обучение ребенка гигиене полости рта.
- Реминерализация пораженных поверхностей временных передних зубов.
- Контроль и диспансерное наблюдение: 2 раза в год для группы 1А, ежегодно — для основной группы.

Наглядные материалы: мультимедийный проектор (презентация)

Литература: Приложение 1

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение кариесу.
2. Назовите виды кариеса.
3. Расскажите о теориях развития кариеса.
4. Какие методы диагностики применяются для выявления кариеса?
5. Методы лечения кариеса.

Лекция №4

Тема: Периодонтиты временных и постоянных зубов у детей с незавершенным формированием корней. Классификация, клиническое течение, диагностика, особенности лечения и возможные осложнения.

Цель: Ознакомить студентов с периодонтитами временных и постоянных зубов у детей, их видами, этиологией, клиникой, методами лечения и профилактики. Ознакомить с дополнительными методами диагностики.

Тезисы лекции:

- **Периодонт** — соединительнотканная структура, удерживающая зуб в альвеоле и связывающая его с костной тканью челюсти.
- Периодонт соединяется с костью, пульпой через апикальное отверстие, десной и альвеолярной костью.
- **Особенности детского периодонта:** более рыхлая соединительная ткань, богатая клеточными элементами и сосудами, широкий апикальный канал и периодонтальная щель; зачатки постоянных зубов расположены близко.
- **Острый периодонтит временных зубов:**
 - Возраст 3–6 лет. Связан с пульпитом, широким апикальным отверстием у зубов с незавершенным формированием корней.
 - Быстро развивается у детей с ослабленным иммунитетом и при декомпенсированной форме кариеса.
 - Симптомы: отек мягких тканей, гнойное отделяемое, температура до 38°C, интоксикация, увеличение регионарных лимфоузлов, подвижность зуба. Возможны остеомиелит, абсцесс, флегмона.
- **Острый периодонтит постоянных зубов:**
 - Болезненность при нажатии, изменение общего состояния.
 - У детей 3–6 лет проявляется как острый периодонтит при пульпите, с широким апикальным отверстием.

| | | |
|---|---|--|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 7стр из 44 |

• **Хронический периодонтит:**

- Может сопровождаться хроническим лимфаденитом.
- Патологический процесс у корня постоянного зуба влияет на его развитие.
- Разрушение кости чаще наблюдается в зоне бифуркации корней.

Наглядные материалы: мультимедийный проектор (презентация)

Литература: Приложение 1

Контрольные вопросы:

1. Виды острых периодонтитов.
2. Виды хронических периодонтитов.
3. Периодонтиты временных и постоянных зубов у детей.
4. Понятие рентгенодиагностики.
5. Особенности лечения периодонтитов у детей.
6. Возможные осложнения при лечении периодонтитов.

Лекция №5

Тема: Периодонтит временных и постоянных зубов с незавершенным формированием корней. Классификация, клиническое течение, диагностика, особенности лечения и возможные осложнения.

Цель: Ознакомить студентов с основными методами местной анестезии, применяемыми в детской стоматологии.

Тезисы лекции:

1. **Понятие анестезии:**

- Анестезия — это устранение болевой чувствительности во время хирургических операций или временное подавление боли в определенной области организма.
- Наука, изучающая методы обезболивания, называется анестезиологией («а» — отсутствие, «aesthesia» — чувство, «logos» — наука). Термин введен в 1846 году Мортоном.
- Анестезия бывает: **общая, местная и смешанная.**
- Смешанная анестезия включает сочетания: местная + наркоз, местная + нейролептанальгезия, наркоз + нейролептанальгезия.
- **Общая анестезия (наркоз)** — полное подавление работы центральной нервной системы путем введения наркотических препаратов.
- **Местная анестезия** — обезболивание определенной области организма при сохранении сознания пациента.

2. **Принцип действия местной анестезии:**

- Анестетики взаимодействуют с мембранами нервных волокон, богатых липидами и белками.
- Липофильность анестетика определяет его эффективность, а взаимодействие с белками мембраны — длительность действия.

3. **Виды местной анестезии:**

- **Инъекционная:** инфильтрационная, проводниковая, «подвижный инфильтрат» по А.В. Вишневному.
- **Неинъекционная:** химическая, физическая, физико-химическая, безинъекционный инжектор, инереклексанестезия.

4. **Неинъекционные методы:**

| | | |
|--|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 8стр из 44 |

- **Аппликационная анестезия** — нанесение анестетика на слизистую или нажатие тампона с препаратом на 2–3 минуты (используются дикаин, лидокаин, анестезин).

5. Инъекционные методы:

- Введение анестетика иглой или под давлением непосредственно в ткань.
- История: в 1853 году Вуд предложил введение лекарств в область операции через иглу.
- Требования к шприцу и игле: поршень должен плотно входить, длина иглы 4–5 см, игла после введения должна выступать на 1–1,5 см, тупая или поврежденная игла недопустима, кончик иглы — под углом 45°.

6. Инфильтрационная анестезия:

- Применяется при удалении зубов, небольших хирургических вмешательствах на слизистой, удалении мелких доброкачественных новообразований.
- Принцип: препарат вводится в проницаемую кортикальную пластинку, проникает через губчатую кость к зубному зачатку.
- Верхняя челюсть: чаще применяется из-за тонкой кортикальной пластинки и большого количества мелких отверстий.
- Нижняя челюсть: реже, за исключением передних зубов и детей с тонкой кортикальной пластинкой.

