**ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Санкт-Петербургский государственный университет»

Факультет стоматологии и медицинских технологий

Кафедра стоматологии

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

НА ТЕМУ: ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Выполнила студентка

*Кулькова Елена Сергеевна*

*522 группа*

Научные руководители

*д.м.н, проф. Соколович Наталия Александровна*

*ассистент Седнева Яна Юрьевна*

Санкт-Петербург

2020 год

Оглавление

[Введение 3](#_Toc40179049)

[Актуальность 3](#_Toc40179050)

[Глава 1. Литературный обзор](#_Toc40179051) 8

1.1 [Пульпиты 9](#_Toc40179052)

1.2 [Периодонтиты 18](#_Toc40179053)

1.3 [Травматические повреждения ЧЛО 2](#_Toc40179054)4

1.4 [Одонтогенные воспалительные заболевания ЧЛО 3](#_Toc40179057)2

1.5 [Заболевания слизистой оболчки рта и красной каймы губ 3](#_Toc40179057)7

1.6 [Заболевания слюнных желез](#_Toc40179058) 40

1.7[Заболевания, сопровождющиеся болью в ЧЛО](#_Toc40179058) 41

1.8 [Затрудненное прорезывание зубов](#_Toc40179058) 42

[Глава 2. Материалы и методы исследования 4](#_Toc40179058)5

2.1 [Обоснование объекта и методов исследования 4](#_Toc40179058)5

2.2 [Параклинические методы 4](#_Toc40179058)5

[Глава 3. Результаты исследования](#_Toc40179058) 46

3.1 [Статистические результаты](#_Toc40179058) 46

3.2 [Заключение](#_Toc40179058) 58

3.3 [Выводы](#_Toc40179058) 61

3.4 [Практические рекомендации](#_Toc40179058) 62

Приложение 161

Список литературы 67

**Введение**

**Актуальность**

Неотложная стоматологическая помощь является одним из важных разделов работы врача-стоматолога. Ежедневно в поликлиники стоматологического профиля обращается огромное количество людей не только в целях профилактического осмотра, санации ротовой полости, но и по вынужденной причине, вследствие резко возникшей боли или перенесенной травмы.

Согласно статье 32 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» неотложной медицинской помощью является помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Острые состояния и обострение хронических заболеваний, как правило, сопровождаются острой болью, которая имеет внезапное начало и способна нарастать до максимальной интенсивности за короткий промежуток времени. В стоматологической практике такие ситуации также неизбежны, так как иннервация челюстно-лицевой области хорошо развита и обуславливает значимую болезненность при возникновении воспалительных явлений.

Закрепленного понятия «острая зубная боль» не существует. Но, очевидно, что при ее наступлении пациент вынужден обратиться к врачу, и нуждается в осмотре, правильной диагностике и постановке диагноза, а также своевременном и качественном лечении.

В сегодняшней сложившейся ситуации в России в условиях пандемии короновирусной инфекции плановая стоматологическая помощь в Москве, Санкт-Петербурге, а также в нескольких других городах страны приостановлена. Однако неотложный стоматологический прием по-прежнему продолжает вестись как во взрослых, так и в детских стоматологических поликлиниках.

Стоматологической Ассоциацией России был предложен перечень нозологических форм, при которых детям и подросткам оказывается неотложная стоматологическая помощь в амбулаторных условиях:

* острый (подострый, обострение хронического) одонтогенный остеомиелит челюстей, периостит (К 10.2);
* переломы костей лицевого черепа (S00-11);
* лимфадентит (L 0.14);
* абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области (К12.2);
* обострение хронического верхнечелюстного синусита (J 32);
* сиалоаденит (К11.2);
* слюнно-каменная болезнь (К11.0);
* фурункул области лица и шеи (L 0.2);
* ретенция (дистопия) зубов перикоранит (К00.6);
* травмы губ и мягких тканей (S00-11);
* кровотечения (Т81.0);
* острый (обострение хронического) периодонтит;
* острый (обострение хронического) пульпит;
* острый (обострение хронического) пародонтит(К05.2);
* вывих нижней челюсти (К07.6, S03.0);
* альвеолит (К10.3);
* отлом стенки зуба без вскрытия полости зуба (К04.5);
* вывих зуба (S03.2);
* перелом зуба (S02.5);
* невралгия тройничного нерва (G50.0-9);
* новообразования слизистой оболочки полости рта (С01-06)

При вышеперечисленных диагнозах в неотложной ситуации в амбулаторных условиях проводятся следующие манипуляции:

* осмотр специалиста;
* электроодонтометрия;
* раскрытие полости зуба с медикаментозной обработкой;
* экстирпация, удаление распада из корневого канала;
* наложение девитализирующей пасты;
* ампутация (экстирпация) коронковой, корневойпульпы;
* наложение (снятие, замена временной пломбы);
* распломбирование канала зуба при обострении хронического (остром) периодонтите;
* снятие пломбы, трепанации коронки;
* вскрытие пародонтального абсцесса;
* удаление зуба (простое);
* удаление зуба (сложное) с применением бормашины и/ или с отслоением слизисто-надкостничного лоскута;
* вскрытие абсцесса мягких тканей в полости рта;
* вскрытие поднадкостиничного абсцесса (промывание, дренирование);
* лечение альвеолита с кюретажем лунки;
* иссечение (рассечение) капюшона;
* наложение шва, снятие;
* механическая и медикаментозная остановка кровотечения;
* анестезия аппликационная;
* анестезия челюстно-лицевой области инфильтрационная;
* анестезия челюстно-лицевой области проводниковая;
* блокада тройничного нерва;
* вправление вывиха височно-нижнечелюстного сустава;
* удаление конкремента из выводного протока слюнной железы;
* лечение острых форм стоматита, первичное;
* рентгенография зубов по неотложным показаниям;
* наложение лечебных подкладок под временную пломбу;
* наложение постоянной пломбы из материала химического отверждения;
* пломбирование корневого (корневых) каналов;
* введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман;
* аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта;
* биопсия мягких тканей;
* механическая и медикаментозная обработка плохопроходимого и хорошопроходимого каналов;
* лечебная иммобилизация зуба при остром вывихе;
* удаление фрагмента зуба при его переломе;
* временная межчелюстная фиксация при переломе челюстных костей;
* реплантация зубов при остром вывихе;
* починка (снятие) ортопедической конструкции при необходимости лечения зубов по неотложным показаниям, травме элементами протеза мягких тканей органов ротовой полости;
* коррекция съёмного ортодонтического аппарата (коррекция несъёмной аппаратуры) при травме элементами аппаратуры мягких тканей органов ротовой полости;
* госпитализация пациента по показаниям.

**Целью** данной работы является исследование нуждаемости детей в оказании стоматологической помощи по неотложным показаниям и анализ применяемых методов стоматологического лечения при острой зубной боли на примере Санкт-Петербурга.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить литературные данные о стоматологических заболеваниях у детей, вызывающих острую зубную боль и методах их лечения;
2. Выявить наиболее распространенных причин обращения детей за неотложной стоматологической помощью;
3. Определить основные методы стоматологического лечения, используемые в амбулаторных условиях по неотложным показаниям;
4. Определить долю обратившихся пациентов в разрезе разных района города Санкт-Петербург.

Обращение пациентов в неотложную службу делится на три группы:

* Случаи, при которых после осмотра пациента выявляется, что нуждаемость в оказании неотложной помощи отсутствует;
* Травматические повреждения челюстно-лицевой области;
* Заболевания (состояния), при которых острая зубная боль является проявлением острого или обострения хронического процесса.

Первые два пункта невозможно проконтролировать врачам стоматологам. Третий - является управляемым за счет проведения профилактических мероприятий, санитарного просвещения, повышения качества предыдущего лечения и в большинстве случаев может быть подвергнут уменьшению его количества. В связи с этим практической значимостью работы является анализ управляемых и неуправляемых поводов обращения, доказательство необходимости профилактики осложнений для снижения управляемых поводов.

Результаты анализа работы такой службы позволяют решать вопросы как организации стоматологического подразделения (определение потребности в данных услугах, экономические расчеты), так и клинические аспекты (разработка эффективных методов лечения, повышение качества планового лечения, повышение качества профилактических мер), так как большая часть обращений - это осложнения стоматологических заболеваний, распространение которых можно предотвратить.

**Глава 1. Литературный обзор**

В детской стоматологии основными причинами обращения пациентов по «острой боли» являются следующие состояния:

1. Пульпиты
2. Периодонтиты
3. Травматические повреждения зубов, мягких тканей и костей челюстно-лицевой области
4. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит)
5. Альвеолит
6. Заболевания слизистой оболочки рта и красной каймы губ (острый герпетический стоматит, хронический афтозный стоматит, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса – Джонсона)
7. Заболевания слюнных желез (эпидемический паротит, обострение слюнокаменной болезни поднижнечелюстных слюнных желез, обострение хронического неспецифического па­ренхиматозного сиалоаденита)
8. Заболевания, сопровождающиеся болью в ЧЛО (отиты, гаймориты, синуситы)
9. Затрудненное прорезывание молочных и постоянных зубов, физиологическая смена зубов. [1]

В условиях амбулаторного стоматологического учреждения возможно оказать помощь лишь в части заболеваний из ранее перечисленных. К ним относятся: различные формы пульпита, периодонтита, травматические повреждения зубов, периостит, альвеолит, затрудненное прорезывание зубов.

