

ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Особенности стоматологического обследования в детском возрасте

Учебное пособие для студентов стоматологического факультета и врачей-
интернов

УДК 616.31-053.2(075)
ББК 56.6 73
В 64

Учебное пособие для самостоятельной работы студентов и врачей-интернов «Особенности стоматологического обследования в детском возрасте» подготовлено д.мед.н. А.В. Возным, ассистентами кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии А.В. Чаунанс и А.А. Малицким.

Учебное пособие предназначено для ознакомления с этапами обследования в детской стоматологической практике студентами стоматологического факультета и врачами-интернами, с целью повышения эффективности самостоятельной работы и обеспечения высокого качества подготовки специалистов данного профиля.

А.В. Возный, А.В. Чаунанс, А.А. Малицкий
В 64 Особенности стоматологического обследования в детском возрасте:
Учебное пособие для студентов стоматологического факультета и
врачей-интернов высших учебных заведений IV уровня аккредитации /
А.В. Возный, А.В. Чаунанс, А.А. Малицкий – Запорожье, ЗГМУ, 2016. -
85

Рецензенты:

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Возрастная периодизация.....	5
Установление эмоционально-психологического контакта с ребенком и его родителями.....	10
Оценка нервно-психического развития ребенка, его физическое и интеллектуальное развитие.....	13
Оформление медицинской карты первичного больного.....	15
Определение состояния твердых тканей зубов	28
Индексная оценка стоматологического статуса.....	28
Особенности обследования твердых тканей зубов при наличии кариеса в детском возрасте.....	37
Особенности обследования твердых тканей зубов при наличии осложненного кариеса в детском возрасте.....	48
Особенности обследования стоматологического больного детского возраста с заболеваниями тканей периодонта.....	58
Примеры рентгенограмм зубов с несформированным корнем.....	62
Тесты для контроля знаний при самоподготовке.....	65
Эталоны ответов.....	84
Список литературы.....	85

ВВЕДЕНИЕ

Ребенку в различные периоды жизни свойственны определенные анатомические, физиологические и психологические особенности, совокупность которых накладывает отпечаток на реактивные свойства и сопротивляемость организма. Этим объясняется и своеобразие патологии, и своеобразное течение основных стоматологических заболеваний у детей различных возрастных групп.

На практических занятиях по дисциплине «Стоматология детского возраста» студенты должны приобрести правильные стандарты умений и навыков объективного стоматологического исследования ребенка, чтобы в будущей своей деятельности уметь улавливать даже незначительные отклонения от физиологической «нормы», отмечаемые в начальных фазах заболеваний.

Детский врач-стоматолог в своей повседневной практике должен основное внимание уделять вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний. Это – одна из основных задач практической стоматологии.

Осуществление принципов деонтологии детским стоматологом осложняется тем, что понимание психологии ребенка доступно не всем взрослым, даже врачам, имеющим собственных детей. Общеврачебная деонтология неприменима ко многим вопросам педиатрического плана, где в силу вступают законы педагогики, которая врачами не изучается.

Данное учебно-методическое пособие подготовлено с целью расширения знаний студентов стоматологических факультетов об особенностях обследования стоматологического больного детского возраста с учетом анатомо-морфологических и психологических особенностей детей в различные возрастные периоды. Широко представлена теоретическая часть, приведены примеры тестов с эталонами ответов для самоконтроля.

Возрастная периодизация.

Диагноз (В.Х. Василенко) – это краткое врачебное заключение сущности заболевания и состояния больного, выраженное в терминах современной медицинской науки.

Задачи методов диагностики

1. Установить соответствие тяжести заболевания и степени субъективных ощущений пациента
2. Оценить объективные критерии заболевания и поставить диагноз
3. Выявить и исключить факторы, которые могут способствовать прогрессированию болезни
4. Выбрать среди альтернативных методов лечения те, которые имеют наиболее благоприятный прогноз
5. Обеспечить мониторинг курса лечения и оценить эффективность лечения

Методы диагностики – основные (постановка предварительного диагноза), вспомогательные и дополнительные (уточнение окончательного диагноза).

К основным методам диагностики относятся: опрос, осмотр, зондирование, перкуссия.

Вспомогательные – индексная оценка стоматологического статуса у ребенка. Дополнительные методы (рентгенологические, цитодиагностика, функциональные, лабораторные и др.) имеют решающее значение как для суждения о локализации, так и для определения сущности патологического процесса

Клиническая история болезни должна быть представлена в логической последовательности и систематизированной форме для каждого пациента детского возраста и периодически пополняться в соответствии с различными возрастными периодами развития ребенка.

Развитие – качественные изменения, заключающиеся в усложнении строения и функций всех тканей и органов и процессов их регуляции.

Рост и развитие организма протекают неравномерно – гетерохронно. В неодновременности роста и развития отдельных систем лежит биологическая целесообразность. В первую очередь, развиваются жизненно необходимые органы, обеспечивающие адаптацию к конкретным условиям внешней среды и выживаемость организма. Данная концепция ускоренного и избирательного развития отдельных структур выдвинута отечественным физиологом П.Анохиным. Так, мозг плода интенсивно развивается на 2-10 неделе беременности, сердце – на 3-7, пищеварительные органы – на 11-12. Если

избирательность развития нарушена, то плод оказывается нежизнеспособным.

Неравномерность роста и развития наблюдается и после рождения. Так, к моменту рождения у ребенка относительно хорошо развиты мышцы губ, языка, щек, обеспечивающие ему процессы сосания. Организм ребенка осуществляет процессы газообмена с внешней средой, процессы терморегуляции, хорошо функционирует сердечно-сосудистая система. В то же время слабо развиты мышцы туловища, ребенок первые месяцы не в состоянии держать вертикально голову. Функционально незрелые многие зоны коры больших полушарий. Проходит немного времени и высокими темпами начинает развиваться нервная система, увеличивается масса головного мозга, возрастает возможность формирования условных рефлексов и т. д. После 5 лет темпы развития нервной системы снижаются и преобладающее развитие приобретает другая система и так до тех пор, пока организм не достигнет определенной функциональной зрелости.

Исходя из неравномерного темпа роста и развития организма, весь этап достижения функциональной зрелости условно делят на несколько возрастных периодов. Существуют различные схемы возрастной периодизации, но при воспитании детей и подростков целесообразно пользоваться схемой, предложенной на Международном симпозиуме по возрастной физиологии в 1965 году

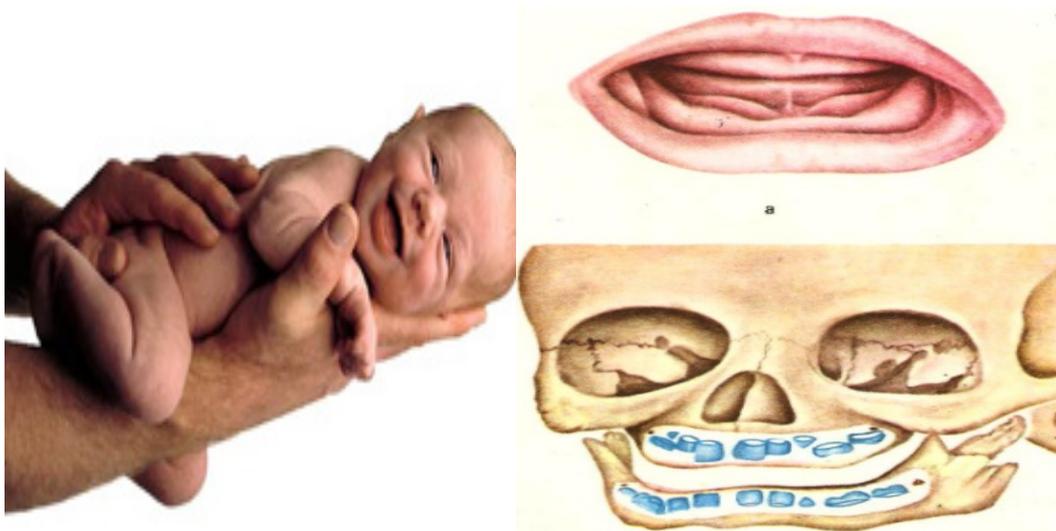


Рис.1 Период новорожденности (1-10 дней)

Основанием для этого выделения служит тот факт, что в это время имеет место вскармливание ребенка молозивом в течение 8-10 дней (Рис.1).



Рис. 2 Грудной период

Начало этого периода связано с переходом к питанию «зрелым» молоком. Во время грудного периода наблюдается наибольшая интенсивность роста, по сравнению со всеми остальными периодами жизни. Длина тела увеличивается от рождения до года в 1,5 раза, а масса тела – в 3 раза. С 6 мес. начинают прорезываться молочные зубы (Рис.2). В 1-й мес. ребенок начинает улыбаться в ответ на обращение к нему взрослых, в 6 мес. пытается ползать на четвереньках, в 8 – делает попытки ходить, к году ребенок обычно ходит.



Рис. 3 Период раннего детства

В конце второго года жизни заканчивается прорезывание зубов. После 2 лет абсолютные и относительные величины годичных приростов размеров тела быстро уменьшаются (Рис.3).



Рис. 4 Период первого детства

Начиная с 6 лет появляются первые постоянные зубы: первый моляр и медиальный резец на нижней челюсти (Рис.4). Возраст от 1 года до 7 лет называют также периодом нейтрального детства, поскольку мальчики и девочки почти не отличаются друг от друга размерами и формой тела.

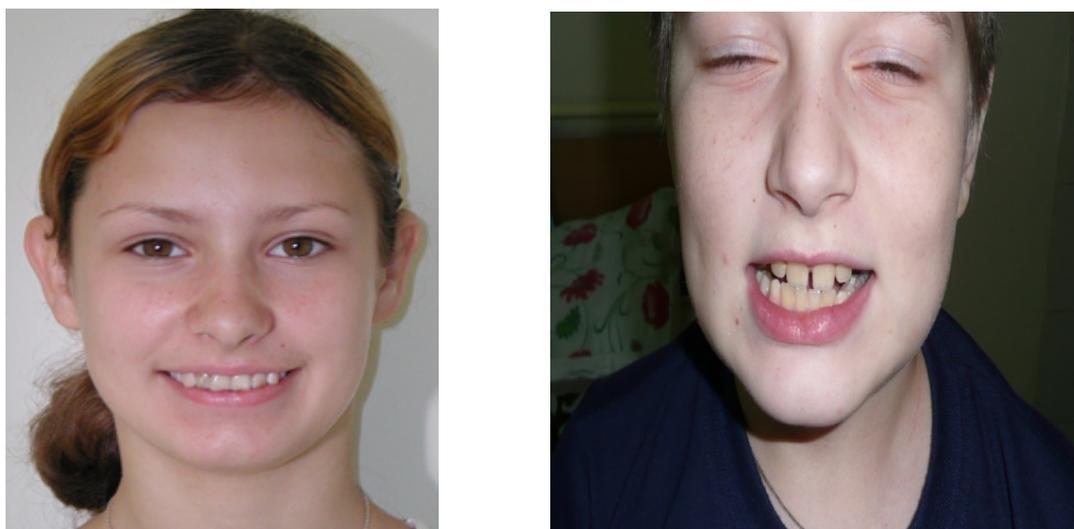


Рис. 5 Период второго детства

Длится у мальчиков с 8 до 12 лет, у девочек – с 8 до 11 лет. В этот период выявляются половые различия в размерах и форме тела, а также начинается усиленный рост тела в длину. Темпы роста у девочек выше, чем у мальчиков, так как половое созревание у девочек начинается в среднем на два года раньше. Усиление секреции половых гормонов (особенно у девочек) обуславливает развитие вторичных половых признаков. Надо отметить, что усиленно развиваются суставные головки ВНЧ суставов, прорезывание жевательных зубов сопровождается усиленным ростом челюстных костей, особенно их альвеолярных отростков в боковых отделах и прирост заболеваемости кариесом имеет два пика на 8-й и 11-й годы (у девочек с большей интенсивностью, что продолжается в процессе всей жизни) (Рис.5).

Подростковый период.

Называется также периодом полового созревания, или пубертатным периодом. Он продолжается у мальчиков с 13 до 16 лет, у девочек – с 12 до 15 лет. В это время наблюдается дальнейшее увеличение скоростей роста – пубертатный скачок, который касается всех размеров тела. Наибольшие прибавки в длине тела у девочек имеют место между 11 и 12 годами, по массе тела – между 12 и 13 годами. У мальчиков прибавка в росте наблюдается между 13 и 14 годами, а прибавка в массе тела – между 14 и 15 годами. В подростковый период происходит интенсивное половое созревание мальчиков. У мальчиков, по сравнению с девочками, более продолжителен пубертатный период и сильнее выражен пубертатный скачок роста.

Юношеский возраст

Продолжается у юношей от 18 до 21 года, а у девушек – от 17 до 20 лет. В этот период в основном заканчиваются процесс роста и формирование организма и все основные размерные признаки тела достигают дефинитивной (окончательной) величины.

Так как дети постоянно растут и развиваются, то им свойственны на каждом возрастном этапе жизни, кроме индивидуальных характеристик, **особые морфологические, физиологические и психологические качества.**

Сенситивные периоды развития детей и подростков

В процессе индивидуального развития имеются критические периоды, когда повышена чувствительность развивающегося организма к воздействию повреждающих факторов внешней и внутренней среды. Выделяют несколько критических периодов развития. Такими наиболее опасными периодами являются:

1. Время развития половых клеток – овогенез и сперматогенез;
2. Момент слияния половых клеток – оплодотворение;
3. Имплантация зародыша (4-8-е сутки эмбриогенеза);
4. Формирование зачатков осевых органов (головного и спинного мозга, позвоночного столба, первичной кишки) и формирование плаценты (3-8-я неделя развития);
5. Стадия усиленного роста головного мозга (15-20-я неделя);
6. Формирование функциональных систем организма и дифференцирование мочеполового аппарата (20-24-я неделя пренатального периода);

7. Момент рождения ребенка и период новорожденности – переход к внеутробной жизни; метаболическая и функциональная адаптация;
8. Период раннего и первого детства (2 года – 7 лет), когда заканчивается формирование взаимосвязей между органами, системами и аппаратами органов;
9. Подростковый возраст (период полового созревания – у мальчиков с 13 до 16 лет, у девочек – с 12 до 15 лет), когда одновременно с быстрым ростом органов половой системы активизируется эмоциональная деятельность.

Установление эмоционально-психологического контакта с ребенком и его родителями.

Использование вербальных и невербальных средств для стимуляции позитивного поведения у детей:

1. Уважение
2. Демонстрация интереса к ребенку как к индивидуальности
3. Делится «посторонней информацией» (беседы не на стоматологические темы)
4. Давать хорошо обоснованные инструкции
5. Общение с ребенком на его уровне (по возрасту)
6. Концентрация на позитивном
7. Демонстрация этической, культурной чуткости с учетом пола ребенка

Физическое структурирование и распределение времени при посещении стоматолога.

Подготовка сцены для позитивного поведения:

1. Все сотрудники (стоматолог, ассистент, помощники) должны передавать позитивные, успокаивающие эмоции ребенку.
2. Используйте стимулирующие, визуальные «отвлекатели» как в кабинете, так и в комнате ожидания (игрушки, муляжи, плакаты, телевизор, картинки, журналы, ориентированные на детей и подростков, а также для родителей).
3. Используйте поощрения у маленьких детей в виде игры и различного рода подарков (игрушки, витамины, брошюры, памятки, и др.), у старших детей можно давать задания на дом (использовать интернет, рисунки, составить сказку и др. творческие задания).
4. Распределите процедуры на приеме, основываясь на восприятии ребенка и его темпераменте, чтобы не было спешки.

5. Информировать родителей и обсуждать с ними прием по его окончании

Присутствие или отсутствие родственников в кабинете.

Предусматривается присутствие родственников в кабинете для поддержания детей во время лечения. Эмоции передаются ребенку от сопровождающего лица (родители, братья, сестры, гувернантка, бабушка, дедушка или др. родственники), врача и ассистентов, чьи эмоции также обусловлены эмоциональным состоянием ребенка.

Если родственники не могут или не хотят обеспечивать соответствующую поддержку, более желательно для них является подождать вне кабинета, т.к. неоправданно строгая позиция взрослого, неадекватные методы воспитания приводят к тому, что дети теряют способность рассуждать, переживают острый эмоциональный дискомфорт (доступ родителей к детям не запрещается). Полезно использовать для позитивного примера старших братьев или сестер.

Передача эмоций ребенку или подростку.

Одна из причин негативного отношения детей к посещению стоматолога - страх. В период с 2 до 3 лет отмечается увеличение числа детских страхов: в 2 года дети чаще всего боятся именно посещения врача, а с 3 лет присоединяется страх темноты и одиночества. В 6-7 лет ведущим у детей становится страх смерти, а в 7-8 – страх смерти родителей. С 7-11 лет ребенок больше всего боится быть «не тем», сделать что-то не так, не соответствовать общепринятым нормам и требованиям.

Стоматологу надо знать, что наличие страхов у ребенка является нормой, но если страхов слишком много, то следует говорить о наличии тревожности в характере ребенка. Тревожные дети особенно часто испытывают острый эмоциональный дискомфорт в кресле стоматолога. Дети опираются на эмоции родителей, что помогает им регулировать собственное поведение. Дети перенимают страх и опасение своих родителей по отношению к стоматологическому лечению как на основе единичного, так и долгосрочного опыта.

Особенности создания благоприятного эмоционального поведения ребенка в кабинете стоматолога.

- Персонал стоматологической клиники должен быть спокойным и наряду с добрым ласковым отношением, ребенок должен чувствовать непреклонную волю врача, и всякое послабление здесь противопоказано:

иначе лечение превратится в мучительную и мало результативную процедуру.

- Важно использовать уверенные и доброжелательные интонации, нельзя заигрывать с детьми, пытаться завоевать их доверие неискренней лаской или умильным сюсюканьем. Дети остро чувствуют неправду и не любят таких врачей.

- Физическая приближенность:

1. Сначала работайте спереди на уровне глаз, инструменты старайтесь не показывать ребенку перед лицом.
2. Учитывайте понятие «интимной зоны» ребенка. Эта зона приблизительно 45 см вокруг ребенка, но варьирует в зависимости от его культуры (менталитета). По необходимости врач может вторгаться в это пространство, периодически останавливаясь между процедурами, давая возможность ребенку привыкнуть.

- Распределение времени:

1. Лучше вводить новые процедуры в определенном порядке
2. Ребенок будет легче переносить лечение, если сначала производить менее инвазивные манипуляции.

- Стоматологические инструменты и одежда:

1. Никогда не приветствуйте ребенка в маске и перчатках.
2. Объясните необходимость защитной одежды.
3. Познакомьте детей с соответствующим инструментом.

- Разговор с родителями:

1. Чрезвычайно важно для стоматолога иметь положительное отношение и с детьми, и с их родителями.
2. Хорошо информируйте родителей. Нельзя гиперболизировать или дипломатически отклоняться от ответа о состоянии здоровья ребенка т.е. врач кратко и точно информирует родителей о состоянии ребенка, плане лечения, о проведенном лечении сегодня и, что будет проводиться в следующее посещение. Лучше кратко, но письменно указывать детали домашнего режима и повторные сроки наблюдения.
3. Расспрашивая о личной информированности, никогда не забывайте привлекать ребенка к обсуждению там, где это возможно.
4. Важно изолировать ребенка от родителей для обсуждения более деликатных вопросов. Можно попросить ассистента занять ребенка, например, визитом к аквариуму.

- Особая организация первичного посещения:
 1. Темп первого посещения должен быть низким.
 2. Ребенка знакомят с поликлиникой, кабинетом, врачом, инструментами в комфортной обстановке, чтобы впечатления от визита остались веселыми и интересными.
 3. Предпочтительны относительно простые и менее травмирующие процедуры.
 4. Используйте предварительные записи.
- Методики поведения, уменьшающие страх и чувствительность к боли:
 1. Расскажи – покажи – сделай.
 2. Игровой юмор (использовать смешные таблички и призывать к действию воображение).
 3. Развлечение (переключать внимание ребенка от беспокойных мыслей, привлекая к чему-либо)
 4. Усиление позитивного (реальная или социальная награда за желательное поведение)
 5. Моделирование (обеспечение примера или демонстрация образа действия)
 6. Оформление (удачные продвижения к желательному поведению)
 7. Стирание граней (обеспечение внешних значений и постепенная отмена внешнего контроля).
 8. Постепенное отвыкание (снижать беспокойство путем представления сначала предметов и ситуаций, внушающих меньший страх, затем постепенно вводить стимуляторы, провоцирующие больший страх).
 9. Фраза «тебе не будет больно» является изначально неверной, т.к. понятие боли не должно фигурировать при общении с ребенком в принципе. Необходимо настроить на данную модель поведения и родителей.
 10. Важно учитывать стадию интеллектуального развития ребенка. В среднем до 7 лет дети верят в то, что видят и слышат, в старшем возрасте лучше не пытаться обмануть ребенка, т.к. у детей начинает развиваться логическое мышление.