7. Общие правила инфильтрационной анестезии:

- Игла вводится под углом 40–45° к слизистой складке.
- Препарат подается постепенно, игла перемещается вдоль альвеолярного края.
- Анестезия наступает через 7–10 минут.

8. Препараты:

- **Новокаин (прокаин)** — бета-дизаламиноэтанол-эфир парааминобензойной кислоты, белый кристаллический порошок, водорастворимый.
- Используется 1% и 2% растворы, для ускорения действия добавляют вазоконстриктор (адреналин).

Наглядные материалы: мультимедийный проектор (презентация)

Литература: Приложение 1

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение анестезии.
2. Инфильтрационная и проводниковая анестезия.
3. Область применения мандибулярной анестезии.
4. Область обезболивания при ментальной анестезии.
5. Преимущества туберальной анестезии.
6. Особенности проведения торусальной анестезии.
7. Методика проведения нёбной (тандай) анестезии.

Лекция №7

Тема: Особенности выполнения методов местной анестезии при стоматологических вмешательствах у детей на верхней и нижней челюстях.

Цель:

Дать студентам сведения о пульпитах временных и постоянных зубов у детей, их видах, этиологии, клинике, методах лечения и профилактических мерах. Ознакомить с дополнительными методами диагностики.

| | | |
|--|---|--|
| <p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 9стр из 44 |

1. Общие закономерности развития пульпы временных и постоянных зубов

- **Пульпа** – это рыхлая соединительная ткань, наличие слоя одонтобластов играет решающую роль в сохранении и развитии дентина.
- Особенностью пульпы является слоистое расположение клеточных элементов.
- **Васкуляризация** пульпы однородная: кровоснабжение осуществляется в замкнутой полости, приток и отток крови сильно ограничен количеством каналов.

У временных зубов различают 3 периода развития пульпы:

1. Развитие функциональной активности (формирование корня)
2. Функциональное созревание (стабилизация формирования корня)
3. Ослабление функциональных свойств (резорбция корня)

2. Факторы, влияющие на распространение пульпита

1. Уровень планового оздоровления
2. Уровень профилактики кариеса
3. Организация диспансерного наблюдения за детьми

3. Классификация пульпитов по Т.Ф. Виноградовой

Острые пульпиты временных зубов:

1. Острый серозный (слизистый) пульпит
2. Острый гнойный пульпит
3. Острые пульпиты с вовлечением периодонта или регионарных лимфатических узлов

Острые пульпиты постоянных зубов:

1. Острый серозный частичный пульпит
2. Острый серозный полный (тотальный) пульпит
3. Острый гнойный частичный пульпит
4. Острый гнойный полный пульпит

Хронические пульпиты (временные и постоянные зубы):

1. Простой пролиферативный пульпит
2. Пролиферативный гипертрофический пульпит
3. Хронический гангренозный пульпит
4. Осложнения хронического пульпита (все виды)

Особенности:

- Хронические пульпиты чаще встречаются из-за хорошей проводимости через дентинные каналы.
- Клиника одного вида пульпита различается у детей разного возраста из-за особенностей строения пульпы.
- При гнойно-воспалительных процессах присоединяется стафилококковая инфекция.
- Пульпит с осложнением в виде периодонтита и лимфаденита встречается только у детей.
- Воспаление пульпы сопровождается общей реакцией организма: высокая температура, головная боль.

Пульпит в период формирования корня – редкое заболевание; чаще встречаются острые пульпиты, включая общий тип.

- Зубы, чаще всего поражаемые кариесом – моляры, кариозные полости чаще локализуются на контактных поверхностях.

| | | |
|---|--|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ | |  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 10стр из 44 |

- Боль локализованная, без иррадиации, приступ кратковременный.
- Гнойная инфекция развивается быстро, через 2 дня развивается острый гнойный пульпит.
- При незавершенном формировании корня апикальное отверстие широко, пульпа плотно связана с периодонтом, поэтому появляются пульпиты с осложнением в виде периодонтита и лимфаденита.

Локализация кариозной полости:

- Временные зубы: преимущественно в области шейки зуба, на контактной или контактно-жевательной поверхности
- Зубы с незавершенным формированием корня: чаще на жевательной поверхности

4. Наглядные материалы

- Мультимедийный проектор (презентация)

5. Литература

- Приложение 1

6. Контрольные вопросы

1. Виды острых пульпитов
2. Виды хронических пульпитов
3. Хронические пульпиты временных и постоянных зубов
4. Проллиферативный гипертрофический пульпит
5. Хронический гангренозный пульпит
6. Особенности лечения пульпитов у детей
7. Возможные осложнения при лечении пульпита

Лекция №8

Тема: Современные методы анестезии, применяемые при стоматологических вмешательствах у детей. Севоран.

Цель:

Дать студентам сведения о современных местных анестетиках, их свойствах, показаниях и противопоказаниях, а также познакомить с методами анестезии, используемыми при стоматологических вмешательствах у детей.