Следует отметить, что лечение той или иной патологии может быть как терапевтическим, так и хирургическим в зависимости от клинической ситуации.

**Пульпиты**

Янушевич Олег Олегович в 2013 году описывал пульпит как воспалительный процесс в пульпе, возникающий вследствие воздействия на ткань пульпы микроорганизмов, продуктов их жизнедеятельности и токсинов, а также продуктов распада органического вещества дентина. [2]

Анатомическое и гистологическое строение пульпы молочных и постоянных зубов отличается между собой. Пульпа временных зубов содержит большое количество клеток и меньшее количество коллагеновых волокон. Ее объем во временных зубах увеличен, а расположение по отношению к внешней среде ближе за счет тонкого слоя эмали и дентина. Анатомически деление между коронковой и корневой частями пульпы во временных зубах выражено слабо. Ввиду этих особенностей клиническая картина (жалобы, status localis, время течения заболевания) пульпитов временных и постоянных зубов будет разная. [3]

Существует несколько классификаций пульпитов.

Международная классификация заболеваний десятого пересмотра содержит 8 форм пульпитов, отмеченные кодом К04.00, среди которых

К04.00 Начальный (гиперемия),

К04.01 Острый,

К04.02 Гнойный (пульпарный абсцесс),

К04.03 Хронический,

К04.04 Хронический язвенный,

К04.05 Хронический гипертрофический (пульпарный полип),

К04.08 Другой уточнённый пульпит,

К04.09 Пульпит неуточнённый. [4]

Наиболее распространенная – Е. Е. Платонова, отличающая формы воспаления пульпы клинико-морфологически:

Острый пульпит:

- очаговый (частичный)

- диффузный (общий)

Хронический пульпит:

- фиброзный

- гипертрофический

- гангренозный

Классификация Т. Ф. Виноградовой уникальна тем, что она описывает клиническое течение пульпитов временных и постоянных зубов:

* Острые пульпиты временных зубов:

- острый серозный пульпит

- острый гнойный пульпит

- острый пульпит с вовлечением в процесс периодонта или регионарных лимфатических узлов

* Острые пульпиты постоянных зубов:

- острый серозный частичный пульпит (возможен в зубах со сформированными корнями)

- острый серозный общий пульпит

- острый гнойный частичный пульпит

- острый гнойный общий пульпит

* Хронические пульпиты временных и постоянных зубов:

- простой хронический пульпит

- хронический пролиферативный пульпит

- хронический пролиферативный гипертрофический пульпит

- хронический гангренозный пульпит

* Хронические обострившиеся пульпиты временных и постоянных зубов

Клиническая картина разных форм пульпита по классификации Платонова Е. Е. представлена ниже.

**Пульпиты временных зубов**

*Острый очаговый пульпит* временных зубов имеет короткое течение (2-4 часа) ввиду строения пульпы и незрелости иммунной системы ребенка. Вследствие этого данную форму воспалительного процесса пульпы диагностировать удается с трудом, так как она быстро перетекает в диффузный пульпит или хронические формы пульпита. [5]

При осмотре кариозная полость на причинном зубе разной глубина, сообщение с пульпой чаще всего не выявляется.

Боль при данном пульпите, как правило, кратковременная, вечерняя или ночная, спонтанная.

*Острый диффузный пульпит* длится до 48 часов. Воспаление переходит на периодонтальную связку и окружающие ткани зуба. Без лечения процесс обретает хроническое течение.

Важной особенностью данной формы является то, что у детей до трех лет возможно развитие коллатерального отека мягких тканей поднижнечелюстной или щечной областей с синдромом общей интоксикации.

Характерна более продолжительная ночная боль. Светлых промежутков может вовсе не быть. Присутствует симптом «выросшего зуба». При перкуссии болезненность. Возможна иррадиация по ходу ветвей тройничного нерва. Лимфаденит регионарных лимфатических узлов. [6]

Несвоевременная диагностика и лечение пульпита вызывают его осложнение – периодонтит.

*Хронический фиброзный пульпит*во временных зубах встречается чаще всего. Отличительной особенностью является отсутствие видимой вскрытой полости. Жалобы на боль пациент, как правило, не предъявляет, поэтому за неотложной стоматологической помощью не обращается.

*Хронический гипертрофический пульпит* **–** последствие нелеченного острого фиброзного пульпита. Чаще всего развивается во временных зубах со сформированными верхушками корней. Пульпа ярко-красного цвета, кровоточит, болезненна при механическом воздействии. Во временных зубах диагностируется редко.

*Хронический гангренозный пульпит* **-** некроз, гангрена пульпы.

Жалобы на боль от температурных раздражителей, особенно на горячую пищу. Может быть неприятный запах изо рта.

При осмотре полости рта наблюдается изменение цвета причинного зуба, коронковая пульпа не кровоточит, ее цвет грязно- серый. Болезненность также отмечается в устьях каналов и в глубине полости зуба после вскрытия зуба. Перкуторно боль не определяется.

Такой пульпит может протекать бессимптомно, в частности, при несформированных верхушках корней. В данном случае пациенты редко обращаются в неотложную службу.

При *обострении хронических форм пульпита*важно собрать детальный анамнез заболевания, чтобы дифференцировать его от острого фиброзного пульпита. Диагноз подтверждается рентгенологически, данными электроодонтометрии и на основании жалоб. Вовремя невылеченный хронический пульпит приводит к некрозу сосудисто-нервного пучка и распространению воспаления на периодонтальную щель.

Лечение пульпита временных зубов

Лечение пульпита молочных зубов у детей преследует ряд целей:

1. Избавление от инфекционного очага
2. Предотвращение развития воспалительного процесса во избежание его перехода на зачаток постоянного зуба
3. Профилактика возникновения осложнений (периодонтит, остеомиелит, периостит).

Существуют два основных вида лечения воспалительных заболеваний пульпы в амбулаторных условиях: консервативный и хирургический. Выбор зависит от нескольких факторов:

- стадия развития причинного зуба;

- распространенность процесса и наличие его осложнений;

- физическое и психическое здоровье пациента;

- наличие аллергических реакций в анамнезе;

- поведение ребенка и настроенность на контакт с врачом.

Наиболее предпочитаемое и рациональное решение проблемы лечение с сохранением зуба. Однако не во всех случаях проблему можно разрешить консервативно.

Среди терапевтических методов лечения пульпитов молочных зубов выделяют следующие методики:

1. Биологический.

Применяется в случае случайного раскрытия рога пульпы при препарировании, при остром серозном пульпите, при хроническом серозном пульпите (если форма кариеса у ребенка компенсированная). Консервативный метод лечения, заключающийся в наложении лекарственного препарата непосредственно на рог пульпы (прямое покрытие) или на дентин (непрямое покрытие). Применяется редко, в случае травмы зуба при вскрытом роге пульпы. [7]

1. Витальная ампутация.

Метод основан на удалении коронковой пульпы с сохранением корневой. Применяется в многокорневых зубах при острой травме временных зубов при травме зуба с раскрытием пульпы, при остром серозном, хроническом фиброзном пульпитах при отсутствии вспалительных явлениях в периодонте. Методика проводится в одно посещение. [8]

1. Частичная пульпэктомия.

Применяется в однокорневых зубах с несформированной верхушкой корня. Заключается в антисептической обработке канала и последующем пломбировании его противовоспалительными пастами.

1. Девитальная ампутация.

Насыщение ранее девитализированной пульпы формалинсодержащими препаратами для ее мумификации. Метод применим во временных зубах в случае, когда периодонт не вовлечен в воспалительный процесс. Используется на молярах. Для полного достижения противовоспалительного эффекта необходимо несколько посещений.

1. Пульпэктомия (экстирпация пульпы)

1 – Витальная экстирпация

Лечение проводится под анестезией в одно посещение, так как в данном случае пульпу заранее не девитализируют. Применим на однокорневых временных зубах со сформированной верхушкой корня.

2 – Девитальная экстирпация

Антисептическая обработка воспаленной пульпы производится после ее мумификации. Метод рекомендован к проведению на многокорневых временных зубах с закрытыми верхушками корней. Проводится в несколько посещений до полной обтурации канала. [9]

Хирургический метод лечения несет в себе радикальный характер, поэтому применять его стоит, обратив внимание на следующие моменты:

* Срок, в течение которого причинный молочный зуб будет заменен постоянным. Лучший вариант для экстирпации, если осталось менее года до смены.
* Резорбция корней также является одной из важнейших причин удаления воспаленного зуба. Так, если резорбция составляет более 50%, то в данном случае лучше прибегнуть к хирургическому лечению.
* Изменения в периапикальных тканях указывают в пользу применения данного метода.
* При неэффективности консервативного лечения стоит удалить причинный зуб.
* Осложнения в ходе неудачного терапевтического метода лечения служат еще одной причиной для экстирпации зуба.

**Пульпиты постоянных зубов**

Длительность острого очагового пульпита постоянных зубов, в отличие от временных, увеличена до 48 часов в силу анатомических особенностей.

Боль кратковременная, быстро проходящая. Возникает спонтанно, без особых раздражителей.

При отсутствии ранней диагностики и лечения переходит в острый диффузный или хронические формы пульпита.

*Острый диффузный пульпит*характеризуется более продолжительными болями, выраженными чаще в ночное время суток.

Воспалительный процесс склонен распространяться на ткани периодонта.

Пациент также может предъявлять жалобы на боли по ходу тройничного нерва, на чувство «выросшего зуба». Не исключены осложнения с возникновением отоалгии, офтальмоалгии и лимфаденита.