Оценка нервно-психического развития ребенка, его физическое и интеллектуальное развитие.

Четко произносите слова и повторяйте фразы несколько раз.

Объясняйте ребенку, что вы делаете в данный момент. Роль стоматолога, как члена команды лечащих врачей выявить возможные физические и психические патологии.

Критерии оценки:

1. Соответствие внешнего вида ребенка его возрасту (Рис.6).
2. Общая оценка состояния ребенка: хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, агонирующее.
3. Сознание: ясное, спутанное, затемненное (помраченное, ступор, сопор, кома, обморок).
4. Настроение: ровное, спокойное, приподнятое, подавленное, тревожное.
5. Выражение лица: спокойное, возбужденное, безразличное, маскообразное, утомленное.



Рис. 6 Осмотр ребёнка

- 5.3. Глаза – разрез глаз, ширина глазной щели, частота моргания.
- 5.4. Зрачки – широкие, узкие, реакция на свет, косоглазие.
6. Положение: активное, пассивное, вынужденное
7. Речь ребенка: внятная, невнятная.
8. Нарушение походки, слабость в конечностях, дрожание, судороги.
9. Умственное отставание по возрасту, нарушение внимания, нарушения с питанием, низкий уровень воспитания, очевидность плохого обращения с ребенком – ушибы, выбитые зубы, ожоги от сигарет, одежда не соответствующая погоде, проблемы здоровья, царапины, переломы.
10. Голова
 - 10.1 Форма – правильная, асимметрия, долихоцефалия, брахицефалия.
 - 10.2. Размеры – среднего, крупная, микроцефалия.
11. Телосложение: правильное, имеются отклонения; сутулость, сколиоз, кифоз, лордоз, деформации.

12. Пропорциональность, выраженность подкожно-жировой клетчатки, рост, вес.

13. Мышцы: степень развития, тонус (нормальный, повышенный, пониженный); болезненность при пальпации, при движениях пассивных и активных.

14. Кости: деформации, искривления и др.

15. Суставы: конфигурация; движения- активные, пассивные, свободные, ограниченные (степень); болезненность и хруст при ощупывании, отечность, припухание, флюктуация.

Стоматолог обязательно должен обсудить с родителями и ребенком необходимость обращения к специалисту. Поговорите с родителями в приватной манере, проинформируйте их о признаках и симптомах, не обвиняя их и не привлекая к ответственности. Когда родители поймут проблему, направляйте их к специалисту. Подчеркивайте хорошие качества ребенка и необходимость помощи специалиста для хорошего дальнейшего развития ребенка.

Оформление медицинской карты стоматологического больного детского возраста

Медицинская карта стоматологического больного Форма 043/0, утвержденная МОЗ Украины 14.02.2012г. №110. Единый документ для всех видов приема. Обязательные вкладыши: осмотры на онкопатологию, учет рентгенонагрузки. Медицинская карта является медицинским, научным и юридическим документом. Хранится в регистратуре в течение 5 лет, затем сдается в архив.

Разделы медицинской карты стоматологического больного.

Данные стоматологических исследований ребенка, впервые посетившего данную клинику, заполняются на первом и втором листах карты. Первичным считается ребенок, впервые посетивший данную клинику в календарном году.

На первом листе карты:

1. Паспортная часть заполняется в регистратуре
2. Диагноз при поступлении
3. Жалобы
4. Перенесенные и сопутствующие заболевания
5. Развитие настоящего заболевания

На втором листе заполняются графы:

1. Данные объективного исследования, внешний осмотр
2. Осмотр полости рта, состояние зубов
3. Заполняется зубная формула
4. Прикус
5. Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба
6. Данные рентгеновских, лабораторных исследований

В дальнейшем ведутся записи в дневнике наблюдений ребенка по алгоритму:

1. Жалобы на момент осмотра
2. Анамнез жизни и заболевания
3. Объективный общий и стоматологический статус
4. Диагноз предварительный
5. Вспомогательные и дополнительные методы обследования
6. Окончательный диагноз
7. План лечения, диспансеризация
8. Собственно проведенное лечение на данном приеме
9. Рекомендации
10. Прогноз заболевания
11. Следующая явка к стоматологу

Опрос ребенка или сопровождающего лица

врач проводит с целью выявить:

- Жалобы на момент осмотра
- Перенесенные и сопутствующие заболевания
- Анамнез жизни
- Развитие настоящего заболевания (анамнез заболевания)

Жалобы на момент осмотра.

Ответы должны быть тщательно задокументированы. Жалобы могут включать в себя источник, природу, начало или тип болевых ощущений, характер болей, их интенсивность, периодичность, локализация, иррадиация, длительность заболевания, а также облегчающие и раздражающие факторы, отклонения в прорезывании зубов, косметические и эстетические дефекты зубочелюстной системы.

Факторы предшествующие и сопутствующие заболеванию.

Врач выясняет имеющиеся перенесенные и сопутствующие заболевания, которые могут оказывать неблагоприятное влияние на течение

патологического процесса в челюстно-лицевой области:

- Находится ли пациент на диспансерном учете в диспансерах: туберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом, наркологическом и психоневрологическом.
- Спросить о наличии хронической патологии различных функциональных систем и диспансерном наблюдении узких специалистов.
- Уточнить о наличии острых процессов различных функциональных систем на момент осмотра.
- Выяснить наличие аллергологического анамнеза к пищевым продуктам, лекарственным средствам, бытовым факторам (пыль, шерсть домашних животных, лаки, краски, пыльца растений др.)
- Какие проявления аллергии имели место (анафилактический шок, отек Квинке, крапивница, аллергический стоматит), кратность проявлений и их тяжесть.
- Связь проявления симптомов и функциональных нарушений зубочелюстной системы ребенка (речь, прием пищи, дыхания)
- Прививки и вакцины ставили по возрастным срокам, были ли медицинские отводы и по какой причине.
- Были ли хирургические оперативные вмешательства и по какому поводу, их исход.
- Вредные привычки (сосание различных предметов, пальцев, щек, губ, ротовое дыхание, неправильная поза за столом, в кровати во время сна и др.).
- Имеется ли инвалидность, с какого времени и группа.

Сбор анамнеза жизни.

Наиболее целесообразным является начинать описание истории жизни пациента с общебиографических сведений, которые имеют прямое или косвенное отношение к возникновению и течению заболевания:

- Как и где протекала беременность мамы ребенка, особенности течения и продолжительность родов.
- Вес при рождении
- Не было ли у матери и в семье аллергических (бронхиальная астма, крапивница, экзема и др.) и наследственных заболеваний.
- Не болела ли мать на 3-4 месяце беременности, родился ребенок в срок или недоношенным.
- Какое питание получал ребенок на первом году жизни (грудное или искусственное вскармливание), как развивался и какие болезни перенес, как они протекали.
- Посещает детский сад, школу. Есть ли проблемы с адаптацией в детском

коллективе, обучением, произношением и словарным запасом.

- Соответствие физического развития данному возрастному периоду
- Развитие языка и речи
- Моторные навыки
- Гигиена полости рта: с какого времени чистит зубы, как относятся в семье к гигиене полости рта.

Бытовой анамнез:

- Немаловажное значение имеет информация об обстановке в семье ребенка (полная, неполная).
- Жилищные условия: район проживания, квартира или частный дом, его площадь и число живущих в нем, наличие коммунальных услуг.
- Питание на протяжении всей жизни: характер и полноценность пищи, регулярность ее приема, злоупотребление каких-либо продуктов (сладкое, соленое и др.).
- Отдых, продолжительность и достаточность. Занятие физкультурой и спортом (вид). Питание на протяжении всей жизни: характер и полноценность пищи, регулярность ее приема, злоупотребление каких-либо продуктов (сладкое, соленое и др.).

Развитие настоящего заболевания (анамнез заболевания):

- чтобы ребенок или сопровождающий его описывал ощущения при наличии заболеваний (болевые, необычные, неприятные)
- изменения внешнего вида (похудание, желтуха, деформация частей тела и т. п.)
- нарушения физиологических отправления и пр.
- если жалоба характерна для заболевания какой-либо системы, ее детализацию можно уточнить в разделе “субъективно» соответствующей системы.
- там же следует искать и другие жалобы, свидетельствующие о повреждении данной системы с их детализацией.
- при отсутствии выявленной жалобы в “плане” необходимо уточнить следующие моменты:
 - а) время появления;
 - б) быстрота появления (развития);
 - в) постоянство или периодичность;
 - г) сила (выраженность);
 - д) характер (качественные свойства);
 - е) условия возникновения

Осмотр стоматологического больного детского возраста врач-стоматолог детский проводит с учетом общего физического и

психологического развития ребенка в различные возрастные периоды.

Внешний общий осмотр один из главных способов оценки состояния ребенка. Стоматолог должен пронаблюдать поведение ребенка, его взаимодействие с родителями. Периодически необходимо измерять рост и вес и отмечать эти изменения в графике развития. Осмотр грудной клетки, брюшной полости, конечностей проводится при необходимости (осмотр ушибов после травмы, оценка проявления синдромов или болезненных состояний). Речь оценивается по ответам ребенка.

Этапы осмотра стоматологического больного (ВОЗ)

- А) внешний осмотр области головы и шеи
- В) околоротовые и внутриротовые мягкие ткани
- С) зубы и ткани периодонта

Внешний осмотр области головы и шеи

Алгоритм проведения внешнего осмотра ЧЛЮ:

1. Выражение лица (спокойное, тревожное, безразличное).
2. Оценка морфологии лица (методы - визуальный, инструментальные, пальпация):

а) Осмотр в прямой проекции

- Форма – продолговатое (квадратное) Рис. 7а, округлое (коническое) Рис. 7б, овальное Рис. 7в.



Рис. 7а

Квадратная форма



Рис. 7б

Коническая форма



Рис. 7в

Овальная форма

- Относительная симметричность, пропорциональность сторон лица (мягких тканей, костей лица)
- Вертикальные пропорции (баланс трех отделов лица в вертикальной плоскости – верхний, средний и нижний) (Рис.8)

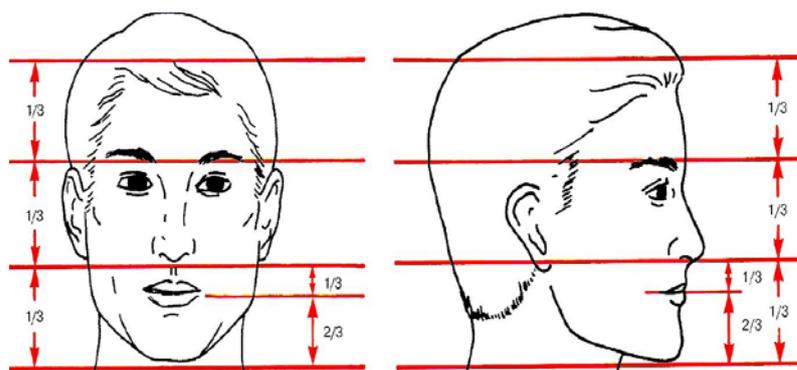


Рис. 8 Вертикальные пропорции лица

- Наличие или несоответствие симметрии положения резцовой линии относительно средней линии лица.
- Характеристика выраженности носогубных и подбородочных складок (значительно, умеренно, сглажены).
- Смыкание губ (напряженное, свободное, плотное, полное, неполное) и наличие или несоответствие симметричности левого и правого углов рта относительно линии смыкания губ или крыльев носа.

б) Осмотр в боковой проекции

Вид профиля (выпуклый, прямой, вогнутый) , положение губ относительно линии Риккетса, толщину губ, наличие ретракции или протракции губ.

в) Оценка улыбки (Рис. 9) :

- степень экспозиции десны верхней челюсти
- степень экспозиции резцов нижней челюсти
- параллельность линии зубов и линии нижней губы
- эстетика зубов (соответствие зубов типу лица) (Рис.10)

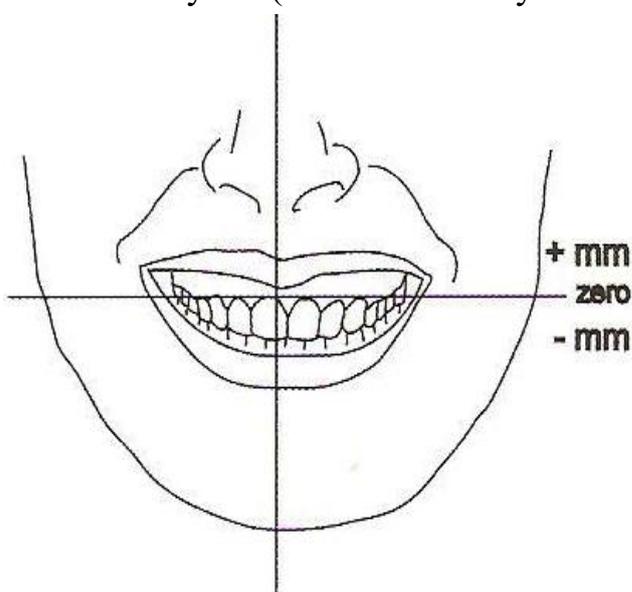
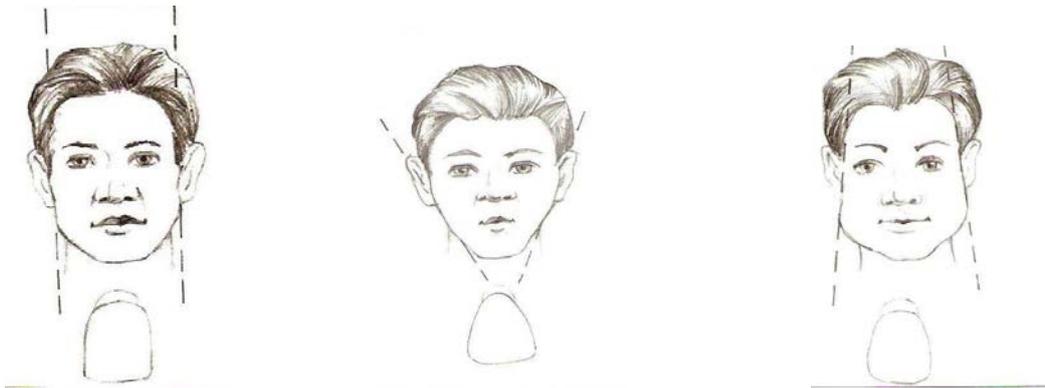


Рис.9 Оценка улыбки



Квадратная форма

Коническая форма

Овальная форма

Рис. 10 Соответствие формы зубов типу лица

3. Цвет кожных покровов (бледность, гиперемия, цианоз, желтушность), структуру и тургор кожи, влажность,
4. Определяют отек, припухлость мягких тканей
5. Наличие: рубцов, изъязвлений, высыпаний, свищевых ходов, новообразований, сыпи, шрамов, расчесов, пигментаций и депигментаций, кровоизлияний.
6. Методом бимануальной пальпации оценивается:

- состояние регионарных лимфатических узлов (подчелюстных, подбородочных, шейных). (Рис. 11)

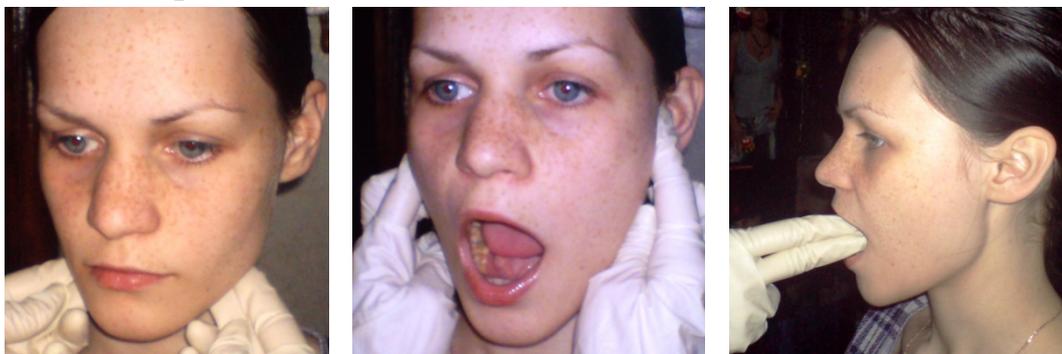


Рис. 11 Оценка состояния регионарных лимфатических узлов

- биомеханика височно-нижнечелюстного сустава (болезненность, движение нижней челюсти в различных направлениях (свободное, ограниченное), степень открывания рта (около 4 см)

В) Околоротовые и внутриротовые мягкие ткани

- Губы (красная кайма) – симметричность, цвет, состояние поверхности, влажность.
- Осмотр слизистой оболочки полости рта (СОПР).
Начинается с визуальной оценки:

- цвета (бледно-розовая, гиперемия, синюшность, бледность, коричневый или черный)

- рельефа слизистой оболочки полости рта (гипертрофия, атрофия, сглаженность, складчатость, мозаичность), отмечается нарушение целостности и наличие элементов поражения.

Осмотр СОПР проводится с помощью 2-х зеркал по анатомо-топографическим зонам при естественном освещении.

ВОЗ (1997) рекомендует следующую последовательность осмотра СОПР:

- Слизистая оболочка губ;
- Уздечки губ и щек (место прикрепления, короткая, средняя, длинная, плотная, эластичная)
- Преддверие полости рта в постоянном прикусе (мелкое – менее 1 см, среднее – 1 см и глубокое – более 1 см);
- Слизистая щек слева и справа;
- Слизистая твердого и мягкого неба;
- Спинка и боковые поверхности языка - цвет, состояние сосочков (атрофичный, полированный, “лакированный” и т. п.), обложенность (чистый, обложен налетом, цвет налета, легко снимается, запах соскоба); влажность, целостность поверхности (трещины, язвы), отечность (отпечатки зубов); наличие воспаления.
- Нижняя поверхность языка и дно полости рта;

Описание элементов поражения СОПР

- Локализация (ссылка на ближайший орган и ткани полости рта);
- Вид элемента поражения;
 - Первичные: пятно, узелок, бугорок, узелок, узел, волдырь, пузырек, гнойничок, пузырь;
 - Вторичные: чешуйка, эрозия, ссадина, язва, трещина, корка, рубец, лихенизация, вегетация, атрофия, пигментация;
- Размер (указывается диаметр элемента поражения);
- Окраска;
- Рельеф (поверхность гладкая, шероховатая, зернистая);
- Границы (четкие, ровные, фестончатые и т.д.);
- Отношение к окружающим тканям (плюс или минус ткань);
- Наличие налета (фибринозный, некротический и т.д.), если снимается – вид поверхности (ровная, зернистая, с грануляциями, кровоточащая);
 - При язве – описание дна (ровное, зернистое), края (подрывтый, ровный, плотный);
- Консистенция (рыхлая, плотная);

- Фоновые изменения (гиперемия, синюшность, гиперкератоз, или на неизменной СОПР);

- Болезненность

В случае нескольких элементов отмечают:

- Количество элементов;

- Полиморфизм;

- Склонность к слиянию;

- Симптомы Кебнера, Никольского и т.д.

Ротовая жидкость

Обращается внимание на количество слюны и ее вязкость (если во время обследования на дне полости рта не скапливается слюна, тыльная сторона зеркала не скользит по поверхности СОПР, имеется большое количество зубного налета и кариозных поражений, это дает возможность предположить гипосаливацию).

Гипосаливация – уменьшение количества слюны в полости рта, наблюдается при:

- лихорадочных состояниях;

- сахарном диабете;

- нервно-психических расстройствах;

- повреждении слюнных желез.

Иногда необходимо задать дополнительные вопросы о сопутствующих заболеваниях и наличии результатов обследования (лабораторных анализов) и приеме лекарств при их лечении.

Гиперсаливация - при некоторых состояниях регистрируется повышенное слюноотделение:

- использование лекарственных средств (пилокарпин, иодиды, бромиды, фторсодержащие препараты);

- табакокурение;

- заболевания СОПР (острый язвенный гингивит, стоматит, ангина Венсана).

- Галитоз - врач обращает внимание на запах изо рта, который может быть связан с плохой гигиеной (обратить внимание пациента на очищение языка); заболеваниями ЖКТ; болезнями бронхо-легочной системы (ринит, тонзиллит, синусит, бронхит), вредными привычками (курение).