1. Физиологические особенности организма детей с анестезиологической точки зрения

- У детей болевые ощущения вызывают яркую реакцию, часто сопровождаемую активными движениями.
- Компонент самоконтроля у детей слабый: они не могут контролировать эмоции и одинаково реагируют на каждое болевое раздражение.
- Дети не понимают необходимости процедуры (лечение или удаление зуба).
- Присущ страх: боязнь остаться без родителей, страх, что врач обязательно причинит боль. Усиление страха возможно при наблюдении за другим беспокойным пациентом или при отсутствии внимания со стороны врача.

Причины появления болевых ощущений у детей:

- Предыдущий опыт боли при лечении зубов
- Наблюдение за болью других детей
- Поведение и отношение врача к ребенку (страх перед угрозой)

| | | |
|--|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 11стр из 44 |

- Визуальное восприятие крови и инструментов
- Рассказы других детей и взрослых о стоматологе

2. Основные задачи анестезии в детской стоматологии

- Обеспечить полноценную анестезию нужной длительности
- Снять психоэмоциональное напряжение
- Сохранить нормальное поведение ребенка
- Контролировать процесс анестезии
- Предотвратить аспирацию крови, рвотных масс, пломбировочных и слепочных материалов
- Выбрать анестетик с минимальной токсичностью
- Предотвратить функциональные нарушения организма
- Обеспечить быструю реабилитацию
- Предоставить квалифицированную стоматологическую помощь
- Обеспечить оптимальные условия работы стоматолога
- Обеспечить стоматологическую помощь детям с сопутствующими соматическими заболеваниями
- Снизить риск осложнений после выхода из стоматологии

3. Анестезирующие вещества

Анестезия (от греч. *anaesthesia* – отсутствие чувствительности; *an* – отрицание, *aesthesia* – чувство) – это временное прекращение местной чувствительности.

- Сначала снимается болевое ощущение, поэтому используются для местной анестезии.
- При углублении анестезии исчезают температурная и другие виды чувствительности, последними – реакции на прикосновение и давление.

Механизм действия:

- Анестетики воздействуют на чувствительные нервные окончания и волокна, препятствуя распространению возбуждения.

4. Виды анестезии

1. **Поверхностная (терминальная) анестезия** – анестетик наносится на слизистую поверхность, угнетает чувствительные окончания; также может использоваться на поверхности ран и язв.
2. **Инфильтрационная анестезия** – введение анестетика в ткани постепенно, блокируя чувствительные нервные окончания и нервные волокна.
3. **Проводниковая (регионарная) анестезия** – введение анестетика вдоль нерва, блокируя проведение возбуждения, что вызывает потерю чувствительности в зоне иннервации.
4. **Спинальная и эпидуральная анестезия** – анестетик вводится под паутинную оболочку спинного мозга (субарахноидально) или в эпидуральное пространство, блокируя передние и задние корешки.

5. Группы анестетиков по применению

1. **Для поверхностной анестезии:** кокаин, дикаин, анестезин, пиромекаин
2. **Для инфильтрационной и проводниковой анестезии:** новокаин, бупивакаин

| | | |
|--|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 12стр из 44 |

3. Для всех видов анестезии: лидокаин, тримекаин

Особенности применения у детей:

- При необходимости наркоза: болезни ЦНС (эпилепсия, олигофрения), острые воспалительные процессы, непереносимость местных анестетиков, выраженное психоэмоциональное возбуждение, сердечно-сосудистая недостаточность в стадии компенсации, бронхиальная астма, возраст до 5 лет, множественный кариес.

Примечания по лидокаину:

- Без адреналина анестезия длится 10–15 минут
- С адреналином токсичность снижается, а длительность анестезии увеличивается
- В стоматологической практике используют 1% и 2% растворы; разовая доза – 20–50 мл
- Катехоламиновые свойства противопоказаны при сердечно-сосудистых заболеваниях, тиреотоксикозе, сахарном диабете, глаукоме, беременности

6. Литература

1. Пропедевтическая стоматология: учебник / под ред. Э.А. Базикяна, О.О. Янушевича. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 640 с.
2. Пропедевтическая стоматология: учебник / ред. Ш.Ш. Абралин, Э.А. Базикян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 616 с.
3. Мезгильбаева Д.М., Абдикаримов С.Ж., Сапаева Н. Терапевтическая стоматология: учебник. 2-е изд. – Алматы, «Ақнұр», 2019. – 536 с.
4. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология: 3-е изд., том II.

Лекция №9

Тема: Возможные местные и общие осложнения при стоматологических вмешательствах у детей в клинике. Профилактика и лечение.

Цель:

Дать студентам сведения о возможных местных и общих осложнениях при лечении и удалении временных и постоянных зубов у детей, а также познакомить с профилактическими мероприятиями.

1. Осложнения при местной анестезии

Осложнения делятся на **местные** и **общие**.