**Хронические формы пульпита**

*Хронический фиброзный пульпит* может возникнуть как в отсутствии предшествующего острого пульпита, так и быть его осложнением.

При осмотре причинного зуба кариозная полость может отсутствовать. При препарировании кариозного процесса дентин размягчен, пульпа вскрыта в одной точке, при зондировании болезненна. Перкуторно зуб не реагирует. Цвет причинного зуба от других не отличается.

Боль ноющая, продолжительная, возникающая при приеме пищи.

*Хронический гипертрофический пульпит* развивается чаще в зубах со сформированными корнями. Является, как правило, осложнением хронического фиброзного пульпита.

Жалобы на кровоточивость при приеме пищи, так как имеется сообщение глубокой кариозной полости с рогом пульпы, а болевой синдром слабо выражен. Боль на температурные раздражители отсутствует.

*Хронический гангренозный пульпит* в зубах с несформированными корнями протекает бессимптомно. В остальных случаях пациента беспокоит боль, возникающая при резкой смене температуры (чаще всего от горячего) при приеме пищи, галитоз.

На перкуссию зуб не реагирует. Может быть изменен в цвете. Пульпа при вскрытия рога не кровоточит.

Рентгенологически ткани периодонта при хронических воспалительных процессах пульпы могут иметь изменения: расширение периодонтальной щели, ослабление рисунка кости в зоне фуркации.

*Обострение хронических форм пульпита* имеет более выраженный характер боли, похожий на острый диффузный пульпит. Для правильной постановки диагноза следует учитывать рентгенологическую картину и данные анамнеза.

Лечение

Лечение пульпита постоянных зубов делится на два основных вида: консервативный и хирургический. Выбор метода зависит от вида пульпита, этапа формирования корней, степени разрушенности зуба и степени активности кариеса.

Среди терапевтических методов выделяют:

1. Биологический.

Применим при хроническом фиброзном пульпите или остром очаговом пульпите в постоянных зубах с незакрытой до конца верхушкой корня.

1 – прямое покрытие пульпы: показано при случайном вскрытии рога пульпы во время обработки кариозной полости, травматическом пульпите однокорневого зуба (при немедленном обращении за помощью), хроническом фиброзном пульпите.

2 – непрямое покрытие пульпы: проводится при отсутствии клинических признаков воспаления в пульпе и периодонте, поэтому в условиях неотложной помощи не используется.

1. Частичная пульпотомия.

Показана при перелом коронки зуба с незакрытой верхушкой корня в первые 48 часов после травмы. Цель данного метода состоит в сохранении максимального количества здоровой пульпы.

1. Витальная ампутация.

Рекомендована при остром очаговом и фиброзном хроническом пульпитах постоянных зубов с несформированным до верхушки корнем, а также при травматическом пульпите в течение 30 часов с момента травмы. При данном методе удалению подлежит лишь коронковая часть пульпы.

1. Частичная пульпэктомия.

Показана при травматическом пульпите при обращении более чем через 30 часов после травмы. Метод применим при разных формах воспаления пульпы однокорневых зубов с несформированными до конца корнями. Окончательное пломбирование канала проводится после закрытия верхушек корней.

1. Пульпэктомия (экстирпация).

Лечение таким способом может проводиться при любых формах пульпита на зубах с завершенным апексогенезом.

1. Девитальная ампутация.

Используется при всех видах пульпита, но предпочтение ему следует отдавать только в случаях, когда отсутствует эффективность лечения ранее перечисленными методами.

**Периодонтиты**

Периодонтит – воспалительный процесс, затрагивающий ткани периодонта. К ним относятся: коллагеновые волокна, клеточные элементы, сосуды и нервы.

В исследованиях, которые проводились под руководством Замулина О.Д. и других авторов в Белгородской области в 2016 году по поводу эпидемиологии периодонтита, отмечено, что в данной местности в период за 2012-2016 года уровень хронического периодонтита зубов в молочном и сменном прикусе являлся максимальным средним. Числовые значения среднего уровня соответствуют 3219-10339 случаев на 100000 детей. [10]

Следует иметь ввиду, что хронические периодонтиты в будущем при отсутствии лечения обостряются. Следовательно, дети, имеющие в анамнезе хронический периодонтит, являются потенциально пациентами неотложной стоматологической помощи.

Различными авторами предложено большое количество классификаций. Ниже приведены наиболее часто используемые классификации периодонтитов:

Классификация по течению (М.И. Грошиков):

1. Острый
2. Хронический:   
   -фиброзный;

-гранулирующий;  
-гранулематозный.

1. Хронический периодонтит в стадии обострения.

Классификация по локализации процесса:

* Верхушечный периодонтит;
* Маргинальный.

Международная классификация болезней обозначает периодонтит, как и пульпит, общим кодом К04 и подразделяет его следующим образом:

К04.4 Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения

Острый апикальный периодонтит

К04.5 Хронический апикальный периодонтит

Апикальная гранулема

К04.6 Периапикальный абсцесс со свищом

К04.60 Имеющий сообщение с верхнечелюстной пазухой

К04.61 Имеющий сообщение с носовой полостью

К04.62 Имеющий сообщение с полостью рта

К04.63 Имеющий сообщение с кожей

К04.64 Периапикальный абсцесс со свищом неуточненный

К04.7 Периапикальный абсцесс без свища

Дентальный абсцесс

Дентоальвеолярный абсцесс

Периодонтальный абсцесс пульпарного происхождения

Периапикальный абсцесс без свища

К04.8 Корневая киста

К04.80 Апикальная и боковая

К04.81 Остаточная

К04.82 Воспалительная парадентальная

К04.89 Корневая киста неуточненная

К04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей

**Периодонтиты временных зубов**

1. По данным проф. А.А.Антоновой (Хабаровск, 2010 г.), у детей основной диагноз составляют гранулирующие периодонтиты во временных и постоянных зубах, что связано с анатомо-физиологическими особенностями строения зубов и костной ткани и сопровождаются функционированием свищевых ходов. [11]

*Острый периодонтит* в молочных зубах встречается редко. Чаще возникает вследствие острой травмы зуба. Ребенок жалуется на боль при надавливании на зуб, припухлость в его зоне и иногда на ухудшение самочувствия.

Объективно наблюдаются отек десны вокруг причинного зуба, увеличение регионарных лимфатических узлов. Отмечается положительная перкуссия зуба, его подвижность. Коронковая часть зуба, как правило, деформирована, зуб может быть изменен в положении относительно зубного ряда. На рентгенограмме изменения отсутствуют. [12]

*Хронический фиброзный периодонтит* в молочных зубах встречается крайне редко, так как процесс имеет скоротечный характер и быстро переходит в хроническую гранулирующую форму, поэтому данный диагноз в неотложной службе встречается при обострении воспалительного процесса.

*Хронический гранулирующий периодонтит*– самое распространенное воспалительное заболевание периодонта во временных зубах. Протекает зачастую бессимптомно, больной жалоб может не предъявлять.

Объективно при осмотре цвет зуба имеет специфическую окраску (темная коронковая часть), перкуссия положительна, зуб подвижен. Характерно наличие свищевого хода. Может наблюдаться глубокий кариозный процесс, сообщающийся с полостью зуба. Рентгенологически диагноз подтверждается наличием резорбции костной ткани.

Пациент обращается за помощью при обострении данной формы периодонтита или, в редких случаях, с жалобами на наличие свищевого хода.

*Хронический гранулемотозный периодонтит,*как и хронический фиброзный, во временных зубах диагностируется редко ввиду физиологических и анатомических особенностей временного прикуса. В неотложной помощи не встречается.

Лечение периодонтита временных зубов

Ввиду особенностей строения и морфологических признаков периодонта молочных зубов консервативное лечение при воспалении периодонта далеко не всегда целесообразно. Поэтому основным видом лечения в данном случае является хирургический метод.

Т.С.Гаврильчик в журнале «Практическая медицина» от 2017 года [13] рекомендует лечить периодонтиты молочных зубов в следующих случаях:

1. Корень зуба сформирован и не начался процесс резорбции;
2. Однокорневые зубы и вторые моляры;
3. Отсутствие подвижности зуба;
4. Отсутствие свищевого хода;
5. Отсутствие очага разрежения костной ткани на рентгенограмме;
6. Компенсированная форма кариеса;
7. Первая группа здоровья.

Эндодонтическое лечение проводится в несколько посещений. Рентгенологический контроль обязателен через 3 месяца, далее 1 раз в год.

Хирургическое лечение в случае диагностирования у ребенка периодонтита в большинстве случаев подразумевает удаление причинного зуба.

В национальном руководстве по детской терапевтической стоматологии 2017 года прописаны противопоказаниями к консервативному лечению периодонтита:

1. Хронический гранулирующий периодонтит;
2. Подвижность зуба II-III степеней;
3. Время до физиологической смены зуба менее 2 лет;
4. Резорбция корня;
5. Имеется угроза распространения воспалительного процесса на зачаток постоянного зуба;
6. Отсутствие положительной динамики после проведенного эндодонтического лечения;
7. Декомпенсированная форма кариеса. [14]

**Периодонтит постоянных зубов с несформированными верхушками корней**

При *остром периодонтите*характерны жалобы на боль, припухлость мягких тканей в области травмированного зуба, нарушение самочувствия. Клиническая картина сходная с острым периодонтитом временных зубов.

*Хронический периодонтит* постоянных зубов с несформированными корнями встречается крайне редко.