Зубы и ткани периодонта

- Заполнение зубной формулы. (Рис. 12)

В медицинской карте имеется формула зубов по сегментам, для более визуального уточнения предварительной оценки состояния твердых тканей

зубов, где С – кариес, П – пломба, О – удаленный зуб, К – искусственная коронка, И – искусственный зуб, А – воспаление тканей пародонта и степень подвижности зуба. Условные обозначения ставят над или под цифровым обозначением зуба. Обязательным необходимо посчитать индекс интенсивности кариеса - $KPY = 5 (K+P+Y)$.

Временные зубы					Верхняя челюсть				
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
					Нижняя челюсть				

Постоянные зубы											Верхняя челюсть							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
											Нижняя челюсть							

Рис. 12 Зубные формулы временных и постоянных зубов

Далее в дневнике запись вести в строчку по международной классификации ВОЗ: **1.6 С; 2.1С; 2.2 П; 3.6 О; 4.6 П; 4.7 К;**

- Прикус (физиологический или патологический).

- Данные рентгеновских и лабораторных исследований, проведенных на первичном приеме (повторных приемах) ребенку (рентгенограммы в прикус, дентальные рентгенограммы, ОПТГ, внеротовые снимки - в боковой и прямой проекции черепа, томограммы, исследования радиовизиографом и интраоральной камерой).

Алгоритм чтения рентгенограмм:

1. Оценка качества (маркировка, контрастность, резкость, проекционные искажения).
2. Определение объема исследования.
3. Глубина и локализация патологического процесса (в пределах эмали, дентина и т. д.; жевательной, апроксимальной поверхности и т. д.)
4. Анализ тени зуба:
 - А. Состояние коронки – наличие кариозной полости и ее локализация, пломбы, соотношение дна кариозной полости и полости зуба;
 - Б. Характеристика полости зуба наличие пломбированного материала.

В. Состояние корней: количество, стадия развития или резорбции

Г. Характеристика корневых каналов:

- Количество
- Искривления
- Пройодимость
- Степень заполнения корневых каналов рентгенконтрастным материалом.

Д. Оценка периодонтальной щели:

- Равномерность
- Ширина
- Состояние компактной пластинки альвеолы: сохранена, разрушена, истончена, утолщена.

5. Оценка окружающих тканей:

А. Состояние межзубных перегородок форма, высота, состояние замыкательной компактной пластинки;

Б. Наличие перестройки внутрикостной структуры;

В. Наличие или отсутствие и локализация зачатков постоянных зубов;

Г. Анализ патологической тени, протяженность и локализация;

Ведение дневника наблюдений стоматологического пациента детского возраста.

Медицинские карты это официальный юридический документ, поэтому должны быть заполнены **собственноручно** записями без сокращений, четко и понятным подчерком в полном объеме о проведенном лечении в данное посещение согласно алгоритму по данному диагнозу с информацией пациента о наличии, если таковые были сделаны в ходе работы, врачебных ошибках. Записи должны быть краткими. Информация о плане лечения должна вестись на каждом этапе, чтобы на каждом последующем этапе врач знал, какая работа запланирована.

Дневник наблюдения, запись начинают с даты:

- Жалобы: со слов больного (формулу зуба ставят впереди дальнейших записей)
- Объективно: по ВОЗ (основные методы обследования - визуальный осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация, определение подвижности зуба)
- Диагноз предварительный
- Дополнительные методы обследования:
 - стоматологические индексы,
 - витальное окрашивание,
 - термодиагностика,

- электроодонтометрия,
- рентгенодиагностика,
- люминесцентный метод,
- исследование твердых тканей зуба, в качестве индикатора риска заболеваемости кариесом: электрометрическую диагностику тканей зуба на стадии прорезывания с незаконченной минерализацией (ЭОД) по Леонтьеву В.К., Кисельниковой Л.П. (патент в 1997г.), ТЭР-тест по способу В.Р. Оушко (1984) для определения функционального состояния эмали, т.е. оценка устойчивости твердых тканей зубов к действию кислот, с целью определения количественных изменений эмали используется компьютерный анализ снимка зуба, переданный внутриротовой камерой, «DIAGNOdent» — аппарат для исследования уровня возбуждения флюоресценции в тканях зуба, Vista Proof – оптическая система диагностики кариеса фиссур и зубного налета. Красный цвет – на стрептококки (синий цвет – начальная форма кариеса; красный - средний уровень кариеса; оранжевый – ниже среднего и желтый – глубокий кариес), зеленый цвет – здоровая ткань зуба.
- определение рН слюны, определение вязкости слюны, тест определения буферной емкости слюны, сиалометрия,
- диагностическая пункция, биопсия,
- морфологический метод (исследование биоптатов различных органов и тканей полости рта,
- микробиологические методы (5 биотипов: ротовая жидкость, зубной налет, содержимое пародонтальных карманов, слизистая оболочка щек и языка),
- биохимические исследования (кровь, слюна, моча, десневая жидкость, субстраты твердых и мягких тканей полости рта),
- иммунологические исследования,
- методы функциональной диагностики,
- лабораторный метод - цитологический – изучение структуры клеточных элементов (содержимое пародонтальных карманов, слизистой оболочки, эрозии, язвы, свищей)
- бактериологическое исследование
- серологическое исследование
- диагностика лекарственной аллергии
- общий анализ крови
- внеротовая и внутриротовая фотография желательна для растущих детей. Они нужны в качестве легального документа в случае травмы,

некариозных заболеваний, выполненных реставраций и для постановки диагноза при аномалиях и различных синдромах.

➤ Диагностические слепки являются основными методами при планировании ортодонтического лечения или при необходимости реставрировать большое количество зубов.

- Окончательный диагноз

- Оценка риска заболеваемости должна быть составлена для каждого ребенка до того, как будет определен окончательный план лечения. Это особенно важно для планирования профилактических мероприятий для детей, восприимчивых к кариесу.

Эта оценка должна базироваться на:

- анамнезе перенесенных заболеваний,
- настоящем стоматологическом статусе,
- семейном анамнезе,
- учете диеты,
- уровне гигиены полости рта,
- сопутствующих соматических заболеваниях,
- физическом и психическом развитии, уровне привычной двигательной активности, занятий спортом,
- прогнозе активности заболевания в будущем (течение и степень тяжести стоматологического заболевания),
- социальных факторах, включая языковой барьер, этнические и культурные отличия.

- Обоснованный план лечения и согласие пациента на данный вид лечения (если платный прием, то и на сумму оплаты лечения):

- неотложная помощь и снятие боли
- профилактическое лечение
- хирургическое лечение
- реставрация зубов
- ортодонтическое лечение
- продолжительное реставрационное или хирургическое лечение в будущем
- диспансерное наблюдение (дата на повторный осмотр, согласно определенной диспансерной группе и лечение)

- Лечение следует проводить согласно полученной и записанной клинической информации.

- Рекомендации после проведенного лечения и методы профилактики в домашних условиях.

- Прогноз течения заболевания после проведенного лечения.

- Дата следующего посещения.

Определение состояния твердых тканей зубов.

Проведение основных и дополнительных методов определения состояния твердых тканей зубов дает обоснование к рациональному комплексному лечению, биологически целесообразному выбору метода лечения и пломбировочного материала у детей в различные возрастные периоды.

Врач при проведении обследования твердых тканей временных и постоянных зубов у детей обращает внимание на:

- Определение размеров зубов – форма «столбиков», разрушение коронки на определенный объем, участки коронки зуба с изменением цвета эмали (деминерализация, гипоплазия, флюороз)
- Определение цвета коронки – при кариесе меловой, коричневый, при гибели пульпы – серый, при кровоизлияниях – розовый.
- Определение блеска эмали - выражен или отсутствует.
- Определение поверхности эмали – гладкая, при кариесе шероховатая, размягченная, зонд фиксируется или проваливается в фиссуре или ямках.
- Определение состояния эмали и дентина – зуб интактный или разрушен в пределах эмали, дентина на 1/3, 1/2, 2/3 или полностью, пульповая камера вскрыта или прикрыта размягченным светлым или темным дентином. Отсутствует определенная поверхность зуба, эмаль плотная или хрупкая по краю кариозной полости.
- Величина зубов – соответствует типу лица.
- Положение зубов в зубном ряду – скученное, вестибулярное или оральное положение отдельных зубов.
- Наличие и качественное состояние пломб – изменение цвета, нарушение краевого прилегания (белая или коричневая полоса по периметру реставрации, зонд фиксируется с различной степенью по границе пломба-зуб).
- Подвижность зуба по 3 степеням

Вспомогательные методы обследования.

Индексная оценка стоматологического статуса.

Применяют для оценки распространенности и интенсивности кариеса и заболеваний пародонта среди населения, планирования организационно-методических мероприятий по лечению заболеваний. По некоторым из них нельзя определить характер, вид и степень тяжести патологического процесса у конкретного больного.

Распространенность кариеса зубов – это отношение количества лиц, имеющих хотя бы один из признаков проявления кариеса зубов (К- кариозные полости, П - пломбы, У – удаленные зубы) к общему числу обследованных, выраженное в процентах.

Формула расчета:

Количество лиц с кариесом/ количество лиц обследованных ×100%

Уровни распространенности кариеса

- Низкий – 0-30%
- Средний 31-80%
- Высокий 81-100%

Интенсивность кариеса (КПУ) - сумма клинических признаков кариозного поражения рассчитанная в абсолютных единицах (КПУ(з))

- Временные зубы - кпу(з); кпу(п)
- Сменный прикус - КПУ+кп
- Постоянные зубы - КПУ(з); КПУ(п)

КПУ(п) – это сумма поверхностей, пораженных нелеченным кариесом, пломбированных и удаленных зубов у одного обследованного

Уровни интенсивности

<u>кариеса зубов:</u>	<u>12 лет</u>	<u>35-44</u>
➤ Очень низкий	0-1,1	0,2-1,5
➤ Низкий	1,2-2,6	1,6-6,2
➤ Средний	2,7-4,4	6,3-12,7
➤ Высокий	4,5-6,5	12,8-16,2
➤ Очень высокий	6,6 -	16,3 -

Определение состояния тканей пародонта индексами CPITN, PMA.

Коммунальный индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта, CPITN (Community Periodontal Index of treatment Needs, CPITN).

Индекс нуждаемости в лечении рекомендован ВОЗ. Для оценки этого индекса регистрируют три показателя:

1. наличие или отсутствие кровоточивости десны,
2. наличие над- или поддесневого зубного камня,
3. пародонтальные карманы (неглубокие - 4-5 мм и глубокие - 6 мм и более).

Методика определения. Для оценки состояния тканей пародонта применяют специально сконструированный легкий зонд, имеющий на кончике шарик диаметром 0,5 мм и черную полосу на расстоянии 3,5-5,5 мм от кончика зонда.

Секстанты. Полость рта делится на 6 секстантов, определяемых зубами, имеющими кодовые номера 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 и 44-48. Секстант необходимо осматривать только в тех случаях, если в нем присутствуют 2 зуба и более, и нет показаний к их удалению.

Если в секстанте сохранился только один зуб, его следует включать в предыдущий секстант.

Индексные зубы. Следует осматривать следующие зубы:

17 16	11	26 27
47 46	31	36 37

При определении глубины десневого кармана кончик зонда следует вводить осторожно, глубина погружения соответствует цветным меткам.

Исследуют общую протяженность кармана, для чего определяют глубину как минимум в 6 точках каждого зуба: медиально-щечной, средне-щечной, дистально-щечной, медиально-язычной, средне-язычной, дистально-язычной.

Осмотр и регистрация данных. Зондирование проводят у индексных зубов соответствующего возраста. Полученные данные вносят в карту оценки стоматологического статуса или упрощенный вариант карты (ВОЗ, 1986) согласно кодам:

- 4 - карман более 6 мм (черная область зонда не видна);
- 3 - карман 4 или 5 мм (край десны расположен у черной полосы зонда);

2 - ощущение присутствия камня при зондировании, но вся черная область зонда видима;

1 - кровоточивость сразу после окончания зондирования, наблюдаемая непосредственно глазом или с помощью зеркала;

0 - здоровая десна.

Оценка результатов.

1. Оценивают распространенность заболевания:

- процент лиц с интактным пародонтом;
- процент лиц, имеющих только кровоточивость;
- процент лиц, имеющих кровоточивость и камень;
- процент лиц, имеющих кровоточивость, камень и неглубокие карманы;
- процент лиц, имеющих кровоточивость, камень, неглубокие и глубокие карманы.

2. Оценивают интенсивность заболевания:

- среднее число секстантов с кровоточивостью;
- среднее число секстантов с зубным камнем;
- среднее число секстантов с неглубокими пародонтальными карманами;
- среднее число секстантов с глубокими пародонтальными карманами;
- процент лиц с 1...6 интактными секстантами;
- процент лиц с 1...6 секстантами с соответствующими признаками.

3. Оценивают нуждаемость в лечении:

- процент лиц, нуждающихся в гигиенических мероприятиях;
- процент лиц, нуждающихся в комплексной терапии.

Оценку нуждаемости в лечении проводят на основании анализа индекса CPITN и его составляющих:

0 - лечения не требуется;

1 - гигиена полости рта;

2 - удаление зубных отложений + гигиена;

3 - удаление отложений + консервативная терапия + кюретаж + гигиена;

4 - удаление отложений + консервативная терапия + лоскутные операции + ортопедическое лечение + гигиена

Модификация индекса РМА по Парма (С. Parma, 1960).

Для определения:

- Визуально
- Раствор Шиллера-Писарева
(воспаленные участки коричневого цвета)

Методика определения индекса РМА: оценивается состояние десны у каждого зуба: воспаление сосочка (Р) - 1 балл, воспаление краевой десны (М) - 2 балла, воспаление альвеолярной десны (А) - 3 балла (Рис. 13).

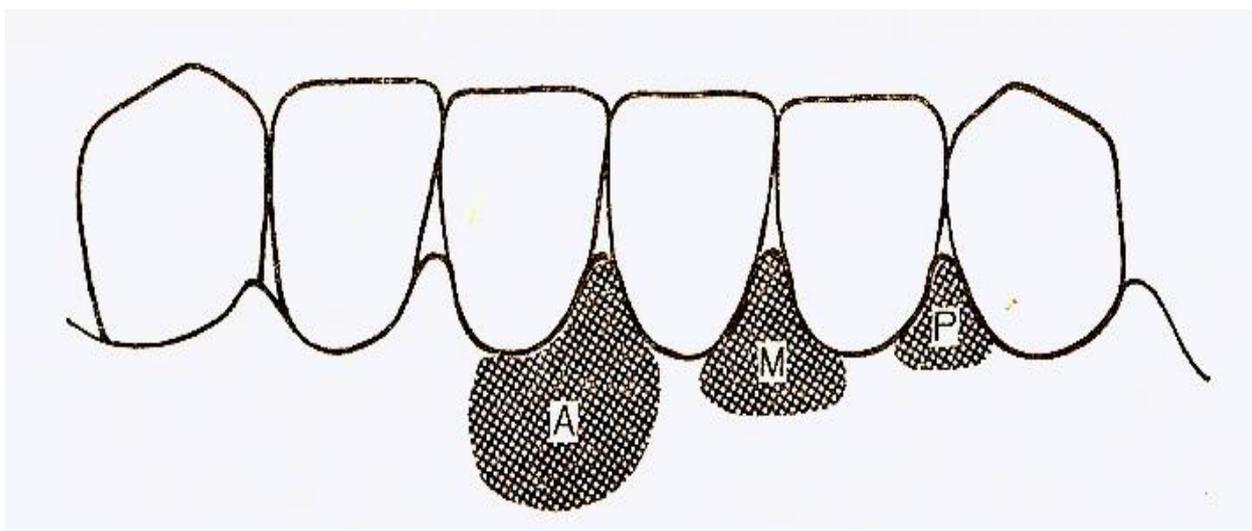


Рис. 13 Оценка состояния десны по индексу РМА

оценка значений выражается в процентах по формуле:

$$РМА\% = \frac{\Sigma \times 100}{3 \times n}$$

где Σ - сумма наивысших баллов у каждого зуба;

n - число обследуемых зубов

(в возрасте 6-11 лет - 24 зуба, 12-14 лет - 28, с 15 лет и старше - 30 зубов).

Оценка результатов.

Значения индекса РМА% колеблются от 0 до 100%:

до 25% - легкая степень гингивита;

25-50% - средняя степень гингивита;

более 50% - тяжелая степень гингивита.

Определение гигиенического состояния полости рта с помощью индексов Федорова-Володкиной, Грин-Вермиллиону, РНР.

Индекс Федорова-Володкиной (Ю.А. Федоров, В.В. Володкина, 1971).

Методика определения. Вестибулярная поверхность 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубов окрашивается раствором Шиллера-Писарева или другим красителем. Площадь окрашенной поверхности оценивается в баллах:

- 1 - отсутствие окрашивания;
- 2 - окрашивание 1/4 коронки зуба;
- 3 - окрашивание 1/2 коронки зуба;
- 4 - окрашивание 3/4 коронки зуба;
- 5 - окрашивание всей поверхности коронки зуба.

Для вычисления индекса используется формула (Рис.14):



Рис.14 Оценка окрашивания поверхности зубов

$$ИГ_{ср.} = \frac{\Sigma}{6},$$

Σ - сумма баллов всех 6 зубов;

6 - число исследуемых зубов.

Оценка результатов. По ИГ_{ср.} определяют уровень гигиены полости рта, который рекомендуют интерпретировать следующим образом:

- 1,1 - 1,5 балла - хороший уровень гигиены;
 - 1,6 - 2,0 балла - удовлетворительный;
 - 2,1 - 2,5 балла - неудовлетворительный;
 - 2,6 - 3,4 балла - плохой;
 - 3,5 - 5,0 балла - очень плохой.
- Индекс гигиены по Федорову-Володкиной не может быть выше 5 и ниже 1 балла.

Упрощенный индекс гигиены полости рта Грина-Вермилльона (Oral Hygiene Index-Simplified, Green-Vermillion, 1964).

Позволяет выявлять не только зубной налет, но и зубной камень.

Методика определения. Окрашивают вестибулярную поверхность 16, 11, 26, 31 и язычную поверхность 46, 36 зубов йодсодержащим раствором.

На соответствующих поверхностях исследуемых зубов определяют индекс зубного налета (Debris-index) и индекс зубного камня (Calculus-index), выражают в баллах:

Зубной налет (DI):

0 - зубной налет отсутствует;

1 - зубной налет покрывает не более $1/3$ поверхности коронки зуба;

2 - зубной налет покрывает от $1/3$ до $2/3$ поверхности зуба;

3 - зубной налет покрывает $> 2/3$ поверхности зуба.

Зубной камень (CI):

0 - зубной камень не выявлен;

1 - наддесневой зубной камень покрывает менее $1/3$ коронки зуба;

2 - наддесневой зубной камень покрывает от $1/3$ до $2/3$ коронки зуба или имеется поддесневой в виде отдельных глыбок;

3 - наддесневой зубной камень покрывает $2/3$ коронки зуба и/или поддесневой окружает пришеечную часть зуба.

Вычисление ОНI-S проводят по формуле:

$$OHIS = \left(\frac{\Sigma \text{зн}}{n} \right) + \left(\frac{\Sigma \text{зк}}{n} \right),$$

где $\Sigma \text{зн}$ - сумма баллов зубного налета,

$\Sigma \text{зк}$ - сумма баллов зубного камня,

n - количество обследованных зубов (6 зубов)

Оценка результатов. С помощью ОНI-S определяют уровень гигиены полости рта по следующим критериям:

0 - 0,6 баллов - хороший уровень гигиены;

0,7 - 1,6 баллов - удовлетворительный;

1,7 - 2,5 баллов - неудовлетворительный;

больше 2,6 баллов - плохой.

Индекс эффективности гигиены полости рта (РНР)

Для количественной оценки зубного налета, после проведения индивидуальной гигиены полости рта (Рис. 15)

Для определения:

- 16,26; 11; 31 – вестибулярные поверхности
- 36;46 – язычные поверхности
- Раствор Шиллера-Писарева, фуксин, эритрозин



Условное деление поверхности зуба для индекса РНР

Примеры окрашивания при определении индекса РНР

Рис. 15 Количественная оценка зубного налёта

Затем суммируют коды для всех обследуемых зубов и делят полученную сумму на число зубов. Формула расчета:

$RHR = \text{сумма кодов всех зубов} / \text{количество обследуемых зубов}$ (Таб.1)

Таблица 1

Интерпретация индекса

Значения индекса	Уровень гигиены
0	Отличный
0,1-0,6	Хороший
0,7-1,6	Удовлетворительный
Более 1,7	неудовлетворительный

Проведение методики витального окрашивания очагов деминерализации эмали.