Местные осложнения:

- Повреждение кровеносных сосудов (**гематома**)
- Чрезмерное введение анестетика (**некрозы**)
- Повреждение иглой (**параличи, порезы**)

Общие осложнения:

- Непереносимость препарата (аллергия или идиосинкразия)
- Лом иглы

Лечение и профилактика при локальных осложнениях:

- **Гематома:**
 - При появлении гематомы нужно прижать место, наложить повязку и держать холод в течение суток.
 - Если гематома гнойная – вскрыть, назначить противовоспалительные и десенсибилизирующие препараты.
- **Профилактика:**

| | | |
|---|---|--|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 13стр из 44 |

- Проверять иглу на целостность и новизну
- Использовать иглу на 1 см длиннее для уверенного достижения цели
- Точно выполнять технику анестезии
- **Бледность кожи (ишемия):**
 - Возникает из-за сужения сосудов в месте анестезии, обычно проходит самостоятельно.
 - При инфраорбитальной и ментальной анестезии можно снизить концентрацию введённого препарата до 0,25% новокаина с физиологическим раствором (80–150 мл) для блокады, после чего продолжить вмешательство.
- **Воздушная эмболия:**
 - Возникает при попадании воздуха из шприца в сосуд вместе с анестетиком.
 - Причина – небрежность медработника.
- **Ошибочное введение других препаратов:**
 - Первые признаки – резкая боль при введении.
 - Перед применением анестетика проверять органолептически (вкус, запах, цвет) и при необходимости делать пробу Луковского.
 - Если введён слишком большой объём, сделать блокаду 0,25% новокаином с физиологическим раствором и затем продолжить работу.
 - Для профилактики некроза применять антибиотики и промывать рану гипертоническим раствором.
- **Поражение мягкого нёба:**
 - Возникает при чрезмерном введении анестетика через большой канал нёба.
 - Симптомы: тошнота, рвота, ощущение инородного тела.
 - Профилактика: не вводить более 0,5–0,75 мл анестетика, соблюдать технику анестезии.
 - Лечение: открыть рот, не задевать язычок, глубокое дыхание, завершить вмешательство быстро.
- **Диплопия (двоение в глазах):**
 - Может возникнуть при инфраорбитальной анестезии из-за глубокой пункции и большого объёма анестетика.
- **Некроз слизистой нёба:**
 - Возникает при ошибочном введении другого раствора и введении более 1 мл анестетика.
 - Может привести к отслаиванию слизистой с костью.
 - Профилактика: не вводить более 0,5–0,75 мл, игла должна находиться под слизистой оболочкой.
- **Отравление новокаином или тримекаином** – проявляется в случае превышения дозы.

2. Профилактика осложнений

- Проверка игл на целостность и новизну
- Точное соблюдение техники анестезии
- Контроль доз и концентрации анестетика
- Органолептическая проверка препарата перед введением
- При необходимости – блокада с разведённым раствором

| | | |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 14стр из 44 |

3. Визуальные средства

- Мультимедийный проектор (презентация)

4. Литература

- Пропедевтическая стоматология: учебник / под ред. Э.А. Базикяна, О.О. Янушевича. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
- Пропедевтическая стоматология: учебник / ред. Ш.Ш. Абралин, Э.А. Базикян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

5. Контрольные вопросы

1. Симптомы повреждения кровеносных сосудов (гематомы).
2. Меры при некрозе, вызванном чрезмерным введением анестетика.
3. Профилактика параличей и парезов от иглы.
4. Препараты, применяемые при анафилактическом шоке.
5. Первая неотложная помощь при потере сознания.

Лекция №10

Тема: Операция по удалению временных и постоянных зубов у детей. Показания и противопоказания, инструменты, возможные осложнения и их профилактика.

Цель:

Дать студентам сведения о проведении операций по удалению временных и постоянных зубов у детей, методах диагностики, инструментах для удаления зубов, а также о возможных осложнениях после удаления и мерах их профилактики.

1. Общие положения

- Удаление зубов является одним из самых распространенных стоматологических вмешательств у детей.
- Профессор Т.Ф. Виноградова: «Нельзя оставлять в полости рта ребенка зуб, который нельзя вылечить».
- Для определения показаний к удалению необходимо учитывать:
 - Время прорезывания зубов
 - Стадию формирования корня
 - Время резорбции корня временного зуба
 - Наличие пульпита, периодонтита, периостита, остеомиелита

2. Показания к удалению зубов

Временные зубы:

- Вертикальная резорбция корня
- Однокорневое рассасывание с формирующимся постоянным зубом
- Резорбция корней в зоне бифуркации
- Временный зуб мешает прорезыванию постоянного зуба (III период)
- Зуб на линии перелома челюсти

Постоянные зубы (11–15 лет):

- Острые одонтогенные остеомиелиты
- Хронический гранулированный или гранулематозный периодонтит, не поддающийся консервативному или хирургическому лечению
- Сохранившийся временный зуб после 15 лет

| | | |
|--|---|--|
| <p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 15стр из 44 |

- Зуб мешает репозиции переломов челюсти
- Хронические воспалительные процессы на верхушке корня
- Ортодонтические показания
- Разрушение коронковой части зуба, неподдающееся протезированию

3. Противопоказания к удалению зубов

Обычно относительные:

- Сердечно-сосудистые заболевания (стенокардия, аритмия, ревматизм, эндокардит, миокардит)
- Заболевания почек (гранулонефрит, почечная недостаточность)
- Острые инфекционные заболевания (дифтерия, скарлатина, краснуха, корь)
- Кровяные болезни (лейкоз, гемофилия, тромбоцитопения)
- Болезни ЦНС (менингит, энцефалит)
- Психические заболевания в стадии обострения (эпилепсия, шизофрения)
- Воспалительные заболевания слизистой рта (гингивит, стоматит)
- Зубы на фоне злокачественных опухолей или гемангиомы челюсти
- Острые респираторные заболевания (грипп, бронхит, пневмония)