*Хронический гранулирующий периодонтит* постоянных зубов с несформированными верхушками корней имеет сходные клинические особенности, как и на временных зубах.

*Хронический гранулемотозный периодонтит,* как правило, возникает в постоянных зубах с почти завершенным апексогенезом. Пациент при данной форме предъявляет жалобы на боль при приеме твердой пищи. Объективно отмечается подвижность зуба, его изменение в цвете и положительная перкуссия. Рентгенологическое исследование в данном случае играет одну из основных ролей при постановке диагноза: разрежение костной структуры с четкими границами, может выявляться очаг деструкции по контуру гранулемы.

Характерная боль, с которой пациент обращается в неотложную стоматологическую службу, возникает при обострении хронических форм периодонтита. Поэтому основная часть диагнозов по поводу этого заболевания связана с обострившимися формами воспалительного процесса тканей периодонта.

**Лечение периодонтита постоянных зубов**

Приоритетным лечением периодонтита постоянных зубов является консервативное, так как главная цель в данном случае это устранение воспалительного очага с последующим их сохранением.

Главными задачами при эндодонтическом вмешательстве является апексификация и формирование остеостимуляционного барьера в зоне распада резорбции костной ткани.

В условиях неотложной помощи при обострении хронического периодонтита консервативное лечение постоянного зуба заключается в раскрытии полости, механической и медикаментозной обработке каналов, временном пломбировании каналов препаратами кальция и наложением временной пломбы. В дальнейшем пациенту рекомендуется обратиться в поликлинику своего района к детскому стоматологу.

**Травматические повреждения челюстно-лицевой области**

**Травма зубов**

Травма зуба – нарушение анатомической целостности и функций зуба в результате механического повреждения, повторяющегося однократно или постоянно.

На долю повреждений зубов верхней челюсти в среднем приходится 64,4%, нижней - 22,1%, обеих челюстей -13,5%. [2]

Самая распространенная травма постоянных зубов у детей – это перелом коронки зуба. Обычно дефект обнаруживается в области медиального угла коронки. По данным Н.М. Чупрыниной и соавт. (1995), отлом части коронки у одного зуба встречается в 68,97%, двух – в 29,79%, трех зубов – в 1,22% случаев.

Международная классификация болезней десятого пересмотра делит травму зуба на несколько видов следующим образом:

S02.50 Перелом только эмали зуба, откол эмали

S02.51 Перелом коронки зуба без повреждения пульпы

S02.52 Перелом коронки зуба с повреждением пульпы

S02.53 Перелом корня зуба

S02.54 Перелом коронки и корня зуба

S02.57 Множественные передлмы зубов

S02.59 Перелом зуба неуточненный

S03.2 Вывих зуба

S03.20 Люксация зуба

S03.21 Интрузия или экструзия зуба

S03.22 Вывих зуба (экзартикуляция).

Клинико-морфологическая классификация по Н. М. Чупрыниной:

1. Ушиб зуба
2. Вывих

- Неполный вывих:

А) без смещения;

Б) со смещением в сторону соседнего зуба;

В) с поворотом зуба вокруг продольной оси;

Г) со смещением коронки в вестибулярном направлении;

Д) со смещением в сторону окклюзионной плоскости.

- Вколоченный вывих

- Полный вывих.

1. Трещина
2. Перелом (поперечный, косой, продольный):

- коронки в зоне эмали;

- коронки в зоне эмали и дентина без вскрытия полости зуба;

- коронки в зоне эмали и дентина со вскрытием полости зуба;

- зуба в области эмали, дентина и цемента (косой, продольный);

- корня в пришеечной, средней и верхушечной частях.

1. Сочетанные травмы
2. Травма зачатка.

*Ушиб зуба*

Ушиб зуба – закрытое механическое повреждение удерживающего аппарата зуба и его сосудов.

Жалобы больной предъявляет на боль при пережевывании или накусывании твердой пищи. Объективно зуб может быть изменен в цвете, несколько подвижен. Перкуссия зуба положительная.

Основным видом лечения является ограничение приема твердой и жесткой пищи на 2-3 недели и сошлифовывание края зуба-антагониста или разобщение прикуса при помощи каппы. Необходим повторный прием для контроля через 2-3 недели. Если впоследствии зуб темнеет и блеск эмали исчезает, следует провести эндодонтическое лечение в поликлинике по месту жительства.

*Вывих зуба*

Вывих зуба – изменение положения зуба в пространстве относительно альвеолы и зубного ряда. Такая травма чаще встречается в молочном и сменном прикусе вследствие анатомических особенностей удерживающей связки молочных зубов. [15]

*Неполный вывих*

Смещение зуба, при котором связочный аппарат разрушен частично. Направление такого смещения зависит от удара действующей силы.

Ребенок жалуется на ноющую боль при откусывании твердой пищи и надавливании на зуб. Объективно зуб смещен и подвижен. Вокруг зуба наблюдается кровоточивость зубодесневой борозды и отек мягких тканей по периферии. Перкуссия и пальпация зуба болезненны. Электровозбудимость снижена.

Лечение зависит от степени подвижности зуба. Если подвижность I степени и зуб смещен не более, чем на 1 мм, то его вправляют пальцевыми движениями, а край зашлифовывают. Если подвижность II-III степеней и/или коронка зуба смещена вестибулярно, такой зуб подлежит удалению. Постоянный зуб, подвергнутый травме, стараются сохранить путем его иммобилизации и шинирования.

*Вколоченный вывих*

Вертикальное внедрение зуба в альвеолярный отросток под действием удара. Встречается реже других видов.

Больной жалуется на боль при приеме пищи, кровоточивость в области травмированного зуба, на дефект зубного ряда.

При осмотре наблюдается гиперемия, нарушение целостности и отек десны в области травмы. Визуально коронка зуба укорочена или отсутствует. Перкуссия чаще всего отрицательная. Отмечается кровоточивость вокруг зуба или сгусток крови в лунке при полном вколоченном вывихи, когда зуб полностью погружен в кость. Зуб обычно смещается вестибулярно или орально. На рентгенограмме смещение зуба в сторону лунки. [16]

Лечение

При вколоченном вывихе молочного зуба с несформированными верхушками корней пациент наблюдается в течение 9-12 месяцев. Если верхушки сформированы, рекомендовано удаление зуба. Внедренный вывих постоянного зуба с незакрытыми верхушками корней оставляют под наблюдение до его самостоятельного прорезывания (в течение 9-12 месяцев). При сформированных верхушках постоянный зуб подвергается хирургической репозиции и последующему шинированию. В дальнейшем такой зуб лечат эндодонтически.

*Полный вывих*

Характеризуется выпадением зуба из альвеолы вследствие полного разрыва периодонтальных связок под действие механической силы.

Пациент предъявляет жалобы на боль и кровоточивость десны в области лунки и косметический дефект ввиду отсутствия зуба. При осмотре отек и гиперемия слизистой оболочки вокруг лунки, на дне которой наблюдается сгусток крови. Обязательно проведение рентгендиагностики для контроля целостности альвеолярной кости. Кроме этого, необходимо убедиться в том, что травмированный зуб не попал в воздухоносные пути.

Лечение

Если зуб удалось сохранить, то проводят подготовку к его реплантации и шинированию. Пациенту назначается симптоматическая терапия. Через 10-14 дней проводится эндодонтическое лечение.

*Трещина зуба*

Жалоб пациенты, как правило, не предъявляют. Лишь иногда боль наступает от термических и химических раздражителей. У детей данная травма чаще является сопутствующей.

**Перелом зуба**

Повреждаются в основном зубы верхней челюсти: страдают центральные резцы (70–75 %), реже боковые резцы (8–13 %) и клыки (0,9 %). Перелом редко проходит в горизонтальной плоскости, то есть параллельно режущему краю, и в вертикальной — по продольной оси зуба, а чаще по косой линии. [17]

*Перелом коронки*

Данный вид перелома чаще беспокоит пациента в случае, если он произошел на уровне эмали и дентина со вскрытием полости зуба. Развивается острый пульпит или в более поздние сроки (после 48 часов) хронический. В этом случае ребенок будет жаловаться на острую самопроизвольную боль.

Помощь при переломе коронки без вскрытия пульпарной камеры заключается в наложении защитного материала на обнаженный дентин с гидроксидом кальция для непрямого покрытия. Зуб рекомендуют не препарировать, чтобы дополнительно не травмировать пульпу вращающимися инструментами. Для удержания защитной повязки лучше использовать композитный материал. Зуб выводят из окклюзии. [17]

*Перелом корня в пришеечной, средней и верхушечной частях*

Ребенок жалуется на боль при приеме пищи, касании зуба и подвижность его коронки (если перелом ниже середины коронки или направлен косо).

Объективный осмотр: подвижность коронки зуба или ее отсутствие, пальпация и перкуссия болезненны. На рентгенограмме обнаруживается темная полоса, разграничивающая части сломанного корня.

Лечение

При переломе корня молочного зуба целесообразно его удаление. Постоянный зуб сохраняют с последующим эндодонтическим лечением. Такой зуб в последующем рекомендовано закрепить культевой вкладкой и коронкой.

**Травма мягких тканей лица**

В структуре повреждений челюстно-лицевой области преобладают повреждения мягких тканей и составляют от 37 до 98%. [18]

К травмам мягких тканей лица относят ушибы, ссадины и царапины, раны, ожоги и отморожения. Их делят на 2 большие группы: без нарушения целостности кожных покровов – закрытые и с нарушением целостности кожных покровов – открытые.