Методика определения – предварительно промытую дистиллированной водой и высушенную вестибулярную поверхность зубов прокрашивают 1% метиленовым синим и остатки красителя снимают ватным тампоном. **Глубину деминерализации проверяют** по интенсивности прокрашивания очага поражения (Рис. 16а, б), и оценивается по эталонной шкале синего цвета (10 - балльная шкала, каждая полоска принимается за 10 баллов или %).

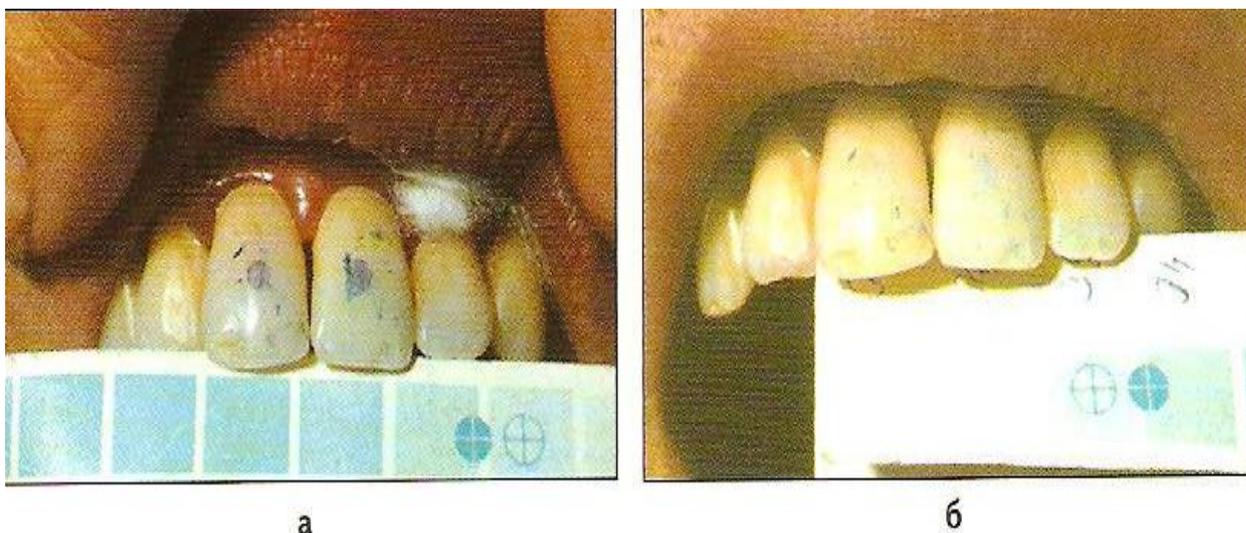


Рис. 16 Оценка результатов окрашивания поверхности зубов

Критерии визуальной оценки

10-30 баллов – интенсивность низкая, резистентность высокая

40-50 баллов – интенсивность средняя, резистентность средняя

60-70 и выше баллов – интенсивность высокая, резистентность низкая

Особенности обследования твердых тканей зубов при наличии кариеса в детском возрасте.

Кариес зубов – патологический, инфекционный процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде полости.

В соответствии с изменениями в тканях зуба и клиническими проявлениями создано несколько классификаций, в основу которых положены различные признаки.

Классификация кариеса:

1. По классификации ВОЗ различают следующие формы кариеса: (гистологическая, международная - МКБ 10)

1. K02.0 Кариес эмали (caries adamantin)
2. K02,1 Кариес дентина (caries dentine)
3. K02,2 Кариес цемента (caries cementi)
4. K02,3 приостановившийся кариес
5. K02,4 одонтоклазия
6. K02.8 другой кариес
7. K02.9 кариес зубов неутонченный

2. По клиническому течению

1. Острейший (цветущий)
2. Острый (с. acuta)
3. Хронический (с.chronica)

3. По глубине поражения

1. Кариес в стадии пятна (macula carioca)
2. Поверхностный кариес (с. superficialis)
3. Средний кариес (с. media)
4. Глубокий кариес (с. profunda)

4. По отношению к состоянию пульпы

1. Простой (с. simplex)
2. Осложненный (с. complicata)

5. По количеству пораженных зубов

1. Одиночный (с. sporadica)
2. Множественный (с. systematica)
3. Генерализованный (с. Generalisata)

6. Топографическая классификация (по Блэку 1889 г.)

- Кариес естественных фиссур и углублений эмали любой группы зубов (с. fissurum) - **I класс.**
- Кариес контактных поверхностей (с. approximales)
 1. моляров и премоляров - **II класс.**
 2. резцов и клыков без нарушения режущего края - **III класс.**
 3. резцов и клыков с нарушением режущего края- **IV класс.**
- Кариес пришеечной области (с. cervicalis)

1. на вестибулярной поверхности всех групп зубов - V класс.

7. Классификация Т.Ф. Виноградовой:

По степени активности заболевания

- компенсированная форма
- субкомпенсированная форма
- декомпенсированная форма

8. По локализации

- Фиссурный
- Апроксимальный
- Пришеечный

9. По последовательности возникновения

- Первичный, вторичный или рецидивный

10. По патоморфологическим изменениям

- кариес в стадии пятна (белое, серое, светло-коричневое, коричневое, черное)
- кариес эмали (поверхностный)
- средний
- средний углубленный (соответствует клинике глубокого кариеса)
- глубокий перфоративный (соответствует клинике пульпита и периодонтита)

Особенности течения кариеса у детей,

в зависимости от локализации очага поражения.

При диагностике кариеса необходимо учитывать кариесогенную ситуацию полости рта, знать классификации кариеса, особенности распространения кариеса в эмали и дентине (рис.17,18) и анатомо-морфологические особенности строения временных и постоянных зубов.



Рис. 17 Взаимоотношение процессов деминерализации и реминерализации

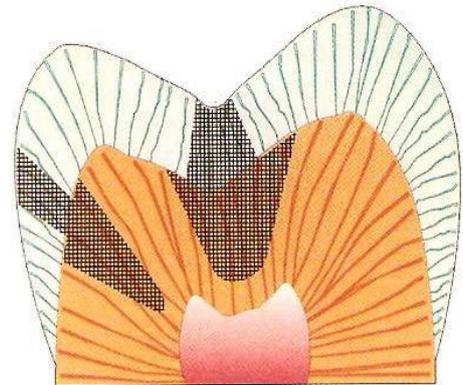
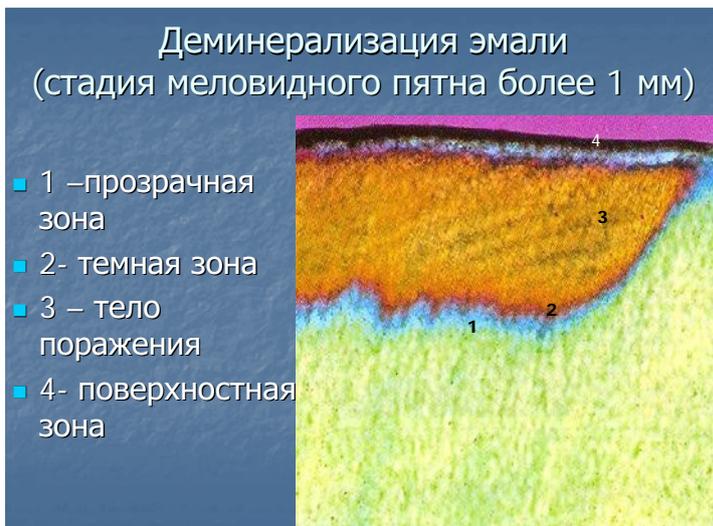


Рис. 18 Схема распространения кариеса в эмали и дентине

Анатомические особенности строения временных зубов:

1. Во временном прикусе имеются резцы, клыки, моляры (всего 20 зубов). Отсутствуют премоляры.
2. Временные зубы имеют меньшие размеры.
3. Временные зубы имеют голубовато-белый оттенок.
4. На шейке временных зубов хорошо контурируется эмалевый валик, более четко выраженный на вестибулярной поверхности.
5. Практически отсутствует экватор зуба.
6. Высота коронок временных зубов менее выражена.
7. Корни временных зубов короче, чем корни соответствующих постоянных, и более широко расходятся в стороны.
8. Полость зуба временных зубов большая и повторяет форму коронки. С возрастом её размер уменьшается. Стенки коронки и корней более тонкие.
9. В период сменного прикуса отмечается физиологическая стираемость и физиологическая подвижность временных зубов.
10. Каналы временных моляров менее проходимы, чем каналы постоянных моляров.
11. Апикальное отверстие корней временных зубов шире.
12. Временные зубы прорезываются перпендикулярно к альвеолярному отростку.
13. Стенки корня тонкие, идут параллельно друг другу.
14. В период формирующегося корня корневые каналы широкие, у верхушки расширяются и переходят в ростковую зону. Периодонтальная щель выражена по боковым стенкам корня.
15. Коронки временных зубов шире в мезиодистальном направлении по сравнению с их длиной.

16. Корни и коронки молочных моляров более сплюснены в мезиодистальном направлении в пришеечной трети.
17. Пришеечный гребень со щечной стороны во вторых молярах более выражен.
18. Оклюзионная поверхность уже из-за более плоской язычной и щечной поверхности моляров.
19. Толщина твёрдых тканей временных зубов значительно меньше таковой в постоянных зубах (Таб.2)

Таблица 2

Гистологические особенности строения тканей зуба у детей различного возраста

Ткань	Временные зубы	Постоянные зубы
Эмаль	Слой эмали тоньше и менее минерализован. После прорезывания зуба в течение 4-х лет продолжается активная минерализация эмали. В сменном прикусе эмаль временных зубов подвергается физиологической стираемости. В стадию незаконченной минерализации кристаллизационная вода составляет до 4%.	Состоит из эмалевых призм, которые проходят через всю ее толщину. В толще каждой эмалевой призмы проходят тонкие цитоплазматические волокна, образующие тонкую органическую сеть, в петлях которой располагаются кристаллы апатитов. Морфологическим образованиями органической природы являются эмалевые пучки, эмалевые пластинки и эмалевые веретена. В состав эмали входит кристаллизационная вода (около 1%), образующая внутреннюю гидратную оболочку кристаллов.
Дентин	Слой дентина тоньше, менее минерализован, дентинные канальцы более широкие и имеют почти перпендикулярное направление к полости зуба, что позволяет инфекции беспрепятственно распространяться в пульпу зуба даже при неглубоких кариозных поражениях дентина. Слой заместительного дентина не	Напоминает грубо волокнистую костную ткань, состоящую из основного вещества, пронизанного большим количеством дентинных канальцев, имеющие образные изгибы. Основное вещество дентина составляют коллагеновые волокна, которые в наружных слоях имеют радиальное направление, а во внутренних – тангенциальное. Между волокнами содержится

	выражен.	аморфное склеивающее вещество. Внутренний слой околопульпарного малообызвествленного дентина является зоной непрерывного роста дентинного слоя (предентин). Дентинные каналцы начинаются в полости зуба, волнообразно изгибаясь, проходят радиально через толщу дентина и заканчиваются колбообразными вздутиями в области дентиноэмалевого соединения. В просвете дентинных каналцев расположены дентинные отростки одонтобластов (отростки Томсона).
Цемент	Цемент формируется по мере роста корня в длину, а при физиологической резорбции корня рассасывается. Во временных зубах клеточного цемента больше.	По структуре напоминает грубоволокнистую кость. Он состоит из основного вещества, пропитанного солями кальция, в котором расположены идущие в разных направлениях коллагеновые волокна. Различают два вида цемента: <i>бесклеточный</i> (первичный) и <i>клеточный</i> (вторичный). Бесклеточный цемент находится на боковых поверхностях корня, а клеточный – у верхушки корня, в многокорневых зубах в области бифуркации. Клеточный цемент содержит цементоциты

Признаки физиологического прорезывания зубов:

1. Парность прорезывания.
2. Прорезывание в определенные сроки.
3. Определенная последовательность в прорезывании зубов: первыми прорезываются зубы на нижней челюсти, а затем на верхней.

**Сроки прорезывания постоянных зубов
(Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н.. 2006)**

- Первые моляры – 6-7 лет
- Первые резцы - 6-8 лет
- Вторые резцы – 7-9 лет
- Первые премоляры – 9-11 лет
- Клыки - 9-12 лет
- Вторые премоляры – 10-12 лет
- Вторые моляры – 11-13

Таблица 3

Клинические проявления отдельных форм кариозного процесса

Острое течение	Острейшее течение	Хроническое течение
<p>Типично появление дефектов одновременно в нескольких зубах, недолговечность пломб. Среднее число пораженных зубов не превышает 10. Поражаются определенные группы зубов – обычно моляры и премоляры, несколько реже – резцы, преимущественно верхней челюсти. Кариозные очаги локализуются на жевательной, апроксимальной и реже пришеечной поверхности зубов. В пораженном зубе обнаруживается один, реже два кариозных очага. Характерно быстрое развитие деструктивных изменений в твердых тканях зуба, быстрый переход неосложненного кариеса в осложненный (от нескольких месяцев до 1 года)</p>	<p>Характерно весьма быстрое течение кариозного процесса. Нередко наблюдается поражение твердых тканей большого числа зубов в течении короткого промежутка времени (от нескольких недель до 3 мес). Пломбы «выпадают» вскоре после проведенного лечения, зубы часто покрыты мягким налетом, слюна вязкая, скудная. В анамнезе – хронических соматических заболеваний. Характерно поражение большого числа зубов, нередко превышающее 12-14. Поражаются все группы зубов, в том числе клыки и резцы. Характерна множественность кариозных дефектов (до 3-4 на коронке одного зуба). Дефекты локализуются не только</p>	<p>Протекает с поражением одного зуба, либо небольшого числа зубов. Во временных зубах встречается редко. Характеризуется медленным течением процесса (несколько лет). Распространение полости идет в основном в направлении. Измененный дентин твердый, пигментированный, коричневого и темно – коричневого цвета.</p>

Распространение кариозных полостей идёт в ширину и глубину. Пораженные ткани мягкие. Слабо пигментированы, влажные, легко удаляются экскаватором.	на типичных для кариеса поверхностях, но и на «иммунных». Типичным являются рецидивы кариеса.	
---	---	--

Особенности клинического течения кариеса у детей:

1. В период формирования и сформированного корня чаще встречаются острые формы кариеса. В период резорбции корня зуба развиваются преимущественно хронические процессы, которые характеризуются медленным течением.
2. Чаще поражаются апроксимальные поверхности моляров, верхних резцов (как временных, так и постоянных зубов).
3. Характерно плоскостное поражение зубов; одной из разновидностью которого, является циркулярный кариес.
4. В период резорбции корня отмечается несоответствие между клинической картиной и субъективными признаками: начавшаяся инволюция зуба искажает течение кариозного процесса.

Таблица 4

Диспансерные группы по Т.Ф.Виноградовой

1 группа	Соматически здоровые дети с компенсированной активностью кариеса, не имеющие заболеваний пародонта (кроме катарального гингивита, обусловленного плохой гигиеной и зубочелюстных аномалий).	Наблюдаются стоматологом - 1 раз в год.
2 группа	Дети с компенсированной или субкомпенсированной активностью кариеса, имеющие гингивит (кроме хронического генерализованного гипертрофического гингивита), имеющие аномалии отдельных зубов, либо имеющие соматическую патологию, не требующую длительного диспансерного наблюдения у педиатра.	Наблюдаются у стоматолога 2 раза в год.
3 группа	Дети с компенсированной, субкомпенсированной или декомпенсированной активностью кариеса, имеющие заболевания	Наблюдаются у стоматолога 3-4 раза в год.

	пародонта, имеющие аномалии прикуса, хроническую соматическую патологию.	
4 группа	Все дошкольники	Наблюдаются у стоматолога 2 раза в год.

**Средний кариес временных зубов 1-2 степени активности
(компенсированная и субкомпенсированная форма кариеса):**

- до середины толщины дентина
- бессимптомное течение или боли слабой интенсивности от химических, температурных, механических раздражителей
- дентин светлый, мягкий
- края полости закругленные, плотные
- резкая болезненность по ДЭГ
- пломбирование в 1-ое посещение

**Средний кариес временных зубов 3 степени активности
(декомпенсированная форма кариеса):**

- Дентин темный, плотный
- Края эмали хрупкие, ломкие, острые
- Дно податливое при зондировании
- Отсроченный метод лечения в 2 посещения с интервалом от 10 до 30 дней

Глубокий кариес временных и постоянных зубов:

- Во временных зубах и в постоянных с незаконченным ростом корня такой диагноз не ставится (Д.З. - острый пульпит)
- Характерно размягчение дентина в непосредственной близости к пульпе
- Боль от механических, химических (кислое, сладкое, соленое), температурных (особенно низких температур) раздражителей
- При 1-2 степени активности консервативный отсроченный метод
- При 3 степени активности эндодонтический метод

Особенности локализации кариеса временных зубов

- До 2,5 лет на гладких поверхностях резцов (бутылочный кариес)
- После 3-х лет на жевательных поверхностях моляров
- После 4-х лет на контактных поверхностях моляров
- Интенсивность кариеса более высокая
- Быстрое течение патологического процесса по всем направлениям в стороны, внедряясь в дентин
- В период резорбции корней болей от раздражителей практически нет!
- При средней кариозной полости, после препаровки может вскрыться полость зуба (рог пульпы) или после пломбирования возникнуть пульпит!

Дифференциальная диагностика кариеса в стадии пятна и некариозных поражений

Начальный кариес	Гипоплазия эмали в виде пятна	Пятнистая форма флюороза
Меловидное пятно с матовым оттенком, лишенное естественного блеска, без убыли эмали с нечеткими границами.	Пятно светлого цвета с неизменной эмалью, поверхность блестящая, гладкая с четкими границами.	Множественные пятна матового или коричневого цвета без убыли эмали, с блестящей, гладкой поверхностью, четко отграниченной от здоровой ткани.
Проявляется после прорезывания зуба	Проявляется до прорезывания зуба	Проявляется до или сразу после прорезывания зуба
В одинаковой степени поражаются как молочные, так и постоянные зубы в типичных местах (фиссуры, контактные поверхности, пришеечные области)	Поражаются преимущественно постоянные зубы в нетипичных для кариеса местах (вестибулярная поверхность на различных уровнях коронки)	Поражаются преимущественно постоянные зубы, пятна располагаются чаще на вестибулярной поверхности резцов и клыков и на буграх моляров. Пятна симметричны. Иногда поражены все зубы.
Единичное поражение	Чаще зубы одного срока закладки и минерализации.	Множественное пятнистое поражение эмали. Зубы одного срока закладки и минерализации.
Содержание фтора в питьевой воде недостаточное, либо нормальное (по данным ГОСТа 0,8-1,5 мг/л)	Содержание фтора значения не имеет	Повышенное содержание фтора (более 1,5мг/л)
Пятно окрашивается 2% р-ром метиленового синего или другими красителями, интенсивность которого в прямой степени зависит от деминерализации эмали.	Окрашивания пятен нет	Окрашивания пятен нет
При проведении люминесцентного метода участок деминерализации более интенсивно окрашивается	Гашение люминесценции	Не наблюдается

Таблица 6

Дифференциальная диагностика поверхностного и среднего кариеса

Поверхностный кариес	Средний кариес
При зондировании обнаруживается шероховатый дефект в пределах эмали. Процесс не распространяется глубже эмалево-дентинной границы.	При зондировании выявляется неглубокая кариозная полость, стенки и дно которой размягчены. Патологический процесс захватывает средние слои дентина.
Отсутствие жалоб или кратковременная боль от химических раздражителей	Отсутствие жалоб или кратковременная боль от химических и термических раздражителей.
Данные ЭОМ – 2-4 мкА.	Данные ЭОМ – 2-4 мкА.