4. Требования к операции по удалению зубов

1. Знание анатомо-топографической структуры челюстей и зубов
2. Освоение методики и техники удаления
3. Внимательный осмотр: сопутствующие болезни, аллергологический анамнез, состояние зуба, подготовка инструментов
4. Подготовка пациента: устное или медикаментозное успокоение, очистка полости рта, антисептическое полоскание
5. Соблюдение асептики
6. Хорошее освещение операционного поля
7. Проверка удаления зуба и заполнения лунки кровяным сгустком
8. Проверка состояния пациента перед повторной процедурой, консультация

5. Алгоритм удаления временных зубов

1. Ввод щипцов, не нарушая связочного аппарата
2. Расположение щипцов у шейки зуба чуть ниже десны
3. Надежная фиксация щипцов
4. Применение методов ротации и люксации до отделения корня от альвеолы
5. Тракция – извлечение зуба из лунки, избегая повреждения противоположного зуба
6. **Кюретаж не выполняется** – трудно определить остатки корня
7. Не рекомендуется использование тампонов для прикуса из-за риска аспирации и удаления кровяного сгустка

Положение врача и пациента:

- Верхние зубы: пациент на высоком кресле с запрокинутой головой
- Нижние зубы: кресло на уровне локтя, пациент с прямой головой
- Левосторонние зубы: пациент поворачивается к врачу
- Правосторонние зубы: пациент поворачивается от врача
- При сложном удалении – пациент ложится

| | | |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | |
| Лекционный комплекс | | 74/11-2025 16стр из 44 |

6. Инструменты

- Щипцы для передних зубов
- Щипцы для боковых зубов

7. Визуальные средства

- Мультимедийный проектор (презентация)

8. Контрольные вопросы

1. Показания и противопоказания к удалению временных зубов
2. Показания и противопоказания к удалению постоянных зубов
3. Виды анестезии при удалении верхних зубов
4. Виды анестезии при удалении нижних зубов
5. Щипцы для удаления передних зубов
6. Щипцы для удаления боковых зубов
7. Этапы удаления временных и постоянных зубов

Лекция № 11

Тема: Одонтогенный периостит челюстей у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, прогноз. Возможные осложнения.

Цель: Предоставить студентам информацию об одонтогенном периостите челюстей у детей, его видах, этиологии, клинических проявлениях, методах лечения и профилактики. Ознакомить с дополнительными методами исследования, используемыми для диагностики.

Тезисы лекции:

Воспалительные заболевания лицево-челюстной области по природе возникновения являются инфекционно-воспалительными процессами, вызываются микроорганизмами, которые обычно находятся в нормальных условиях на слизистой оболочке полости рта и коже. При нарушении целостности кожи и слизистой оболочки, поражении периферийного пародонта, а также при повреждении твёрдых тканей зуба с открытием его полости микроорганизмы проникают в окружающие ткани. Иногда на месте проникновения они уничтожаются защитными факторами, в других случаях — с током лимфы достигают лимфатических узлов, где закрепляются и уничтожаются. Если лимфатические сосуды не справляются, микробы могут проникнуть в кровь и с током крови распространиться в органы. Чаще же происходит локальное размножение микроорганизмов в тканях. Некоторые из них разрушают белковые вещества тканей — экзотоксины, обладающие антигенными свойствами, которые повреждают ткани.

ЭТИОЛОГИЯ

Воспалительные заболевания могут иметь одонтогенную и не одонтогенную природу. При не одонтогенной этиологии воспалительные процессы лица и шеи отличаются клиническим течением, что связано с анатомической структурой лицевой области и близостью жизненно

| | | |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 17стр из 44 |

важных органов. Во-первых, вена и лимфатическая система расположены тесно, поэтому инфекция быстро распространяется из первичного очага. Во-вторых, лицо постоянно движется, и даже обычные связки могут способствовать распространению инфекции.

Патогенез

Термин «одонтогенное воспалительное заболевание» объединяет группу клинически выраженных заболеваний (периодонтит, периостит, остеомиелит, абсцесс и флегмона, лимфаденит, одонтогенный гайморит), которые представляют собой различные стадии одонтогенного инфекционного процесса.

Периодонтит — это инфекционно-воспалительный процесс в периодонте. На ранних стадиях острого периодонтита наблюдается отёк, покраснение и серозный экссудат. Затем процесс переходит в гнойную форму. В центре воспалённого участка периодонта обнаруживаются очаги распада тканей с лейкоцитарной инфильтрацией. Вокруг таких очагов образуется грануляционная ткань, формируется микроабсцесс.

При одонтогенном периостите (ОП): переходная складка сглажена, при пальпации болезненна, чаще располагается на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка, рядом с поражённым зубом. Воспалённая слизистая периоста гиперемирована и отёчна. Отёк мягких тканей локализуется в зоне воспаления, отмечается пастозность и увеличение регионарных лимфатических узлов. Развивается лимфаденит.

Ребёнок тревожный, снижается аппетит, температура субфебрильная. На этой стадии одонтогенная инфекция протекает как перифокальное воспаление. При пульпите острый периостит у детей проявляется ярко и тяжело, воспалительный процесс очень активен.