*Ушиб* – закрытое повреждение мягких тканей без первичного инфицирования и нарушения анатомического строения.

Ребенок эмоционально встревожен, жалуется на боль в области травмы, которая может быть пульсирующей, ноющей, кратковременной или долго не проходящей, а может вовсе отсутствовать. эти факторы зависят от возраста ребенка, характера травмы и ее объема.

При осмотре можно увидеть припухлость в области травмы и кровоподтек от темно-красного до желто-зеленого цвета, если пациент обратился спустя некоторое время после инцидента. Пальпаторно определяется плотный инфильтрат на месте травмированного участка.

Важно иметь ввиду, что ушибы в подбородочной области могут привести к повреждению височно-нижнечелюстного сустава, поэтому следует провести рентгенологическую диагностику. Если ушиб диагностирован в связочном аппарате ВНЧС, ребенок направляется на лечение в медицинское учреждение со специализированным отделением. [19]

*Ссадины и царапины* – вид повреждения мягких тканей с нарушением целостности слоев кожи (и/или слизистой оболочки) без вовлечения в процесс базального слоя дермы.

Клинически отмечается болезненность в области травмы. Объективно - отек, нарушение целостности мягких тканей и слизистой оболочки, гематома.

Пациенту показано проведение антисептической обработки повреждения. Рекомендуется прикладывать холод к ссадине или царапине во избежание распространения отека.

*Рана* – открытое повреждение мягких тканей с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек травмированной области. Раны обсеменены бактериальной флорой.

Их делят по характеру травмы на неогнестрельные и огнестрельные, компрессионные, электрические, ожоги и обморожения. По характеру ранения они бывают касательными, слепыми, сквозными и проникающими (в полости).

Диагностика, постановка диагноза и лечение осуществляется несколькими специалистами, главным из которых является детский челюстно-лицевой хирург. Поэтому основную часть пациентов с ранами принимают в условиях поликлиники и стационара. [20]

*Ожог* – повреждение мягких тканей и слизистых оболочек, вызванное действием высоких температур.

Дети с ожоговыми травмами госпитализируются в специализированные медицинские центры (ожоговые).

*Отморожение*- повреждение мягких тканей и слизистых оболочек, вызванное действием низких температур.

Выделяют 4 степени отморожения:

1. Расстройства кровообращения без развития некроза;
2. Некроз поверхностных слоев кожи до росткового слоя;
3. Некроз кожи, включая ростковый и подлежащие слои;
4. Некроз всех слоев тканей до костных структур.

Лечение оказывается в специализированных стационарах.

**Травмы костей лица**

Различают:

1 – ушибы кости и надкостницы;

1. – переломы:

* По типу зеленой ветки или илового прута;
* Поднадкостничные переломы;
* Переломы переднего отдела альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей;
* Переломы верхней челюсти;
* Переломы нижней челюсти;
* Патологические переломы.

3 – вывих височно-нижнечелюстного сустава;

4 – травматический остеолиз.

Пациенты с травмами костей лица после осмотра должны быть направлены на стационарное лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии. [21]

**Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, лимфаденит и другие заболевания)**

**Периостит**

Периостит костей челюсти – воспалительное заболевание, поражающее надкостницу.

Клинически периостит делят на:

1 – острый: серозный и гнойный;

2 – хронический: простой и оссифицирующий.

По этиологии выделяют следующие периоститы:

1 – одонтогенный (результат осложнения кариеса);

2 – травматический;

3 – периостит при некоторых видах опухолей.

«Периостит зуба сопровождается сильными неприятными симптомами, главный из которых мощная непереносимая зубная боль. Также возможно появление местной или общей температуры тела, ознобов и слабости.» [22]

*Острый серозный периостит*

Из анамнеза можно выяснить, что ребенок не спит ночью, жалуется на боль в причинной области и общую слабость организма, аппетит снижен.

При осмотре слизистая оболочка в воспаленной зоне гиперемирована, сопровождается отеком, болезненно реагирует на пальпацию.

Периостит - самое частое осложнение хронического пульпита или периодонтита как временных, так и постоянных зубов, при отсутствии своевременного лечения. По этой причине основной задачей для стоматолога является лечение основного заболевания. Выбор метода разрешения воспаления зависит от возраста ребенка и его здоровья. Если периостит распространился на надкостницу в области молочных зубов, то рекомендуется удаление причинного зуба. В других случаях зуб стараются по возможности сохранить. [23]

Консервативное лечение заключается эндодонтическом лечении и назначении пациенту антибактериальных препаратов (сульфаниламидная группа) согласно инструкции. Даются рекомендации по питанию и питью, а именно: принимаемая пища должна быть теплой, не острой, питье обильное, теплое.

*Острый гнойный периостит*

Самая распространенная форма периостита у детей. Проявляется резким скачком температуры до 38,5 ̊ С и ухудшением общего состояния, так как процесс развивается стремительно. [24]

Местно диагностируется отечность мягких тканей, гиперемия кожных покровов и слизистой оболочки, выбухание переходной складки в области инфильтрации. Характерен симптом флюктуации в области скопления гнойного экссудата. Причинный зуб может быть подвижен.

Если воспалительный процесс локализуется на верхней челюсти, то отечность тканей будет преобладать в подглазничной, носогубной зонах. При локализации на нижней челюсти – видимый очаг скопления инфильтрата будет наблюдаться по большей части в подбородочной области. [25]

Верхняя челюсть периоститу подвергается в меньшей степени, нежели нижняя.

Окончательный диагноз ставится на основании клинических данных, результатов лабораторного и рентгенологического обследования. Так как схожие симптомы имеет острый одонтогенный остеомиелит, очень важным является проведение дифференциальной диагностики между этими заболеваниями.

Основное лечение периостита заключается в удалении причинного зуба под анестезией и назначение антибактериальных препаратов.

**Одонтогенный остеомиелит челюстей**

Это инфекционно-воспалительное заболевание костей челюсти, которое является результатом осложнения кариозного процесса зубов.

Изучение природы одонтогенного остеомиелита челюстей началось с работ Э. Лексера в 1884 году. Он считал, что причиной служит инфекционно-эмболический агент, который не связан с острой травмой, а развивается из-за попадания в кость инфекции из первичного очага.

Одонтогенный остеомиелит челюстей классифицируют на острый и хронический. Хронический, в свою очередь, может проявляться в деструктивной, деструктивно-продуктивной и продуктивной формах.

По статистике А. И. Евдокимова, Г. А. Васильева, И. Г. Лукомского, С. Н. Вайсблата, М. О. Поварского, В. М. Уварова и других, нижняя челюсть поражается значительно чаще, чем верхняя. Так, по данным А. И. Евдокимова, остеомиелиты верхней челюсти составляют 17%, а нижней — 83%; по данным А. Ф. Медведевой — остеомиелиты верхней челюсти — 20%, нижней — 80 %.

Большая часть причин возникновения остеомиелита приходится на молочные и первый постоянный моляры обеих челюстей. Чаще всего к воспалению костей склонны лица, имеющие сопутствующие заболевания, которые в первую очередь приводят к ослаблению иммунной системы организма. [26]

Если пациенты обращаются за амбулаторной помощью в стоматологические поликлиники, то чаще с острой формой остеомиелита. Их беспокоят фебрильная температура тела, общее недомогание, острая болезненность при дотрагивании до воспаленной области, невозможность полного открывания рта и приема пищи.

При осмотре кожные покровы бледные, отек мягких тканей в области воспаления. Характерны гиперемия слизистой оболочки, сглаженность десневого края альвеолярного отростка. Отмечается подвижность причинного и нескольких рядом стоящих зубов. Рентгенологически в первые дни изменений костного рисунка не наблюдается.

Крайне важны лабораторные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, клинический анализ мочи. Все показатели будут указывать на воспалительный процесс в организме.

Диагностика одонтогенного остеомиелита на верхней челюсти затруднительна, на нижней челюсти местная симптоматика ярко выражена уже в первые сутки.

Лечение на этапе неотложной помощи в амбулаторных условиях заключается в постановке диагноза и определении должного места лечения пациента. При подозрении на одонтогенный остеомиелит необходима экстренная госпитализация пациента, где оказывается 2 вида терапии: патогенетическая и этиологическая. [27]

**Абсцесс**

Характеризуется ограниченным гнойным очагом в мягких тканях, образовавшимся в результате расплавления тканей челюстно-лицевой области, результатом которого является полость.

**Флегмона**

Острое разлитое воспаление подкожно-жировой клетчатки, заполненное гнойным содержимым.

В детском возрасте, как правило, флегмона является сопутствующим заболеванием, которое сопровождает остеомиелит. Коллектив авторов в 2015 году установил, что у детей самые частые острые одонтогенные флегмоны возникают в поднижнечелюстном и крыловидно-челюстном пространстве. [28]

И абсцессы, и остеомиелиты требуют детальной диагностики и высокоспециализированного хирургического лечения под общим обезболиванием.

**Альвеолит**

Альеволит – воспалительный процесс в лунке, возникающий в результате инфицирования после травматического удаления зуба. [29]

В международной классификации болезней отмечается кодом К10.3.

Пациента беспокоят острая боль, невозможность пережевывать пищу на стороне удаления, общее недомогание с возможным подъемом температуры до субфебрильных показателей.