Таблица 7

Дифференциальная диагностика среднего и глубокого кариеса

Средний кариес	Глубокий кариес
Кариозная полость средней глубины в пределах плащевого дентина.	Патологический процесс распространяется на глубокие слои дентина, захватывая околопульпальный дентин
Боли от механических, термических и химических раздражителей.	Боли от механических, термических и химических раздражителей.
Зондирование болезненно по эмалево – дентинной границе и безболезненно по дну кариозной полости.	Зондирование болезненно по дну кариозной полости.
ЭОД 2-4 мкА	ЭОД иногда снижена до 15-20 мкА

Таблица 8

Дифференциальная диагностика среднего кариеса и хронического периодонтита во временных зубах

Средний кариес	Хронический периодонтит
Кариозная полость средней глубины.	Кариозная полость средней глубины.
Холодовая реакция болезненна, без последствий.	Холодовая реакция безболезненна.
Зондирование кариозной полости безболезненно по дну, болезненно по эмалево-дентинной границе	Зондирование кариозной полости безболезненно.
Полость зуба не вскрыта.	Полость зуба чаще не вскрыта.
Перкуторная реакция безболезненна.	Перкуторная реакция безболезненна.
Слизистая не изменена в области причинного зуба.	На слизистой могут быть свищевые ходы, застойные явления.
Рентгенологических изменений нет.	Рентгенологически четко определяются характерные изменения в

	периодонтальной щели.
После наложения контрольной пломбы зуб не беспокоит.	После наложения контрольной пломбы появляется боль при накусывании и отек окружающих мягких тканей. Появляется боль при накусывании и отек окружающих мягких тканей.
ЭОМ 2-4 мкА	ЭОМ более 100 мкА

Таблица 9

Дифференциальная диагностика глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита

Глубокий кариес	Хронический фиброзный пульпит
Наличие глубокой кариозной полости	Наличие глубокой кариозной полости
Полость зуба не вскрытая.	Полость чаще зуба вскрыта на постоянных зубах и чаще не вскрыта на временных зубах.
Самопроизвольные боли отсутствуют	Могут возникать самопроизвольные боли.
Зондирование болезненно по дну кариозной полости.	Зондирование болезненно во вскрытой точке полости зуба, пульпа кровоточит.
Холодовая реакция болезненна, без последствия	Холодовая реакция болезненна, с последствием.
Зуб реагирует на ток в 2-4 мкА, иногда возбудимость снижена до 15-20 мкА.	Возбудимость снижена до 60 мкА.

Особенности обследования твердых тканей зубов при наличии осложненного кариеса в детском возрасте.

1. Особенности обследования стоматологического больного детского возраста с заболеваниями ткани пульпы временных и постоянных зубов.

Возрастные анатомо-функциональные периоды развития пульпы зуба

Течение пульпита зависит от физиологической и морфологической характеристики пульпы в разные возрастные периоды. Выделяют 6 анатомо-функциональных периодов развития пульпы зуба (Н.А.Кодола и соавт.,1980).

Для временных зубов:

1. Период формирования корня (период развития функциональной активности) – начинается с момента прорезывания и заканчивается через 1-1,5 года для однокорневых зубов и 2-2,5 года для многокорневых зубов.
2. Период сформированного корня (период функциональной активности) – начинается с момента закрытия апикального отверстия и продолжается на протяжении двух лет.
3. Период рассасывающегося корня (период угасания функциональной активности) – начинается через два года после закрытия верхушечного отверстия и длится до смены зуба.

Для постоянных зубов:

1. Период формирования корня зуба (период становления функциональной активности) – длится от момента прорезывания коронки до 2-2,5 лет у однокорневых зубов и 4-4,5 лет для многокорневых зубов.
2. Период сформированного корня (период функциональной зрелости) – от момента закрытия апикального отверстия до 40 лет.
3. Период сформированного корня с признаками старения (период снижения функциональной активности).

Период формирования корня зуба временного зуба

Коронковая пульпа рыхлая, массивная, соответствует незрелой соединительной ткани. В периферическом слое одонтобласты располагаются в 3-4 ряда. В центральном слое преобладают малодифференцированные клетки мезенхимы: звездчатые, адвентициальные, веретенообразные. В основном веществе много кислых мукополисахаридов (МПС) – гиалуроновой кислоты, что снижает защитную функцию пульпы.

Соединительная ткань почти не содержит коллагеновых волокон (Н.А.Кодола,1980). В этот период развития хорошо выражена пластическая функция.

Период сформированного корня временного зуба

Коронковая пульпа массивная, а корневая пульпа имеет систему разветвлений, добавочных каналов, преимущественно вблизи верхушечного

отверстия. В центральном слое пульпы больше созревших клеток. Слой одонтобластов выражен на всем протяжении, но в корневой части пульпы он тоньше.

В этот период пульпа участвует в обменных процессах, продолжает дентинообразовательную функцию. Выражена и защитная ее функция за счет гистиоцитов, макрофагов, кровеносных и лимфатических сосудов, а также гиалуроновой кислоты.

Период физиологической резорбции корня зуба

По данным Т.И. Албанской (1933) в этот период пульпа превращается в грануляционную ткань, в ней происходят иволютивные изменения: уменьшается клеточный состав, увеличивается количество коллагеновых волокон, межучного аморфного вещества и тканевой жидкости.

В этот период в пульпе происходят и дистрофические процессы: ретикулярная или жировая дистрофия, фиброз, редуцируется часть сосудов и нервных окончаний, что снижает реактивность пульпы.

Таким образом, клиническое течение пульпита во временных зубах зависит от строения и функциональной активности пульпы в различные возрастные периоды.

Период формирования корня постоянного зуба

Форма корневой и коронковой части пульпы адекватна форме зуба, имеются высокие вершины рогов пульпы. Одонтобласты расположены радиально, в несколько рядов. В коронковой части они имеют типичную форму, в верхушечной части они сплющены и напоминают фибробласты. Слой одонтобластов массивный – 8-12 рядов клеток, расположенных «палисадом». В корневой пульпе 8-9 рядов одонтобластов. Далее следует слой Вейля – бедный клетками слой, под ним находится субодонтобластический слой – в нем равномерно расположены гистиоциты, фибробласты, пульпоциты (звездчатые клетки).

Центральный слой представлен фибробластами, макрофагами и плазматическими клетками. Аморфное вещество в коронковой части содержит больше кислых мукополисахаридами (МПС). В корневой части число кислых и нейтральных МПС почти одинаково, в ростковой зоне нарастает количество кислых МПС.

Волокна пульпы – аргирофильные, коллагеновые и преколлагеновые. Коллагеновые волокна в коронковой части располагаются диффузно, в корневой – пучками.

Таким образом, пульпу в этот период развития можно охарактеризовать как несформированную созревшую соединительную ткань.

Нервные элементы в данный период развития малочисленны. Субодонтобластическое сплетение еще не выражено. Основная масса нервных волокон сосредоточена в рогах пульпы. При формировании корня на 2/3 длины появляется больше ветвлений, и они ближе подходят к слою одонтобластов.

Период сформированного корня постоянного зуба

Вершины рогов пульпы соответствуют буграм и становятся более тупыми. Слой одонтобластов компактный, что дает возможность усилить функцию дентиногенеза. С возрастом объем пульповой камеры уменьшается, как и число клеточных элементов.

Соединительная ткань пульпы содержит много коллагеновых волокон, причем, в многокорневых зубах их больше, чем в однокорневых.

В клетках пульпы увеличивается содержание гликогена – основного энергетического материала, а также РНК и ДНК, кислых и нейтральных МПС, что обуславливает пластическую функцию. В этот период хорошо выражена трофическая, регуляторная, защитная и камбиальная функции пульпы.

Пульпу зуба, в этот период, можно рассматривать как зрелую соединительную ткань.

Процесс формирования корней временных и постоянных зубов, имея различную длительность, состоит из 5 периодов (Т.Ф.Лихота, 1972; Е.П.Соколовская, Н.Н.Скурская, 1973):

1. роста и формирования корня;
2. несформированной верхушки при законченном росте корня;
3. незакрытого верхушечного отверстия;
4. сформированного корня с несформированным апикальным периодом
5. окончания формирования корня и периодонта (Рис.19)

:

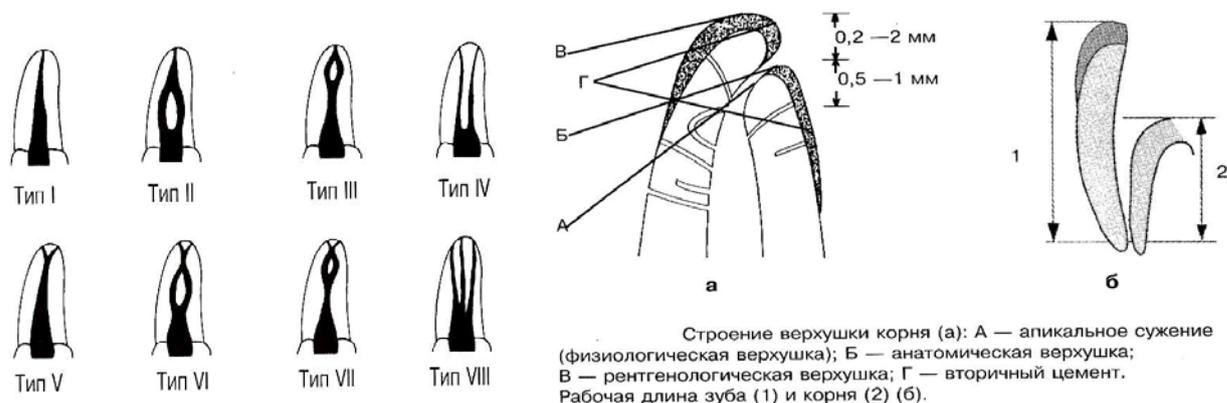


Рис. 19 Типы корневой системы зубов и строение апикальной части корня зуба

Международная классификация болезней пульпы и периапикальных тканей

К04.0 Пульпит

К04.00 Начальный (гиперемия)

К04.01 Острый

К04.02 Гнойный

К04.03 Хронический

К04.04 Хронический язвенный

К04.05 Хронический гиперпластический

К04.06 Другие

К04.1 Некроз пульпы

К04.2 Дегенерация пульпы

Заслуживает внимания упрощенные классификации состояния пульпы, например: здоровая пульпа – обратимый пульпит – необратимый пульпит – некроз пульпы (Cohen, Burns (1985), Grossman (1989)).

Другим популярным упрощением является разделение пульпиты на симптоматические и асимптоматические формы (Tronstad 1991).

В детской практике целесообразно использовать классификацию пульпита, предложенную Е.Е.Платоновым (1961) в модификации Т.Ф.Виноградовой (1983).

1. Острый пульпит

Острый очаговый пульпит (*Pulpitis acuta localis*).

Острый диффузный пульпит (*Pulpitis acuta diffusa*).

Острый пульпит с реакцией периодонта и регионарных лимфатических узлов (*Pulpitis acuta cum reactionibus periodonti nodorum lymphaticorum*)

2. Хронический пульпит

Хронический фиброзный пульпит (*Pulpitis chronica fibrosa*)

Хронический гипертрофический пульпит (*Pulpitis chronica hypertrophica*)

Хронический гангренозный пульпит (*Pulpitis chronica gangraenosa*)

Хронический пульпит в стадии обострения (*Pulpitis chronica exacerbata*)

Особенности клиники острых пульпитов во временных зубах

1. Полость зуба по объему больше, чем у постоянных зубов, так как дентинообразующая функция пульпы во все периоды развития временного зуба снижена.
2. Скудная симптоматика пульпита у детей может быть объяснена наличием широких и прямых дентинных канальцев, широким апикальным отверстием, небольшим количеством нервных элементов (наибольшее их количество наблюдается в период сформированных корней).

3. Во временных зубах с несформированными корнями пульпит чаще всего протекает в острой форме, так как в этот период пульпа богата клеточными элементами, хорошо васкулизована, рыхлая. С началом резорбции корней увеличивается доля хронических форм (И.О.Новик).
4. Богатая васкуляризация пульпы, рыхлое ее строение приводит к тому, что воспалительный процесс через 1-3 часа из локальной формы переходит в диффузную.
5. В период формирования корня острое серозное воспаление пульпы проявляется преобладанием экссудативного компонента: сосудистыми нарушениями, отеком пульпы, усилением активности окислительно-восстановительных ферментов. В эту стадию пульпита изменения в ультраструктурах клеток пульпы еще обратимы.
6. Пульпа широко сообщается с тканями периодонта во все возрастные периоды. Это объясняет быстрый переход воспалительного процесса из пульпы на периодонт.
7. Костная ткань, ограничивающая периодонт и ростковую зону, маломинерализованная, тонкая, с широкими костномозговыми пространствами, что приводит к быстрому вовлечению в процесс окружающих тканей. Отсюда в детской практике есть общая нозологическая форма: острый пульпит с реакцией периодонта и лимфатических узлов (пульпопериодонтит).
8. Очень быстро в процесс вовлекаются лимфатические узлы, так как последние у детей имеют очень широкие синусы с богатым кровоснабжением.
9. При остром пульпите во временных зубах характерная иррадиация болей по ходу веточек тройничного нерва редка.
10. Низкая дифференцировка тканей, несовершенный тканевой обмен, недоразвитие эндокринной и иммунной систем приводят к нарушению общего состояния при пульпите у детей. Причем, чем меньше возраст, тем сильнее выражены эти реакции.
11. Клиническая картина острого пульпита у детей зависит от степени сформированности корня: в период сформированного корня преобладает болевая симптоматика, а в период несформированного корня чаще наблюдаются изменения со стороны периапикальных тканей.

Особенности течения пульпита постоянных зубов в детском возрасте

Особенности течения пульпита в постоянных зубах отмечаются лишь в стадию несформированного корня. В постоянных зубах со сформированными корнями наблюдается типичная картина пульпита. Особенности течения связаны как с анатомическими, так и с морфологическими и функциональными особенностями тканей зуба. Так, стадия формирующегося корня характеризуется:

1. Большой по объему полостью зуба, так как процессы дентиногенеза идут еще не в полную меру.

2. Воспаление коронковой части пульпы быстро переходит на корневую, так как нет резкого перехода коронковой части в корневую, а корневые каналы широкие.
3. Воспаление пульпы быстро распространяется на ткани периодонта, так как в этот период имеется широкое сообщение пульпы зуба с тканями периодонта.
4. В связи со снижением в этот период защитной функции пульпы острая стадия локального пульпита очень быстро переходит в диффузную.
5. При диффузном пульпите могут вовлекаться в процесс ткани периодонта, лимфатические узлы и нарушается общее состояние организма. Причем, у ослабленных детей эти явления более выражены.
6. Обострение хронического пульпита может протекать по типу пульпопериодонтита.
7. У детей с хроническим пульпитом возникают изменения со стороны костной ткани по типу остеопороза с нарушением целостности компактной пластинки вокруг зоны роста (Н.И. Чупрынина, 1964; Т.Ф. Виноградова, 1987).

Таблица 10

Дифференциальная диагностика острых форм пульпита проводится с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину

Острый очаговый пульпит дифференцируют	Острый диффузный пульпит дифференцируют
<ol style="list-style-type: none"> 1. с глубоким кариесом 2. острым диффузным пульпитом 3. хроническим фиброзным пульпитом 4. острым маргинальным периодонтитом 	<ol style="list-style-type: none"> 1. с острым очаговым пульпитом 2. острым верхушечным периодонтитом 3. невралгией тройничного нерва 4. острым гайморитом 5. альвеолитом и папиллитом 6. острым маргинальным периодонтитом 7. обострением хронических форм пульпита

Таблица 11

Дифференциальная диагностика острых форм пульпита

Основные этапы обследования	Очаговый пульпит	Глубокий кариес	Острый диффузный пульпит	Хронический фиброзный пульпит	Острый маргинальный периодонтит	Острый верхушечный периодонтит	Невралгия тройничного нерва	Острый гайморит	Альвеолит	Обострение хронического пульпита
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Выяснение жалоб: Болезненность при накусывании	-	-	+	- +	+	+	+	+	+	- +

Чувство выросшего зуба	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
Постоянная боль в области пораженного зуба	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
Иррадиация по ходу тройничного нерва	-	-	+	-	-	+	+	- +	-	+
Боль от температурных раздражителей	+	+	+	+	- +	-	-	-	-	+
Ухудшение общего состояния	-	-	+	-	-	+	+	+	- +	- +
Повышение температуры тела	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-
Анамнез: давность заболевания от нескольких часов до нескольких дней	-	-	+	+	+	+	-	+	+	+
Возникла ли раньше подобная боль в этой области	-	-	-	+	-	-	+	+	-	+
Осмотр лица, наличие припухлости мягких тканей	-	-	-	-	+	+	-	+	+	-
Гиперемия и отек кожи лица	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-
Болезненность регионарных лимфатических узлов	-	-	-	-	+	+	-	+	+	-
Осмотр зуба: изменение цвета	-	-	-	+	+	+	-	-	-	+
Зондирование дна кариозной полости: болезненно	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+
Реакция на температурные раздражители: болезненная	+	+	+	+	- +	-	-	+	-	+
Перкуссия зуба: вертикальная	-	-	+	-	-	+	-	+	-	+

			-							
Горизонтальная	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-
Гиперемия вокруг зуба	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
Гиперемия слизистой по переходной складке	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-
Пальпация десневого края: болезненная	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-
Пальпация слизистой оболочки в области верхушки корня зуба: болезненная	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-
Дополнительные методы обследования: ЭОД	15-25 мкА	6-10 мкА	20-35 мкА	40-60 мкА	В депульпированном зубе от 100 мкА и выше	100 мкА	6-10 мкА	Может быть ниже нормы	-	40-60 мкА
Рентгенограмма: периодонтальная щель изменена	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-

Особенности клиники хронических пульпитов во временных зубах.

1. Хронические формы пульпита во временных зубах преобладают над острыми в период резорбции и сформированного корня.
2. Из хронических форм чаще всего встречается хронический фиброзный, затем гангренозный и гипертрофический пульпиты.
3. Хронические пульпиты могут развиваться как первично хронический процесс, т.е. минуя острую стадию. Особенно часто это наблюдается у детей с ослабленной иммунной системой.
4. Фиброзная и гангренозная формы хронического пульпита протекают, чаще всего, с закрытой полостью зуба, так как инфицирование пульпы может происходить через широкие дентинные каналцы.
5. При хроническом пульпите в стадию формирующегося корня превалируют явления пролиферации клеточных элементов в комбинации с повышенным десмогенезом, что объясняет бессимптомное течение этих форм пульпита.

6. В стадию сформированного корня хронический пульпит проявляется выраженной продуктивной реакцией с постепенным фиброзом, гиалинозом в пульпе зуба, незначительным увеличением сосудисто-тканевой проницаемости. При обострении преобладает экссудативный компонент с выраженными крупноочаговыми альтеративными изменениями, что приводит к появлению симптомов пульпита в клинике.
7. Хронический гангренозный пульпит может развиваться первично, либо быть исходом других форм хронического пульпита. Данная форма пульпита часто сопровождается наличием свища на слизистой.
8. Хронические пульпиты могут сопровождаться изменениями в костной ткани. В ней наблюдаются явления остеопороза у одного или нескольких корней (если полость располагается на апроксимальной поверхности), либо в области бифуркации (если полость располагается на жевательной поверхности).

Фиброзный пульпит – полость зуба может быть закрытой, боли усиливаются от холодного и горячего раздражителя (может быть длительный приступ), зондирование резко болезненно в одной точке дна кариозной полости.

Гангренозный пульпит – эмаль темного цвета, увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов, щечного лимфоузла (верхний моляр), боли усиливаются от горячего («с улицы домой»), зондирование мало болезненно.

Пролиферативный пульпит – полип пульпы, свищевое отверстие на десне, боль от механических раздражителей, кровоточивость из полости зуба.

Таблица 12

Дифференциальная диагностика хронического гангренозного пульпита от хронического верхушечного периодонтита

Симптом, признак	Хронический гангренозный пульпит	Хронический верхушечный периодонтит
Анамнез	Были длительные боли от раздражителей, самопроизвольные и ночные боли.	Были длительные постоянные боли не связанные с температурными раздражителями
Характер болей	Длительные ноющие боли, от температурных и механических раздражителей	Боли при накусывании, отсутствие боли от температурных раздражителей
Кариозная полость	Полость зуба вскрыта, зондирование болезненно в глубине полости, перкуссия чаще безболезненна.	Может не быть сообщения с полостью зуба. Перкуссия слегка болезненна, если полость зуба вскрыта - зондирование безболезненно
Электровозбудимость	Понижена до 50-90 мкА	Реагирует измененный периодонт 100мкА и выше

Рентгенологическое исследование	Возможны изменения в периодонте	В периапикальных тканях разрежение костной ткани по одному из типов хронического периодонтита.
---------------------------------	---------------------------------	--

Таблица 13

**Дифференциальная диагностика
хронического гипертрофического пульпита с папиллитом**

Симптом, признак	Хронический гипертрофический пульпит	Папиллит, грануляции
Анамнез	Были длительные боли от раздражителей, самопроизвольные и ночные боли, иррадиирующие	Признак не характерен
Характер болей	Длительные боли от раздражителей	Признак не характерен
Электровозбудимость	Понижена до 60-80 мкА	Не характерна
Кариозная полость	Зондирование кариозной полости болезненно, пульпа кровоточит	Зондирование кариозной полости безболезненно. Десна, грануляции кровоточат.
Рентгенологическое исследование	Могут быть изменения в периодонте.	Могут быть изменения в периодонте.
Зондирование	Если кариозная полость заполнена пульпой, то зонд свободно проходит вокруг шейки зуба	Зондов вокруг шейки пройти не удастся.