ОП у детей всегда сопровождается обострением острого периодонтита или хронического воспаления периодонта. В мягких тканях может развиваться инфильтрат, который сохраняется несколько дней или до удаления поражённого зуба. После стихания острого воспаления активируется репаративный остеогенез, но процесс резорбции кости может сохраняться. Образовавшиеся дефекты заполняются грануляционной тканью, которая со временем превращается в фиброзную капсулу, изолируя очаг инфекции от остальной кости. Если инфекция через корневой канал зуба продолжается, процесс ремоделирования кости нарушается. Одновременно наблюдается обострение гранулированного периодонтита.

Наглядные средства: мультимедийный проектор (презентация)

Литература: Приложение-1

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Периостит: этиология, клиника.
2. Классификация периостита.
3. Диагностика периостита.
4. Особенности лечения периостита у детей.

| | | |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 18стр из 44 |

Лекция №12

Тема: Лимфадениты лицево-челюстной области у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, прогноз. Возможные осложнения.

Цель: Предоставить студентам информацию о лимфаденитах лицево-челюстной области у детей, их видах, этиологии, клинических проявлениях, методах лечения и профилактики. Ознакомить с дополнительными методами исследования для диагностики.

Тезисы лекции:

Воспалительные заболевания лицево-челюстной области по природе возникновения являются инфекционно-воспалительными процессами, вызываются микроорганизмами, которые обычно находятся на слизистой полости рта и коже. При нарушении целостности кожи и слизистой оболочки, поражении периферийного пародонта, а также при повреждении твёрдых тканей зуба микроорганизмы проникают в окружающие ткани. Иногда они уничтожаются защитными факторами, в других случаях — с током лимфы достигают лимфатических узлов. Если лимфатическая система не справляется, возможен переход инфекции в кровь и органы.

Этиологическими агентами одонтогенных воспалительных заболеваний являются микроорганизмы, входящие в нормальную микрофлору полости рта: стафилококки, стрептококки, энтерококки, диплококки, грамположительные и грамотрицательные палочки, *E. coli* и др. В очаге одонтогенной инфекции иногда выявляются грибы, микоплазмы, простейшие (трихомонады).

Развитие инфекции зависит от иммунного состояния организма. Воспалительные процессы лицево-челюстной области чаще всего развиваются на фоне обострения острого или хронического периодонтита, инфицирования зубов, остеомиелита, сиагоденита, гингивостоматита, пародонтоза, скарлатины и травм лица и шеи.

Наглядные средства: мультимедийный проектор (презентация)

Литература: Приложение-1

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Этиология и клиника лимфаденитов.
2. Классификация лимфаденитов.
3. Диагностика лимфаденитов.
4. Лечение лимфаденитов у детей.

Лекция № 13

Тема: Остеомиелит челюстно-лицевой области у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, прогноз. Возможные осложнения.

Цель: Ознакомить студентов с одонтогенным периоститом челюстей у детей, его видами, этиологией, клиническими проявлениями, методами лечения и профилактики. Познакомить с дополнительными методами диагностики.

| | | |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 19стр из 44 |

Тезисы лекции:

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области по своей природе являются инфекционно-воспалительным процессом, вызываемым микроорганизмами, которые обычно развиваются в нормальных условиях на слизистой оболочке рта и коже. При нарушении целостности кожи и слизистой, поражении периферического пародонта, а также при повреждении твердой ткани зуба с открытием его полости микробы проникают в окружающие ткани. Иногда в месте проникновения они уничтожаются защитными факторами, в других случаях – с током лимфы достигают лимфатических узлов, где закрепляются и разрушаются. Если лимфатические сосуды не справляются с инфекцией, она может попасть в кровь и распространиться по организму. Но чаще развивается местный процесс: микроорганизмы приживаются в новой среде и начинают размножаться. Некоторые из них разрушают белковые вещества, выделяя экзотоксины, обладающие антигенными свойствами и повреждающие ткани.

Этиология:

Воспалительные заболевания могут быть одонтогенными и не одонтогенными. При не одонтогенной этиологии воспалительные процессы челюстно-лицевой области отличаются клиническим течением от воспалений в других областях. Это связано с анатомическим строением и близким расположением жизненно важных органов. Во-первых, венозные сосуды и лимфатическая система плотно расположены, поэтому инфекция быстро распространяется от первичного очага. Во-вторых, лицо постоянно движется, и даже обычные движения могут способствовать распространению инфекции.

Патогенез:

Термин «одонтогенное воспалительное заболевание» объединяет клинически выраженные группы заболеваний (периодонтит, периостит, остеомиелит, абсцесс и флегмона, лимфаденит, одонтогенный гайморит), которые представляют собой различные стадии одонтогенного инфекционного процесса.

Периодонтит – это инфекционно-воспалительный процесс в периодонте. В начальных стадиях острого периодонтита отмечаются отек, покраснение и серозное выделение, затем процесс переходит в гнойный. В очагах лейкоцитарной инфильтрации периодонта обнаруживаются распавшиеся мертвые ткани. Вокруг таких зон формируется грануляционная ткань и микроабсцесс.