Объективно: лунка зуба гиперемирована, покрыта фибриновым налетом, иногда с присоединением микрофлоры, с гнойным отделяемым. Регионарные лимфатические узлы могут быть болезненны при пальпации на стороне воспаления.

Лечение заключается в антисептической обработке лунки 0,05% раствором хлоргексидина и 3% перекисью водорода после повторной ее ревизии и дренирования. Назначается противовоспалительная терапия. [30]

**Заболевания слизистой оболочки рта и красной каймы губ**

**Острый герпетический стоматит**

Инфекционное вирусное заболевание, вызванное вирусом простого герпеса, которое сопровождается воспалительным процессом слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ с характерными высыпными элементами в виде пузырьков. [31]

Является самым распространенным заболеванием слизистой оболочки полости рта в детском возрасте.

Клинически делится на 3 формы: легкая, среднетяжелая, тяжелая.

*Легкая форма*

Начинается внезапно с повышения температуры тела до субфебрильных цифр. На слизистой оболочке рта обнаруживаются воспалительные явления, на фоне которого в скором времени появляются одиночные или сгруппированные пузырьки. Пузырьки лопаются и образуют афты и эрозии, беспокоящие ребенка болезненностью.

Стадия длится 1-3 дня и плавно переходит в среднетяжелую без лечения основного заболевания.

*Среднетяжелая стадия*

Температура тела поднимается до 38,5-39,0 ̊ С. Десна кровоточат, воспалительный процесс приобретает более выраженный характер. Высыпных элементов становится больше, они сливаются в группы по 10-25 единиц. Саливация увеличивается. Симптомы вторичного токсикоза нарастают. Ребенок не может принимать пищу и питье. Беспокоит бессонница по ночам.

*Тяжелая стадия*

Достигается редко.

Клинически заболевание характеризуется общей интоксикацией организма, температурой тела выше среднетяжелых значений. В полости рта слизистая оболочка рта также имеет все воспалительные симптомы, однако количество высыпных элементов может достигать 100.

Лечение

На приеме стоматолога врач может облегчить местную симптоматику. Основным же лечением является устранение общего заболевания совместно с врачом-педиатром.

Местное лечение заключается в следующих принципах:

1 – соблюдение диеты (пища должна быть жидкой и полужидкой, не острой и теплой). При кормлении грудным молоком, слизистую оболочку рекомендовано обезболить аппликационными гелями.

2 – обработка слизистой оболочки антисептическими препаратами (соединения тяжелых металлов - Колларгол, серебра протеинат), растительные препараты (календулы лекарственной цветки, Хлорафиллипт), препараты животного происхождения (Лизоцим).

3 – обезболивание слизистой оболочки (Лидокаин 10% - спрей, лидокаин 5% - мазь).

4 – кератопластика (Витамин А, облепиховое масло, Солкосерил).

5 – местная противовирусная терапия (Виферон, Ацикловир).

**Хронический рецидивирующий афтозный стоматит**

Хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, сопровождающееся образованием афт, имеющее стадии ремиссии и обострения.

Выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую формы.

По клинико-морфологическим признакам ХРАС делят на следующие типы:

1 – типичный: высыпных элементов (афты Микулича) до 3 штук, малоболезненны;

2 – язвенный или рубцующийся: афты (Сеттена) могут в этом случае покрывать миндалины, небные дужки, общее состояние ребенка ухудшается, температура тела повышается до 38,0-38,5 градусов;

3 – деформирующий: изменения слизистой оболочки носят более деструктивный характер, афты рубцуются медленно (до 1,5 месяцев);

4 – лихеноидный: наблюдаются очаги гиперемии с дескавамацией эпителия;

5 – фиброзный: афты с характерным выпотом фибрина без образования фибриноидной пленки;

6 – гландулярный: афты наблюдаются у выходов выводных протоков желез, постепенно превращаясь в эрозии, зияют.

Лечение

Лечение ХРАС консервативное. И в первую очередь на неотложном приеме подразумевает обезболивание высыпных элементов, которое можно осуществить аппликациями новокаина 2%, 2% раствором лидокаина, 2% гелем лидокаина. Далее врач дает рекомендации по домашнему лечению и направляет ребенка под наблюдение детского стоматолога. [32]

**Многоформная экссудативная эритема**

Инфекционное токсико-аллергическое заболевание, поражающее слизистые оболочки и кожу с характерным полиморфизмом высыпных элементов.

Пациент предъявляет жалобы на боль и жжение во рту, невозможность приема пищи, общее недомогание.

При осмотре на слизистой оболочке рта определяются в подавляющем большинстве обширные эрозии, зияющие, покрытые фибриновой пленкой. Также можно обнаружить папулы, пузыри эритемы.

Лечение в амбулаторных условиях предусматривает обработку элементов анальгетическими средствами (Лидокаин 1-2%  
раствор - аппликации), антисептиками (1:5000  
раствор перманганата калия, 1% раствор перекиси водорода) и противовоспалительными препаратами (Преднизолоновая мазь 0,5%, Гидрокортизоновая мазь 1%). В дальнейшем пациент должен быть направлен к детскому стоматологу, дерматовенерологу и врачу инфекционисту. [33]

**Заболевания слюнных желез у детей**

Характерный симптом боли возникает в следующих ситуациях: тяжелая форма эпидемического паротита, обострение хронического неспецифического паренхиматозного сиалоаденита, обострение слюнокаменной болезни поднижнечелюстных слюнных желез.

При подозрении этих заболеваний необходима тщательная диагностика (клинические анализы крови и мочи, цитологическое исследование, эхография, рентгенологическая диагностика с контрастированием, термовизиография, ультразвуковая диагностика), которая проводится в условиях стационара, как и лечение. Поэтому основная задача врача на амбулаторном приеме - заподозрить диагноз и направить ребенка на прием к педиатру, детскому стоматологу или хирургу-стоматологу.

Следует отметить, что заболеваемость эпидемическим паротитом в Российской Федерации снизилась с 2000-х годов в 12,5 раз вследствие высокого уровня охвата детей вакцинацией, как пишет Агафонов А.П. с коллективом авторов. Возраст, при котором может возникнуть паротит, увеличился на сегодняшний момент, что следует учесть при диагностике. [34]

**Заболевания, сопровождающиеся болью в ЧЛО (отиты, гаймориты, синуситы)**

*Острые отиты* составляют 65-70% среди всех заболеваний в детском возрасте. Как правило, в начале заболевания клинически проявляются болью в ухе, иррадиирующей по ходу тройничного нерва. Болит висок, челюсть и зубы на стороне поражения. Для правильной постановки диагноза стоматологу необходимо собрать тщательный анамнез (предшествующая ОРВИ) и провести дифференциальную диагностику между стоматологическими заболеваниями и ЛОР-патологией при помощи современных методов диагностики. [35]

*Синуситы* у детей, как и у взрослых, бывают разной локализации: синусит лобной пазухи (фронтит), клиновидной (сфеноидит), решетчатой (этмоидит), верхнечелюстной (гайморит). Вся челюстно-лицевая область достаточно хорошо васкуляризирована и иннервирована, и ее части находятся между собой в очень плотном контакте, поэтому симптоматика воспалительных процессов врачей может ввести в заблуждение на этапе постановки диагноза. Так, боль при фронтите может иррадиирует в висок, угол глаза, нос и верхнюю челюсть на стороне воспаления. Исходя их этого, перед стоматологом стоит задача правильной и тщательной диагностики.

Врач также должен учитывать, что процессы могут приобретать двусторонний характер, поэтому важна своевременная диагностика во избежание осложнений процессов.

*Воспаление верхнечелюстной пазухи* возникает как следствие факторов: перенесенный острый и хронический ринит, перенесенные острые респираторные заболевания, инфицированный зуб, корни которого располагаются очень близко ко дну пазухи.

По данным многих авторов воспалительные заболевания околоносовых пазух составляют 25-30% патологии ЛОР-органов.

При одонтогенной форме гайморита, которая возникает в 10% случаев, в полости рта будут присутствовать признаки остеомиелита в области причинного зуба или обострения хронического периодонтита. Диагноз ставится на основании данных анамнеза, клинической картины и рентгенологических методов исследования (КТ 3D, ортопантомограмма). Помощь, которую может оказать врач стоматолог в условиях неотложного приема, заключается в удалении очага инфекции путем экстирпации или эндодонтического лечения пульпита. При подозрении на остеомиелит, пациента направляют в стационар. [36]

Другие виды гайморита лечатся также в условиях стационара после направления врача соответствующей специальности.

При обращении пациента с воспалительными заболеваниями ЛОР-органов врач-стоматолог лишь может поставить предварительный диагноз и направить его на прием к врачу-отоларингологу.

**Затрудненное прорезывание молочных и постоянных зубов, физиологическая смена зубов.**

Чаще всего затрудненное прорезывание зубов касается третьих корневых, они же восьмые зубы в каждом сегменте. Это сопровождается болью, гиперемией и отеком десны в области прорезывания, дискомфортом во время жевания, а также невозможностью полного открывания рта. Особенно клиническая картина выражена в случае с нижними восьмыми зубами. При нарастании отека может ухудшаться общее состояние больного, боль иррадиирует в поднижнечелюстные лимфатические узлы и глотку.