Таблица 14

Дифференциальная диагностика хронического фиброзного пульпита с глубоким кариесом

Симптом, признак	Хронический фиброзный пульпит	Глубокий кариес
Анамнез	Были длительные самопроизвольные боли, от раздражителей, ночные боли	Быстропроходящие боли от холодного.
Характер болей	Постоянная неловкость в зубе, боль от раздражителей длительная	Быстропроходящие боли от холодного. Могут не беспокоить.
Электровозбудимость	Понижена до 30-40 мкА	Слегка понижена. Обычно 8-12 мкА. Бывает 15-18 мкА
Кариозная полость	Полость зуба чаще вскрыта. Зондирование болезненно.	Зондирование дна слегка болезненно. Полость зуба не вскрыта.
Рентгенологическое исследование	Могут быть изменения в периодонте.	Изменений в периодонте нет.

Обострение хронического пульпита в детском возрасте.

Этиологические факторы:

1. усиление вирулентности микроорганизмов, находящихся в пульпе,
2. ухудшение условий для оттока экссудата,
3. ослабление защитных сил организма ребенка

Жалобы: на постоянную ноющую боль, усиливающуюся при надавливании на зуб; характерны отек окружающих мягких тканей, острое воспаление регионарных лимфатических узлов. Иногда ухудшается общее состояние ребенка.

Анамнез заболевания: отмечаются боли в зубе в более раннем периоде.

Объективно: кариозная полость может быть различной глубины, пульпарная камера может быть прикрыта размягченным дентином или вскрыта в одной точке дна кариозной полости. Зондирование пульпы менее болезненно, чем при остром пульпите. Перкуссия может быть слабо болезненной.

Диагноз: Обострение хронического пульпита.

Рентгенологическое обследование: на рентгенограмме наблюдаются деструктивные изменения в области верхушки корня зуба и бифуркации корней временных моляров.

Особенности обследования стоматологического больного детского возраста с заболеваниями тканей периодонта.

Наиболее часто встречаются хронические и обострившиеся хронические периодонтиты во временных зубах, однако это не исключает вариабельности развития острых форм заболевания.

Общая симптоматология острого апикального периодонтита у детей характеризуется активным течением воспалительного процесса в периодонте, быстрым переходом ограниченного процесса в диффузный. Стадия серозного течения обычно не длительна и переходит в гнойную.

При незаконченном формировании корней процесс осложняется гибелью зоны роста и прекращения развития зуба.

Динамика клиники острого периодонтита выражается:

1. в нарастании болевой реакции на перкуссию,
2. увеличении интенсивности самопроизвольной боли постоянного, ноющего характера,
3. увеличении отека и гиперемии десны у причинного зуба с вовлечением окружающих тканей и регионарных лимфатических узлов.

Острый серозный и гнойный периодонтит, будучи дельными стадиями одного процесса, дифференцируются условно.

При гнойной форме:

1. боль становится сильной и пульсирующей, снижающейся от холодного,

2. нарушается общее состояние, появляются головная боль и недомогание.

Осложнения периоститом и остеомиелитом особенно часты при незавершенном формировании корня, сопровождаются резким ухудшением общего состояния ребенка с повышением температуры тела до 38-39°C, увеличением лейкоцитозом и более тяжелой локальной картиной (выраженный отек, перкуторная болевая реакция соседних с причинным зубом).

Хронический периодонтит по клиническому течению и патоморфологическим изменениям дифференцируют на три формы - фиброзный, гранулематозный и гранулирующий.

Последние две по преобладанию альтеративных и продуктивных процессах в грануляциях Т.Ф.Виноградова, 1976, делит на гангренозный и пролиферативный виды воспаления.

Хронический периодонтит может быть исходом острого воспаления периодонта или развиваться как первично хронический процесс при гангрене пульпы, осложняя хронические пульпиты, хроническую травму зуба и неправильное лечение пульпитов. Фиброзный и гранулематозный периодонтит возможен только в сформированных зубах.

Из-за скудности субъективной симптоматики (иногда ноющие и легкие перкуторные боли) характерным является указание на предшествовавшие обострения процесса, вплоть до картины острого периодонтита и образование свищей на десне или коже лица.

Ведущие объективные признаки — следы свищевых ходов и рентгенографическая картина.

Особенности рентгенологической картины при заболеваниях тканей периодонта в детском возрасте.

Физиологическая резорбция корней временных зубов - такой вид резорбции наблюдается при резорбции корней интактных молочных зубов, но возможен также при резорбции кариозных (леченых и нелеченных) и депульпированных зубов при интактном периодонте.

Рентгенологические признаки:

- свойственна координация процессов разрушения корней и новообразования кости, отчего костного дефекта у рассасывающегося корня нет;
- параллельно резорбции происходит процесс костеобразования;
- репаративные процессы происходят одновременно с резорбцией
- развивается неравномерно, однако захватывает всю поверхность корней
- внутренняя поверхность корней, расположенная ближе к зачатку постоянного зуба, резорбируется быстрее; этим можно объяснить физиологическую резорбцию по трем типам.

Виды резорбции корня молочного зуба

1. Одновременная резорбция всех корней в области верхушки
2. Резорбция только одного корня в области верхушки

3. Резорбция в области бифуркации корней

Патологическая резорбция кости и корней временного зуба:

- приводит к деструкции этих тканей с образованием очага потери структуры с нечеткими контурами;
- довольно часто отмечаются значительные размеры такого очага, выходящего за пределы верхушек корней временных зубов и находящегося в непосредственной близости к зачатку постоянного зуба или даже вовлекающего его;
- угроза состоянию растущего фолликула (нарушение минерализации, изменение положения, замедление развития, гибель, образование фолликулярной кисты);
- процесс может сопровождаться резорбцией корней рядом стоящих зубов;
- при разрушении костной оболочки фолликула постоянного зуба в стадии полного формирования коронки и шейки зуба возможно его преждевременное прорезывание.
- по мере прогрессирования патологического процесса корни молочных зубов и фолликулы постоянных разобщаются, в то время как при физиологической резорбции они сближаются.
- может наступить рассасывание еще не сформированных корней молочных зубов, корней, отделённых от фолликула постоянного зуба, и корней рядом стоящих зубов и др.

Учитывая важность объема очага гранулирования при хроническом воспалении периодонта для лечебной тактики, можно выделить две стадии этого процесса:

- 1 — расширение периодонтальной щели за счет истончения и очагового узурирования компактной пластинки грануляциями без выраженного деструктивного процесса в губчатой кости;
- 2 — распространение очага за пределы периодонтального пространства, возникновение дефекта кости благодаря резорбции компактного и губчатого вещества вокруг верхушек корней, которые также могут резорбироваться. Костная пластинка между очагом и фолликулом уменьшена, но сохранена.

При фиброзном воспалении периодонта наблюдается:

- деформация очертаний периодонтальной щели (сужение и расширение) в отдельных участках без нарушения ее непрерывности;

Гранулирующий периодонтит - является преимущественной формой хронического и обострившегося воспаления периодонта во всех периодах развития временных и постоянных зубов:

- гранулема имеет вид четко очерченного дефекта костной ткани округлой формы у верхушки корня. Возможно ее обострение (нагноившаяся гранулема);

Гранулирующий периодонтит несформированных зубов, клинически характеризуется более агрессивным течением, интенсивными обострениями.

Рентгенографически этот процесс диагностируется:

1. по нарушению непрерывности компактной пластинки, выстилающей ростковую зону корня;
2. во временных зубах с хроническим гранулирующим периодонтитом рассасывание корней всегда опережает сроки физиологической резорбции, в связи, с чем для решения вопросов целесообразности лечения необходимо рентгенографическое исследование.

Отличительные признаки гранулемы от «Зоны роста»:

При наличии ростковой зоны периодонтальная щель имеет:

1. равномерную ширину сформированной части корня и здесь сливается с зоной роста;
2. кортикальная пластинка межальвеолярной перегородки является ее продолжением, ограничивающей зону роста;

При гибели зоны роста отмечается:

1. исчезновение кортикальной пластинки;
2. очаг разрежения имеет разные размеры и нечеткие границы.

Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме определяется:

1. в виде разрежения костной ткани округлой или овальной формы, иногда у его боковой поверхности;
2. канал или заканчивается на боковой поверхности корня, перед самым апексом делится и открывается несколькими устьями на поверхности корня;
3. при перфорации корня гранулема может располагаться у места перфорации;
4. определяется переход линии периодонта непосредственно в костный дефект, вызванный гранулемой;
5. костная ткань по периферии обычно не изменена реже по краям гранулемы может быть склерозирована.

Обострение хронического периодонтита - встречается значительно чаще, чем острые формы заболевания, и преимущественно у детей с пониженной реактивностью организма.

Рентгенографически - вокруг четко выраженного очага деструкции появляется новый, меньшей интенсивности очаг разрежения костной ткани

Рентгенологическая картина острого периодонтита крайне неинформативна и не имеет диагностического значения. Может наблюдаться незначительное расширение периодонтальной щели за счет скопления экссудата, завалулированные структуры губчатого вещества в околокорневых тканях за счет инфильтрат и отека.

Хронический периодонтит временного зуба может повлиять на зачаток постоянного в следующих случаях:

1. Если воспалительный процесс возник в период, когда еще не началось обызвествление постоянного зуба, то фолликул этого зуба гибнет.
2. При проникновении инфекции в фолликул постоянного зуба, также на ранней стадии формирования, может наступить нарушение

- обызвествления эмали. Клинически это проявляется наличием эрозий или полным отсутствием эмали (зуб Турнера).
3. Если коронка постоянного зуба или часть ее уже сформировалась, а воспалительный процесс достиг ее ростковой зоны, то коронка гибнет, что приводит к прекращению формирования этого зуба и он секвестрируется. На рентгенограмме в этом случае вместо зоны роста виден очаг разрежения с нечеткими контурами и смещение коронки зуба по направлению к альвеолярному отростку.
 4. При длительном течении воспалительного процесса наблюдается изменение положения зачатков постоянных зубов под воздействием грануляционной ткани или гноя.
 5. Раннее разрушение костной ткани, отделяющей корни временных зубов зачатков постоянных, при хроническом периодонтите создает условия более раннего прорезывания постоянного зуба.

Примеры рентгенограмм зубов с несформированным корнем:

1. Апексфиксация

На рентгенограмме (Рис. 20) определяется незавершенное формирование корня в области 1.1 зуба. Его верхушка, по сравнению с соседним зубом, широко открыта. Рабочая длина устанавливается на 2 мм меньше, чем длина зуба, измеренная по рентгенограмме.



Рис. 20 Незавершенное формирование корня

После щадящей инструментальной обработки корневой канал заполнили гидроксидом кальция (Рис.21а).



Рис.21а Вид корневого канала после щадящей инструментальной обработки

Через 20 месяцев повязку удаляют и корневой канал пломбируют гуттаперчей. На рентгенограмме (Рис.21б) видны регенерация костной ткани в периапикальной области и формирование мостика из твердой ткани зуба.



Рис.21б Регенерация костной ткани в периапикальной области

С начала минерализации на рентгенограмме зачатка зуба (Рис.22) появляются участки интенсивной тени у резцов и клыков с режущего края у моляров с бугров.

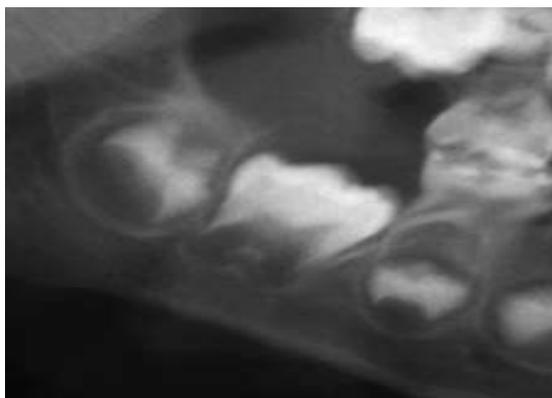


Рис.22 Начало процесса минерализации

При дальнейшем обызвествлении коронки, когда начинается формироваться полость зуба, тень приобретает вид колпачка (Рис.23).



Рис.23 Обызвествление коронки

Формирующийся корень имеет разную длину в разном возрасте и на рентгенограмме проецируется в виде двух параллельно направленных светлых полос, начинающихся от коронки зуба (Рис.24).

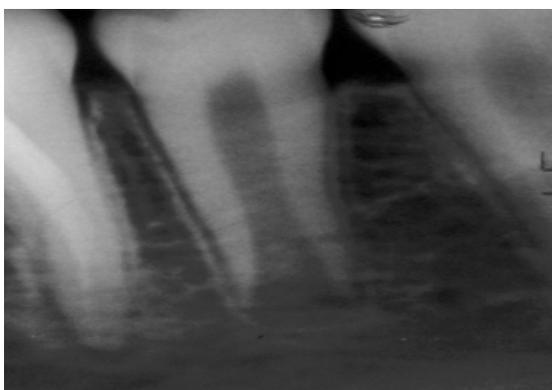


Рис.24 Формирование корня зуба

Тесты для контроля знаний при самоподготовке

Развитие зуба

001. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода на неделе:

- 1) 6-7
- 2) 8-9
- 3) 10-16
- 4) 17-20
- 5) 21-30

002. Из эпителия зубного зачатка образуются ткани зуба:

- 1) эмаль, Насмитова оболочка
- 2) дентин, пульпа
- 3) цемент
- 4) периодонт
- 5) кость альвеолы

003. Их мезенхимы зубного сосочка образуются:

- 1) эмаль
- 2) дентин, пульпа
- 3) цемент
- 4) периодонт
- 5) кость альвеолы

004. Из мезенхимы зубного мешочка образуются:

- 1) эмаль
- 2) дентин
- 3) цемент, периодонт
- 4) Насмитова оболочка
- 5) пульпа зуба

005. Минерализация временных зубов начинается:

- 1) в I половине внутриутробного развития
- 2) в II половине внутриутробного развития
- 3) в I полугодии после рождения
- 4) во II полугодии после рождения
- 5) сразу после рождения

006. Минерализация постоянных резцов и клыков начинается:

- 1) на 17 неделе внутриутробного развития
- 2) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
- 3) во втором полугодии после рождения
- 4) в 2,5-3,5 года
- 5) в 4-5 лет

007. Минерализация премоляров начинается:

- 1) в конце внутриутробного периода
- 2) в первые недели после рождения
- 3) во втором полугодии после рождения
- 4) в 2,5-3,5 года
- 5) в 4-5 лет

008. Минерализация первых постоянных моляров начинается:

- 1) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
- 2) во втором полугодии после рождения
- 3) на втором году жизни
- 4) в 2-3 года
- 5) в 4-5 лет

009. Минерализация вторых постоянных моляров начинается:

- 1) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
- 2) во втором полугодии после рождения
- 3) в 2,5-3,5 года
- 4) в 4-5 лет
- 5) в 5-6 лет

010. К концу первого года у здорового ребенка должно прорезаться зубов не менее:

- 1) 2

- 2) 4
- 3) 6
- 4) 8
- 5) 10

011. К концу второго года жизни у здорового ребенка должны прорезаться зубы:

- 1) все молочные
- 2) только нижние центральные молочные резцы
- 3) все молочные резцы
- 4) молочные фронтальные зубы
- 5) молочные фронтальные зубы и первые моляры

012. Все временные зубы у ребенка должны прорезаться к:

- 1) концу первого года
- 2) концу второго года
- 3) 2,5-3 годам
- 4) к 4 годам
- 5) 6-7 годам

013. Корни временных резцов заканчивают формирование к:

- 1) 2 годам
- 2) 3 годам
- 3) 4 годам
- 4) 5 годам
- 5) 6 годам

014. Корни временных клыков формируются к:

- 1) 2 годам
- 2) 3 годам
- 3) 4 годам
- 4) 5 годам
- 5) 6 годам

015. Корни временных моляров формируются к:

- 1) 2 годам
- 2) 3 годам
- 3) 4 годам
- 4) 5 годам
- 5) 6 годам

016. Период «физиологического покоя» для корней временных зубов длится:

- 1) 1 год
- 2) 1,5-2 года
- 3) 2,5-3 года
- 4) 3,5-4 года
- 5) 4,5-5 лет

017. Патологическая резорбция корней чаще наблюдается:

- 1) в интактных зубах с живой пульпой
- 2) при среднем кариесе
- 3) при хроническом периодонтите
- 4) при хроническом фиброзном пульпите
- 5) при хроническом гангренозном пульпите

018. Физиологическая резорбция корней временных зубов начинается:

- 1) вскоре после прорезывания зубов
- 2) в среднем через 1 год после прорезывания зубов
- 3) в среднем через 2 года после прорезывания
- 4) в среднем через 3 года после прорезывания зубов
- 5) в среднем через 3 года после окончания формирования корней зубов

019. Пришеечная область временных резцов минерализуется у ребенка:

- 1) до рождения
- 2) в первые 3-4 месяца после рождения
- 3) сразу после прорезывания зуба
- 4) к концу первого года жизни
- 5) к 1,5 годам

020. Ростковая зона корня на рентгенограмме определяется как очаг разрежения кости:

- 1) с четкими контурами у верхушки корня с узким каналом
- 2) ограниченного по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким

- каналом
- 3) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
 - 4) с нечеткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом
 - 5) не определяется
- 021. Корни постоянных резцов и первых моляров заканчивают свое формирование к:**
- 1) 10 годам
 - 2) 11 годам
 - 3) 12 годам
 - 4) 13 годам
 - 5) 15 годам
- 022. Корни премоляров заканчивают свое формирование к:**
- 1) 10 годам 2) 12 годам 3) 13 годам
 - 4) 14 годам
 - 5) 15 годам
- 023. Толщина эмали после прорезывания зуба с увеличением возраста ребенка:**
- 1) увеличивается в результате функционирования энамелобластов
 - 2) не изменяется, т.к. энамелобласты после формирования коронки отсутствуют
 - 3) уменьшается в результате физиологического стирания
 - 4) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии
 - 5) увеличивается в результате функционирования одонтобластов
- 024. Толщина дентина после прорезывания зуба с увеличением возраста ребенка:**
- 1) увеличивается в результате функционирования одонтобластов
 - 2) увеличивается в результате функционирования энамелобластов
 - 3) не изменяется, т.к. одонтобласты после формирования коронки отсутствуют
 - 4) уменьшается в результате физиологического стирания
 - 5) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии
- 025. Корень в стадии несформированной верхушки на рентгенограмме проецируется:**
- 1) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое
 - 2) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое
 - 3) короче нормальной длины, корневой канал узкий
 - 4) короче нормальной длины, корневой канал широкий, расширяющийся у верхушки корня
 - 5) нормальной длины, периодонтальная щель у верхушки корня широкая
- 026. Корень в стадии незакрытой верхушки на рентгенограмме:**
- 1) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое
 - 2) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое
 - 3) короче нормальной длины, корневой канал узкий
 - 4) короче нормальной длины, корневой канал широкий, расширяющийся у верхушки корня
 - 4) нормальной длины, апикальное отверстие узкое, периодонтальная щель у верхушки корня широкая
- 027. Корни постоянных вторых моляров заканчивают свое формирование к:**
- 1) 10 годам
 - 2) 12 годам
 - 3) 13 годам
 - 4) 15 годам
 - 5) 16 годам
- 028. Сведения об антенатальном периоде развития обязательно выясняются при обследовании детей возраста:**
- 1) любого
 - 2) ясельного
 - 3) дошкольного
 - 4) младшего школьного
 - 5) подросткового

Пороки развития твердых тканей зуба

- 001. Системная гипоплазия эмали зубов у детей в постоянных зубах развивается вследствие:**
- 1) заболеваний матери во время беременности
 - 2) травматических повреждений молочных зубов
 - 3) нарушения состава микроэлементов в воде
 - 4) болезней ребенка после рождения

5) множественного кариеса молочных зубов

002. Изменение окраски тетрациклиновых зубов возможно на поверхностях:

- 1) небной и язычной моляров
- 2) вестибулярной моляров
- 3) вестибулярной резцов
- 4) небной и язычной резцов и клыков
- 5) любой поверхности всех зубов

003. Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:

- 1) пигментированное пятно на эмали
- 2) облитерация полости зуба
- 3) «рифленые» зубы
- 4) поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов
- 5) «гипсовые» зубы

004. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

- 1) горизонтальные борозды, параллельно режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
- 2) вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
- 3) эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета

4) наличие белых пятен и крапинок

5) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

005. Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией эмали:

- 1) фронтальные
- 2) премоляры
- 3) первые моляры и фронтальные зубы
- 4) все группы зубов
- 5) резцы и вторые моляры

006. Клинические проявления флюороза:

- 1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) борозды параллельные режущему краю

007. Фактор, влияющий на развитие системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

- 1) болезни матери во II половине беременности
- 2) болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка
- 3) множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом
- 4) болезни матери в I половине беременности
- 5) травматическое повреждение молочных зубов

008. Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:

- 1) болезни матери во I половине беременности
- 2) болезни матери во II половине беременности
- 3) болезни ребенка в I половине первого года жизни
- 4) генетические факторы
- 5) болезни ребенка во II полугодии первого года жизни

009. Клинические формы флюороза:

- 1) чашеобразная
- 2) меловидно-крапчатая
- 3) бороздчатая
- 4) «гипсовые» зубы
- 5) «рифленые» зубы

010. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали:

- 1) боли при перкуссии
- 2) косметический недостаток
- 3) боли от горячего раздражителя
- 4) ночные боли
- 5) подвижность зубов

011. Причина местной гипоплазии эмали:

- 1) болезни матери во время беременности
- 2) болезни ребенка после рождения
- 3) травматическое повреждение зачатка зуба
- 4) пульпит молочного зуба
- 5) вредные привычки матери во время беременности

012. На рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе выявляют:

- 1) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- 2) корни зубов нормальной длины
- 3) просвет корневого канала широкий
- 4) корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания зуба
- 5) расширение периодонтальной щели на всем протяжении

013. Заболевание, являющееся наследственным:

- 1) флюороз
- 2) системная гипоплазия
- 3) несовершенный амелогенез
- 4) тетрациклиновые зубы
- 5) местная гипоплазия

014. Возраст ребенка, с которого можно проводить пломбирование постоянных резцов композиционными материалами при гипоплазии зубов:

- 1) сразу после их прорезывания
- 2) 7-8 лет
- 3) 8-9 лет
- 4) 9-10 лет
- 5) старше 12 лет

015. К некариозным заболеваниям твердых тканей зубов относят:

- 1) пульпит
- 2) периодонтит
- 3) пародонтит
- 4) несовершенное развитие дентина
- 5) пародонтолиз

016. Причина(-ы) системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

- 1) наследственный фактор
- 2) заболевания матери в период беременности
- 3) травма плода
- 4) заболевания ребенка на первом году жизни
- 5) множественный кариес молочных зубов

017. Заболевание, при котором прорезывается один зуб измененной формы:

- 1) флюороз
- 2) системная гипоплазия
- 3) местная гипоплазия
- 4) синдром Стентона-Капдепона
- 5) несовершенный амелогенез

018. Фактор, воздействие которого изменяет окраску тетрациклиновых зубов:

- 1) соблюдение правил гигиены рта
- 2) дневной свет
- 3) прием витаминов внутрь
- 4) люминесцентный свет
- 5) прием препаратов кальция

019. Причина развития флюороза:

- 1) недостаточное содержание фтора в воде
- 2) передача патологии по наследству
- 3) избыточное содержание фтора в воде
- 4) отсутствие фтора в воде
- 5) фторидсодержащие зубные пасты

020. Заболевание, являющееся наследственным:

- 1) системная гипоплазия
- 2) флюороз
- 3) местная гипоплазия
- 4) несовершенный дентиногенез
- 5) тетрациклиновые зубы

021. При несовершенном амелогенезе имеются нарушения в строении:

- 1) только дентина
- 2) только эмали
- 3) эмали и дентина
- 4) пульпы
- 5) полости зуба и корневых каналов (облитерация)

022. Клиническая характеристика эмали зубов при системной гипоплазии:

- 1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет >
- 2) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) хрупкая, слущивающаяся эмаль

023. Клиническая форма гипоплазии эмали:

- 1) «рифленая» эмаль
- 2) дисплазия Капдепона
- 3) бороздчатая
- 4) меловидно-крапчатая
- 5) слущивающаяся эмаль

024. Изменения, выявленные на рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе:

- 1) изменений нет
- 2) полость зуба и корневые каналы облитерированы
- 3) полость зуба и просвет каналов зуба расширены
- 4) корни короткие, каналы широкие
- 5) расширение периодонтальной щели

025. К наследственным заболеваниям твердых тканей зуба относят:

- 1) флюороз
- 2) тетрациклиновые зубы
- 3) несовершенное строение эмали и дентина
- 4) системную гипоплазию эмали
- 5) местную гипоплазию эмали

026. Для постановки диагноза «несовершенный дентиногенез» достаточно наличия:

- 1) «гипсового» цвета эмали
- 2) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
- 3) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
- 4) изменений на рентгенограмме
- 5) меловидных пятен в пришеечной области

027. Причинный неблагоприятный фактор развития системной гипоплазии эмали постоянных зубов:

- 1) хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) передача патологии твердых тканей по наследству
- 5) множественный кариес молочных зубов

028. Наиболее распространена системная гипоплазия в:

- 1) молочных молярах
- 2) постоянных резцах, клыках и первых премолярах
- 3) молочных резца
- 4) постоянных премолярах
- 5) постоянных резцах и клыках

029. По клиническому проявлению системной гипоплазии можно определить:

- 1) наследственность
- 2) сроки прорезывания пораженной группы зубов
- 3) возраст, в котором ребенок перенес причинное заболевание

- 4) заболевания, приведшие к формированию гипоплазии
 5) район, где ребенок проживал в период формирования зубов
- 030. Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза:**
- 1) 0,5 мг/л
 - 2) 1 мг/л
 - 3) 2-3 мг/л
 - 4) 4-6 мг/л
 - 5) 7-9 и выше мг/л
- 031. Жалобы больных при флюорозе:**
- 1) ночные боли в зубах
 - 2) косметический дефект
 - 3) боли от температурных раздражителей
 - 4) боли при накусывании на зуб
 - 5) иррадиирующие боли
- 032. «Гипсовые» зубы являются одним из симптомов:**
- 1) гипоплазии эмали
 - 2) флюороза
 - 3) несовершенного амелогенеза
 - 4) несовершенного дентиногенеза
 - 5) несовершенного одонтогенеза
- 033. При несовершенном одонтогенезе (дисплазии Капдепона) поражены:**
- 1) все молочные зубы
 - 2) молочные и постоянные моляры
 - 3) молочные и постоянные резцы
 - 4) все молочные и постоянные зубы
 - 5) только постоянные зубы
- 034. Клинический признак, характерный для дисплазии Капдепона:**
- 1) наличие ночных болей
 - 2) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы
 - 3) «рифленные» зубы
 - 4) «гипсовые» зубы
 - 5) меловидные пятна, крапинки
- 035. Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:**
- 1) пломбирование кариозных полостей
 - 2) профилактическое, эндодонтическое лечение после завершения формирования корня зуба
 - 3) удаление зуба
 - 4) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
 - 5) шинирование зубов
- 036. Некариозное поражение твердых тканей зуба, возникающее после его прорезывания:**
- 1) гипоплазия эмали
 - 2) флюороз
 - 3) отлом коронки в результате травмы
 - 4) несовершенный амелогенез
 - 5) тетрациклиновое окрашивание
- 037. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:**
- 1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
 - 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
 - 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
 - 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
 - 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
- 038. Клиническая характеристика эмали зубов при местной гипоплазии:**
- 1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
 - 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
 - 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
 - 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

- 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
- 039. Клиническая характеристика эмали зубов при пятнистой форме флюороза:**
- 1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
 - 2) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
 - 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
 - 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
 - 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
- 040. Клиническая характеристика эмали при тетрациклиновых зубах:**
- 1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
 - 2) Изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
 - 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
 - 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
 - 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба
- 041. Причинный неблагоприятный фактор развития несовершенного одонтогенеза (дисплазии Капдепона):**
- 1) хронический периодонтит молочного зуба
 - 2) интоксикация фтором
 - 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
 - 4) передача патологии твердых тканей по наследству
 - 5) вколоченный вывих молочных зубов
- 042. Причинный неблагоприятный фактор развития флюороза:**
- 1) хронический периодонтит молочного зуба
 - 2) интоксикация фтором
 - 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
 - 4) передача патологии твердых тканей по наследству
 - 5) отсутствие фтора в питьевой воде
- 043. Причинный неблагоприятный фактор развития местной гипоплазии эмали:**
- 1) хронический периодонтит молочного зуба
 - 2) интоксикация фтором
 - 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
 - 4) передача патологии твердых тканей по наследству
 - 5) прием тетрацилина в период формирования зачатков зубов
- 044. Рациональный метод лечения гипоплазии твердых тканей постоянных фронтальных зубов у ребенка 8 лет:**
- 1) протезирование гипоплазированных зубов фарфоровыми коронками
 - 2) протезирование гипоплазированных зубов пластмассовыми коронками
 - 3) пломбирование гипоплазированных зубов композитными материалами
 - 4) пломбирование гипоплазированных зубов стеклоиономерными цементами
 - 5) пломбирование гипоплазированных зубов силицином
- 045. Причина возникновения гипоплазии твердых тканей временных зубов:**
- 1) пониженное содержание фтора в питьевой воде
 - 2) замедленное прорезывание зубов
 - 3) кариесогенные факторы
 - 4) нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы
 - 5) наследственность
- Кариес зубов и его осложнения у детей**
- 001. Проницаемость эмали повышается под действием:**
- 1) ультрафиолетового света
 - 2) глюконата кальция
 - 3) ремодента
 - 4) углеводистой пищи
 - 5) фторидсодержащие зубные пасты
- 002. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:**
- 1) эвикрол
 - 2) стеклоиономерные цементы
 - 3) силидонт
 - 4) силиции
 - 5) амальгаму
- 003. Для поверхностного кариеса характерен симптом:**
- 1) боль при зондировании в глубине полости зуба

- 2) безболезненное зондирование
 - 3) боль при препарировании стенок кариозной полости
 - 4) болезненное зондирование по всему дну кариозной полости
 - 5) боль при накусывании на зуб
- 004. Болевые ощущения при зондировании по эмалево-дентинной границе характерны для:**
- 1) кариеса в стадии пятна
 - 2) поверхностного кариеса
 - 3) среднего кариеса
 - 4) глубокого кариеса
 - 5) хронического пульпита
- 005. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при:**
- 1) эрозии эмали
 - 2) белом кариозном пятне
 - 3) пятнистой форме гипоплазии
 - 4) кариозном пигментированном пятне
 - 5) флююорозе
- 006. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:**
- 1) на дне кариозной полости в одной точке
 - 2) по стенкам кариозной полости
 - 3) по всему дну кариозной полости
 - 4) по стенкам кариозной полости и всему дну
 - 5) отсутствует
- 007. Кариозные пятна выявляются на поверхности зубов:**
- 1) вестибулярной
 - 2) контактной
 - 3) жевательной
 - 4) в области режущего края
 - 5) небной/язычной
- 008. При кариесе в стадии пятна эмаль:**
- 1) гладкая, зондирование болезненно
 - 2) гладкая, зондирование безболезненно
 - 3) шероховатая, зондирование болезненно
 - 4) шероховатая, зондирование безболезненно
 - 5) легко удаляется экскаватором
- 009. При поверхностном кариесе эмаль:**
- 1) гладкая, зондирование болезненно
 - 2) гладкая, зондирование безболезненно
 - 3) шероховатая, зондирование болезненно
 - 4) шероховатая, зондирование безболезненно
 - 5) кариозная полость в пределах эмали и наружных слоев дентина
- 010. Препарирование временных зубов показано при:**
- 1) кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе
 - 2) поверхностном кариесе
 - 3) среднем кариесе
 - 4) кариесе в стадии пятна при медленнотекущем процессе
 - 5) любой форме кариеса
- 011. Для лечебной прокладки при глубоком кариесе применяют:**
- 1) прокладки на основе гидроокиси кальция
 - 2) пасту с гормональными препаратами
 - 3) пасту с антибиотиками
 - 4) дентин
 - 5) форфенан
- 012. При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять:**
- 1) амальгаму
 - 2) силидонт
 - 3) стеклоиономерные цементы
 - 4) композитные материалы
 - 5) силиции
- 013. Основой лечебных прокладок «Дикал», «Кальци-пульп», «Кальмекс» является:**
- 1) антибиотик
 - 2) гидроокись кальция
 - 3) антисептик
 - 4) эвгенол

- 5) интерферон
- 014. Для лечения начальных форм кариеса постоянных зубов у детей применяется:**
- 1) раствор нитрата серебра 30%
 - 2) 10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия
 - 3) р-р Шиллера-Писарева
 - 4) капрофер
 - 5) гипохлорит натрия
- 015. Для лечебной прокладки при глубоком кариесе применяют:**
- 1) прокладки на основе гидроокиси кальция
 - 2) пасту с гормональными препаратами
 - 3) пасту с антибиотиками
 - 4) резорцин-формалиновую пасту
 - 5) имудон
- 016. При лечении среднего кариеса временных моляров можно без прокладки применять:**
- 1) амальгаму
 - 2) силидонт
 - 3) стеклоиономерный цемент
 - 4) композитные материалы
 - 5) силиции
- 017. Стеклоиономерные цементы используют при лечении среднего кариеса зубов:**
- 1) только молочных несформированных
 - 2) только молочных сформированных
 - 3) только постоянных несформированных
 - 4) только постоянных сформированных
 - 5) всех молочных и постоянных зубов
- 018. Для лечения начальных форм кариеса временных зубов применяют:**
- 1) йодиол
 - 2) раствор нитрата серебра
 - 3) прополис
 - 4) имудон
 - 5) гипохлорит натрия
- 019. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:**
- 1) амальгаму
 - 2) силидонт
 - 3) стеклоиономерные цементы
 - 4) композитные материалы
 - 5) силиции
- 020. Пломбировочные материалы, применяемые без прокладки для лечения среднего кариеса постоянных несформированных резцов:**
- 1) амальгама
 - 2) силидонт
 - 3) стеклоиономерные цементы
 - 4) композитные материалы
 - 5) силиции
- 021. Методика лечения кариеса в стадии меловидного пятна постоянных зубов:**
- 1) препарирование с последующим пломбированием
 - 2) аппликация раствора фторида натрия
 - 3) аппликация раствора глюконата кальция
 - 4) аппликация раствора глюконата кальция и затем фторида натрия
 - 5) импрегнация 30% раствором нитрата серебра
- 022. При лечении среднего кариеса временных моляров можно без прокладки применять:**
- 1) силидонт
 - 2) силиции
 - 3) амальгаму
 - 4) стеклоиономерный цемент
 - 5) композиционные материалы

023. Для выявления кариозных пятен методом окрашивания применяют:

- 1) реактив Шиллера-Писарева
- 2) раствор йодистого калия
- 3) 2% раствор метилсенового синего
- 4) бриллиантовый зеленый
- 5) капрофер

024. Пятна при быстром развитии кариеса:

- 1) блестящие, зондирование безболезненно
- 2) меловидные, зондирование безболезненно
- 3) пигментированные, зондирование болезненно
- 4) меловидные, зондирование болезненно
- 5) пигментированные, зондирование безболезненно

025. На первом месте по частоте поражения кариесом у детей 6 лет стоят:

- 1) молочные клыки
- 2) молочные резцы
- 3) молочные моляры
- 4) постоянные клыки
- 5) постоянные моляры

026. Интенсивность поражения кариесом в период сменного прикуса определяется индексом:

- 1) СРТИН
- 2) КПУ
- 3) ГИ
- 4) ПМА
- 5) КПУ+кп

027. Болевые ощущения при зондировании дна кариозной полости в одной точке характерны для:

- 1) среднего кариеса
- 2) глубокого кариеса
- 3) хронического фиброзного пульпита
- 4) хронического гангренозного пульпита
- 5) хронического периодонтита

028. При отломе части коронки зуба с обнажением пульпы больные жалуются на боли:

- 1) самопроизвольные
- 2) от раздражителей
- 3) при накусывании на зуб
- 4) разлитые
- 5) иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва

029. Форма пульпита, преимущественно выявляемая во временных зубах при плановой санации полости рта у детей:

- 1) острый диффузный
- 2) хронический фиброзный
- 3) хронический гангренозный
- 4) хронический гипертрофический
- 5) острый очаговый

030. Поверхностное зондирование пульпы безболезненно при пульпите:

- 1) хроническом фиброзном
- 2) хроническом гангренозном
- 3) хроническом гипертрофическом
- 4) хроническом в стадии обострения
- 5) остром очаговом

031. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница), региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:

- 1) остром диффузном
- 2) хроническом гангренозном вне стадии обострения
- 3) хроническом гипертрофическом
- 4) остром очаговом
- 5) хроническом фиброзном

032. Показанием к методу девитальной ампутации являются все формы пульпита в:

- 1) сформированных временных резцах
- 2) временных молярах независимо от стадии развития корня
- 3) временных молярах независимо от стадии развития и в несформированных

- постоянных молярах
- 4) сформированных постоянных молярах
 - 5) несформированных постоянных молярах
- 033. Показание к лечению пульпита методом витальной ампутации:**
- 1) коронка зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
 - 2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
 - 3) хронический гангренозный пульпит в постоянном однокорневом зубе с несформированным корнем
 - 4) все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
 - 5) все формы пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями
- 034. Выбор метода лечения пульпита у детей зависит от:**
- 1) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития
 - 2) возраста ребенка, наличия сопутствующей соматической патологии
 - 3) стадии развития зубов и их групповой принадлежности
 - 4) диагноза
 - 5) групповой принадлежности зубов
- 035. Причиной пульпита в постоянных резцах с несформированными корнями чаще является:**
- 1) перелом части коронки зуба
 - 2) нарушение техники препарирования кариозной полости
 - 3) обработка кариозной полости при глубоком кариесе 3% раствором перекиси водорода, спиртом, эфиром
 - 4) нелеченный кариес
 - 5) наследственная предрасположенность
- 036. Форма пульпита, при которой кариозная полость всегда сообщается с полостью зуба:**
- 1) острый очаговый пульпит
 - 2) острый диффузный пульпит
 - 3) хронический фиброзный пульпит
 - 4) хронический гангренозный пульпит
 - 5) хронический гипертрофический пульпит
- 037. Хронический гипертрофический пульпит является следствием пульпита:**
- 1) острого очагового
 - 2) острого диффузного
 - 3) хронического фиброзного
 - 4) хронического гангренозного
 - 5) хронического гангренозного в стадии обострения
- 038. ЭОД при хронических пульпитах постоянных зубов:**
- 1) 2-6 мкА
 - 2) 8-10 мкА
 - 3) 10-20 мкА
 - 4) 20-60 мкА
 - 5) свыше 150 мкА
- 039. При лечении временных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение:**
- 1) раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на несколько дней тампон с резорцин-формалиновой смесью под дентинную повязку
 - 2) удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом
 - 3) после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу
 - 4) после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу
 - 5) после ампутации пульпы оставляют цинк-эвгеноловую пасту под дентинную повязку
- 040. Предпочтительный метод лечения ^сформированного однокоренного зуба при хроническом фиброзном пульпите:**
- 1) девитальная ампутация
 - 2) девитальная экстирпация
 - 3) витальная ампутация
 - 4) витальная экстирпация

- 5) высокая ампутация
- 041. Окончание формирования корня после лечения пульпита методом витальной ампутации будет проходить по сравнению с симметричным зубом:**
- 1) медленнее
 - 2) быстрее
 - 3) одновременно со здоровым симметричным зубом
 - 4) формирование прекращается
 - 5) происходит полная облитерация каналов
- 042. Методом высокой ампутации проводят лечение:**
- 1) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
 - 2) при переломе коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
 - 3) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
 - 4) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
 - 5) при переломе коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах в первые 48 часов после травмы
- 043. При лечении зуба методом высокой ампутации на оставшуюся в канал часть корневой пульпы воздействуют лекарственными веществами с целью**
- 1) прекращения воспалительного процесса
 - 2) прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования зуба
 - 3) обеспечения дальнейшего формирования зуба
 - 4) прекращения дальнейшего формирования корня
 - 5) ускорения формирования корня
- 044. Предпочтительный метод лечения хронического гангренозного пульпита в несформированном однокорневом постоянном зубе:**
- 1) девитальная ампутация
 - 2) девитальная экстирпация
 - 3) высокая ампутация
 - 4) витальная экстирпация
 - 5) витальная ампутация
- 045. Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпита:**
- 1) только в сформированных постоянных зубах
 - 2) в любых сформированных временных зубах
 - 3) в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных
 - 4) в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных
 - 5) в однокорневых несформированных постоянных при отломе коронки с обнажением пульпы
- 046. При хроническом гипертрофическом пульпите жалобы больного на боли:**
- 1) самопроизвольные
 - 2) постоянные
 - 3) при попадании пищи, в сочетании с кровоточивостью
 - 4) иррадиирующие
 - 5) от температурных раздражителей
- 047. Симптомы, характерные для острого диффузного пульпита:**
- 1) боли самопроизвольные, ночные, приступообразные, длительные, с короткими светлыми промежутками, иррадиирующие
 - 2) боли постоянные, усиливающиеся при накусывании на зуб
 - 3) переходная складка свободная, безболезненная при пальпации
 - 4) боли от раздражителей приступообразные, с короткими болевыми приступами и длительными светлыми промежутками, локальные
 - 5) боли и кровоточивость при попадании пищи в кариозную полость
- 048. Эффективность лечения пульпита несформированных зубов ампутируемым методом контролируют рентгенологически:**
- 1) через 3 недели, а потом 1 раз в год
 - 2) через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
 - 3) через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня
 - 4) однократно после завершения лечения
 - 5) однократно через 1 год после лечения
- 049. Пульпит временных моляров преимущественно лечат методом:**
- 1) девитальной экстирпации