При одонтогенном остром периостите: переходной складка выравнивается, при пальпации болезненна, чаще располагается на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка возле пораженного зуба. Слизистая оболочка периоста воспалена, красная и отечная. Отек распространяется на мягкие ткани лица, увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Развивается лимфаденит.

Ребенок – беспокойный, снижается аппетит, температура субфебрильная.

На этой стадии одонтогенная инфекция протекает как перифокальное воспаление.

При пульпите острый периостит у детей проявляется ярко и тяжело, воспалительный процесс очень активен.

При одонтогенном остром периостите у детей всегда наблюдаются проявления острого периодонтита и обострения хронического периодонтита. Может развиваться инфильтрат в мягких тканях, сохраняющийся несколько дней или до удаления пораженного зуба. После

| | | |
|--|---|---|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 20стр из 44 |

стихания острого воспаления активизируется репаративный остеогенез, но процессы резорбции кости могут сохраняться. Образовавшиеся дефекты заполняются грануляционной тканью, которая со временем превращается в соединительнотканную капсулу, изолирующую очаг инфекции от окружающей кости. Если инфекция продолжает поступать через корневой канал зуба, нормальное замещение кости нарушается. Также может развиваться гранулированный периодонтит.

Наглядные средства: мультимедийный проектор (презентация)

Литература: Приложение-1

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Периостит, его этиология, клиника.
2. Классификация периостита.
3. Диагностика периостита.
4. Особенности лечения периостита у детей.

Лекция № 14

Тема: Заболевания слюнных желез у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика, прогноз. Возможные осложнения.

Цель: Ознакомить студентов с сиаденитом у детей, его видами, этиологией, клиникой, методами лечения и профилактики. Познакомить с дополнительными методами диагностики.

Тезисы лекции:

Слюнные железы являются анатомо-функциональной частью челюстно-лицевой области и вспомогательной частью ротовой полости. Патологии и заболевания слюнных желез тесно связаны со стоматологией.

Малые и крупные железы относятся к слизистой оболочке рта и располагаются в определенных анатомо-топографических областях. Паротидная железа – самая крупная (25–30 г), находится в задней ямке нижней челюсти, покрывает переднюю поверхность жевательной мышцы. Верхняя граница – наружный слуховой проход, нижняя – угол нижней челюсти. Железа состоит из поверхностной и глубокой частей, соединенных протоками.

Поднижнечелюстная железа расположена в пространстве между нижней челюстью и двубрюшной мышцей, вес – 7,77 г. Проток открывается на дне ротовой полости возле второго большого коренного зуба. Железа покрыта слизистой оболочкой, состоит из мелких долек, соединенных рыхлой соединительной тканью.

Все слюнные железы парные, одиночные встречаются редко.

| | | |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 21стр из 44 |

Функции слюнных желез: пищеварительная, секреторная, эндокринная, защитная против инфекций, влияние на зубы. У взрослого человека выделяется 1000–1500 мл слюны в сутки.

Обследование пациентов:

- Сбор жалоб и анамнеза.
- Осмотр и пальпация (иногда двухсторонняя).
- Исследование слюны, выделяемой из протоков (состав, pH, белок, вязкость).
- Рентгенологические методы (сиалография), скintiграфия, биопсия.

Сиалография: ввод контрастного вещества (2,5 мл) через проток слюнной железы, последующая рентгенография. Метод позволяет оценить состояние протоковой системы и паренхимы, выявить камни, сужения, атрезию протоков.

Скintiграфия: позволяет оценить функциональное состояние слюнных желез, выявить воспалительные процессы, опухоли, камни и морфологические изменения.

Эпидемический паротит (свинка):

- Вирусная инфекция, открытая Пудпасчером.
- Заболевают дети дошкольного и школьного возраста (5–10 лет) и взрослые, не болевшие в детстве.
- Часто регистрируется весной и зимой.
- Продромальный период до 3 недель: слабость, снижение аппетита.
- При инфицировании увеличиваются околоушные, подчелюстные или все слюнные железы, изменяется форма лица.
- Характерны боль при глотании, перед едой и при движениях головой, лихорадка.

Наглядные средства: мультимедийный проектор (презентация)

Литература: Приложение-1

Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей.
2. Этиология лимфаденитов.
3. Классификация, клиника, диагностика.
4. Лечение, профилактика, прогноз.
5. Возможные осложнения.

Лекция №15

Тема: Паротит. Классификация, клинические проявления, диагностика, лечение, профилактика, возможные осложнения.

Цель: Ознакомить студентов с эпидемическим паротитом у детей, его видами, этиологией, клиникой, методами лечения и профилактики, а также с дополнительными методами диагностики.

| | | |
|---|---|--|
| ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ |  | SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 22стр из 44 |

Тезисы лекции:

Острая форма эпидемического паротита

Это вирусное заразное заболевание. Возбудитель — фильтруемый вирус, открыт Джонсоном и Пудпасчером в 1934 году.

Заболевают дети дошкольного и школьного возраста (5–10 лет), а также взрослые, не болевшие ранее.

Заболевание характеризуется сезонными вспышками — чаще весной и зимой.

Продромальный период длится до 3 недель; в это время пациенты жалуются на слабость и потерю аппетита.

Инкубационный период заканчивается поражением одной или обеих околоушных слюнных желез, подчелюстных желез или всех слюнных желез.