В настоящее время детский стоматолог так же, как и взрослый, может сталкиваться с похожими случаями, так как с годами наблюдается тенденция к раннему прорезыванию зубов. В 2015 году в Санкт-Петербурге, Ленинградской области и Белгороде был проведен анализ обращаемости пациентов с заболеваниями восьмых зубов. Пациенты юношеского возраста (16-21 год) обратились с затрудненным прорезыванием в 6 % случаев, у остальных лиц уже были диагностированы кариес и пульпит третьих моляров. [37]

Поэтому важно провести дифференциальную диагностику с заболеваниями ЛОР-органов и сформулировать правильный диагноз. В первую очередь после основных методов обследования необходимо провести рентгенологическую диагностику. Рентгенограмма покажет положение зуба, расположение по отношению к соседним зубам и каналу тройничного нерва, а также наличие или отсутствие кисты вокруг ретинированного зуба.

Как правило, в лечении необходим комплексный подход. Консервативное заключается в обработке воспаленной десны антисептическими растворами и обезболивающими средствами. Внутрь назначается противовоспалительная терапия и витаминотерапия для улучшения общего состояния организма. При адекватных условиях прорезывания зуба, необходимо под местной анестезией провести разрез десны по всей длине перикоронорита.

Показаниями к удалению 3-его моляра являются следующие факторы:

-атипичное положение, которое приводит к травме соседнего зуба, мягких тканей;

-развитие кариеса соседнего зуба из-за невозможности тщательной чистки;

-развитие радикулярных кист;

-отсутствие места в альвеолярном отростке;

-развитие синусита вследствие близкого расположения корней ко дну пазухи.

Пояркова Т. А. в своем исследовании с коллегами пишет следующее: «Среди осложнений затрудненного прорезывания зубов мудрости у наблюдавшихся пациентов наиболее часто диагностировался перикоронорит. При выборе плана лечения таких больных в первую очередь определяли целесообразность и возможность сохранения зуба. Наиболее благоприятной ситуацией для сохранения являлось его вертикальное положение м прямолинейной формой корней, без изменений тканей пародонта, при наличии достаточного места в зубной дуге и угле наклона менее 15 градусов.» [38]

*Затрудненное прорезывание молочных зубов* сопровождается нарушением сна, обильной саливацией, частым плачем ребенка, психоэмоциональным беспокойством и повышением температуры тела до субфебрильных значений. Первым признаком, который в первую очередь может заметить мать, является нежелание ребенка есть, так как это причиняет ребенку дискомфорт, а точнее болезненность.

При обращении пациента с таким диагнозом врач может облегчить страдание младенца местным обезболиванием в виде геля, мази (Камистад Бэби – 2-3 раза в сутки, Холисал). Общим лечением является назначение противовоспалительных средств внутрь, особенно если наблюдается повышение температуры.

**Глава 2. Материалы и методы исследования**

# 2.1. Обоснование объекта и методов исследования

Для изучения статистических данных по поводу обращений пациентов за неотложной помощью была выбрана база СПб ГБУЗ «Городская детская стоматологическая поликлиника №6», так как именно она является учреждением, принимающих детей и подростков по острой боли в круглосуточном режиме и в праздничные дни в городе Санкт-Петербург.

Было отобрано и проведен анализ 650 медицинских карт пациентов, которые обратились за период за 2018-2019 года за неотложной стоматологической помощью. Из них мальчиков обратилось 335, девочек 315. 339 человек были в возрасте до 6 лет, 355 – с 6 до 12 лет, 79 – с 12 до 18 лет.

# 2.2. Параклинические методы

В работе использовались аналитический и математический методы исследования для обработки данных.

**Аналитический метод**

Аналитический метод заключался в пересмотре медицинских карт. Особенное внимание уделялось диагнозу при обращении и способу разрешения ситуации.

**Математический метод**

Представлял из себя обработку данных, их упорядочивание и количественный подсчет.

Выполнялся в программе Microsoft Excel.

Особое внимание уделялось следующим пунктам: возраст пациента, поставленный диагноз, метод лечения, место фактического проживания, обращающегося за помощью.

# Глава 3. Результаты исследования

# Статистическая обработка результатов

На диаграммах 1 и 2 представлены процентное соотношение девочек и мальчиков, обратившихся за неотложной помощью, а также разделение их по возрастам.

# Рис. 1. Распределение пациентов по полу

# Рис. 2. Распределение пациентов по возрасту

# Пациентов женского пола 315 человека (48 %), мужского – 335 (52 %). Возраст обратившихся был разделен на 3 группы: дети от 0 до 6 лет (339 человек), от 6 до 12 лет (355 человек), с 12 лет до совершеннолетнего возраста (79 пациентов). Такая градация принципиальна, так как при ее составлении учитывался предположительный прикус пациента – молочный, сменный, постоянный соответственно.

В таблице «Обращаемость пациентов за неотложной помощью» обозначены поводы обращений, поставленные диагнозы и методы лечения. Из 650 обращений подавляющее большинство было связано с обострившимися формами периодонтита, пульпита и острыми периоститами.

# Таблица 1. Обращаемость пациентов за неотложной помощью

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Поставленный диагноз** | **Кол-во поставленных диагнозов** | **Частота встречаемости, %** |
| 1 | Обострение хронических форм пульпита временных зубов | 75 | 11,54 |
| 2 | Обострение хронических форм пульпита постоянных зубов | 71 | 10,9 |
| 3 | Обострение хронических форм периодонтита молочных зубов | 247 | 38 |
| 4 | Обострение хронических форм периодонтита постоянных зубов | 50 | 7,7 |
| 5 | Острые серозный и гнойный периоститы верхней и нижней челюсти | 60 | 9,2 |
| 6 | Острый остеомиелит верхней и нижней челюстей | 28 | 4,3 |
| 7 | Травматические повреждения зубов, мягких тканей | 20 | 3,1 |
| 8 | Заболевания слизистой оболочки рта и красной каймы губ | 29 | 4,46 |
| 9 | Заболевания слюнных желез | 5 | 0,7 |
| 10 | Заболевания, сопровождающиеся болью в челюстно-лицевой области | 3 | 0,46 |
| 11 | Затрудненное прорезывание молочных зубов | 27 | 4,2 |
| 12 | Затрудненное прорезывание постоянных зубов | 14 | 2,2 |
| 13 | Обращение за консультацией без неотложных показаний | 21 | 3,2 |

Обострения хронических периодонтитов постоянных зубов в большей части были пролечены консервативно. На первом приеме проводилась механическая и медикаментозная обработка каналов зуба с последующим временным пломбированием и направлением пациента к детскому стоматологу для проведения дальнейшего консервативного лечения зуба в плановом порядке.

На рисунке 3 схематично приведены табличные значения, с объединением одинаковых нозологических форм. Очевидно преобладание периодонтитов среди других диагнозов.

**Рис. 3**. Соотношение поставленных диагнозов при обращении пациентов по острой боли

Травматические повреждения челюстно-лицевой области разделились следующим образом: повреждения зубов составили 11 случаев (55 % от общего количества травм), 9 – травмы мягких тканей лица (45 %). (Рисунок 4).

**Рис. 4**. Соотношение травматических повреждений челюстно-лицевой области

Среди заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ превалировал хронический рецидивирующий афтозный стоматит – 19 случаев (65,5 %), 10 случаев пришлось на острый герпетический стоматит легкой и средней формы (34,5 %). (Рисунок 5).

**Рис. 5**. Соотношение заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ

**Таблица 2.** Методы лечения обострения хронических пульпитов молочных и постоянных зубов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Диагноз | Метод лечения | | |
| Удаление зуба, количество (%) | Наложение девитализирующей пасты на пульпу зуба, количество (%) | Механическая и медикаментозная обработка каналов, количество (%) |
| Обострение хронического пульпита временных зубов | 57 (76 %) | 18 (24%) | 0 (0%) |
| Обострение хронического пульпита постоянных зубов | 0 (0%) | 58 (82%) | 13 (18%) |

В случае с молочными зубами основной тактикой консервативного лечения являлась мумификация пульпы при помощи девитализирующей пасты Non arsenic фирмы Omega dent. Пациент направлялся для прохождения дальнейшего этапа лечения в стоматологическую поликлинику по месту жительства. При лечении постоянных зубов использовалась также методика непосредственной механической и медикаментозной обработки каналов воспаленного зуба, которая была востребована наименьшее количество раз. Для ее эффективного применения необходим рентгенологический контроль, достаточное количество времени, психологический настрой пациента, поэтому в условиях неотложной ситуации применяется реже.

На рисунках 6 и 7 графически изображено процентное соотношение консервативного и хирургического методов лечения при пульпитах молочных зубов.

**Рис. 6**. Соотношение удаленных и вылеченных зубов по поводу обострения хронической формы пульпита молочных зубов

**Рис. 7**. Соотношение консервативных методов лечения при обострении хронических форм пульпита постоянных зубов

На рисунке 8 представлено процентное отношение вылеченных и удаленных постоянных зубов по поводу обострений хронических периодонтитов.

**Рис. 8**. Соотношение вылеченных и удаленных зубов по поводу обострения хронических форм периодонтита постоянных зубов

В 70 % случаев (35 из 50) было проведено эндодонтическое лечение, что является хорошим показателем, так как увеличение срока службы зубов – основная цель стоматологического приема. Все пациенты, которым была проведена обработка каналов с временным пломбированием, были направлены к детским стоматологам, так как лечение складывается из нескольких этапов для его успешности.

Молочные зубы с обострением хронического воспаления тканей периодонта были удалены во избежание развития периостита.

# Острые периоститы челюстей в 100% случаев были вылечены хирургически: удаление причинного зуба, вскрытие абсцесса, дренирование раны. Пациентам рекомендовался покой и назначалась противовоспалительная и антибактериальная терапии.