- 2) девитальной ампутации
- 3) витальной ампутации
- 4) витальной экстирпации
- 5) высокой ампутации

050. Продолжительность воздействия формокрезола при витальной пульпотомии:

- 1) 5 минут
- 2) 30 минут
- 3) 2-3 суток
- 4) 5-7 суток
- 5) до 2-х недель

051. Свойство формокрезола:

- 1) десенсибилизирующее
- 2) остеотропное
- 3) одонтотропное
- 4) мумифицирующее
- 5) девитализирующее

052. Зондирование пульпы болезненно в глубине полости зуба или в устьях каналов при хроническом пульпите:

- 1) фиброзном
- 2) гангренозном
- 3) гипертрофическом
- 4) хроническом фиброзном в стадии обострения
- 5) хроническом гипертрофическом в стадии обострения

053. Метод девитальной экстирпации показан при:

- 1) переломе коронки с обнажением пульпы в сформированных однокорневых постоянных зубах в первые сутки после травмы
- 2) переломе коронки с обнажением пульпы в несформированных однокорневых постоянных зубах в первые 48 часов после травмы
- 3) переломе коронки с обнажением пульпы в несформированных однокорневых постоянных зубах спустя 48 часов после травмы
- 4) лечении всех форм пульпита в сформированных постоянных и молочных однокорневых зубах
- 5) лечении всех форм пульпита в молочных зубах независимо от стадии формирования корней

054. Формы пульпита, при которых возможна болезненная перкуссия, припухлость и болезненность регионарных лимфоузлов, гиперемия и отек по переходной складке:

- 1) фиброзный
- 2) гангренозный
- 3) гипертрофический
- 4) хронический в стадии обострения
- 5) острый очаговый

055. Каналы временных сформированных однокорневых зубов при пульпите предпочтительнее пломбировать:

- 1) резорцин-формалиновой пастой
- 2) пастой из окиси цинка на масляной основе
- 3) фосфат-цементом
- 4) гуттаперчевыми штифтами
- 5) серебряными штифтами

056. Препарат для покрытия пульпы после витальной пульпотомии:

- 1) паста с антибиотиками
- 2) форфинан
- 3) паста с кортикостероидами
- 4) пульпотек
- 5) резорцин-формалиновая паста

057. Наиболее частой причиной пульпита во временных зубах является:

- 1) механическая травма пульпы
- 2) термическая травма пульпы
- 3) химическая травма пульпы
- 4) нелеченный кариес
- 5) ретроградное инфицирование пульпы

- 058. Рентгенологически при хронических формах пульпита в межкорневом пространстве у временных моляров чаще выявляется:**
- 1) расширение периодонтальной щели
 - 2) остеопороз
 - 3) остеосклероз
 - 4) гиперцементоз
 - 5) изменений нет
- 059. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:**
- 1) хронический гранулирующий периодонтит
 - 2) хронический гранулематозный периодонтит
 - 3) хронический фиброзный периодонтит
 - 4) хронический периодонтит в стадии обострения
 - 5) острый периодонтит
- 060. Клиническое проявление острого периодонтита:**
- 1) боль при накусывании на зуб и отек мягких тканей лица
 - 2) боль от температурных раздражителей
 - 3) свищ на десне с гнойным отделяемым
 - 4) кратковременные приступообразные боли с длительными светлыми промежутками
 - 5) длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками
- 061. При остром токсическом периодонтите следует:**
- 1) удалить повязку, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
 - 2) удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
 - 3) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить теплые содовые полоскания
 - 4) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку
 - 5) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать пастой на масляной основе
- 062. Лечение хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем вне стадии обострения:**
- 1) удалить распад пульпы и грануляции из раструба канала, запломбировать его в то же посещение
 - 2) из канала удалить распад пульпы, зуб оставить открытым
 - 3) из канала удалить только некротизированную пульпу, грануляции не удалять, заполнить пастой свободную от грануляций часть канала, наложить пломбу
 - 4) из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с антисептиком под повязку
 - 5) из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с протеолитическими ферментами
- 063. При хроническом периодонтите временного зуба может возникнуть в постоянных зубах:**
- 1) системная гипоплазия эмали
 - 2) местная гипоплазия эмали
 - 3) несовершенный амелогенез
 - 4) несовершенный дентиногенез
 - 5) несовершенный одонтогенез
- 064. Острый токсический периодонтит развивается:**
- 1) при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты
 - 2) при выведении за верхушку пломбировочного материала
 - 3) после проведения резорцин-формалинового метода
 - 4) при медикаментозной обработке канала 3% гипохлоритом натрия
 - 5) после травмы зуба
- 065. При хроническом гранулирующем периодонтите сформированного одно корневого зуба со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует:**
- 1) запломбировать канал
 - 2) зуб оставить открытым
 - 3) наложить временную пломбу (повязку)
 - 4) направить на физиотерапию
 - 5) оставить турунду с протеолитическими ферментами
- 066. Ведущим методом для определения формы хронического периодонтита является:**
- 1) ЭОД

- 2) рентгенологический
- 3) трансиллюминационный
- 4) определение индекса РМА
- 5) цвет коронки зуба

067. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме выявляется:

- 1) очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ
- 2) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм
- 3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба
- 4) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером свыше 1 см в диаметре
- 5) остеосклероз у верхушки корня

068. Причины острого травматического периодонтита:

- 1) ушиб зуба
- 2) обработка корневого канала йодиолом
- 3) передозировка мышьяковистой пасты
- 4) использование препаратов для расширения канала
- 5) обработка корневого канала хлорфиллиптом

069. При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного однокорневого несформированного зуба после удаления грануляции в это же посещение проводят:

- 1) противовоспалительную терапию
- 2) пломбирование канала пастой
- 3) физиотерапевтические процедуры
- 4) канал зуба оставляют открытым
- 5) постановку турунды с протеолитическими ферментами

070. Рациональная тактика при хроническом периодонтите временных зубов у ребенка, страдающего пиелонефритом:

- 1) проведение резорцин-формалинового метода
- 2) пломбирование каналов пастой на масляной основе
- 3) удаление зуба
- 4) пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция
- 5) пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой

071. Пломбирование каналов временных резцов с разрушением коронки производят:

- 1) пастой из окиси цинка на масляной основе
- 2) фосфат-цементом
- 3) серебряным штифтом
- 4) пастой Каласепт
- 5) резорцин-формалиновой пастой

072. Основной клинический признак хронического периодонтита в любом возрасте:

- 1) пульпа болезненна только в устьях корневых каналов
- 2) пульпа некротизирована в коронковой и корневой части полости зуба
- 3) боль при накусывании на зуб
- 4) кариозная полость на контактной поверхности молочного моляра, препарирование безболезненно
- 5) отек мягких тканей лица

073. При обострении хронического периодонтита назначают:

- 1) леворин и физиотерапию
- 2) бонафтон и физиотерапию
- 3) антибиотики, сульфаниламиды и теплые ротовые ванночки с раствором питьевой соды
- 4) супрастин и теплые ротовые ванночки с раствором питьевой соды
- 5) клотримазол и теплые ротовые ванночки с раствором питьевой соды

074. При лечении хронического периодонтита постоянного однокорневого зуба со сформированным корнем вне обострения следует:

- 1) вскрыть полость зуба, удалить распад из канала, промыть антисептиками, канал запломбировать
- 2) вскрыть полость зуба, раскрыть ее, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, раскрыть верхушку корня, запломбировать канал
- 3) в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым
- 4) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала, назначить теплые ротовые ванночки
- 5) удалить распад из канала, оставить турунду с антисептиком

- 075. Для дифференциальной диагностики острого периодонтита и обострения хронического используют:**
- 1) ЭОД
 - 2) окрашивание зубов раствором Шиллера-Писарева
 - 3) рентгенологический метод
 - 4) анамнез
 - 5) перкуссию зуба
- 076. Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме определяется в виде:**
- 1) разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами до 5 мм в диаметре
 - 2) расширения периодонтальной щели на ограниченном участке
 - 3) расширения периодонтальной щели на всем протяжении
 - 4) разрежение костной ткани с нечеткими контурами
 - 5) разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими контурами свыше 1 см в диаметре
- 077. Клинические проявления инфекционного острого периодонтита:**
- 1) боль при накусывании на зуб, отек мягких тканей лица
 - 2) иррадиирующие приступообразные боли
 - 3) свищ на десне с гнойным отделяемым
 - 4) ЭОД до 20 мкА
 - 5) боли от температурных раздражителей
- 078. Медикаментозное средство для антисептической обработки каналов:**
- 1) йодинол
 - 2) эфир
 - 3) раствор Шиллера-Писарева
 - 4) физиологический раствор
 - 5) спирт
- 079. При остром инфекционном периодонтите постоянного зуба с ^сформированным корнем, если не исчезли явления воспаления, во второе посещение показано(-а):**
- 1) проведение медикаментозной обработки канала, зуб оставить открытым
 - 2) пломбирование канала с выведением в периодонт противовоспалительных средств
 - 3) удаление зуба
 - 4) резекция верхушки корня
 - 5) проведение медикаментозной обработки канала, оставить в канале турунду с антисептиком под повязку
- 080. Основной критерий эффективности лечения периодонтита постоянных зубов:**
- 1) отсутствие подвижности
 - 2) отсутствие боли при накусывании
 - 3) отсутствие рецидивов воспаления
 - 4) восстановление структуры костной ткани на рентгенограмме (апексофикация)
 - 5) отсутствие свища на десне
- 081. Каналы временных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать:**
- 1) резорцин-формалиновой пастой
 - 2) пастой из окиси цинка на масляной основе
 - 3) фосфат-цементом .4) штифтами
 - 5) пастой Каласепт
- 082. Острый инфекционный периодонтит является исходом:**
- 1) острого диффузного пульпита
 - 2) травмы зуба
 - 3) хронического фиброзного пульпита
 - 4) передозировки мышьяковистой пасты
 - 5) после пломбирования канала резорцин-формалиновой пастой
- 083. При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного ^сформированного моляра вне обострения после удаления распада следует:**
- 1) зуб оставить открытым, назначить теплые ротовые ванночки
 - 2) применить резорцин-формалиновый метод с последующим пломбированием каналов пастой и наложением пломбы
 - 3) пломбировать по одному каналу в каждое посещение, пломбу наложить в последнее посещение
 - 4) запломбировать каналы фосфат-цементом в первое посещение
 - 5) зуб оставить открытым и направить на физиотерапию

084. Неотложной помощью при обострении хронического периодонтита после вскрытия полости зуба является:

- 1) назначение противовоспалительной терапии, теплых ротовых ванночек
- 2) удаление распада коронковой и корневой пульпы, назначение противовоспалительной терапии
- 3) удаление распада пульпы, раскрытие верхушки корня зуба, медикаментозная обработка канала, зуб оставить открытым, назначение противовоспалительной терапии, теплых ротовых ванночек
- 4) раскрытие полости зуба, назначение теплых ротовых ванночек
- 5) разрез по переходной складке

085. Гипохлорит натрия для обработки канала целесообразно использовать в концентрации:

- 1) 0,5-1%
- 2) 2,5-3%
- 3) 5-10%
- 4) 10-15%
- 5) 20%

086. Клинические проявления острого токсического периодонтита:

- 1) боль при накусывании на зуб
- 2) отек мягких тканей лица
- 3) свищ на десне с гнойным отделяемым
- 4) клинических проявлений нет
- 5) приступообразные ночные боли

087. На рентгенограмме расширение периодонтальной щели в области верхушки корня характерно для периодонтита:

- 1) острого
- 2) хронического фиброзного
- 3) хронического гранулирующего
- 4) хронического гранулематозного
- 5) всех форм

088. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:

- 1) р-р Шиллера-Писарева
- 2) хлоргексидин
- 3) цианид
- 4) лизетол
- 5) физиологический раствор

089. Рентгенологическая картина острого периодонтита:

- 1) определяется очаг разрежения костной ткани с четким контуром
- 2) не информативна и не имеет диагностического значения
- 3) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- 4) исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня
- 5) определяется очаг разрежения костной ткани без четкого контура

090. Индикатором чистоты корневых каналов является:

- 1) мирамистин
- 2) гипохлорит натрия
- 3) фурацилин
- 4) хлорофиллипт, 5) трипсин

091. При глубоком кариесе зондирование болезненно:

- 1) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит быстро
- 2) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит медленно
- 3) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит быстро
- 4) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит медленно
- 5) по эмалево-дентинному соединению

092. Метод «серебрения» применяют при лечении:

- 1) начальных форм кариеса временных зубов
- 2) начальных форм кариеса постоянных зубов
- 3) хронического гранулирующего периодонтита
- 4) хронического фиброзного пульпита
- 5) глубокого кариеса

093. Для пломбирования временных зубов со средним кариесом не следует применять пломбировочные материалы:

- 1) фосфатные цементы
- 2) амальгаму
- 3) силидонт

- 4) стеклоиономерные цементы
 - 5) композитные материалы
- 094. Основой лечебных прокладок «Дайкал», «Лайф», «Кальци-пульп» и др. является:**
- 1) антибиотик
 - 2) кортикостероидный гормон
 - 3) гидроокись кальция
 - 4) антисептик
 - 5) йодиол
- 095. Болезненное зондирование в глубине полости зуба характерно для пульпита:**
- 1) острого очагового
 - 2) хронического фиброзного
 - 3) хронического гангренозного
 - 4) хронического гипертрофического
 - 5) острого диффузного
- 096. Показание к лечению пульпита методом витальной ампутации:**
- 1) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
 - 2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
 - 3) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе
 - 4) все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
 - 5) все формы пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями
- 097. Показание к лечению пульпита методом девитальной ампутации:**
- 1) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
 - 2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
 - 3) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе
 - 4) все формы пульпита только во временных молярах независимо от стадии формирования корня
 - 5) все формы пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня и постоянных несформированных молярах
- 098. Показание к лечению пульпита методом высокой ампутации:**
- 1) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 ч. после травмы
 - 2) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 ч. после травмы
 - 3) плоскостная форма среднего или глубокого кариеса молочных зубов, исключающая фиксацию пломбы
 - 4) хронический фиброзный пульпит в постоянных несформированных однокорневых зубах
 - 5) все формы пульпита в молочных молярах
- 099. На 21 зуб мышьяковистая паста накладывается на:**
- 1) 3 часа
 - 2) 24 часа
 - 3) 36 часов
 - 4) 48 часов
 - 5) 72 часа
- 100. Медикаментозное средство для антисептической обработки корневых каналов:**
- 1) дистиллированная вода
 - 2) физиологический раствор
 - 3) МНраМНСТНrf
 - 4) эфир
 - 5) спирт
- 101. Для среднего кариеса характерен симптом:**
- 1) боль при зондировании в глубине полости зуба
 - 2) безболезненное зондирование
 - 3) боль при препарировании стенок кариозной полости
 - 4) болезненное зондирование по всему дну кариозной полости
 - 5) болезненное зондирование в одной точке дна кариозной полости
- 102. Для глубокого кариеса характерен симптом:**
- 1) боль при зондировании в глубине полости зуба
 - 2) безболезненное зондирование
 - 3) боль при препарировании стенок кариозной полости
 - 4) болезненное зондирование по всему дну кариозной полости
 - 5) болезненное зондирование в одной точке дна кариозной полости

Эталоны ответов
Развитие зуба

001 – 1	011 – 4	021 – 1
002 – 1	012 – 3	022 – 2
003 – 2	013 – 1	023 – 3
004 – 3	014 – 4	024 – 1
005 – 2	015 – 3	025 – 4
006 – 3	016 – 3	026 – 2
007 – 4	017 – 3	027 – 4
008 – 1	018 – 5	028 – 2
009 – 3	019 – 2	
010 – 4	020 – 1	

Пороки развития твердых тканей зуба

001 – 4	011 – 3	021 – 2	031 – 2	041 – 4
002 – 3	012 – 4	022 – 3	032 – 3	042 – 2
003 – 1	013 – 3	023 – 3	033 – 4	043 – 1
004 – 2	014 – 5	024 – 2	034 – 2	044 – 4
005 – 3	015 – 4	025 – 3	035 – 2	045 – 4
006 – 2	016 – 4	026 – 4	036 – 3	
007 – 2	017 – 3	027 – 3	037 – 3	
008 – 4	018 – 2	028 – 2	038 – 1	
009 – 2	019 – 3	029 – 3	039 – 2	
010 – 2	020 – 4	030 – 5	040 – 1	

Кариез зубов и его осложнения у детей

001 – 4	021 – 4	041 – 2	061 – 4	081 – 2	101 – 3
002 – 2	022 – 4	042 – 2	062 – 1	082 – 1	102 – 4
003 – 2	023 – 3	043 – 2	063 – 2	083 – 3	
004 – 3	024 – 2	044 – 3	064 – 1	084 – 3	
005 – 2	025 – 3	045 – 3	065 – 1	085 – 2	
006 – 2	026 – 5	046 – 3	066 – 2	086 – 1	
007 – 1	027 – 3	047 – 1	067 – 1	087 – 2	
008 – 2	028 – 2	048 – 3	068 – 1	088 – 2	
009 – 4	029 – 2	049 – 2	069 – 2	089 – 2	
010 – 3	030 – 2	050 – 1	070 – 3	090 – 4	
011 – 1	031 – 1	051 – 3	071 – 1	091 – 3	
012 – 3	032 – 3	052 – 2	072 – 2	092 – 1	
013 – 2	033 – 1	053 – 4	073 – 3	093 – 5	
014 – 2	034 – 1	054 – 4	074 – 2	094 – 3	
015 – 1	035 – 1	055 – 2	075 – 3	095 – 3	
016 – 3	036 – 5	056 – 3	076 – 1	096 – 1	
017 – 5	037 – 3	057 – 4	077 – 1	097 – 5	
018 – 2	038 – 4	058 – 2	078 – 1	098 – 2	
019 – 3	039 – 1	059 – 2	079 – 1	099 – 2	
020 – 3	040 – 3	060 – 1	080 – 4	100 – 3	

Список литературы

Основная:

1. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста // Киев, 2007. – с.15-67
2. Куцевляк В.И. Детская терапевтическая стоматология//Харьков, 2002г.- с. 60-80

Дополнительная:

1. Курякина Н.В. Стоматология детского возраста // М., «МИА».-2007.- с.55-81
2. Виноградова Т.Ф. с соавт., под редакцией Cameron A.C., Widmer R.P. Справочник по детской стоматологии // М.: МЕДпресс-информ – 2003. – с. 15-28
3. Дистель В.А., Худорошков Ю.Г. Избранные лекции по ортодонтии для студентов стоматологического и педиатрического факультетов // Омск, 2002. – 8-22, 40
4. Корчагина В.В. Лечение кариеса зубов у детей раннего возраста // М., "МЕДпресс". - 2008. – с.7- 53
5. Хидирбегишвили О.Э. Современная кариесология // Москва: Медицинская книга. – 2006. – с. 147-184
6. Ткачук О.Е. Стоматология детского возраста // Ростов-на-Дону: Феникс. -2008. – с. – 3-31
7. Сунцов В.Г., Дистель В.А. Руководство по детской стоматологии для студентов педиатрического факультета// Ростов-на-Дону: Феникс. - 2007.-с.47-79
8. Даггал М.С., Керзон М.Е. Дж. Лечение и реставрация молочных зубов// Москва: «Медпресс-информ. – 2006.-с.15-27,135
9. Виноградова Т.Ф. Атлас по стоматологическим заболеваниям // Москва: «Медпресс-информ. – 2007. – с. 119-162