Увеличение слюнных желез приводит к характерной для болезни внешности лица, за что заболевание получило народное название «свинка».

Боль при глотании распространяется к области уха, усиливается перед едой или при движении головы. Постоянным признаком эпидемического паротита является дрожь и лихорадка.

Лихорадка длится 5–7 дней. Железы увеличены, при пальпации болезненны. В эпидемических сialoadenитах боль характерна в трёх точках: около мочки уха, в области сосцевидного отростка и в полулуночной ямке нижнечелюстного отростка. Открытие рта затруднено. Слизистая рта становится темной, слюноотделение снижается, место выхода протока железы воспаляется и отекает.

В зависимости от течения заболевание подразделяется на лёгкое, среднее и тяжёлое.

При тяжёлой форме ухудшается общее состояние: температура 39–40°C, кроме боли в железах отмечается боль в суставах, мышцах ног, области сердца, возможны брадикардия и снижение давления.

Острый период болезни длится 4–10 дней; с 5-го дня отмечается снижение температуры, улучшение общего состояния, уменьшение размеров желез.

Заболевание оставляет стойкий иммунитет. Выздоровление наступает через 2–4 недели.

Осложнения заболевания:

- гнойное расплавление железы, образование свищей;
- распространение воспалительного процесса на среднее ухо и органы зрения;
- у детей возможен орхит, у женщин и девушек — мастит; также возможны острый панкреатит, нефрит и др.

Дифференциальная диагностика:

Необходимо отличать эпидемический паротит от ложного паротита Р.Л. Герценберга, который возникает из-за воспаления лимфоузлов около одной железы при прорезывании зуба мудрости. При ложном паротите функция слюнной железы не нарушена, заболевание связано не с паренхимой или протоком железы, а с лимфаденитом.

Паренхиматозный паротит отличается хроническим течением и частыми осложнениями;

| | | |
|---|---|--|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии» | | 74/11-2025 |
| Лекционный комплекс | | 23стр из 44 |

обычно односторонний.

При болезни Микулича поражаются все слюнные и слёзные железы, процесс хронический.

Лечение:

- Симптоматическое и общеукрепляющее: сульфаниламиды, при тяжёлых формах — антибиотики, препараты, регулирующие слюноотделение, термопсис, витамины группы А и С, обильное питьё, санация ротовой полости, тёплые компрессы на область желез.
- При нагноении показано хирургическое вмешательство.

Острая неэпидемическая форма паротита

Приводит к гнойному поражению желез и может протекать тяжело с переходом в хроническое воспаление.

Местные причины: попадание инородного тела, камни в протоке, язвы (афтозный и язвенный стоматит), травмы желез, воспаления из соседних областей.

Общие причины: инфекционные заболевания, операции на брюшной полости, заболевания, приводящие к обезвоживанию.

Клиника:

Острая неэпидемическая форма бывает серозной, гнойной и гангренозной. Пациенты жалуются на сухость во рту, слабость, повышение температуры, сильную боль в околоушной области, усиливающуюся перед едой. При осмотре выявляется асимметрия лица из-за инфильтрата.

- При серозной стадии рта открывается нормально, проток железы слегка воспалён.
- При переходе в гнойную стадию воспаление развивается быстро, боль усиливается, слюноотделение нарушено, появляется флюктуация при пальпации.
- Гангренозная форма сопровождается некрозом тканей, тяжелым септическим состоянием, возможным тромбозом лицевых вен и переходом в синусы мозга.

Дифференциальная диагностика:

Острая гнойная форма паротита может напоминать флегмоны губно-височной или поджевательной областей, но функция слюнной железы сохраняется, выделяется прозрачная слюна.

От эпидемической острая неэпидемическая форма отличается чаще односторонним поражением и возникновением у взрослых. Также наблюдаются ускорение СОЭ, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево.

Лечение:

- Серозная стадия: диета, стимулирующая слюноотделение, пилокарпин 1% по 6–8 капель перед едой, полоскания рта щелочными растворами после еды, физиотерапия, лёгкое тепло, УВЧ-терапия, тёплые компрессы с камфорным маслом, промывание протока 0,5% раствором новокаина с антибиотиком или протеолитическими ферментами.

| | | |
|---|---|--|
| <p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p> |  | <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p> |
| <p>Кафедра «Терапевтической и детской стоматологии»</p> | | <p>74/11-2025</p> |
| <p>Лекционный комплекс</p> | | <p>24стр из 44</p> |

- При усилении воспаления — антибиотики по чувствительности микрофлоры.
- При гнойной или гангренозной форме: общая детоксикация, симптоматическое лечение, вскрытие с учётом топографии лицевых нервных волокон.

Профилактика:

Соблюдение гигиены рта, стимуляция слюноотделения раздражающими продуктами или 1% раствором пилокарпина 3–4 раза в день по 4–6 капель, употребление соли и аскорбиновой кислоты.

Визуальные материалы: мультимедийный проектор (презентация)

Литература: Приложение-1

Итоговые вопросы (обратная связь):

1. Эпидемический паротит у детей.
2. Этиология паротитов.
3. Классификация, клиника, диагностика.
4. Сравнительная диагностика.
5. Лечение, профилактика, прогноз.
6. Возможные осложнения.