# При подозрении на одонтогенный остеомиелит все пациенты были направлены на госпитализацию.

# 21 обратившийся человек, у которого не было неотложных показаний, был направлен на прием к детскому стоматологу в поликлиники по месту жительства.

# На рисунке 9 графически изображена статистика обращаемости пациентов, проживающих в разных районах Санкт-Петербурга, Ленинградской области и других поселениях.

# \*Прочие – пациенты, приехавшие из других городов и областей на короткий временной промежуток.

# Рис. 9. Разделение пациентов, обратившихся по острой боли, по месту фактического проживания

Наибольшее количество человек обратилось в неотложную стоматологическую службу из Адмиралтейского района (69 человек – 10,6%), Ленинградской области (61 человек – 9,4%), Невского (60 человек – 9,2%) и Кировского (54 человека – 8,3%) районов города. Примерно одинаковое количество с Приморского (42 – 6,5%), Красносельского (39 – 6%) и Фрунзенского (38 – 5,8%) районов. С Московского и Выборгского по 33 пациента (5,1%). С Василеостровского – 32 человека (4,9%), Красногвардейского – 31 человек (4,8%). Наименьшее количество обращенных с Петроградского района города – 7 человек (1,1%).

* 1. **Заключение**

Снижение роли факторов, способствующих возникновению острых ситуаций в стоматологии, своевременное лечение кариеса, беседа с родителями и детьми о правильном поведении с целью профилактики травм – главные постулаты для достижения минимального количества обращений за неотложной помощью. Для полного понимания востребованности на данный момент кабинетов неотложной стоматологической помощи необходимо учитывать, как часто пациенты нуждаются в ней, в каком возрасте, какие диагнозы занимают лидирующие позиции и какие районы города Санкт-Петербург испытывают наибольшую потребность в данной службе.

В ходе проведенной работы была достигнута поставленная цель путем решения задач:

* Изучены литературные данные о стоматологических заболеваниях у детей, вызывающих острую зубную боль и методах их лечения;
* Выявлены наиболее распространенные причины обращения детей за неотложной стоматологической помощью;
* Определены основные методы стоматологического лечения, используемые в амбулаторных условиях по неотложным показаниям. В литературе описаны методы лечения, которые соответствуют данным проделанной работы.
* Проведен анализ доли обратившихся пациентов в разрезе разных районов города.

На основании изученных публикаций отечественных и зарубежных авторов было выяснено, что обращение детей за неотложной стоматологической помощью как в России, так и за рубежом происходит по одним и тем же острым состояниям.

Исходя из результатов, которые были проведены, очевидно, что процент обращения детей с острой болью за помощью очень велик. Значимых различий по половому признаку не выявлено. Следовательно, можно сделать вывод о том, что риск возникновения неотложных стоматологических ситуаций у лиц женского и мужского полов примерно одинаков.

На основе анализа возраста пациентов, обращающихся за неотложной помощью, можно утверждать, что дети дошкольного возраста и ученики начальных классов нуждаются в неотложной помощи примерно с равной частотой, а, следовательно, одинаково нуждаются в дополнительных профилактических мероприятиях. Существует необходимость в усилении обучения детей гигиеническим нормам. Пациенты подросткового возраста обращались за помощью сравнительно реже первых двух групп (12,2%).

Также было выяснено, что периодонтиты временных зубов стоят на первом месте в категории неотложных заболеваний, а это позволяет утверждать, что:

А) Практически доказаны литературные данные о том, что в детском организме воспалительные процессы протекают на много скорее, чем во взрослом;

Б) Профилактические мероприятия среди дошкольников и детей начальной школы необходимо усилить.

На втором месте стоят пульпиты молочных и постоянных зубов. И основным методом лечения является сохранение зуба, а именно наложение девитализирующей пасты под временной пломбой.

Необходимо учесть, что периоститы и остеомиелиты имеют значительную долю в структуре обращений. Таким образом, видна значимость ранней диагностики, еще на этапе пульпита. И лучшим вариантом является предупреждение заболеваний на этапе профилактических осмотров раз в полгода.

Процент обращения за консультаций, не касающихся неотложной стоматологической помощи, составил 3,2%. Это может свидетельствовать о недостаточной доступности плановой стоматологической помощи для определенных контингентов пациентов детского возраста.

Острые серозные и гнойные периоститы, составляющие 9,2 % от общего количества обращений, разрешаются удалением причинных зубов. Пациенты, которым был поставлен диагноз острый остеомиелит (4,3 %), были направлены на госпитализацию в ДГМКЦ ВМТ им. К. А. Раухфуса.

Затрудненное прорезывание молочных зубов (4,2 %), заболевание слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (4,46 %), травматические повреждения зубов, мягких тканей челюстно-лицевой области, костей лица (3,1 %) составляют примерно одинаковое количество из общего числа случаев.

Основная часть обратившихся в поликлинику проживает в Адмиралтейском, Невском и Кировском районе города, а также в Ленинградской области. Большое количество пациентов Адмиралтейского района может быть связано с близким территориальным расположением поликлиники, так как она располагается в этом районе. Однако другие районы, как следует из анализа, или не достаточно просвещены в области заболеваний ротовой полости, возникающих при пренебрежении профилактики, либо существует недостаточность работы плановых стоматологических осмотров, либо имеются проблемы в качестве оказания помощи в территориальных клиниках. Эти аспекты требуют более детального анализа.

Базируясь на результатах исследования важность неотложной службы не остается под сомнением, так как возникновение острых стоматологических ситуаций на данный момент времени неизбежно.

* 1. **Выводы**

1. В ходе анализа карт было выявлено, что основная часть обращений в год приходится на осложнения кариеса, а именно обострения хронических пульпитов, периодонтитов временных зубов. Далее следуют обострения периодонтитов и пульпитов постоянных зубов.
2. Предпочтительными методами лечения пульпитов и периодонтитов молочных зубов является удаление во избежание появления новых осложнений и травмирования зачатков постоянных зубов при эндодонтическом лечении. Лечение постоянных зубов сводится к консервативному для увеличения их срока службы. Малый процент приходится на их удаление в силу клинической ситуации и имеющихся сопутствующих заболеваний пациента.
3. Неотложная помощь в детской стоматологии на сегодняшний момент является востребованной отраслью медицины вне зависимости от возраста детей и их места проживания.
4. Управляемое число поводов обращения превалирует над неуправляемым. Следовательно, увеличивается возможность их сокращения за счет профилактики осложнений и качества лечения стоматологических заболеваний.
   1. **Практические рекомендации**

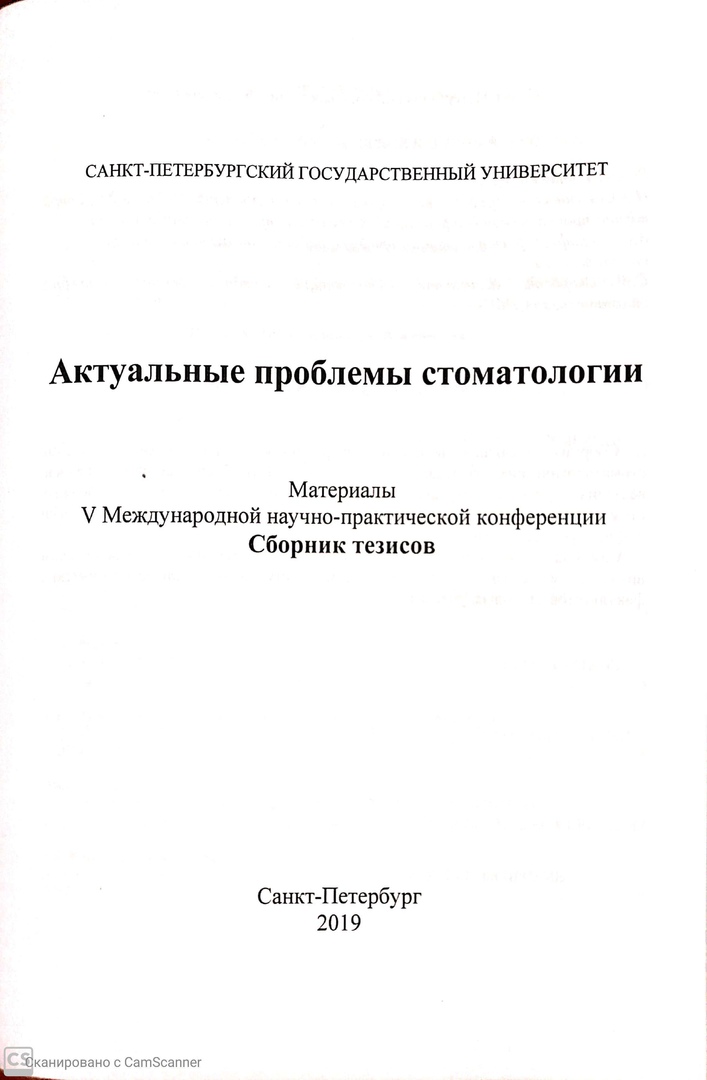
Исходя из наблюдений, проделанных в работе, очевидно, что основная часть обращений по острой боли приходится на обострения пульпитов и периодонтитов, а лечение заключается в большинстве случаев в экстракции зубов. Преждевременное удаление молочных зубов ведет к формированию патологий прикуса, изменению жевательной функции, нарушению в работе височно-нижнечелюстного сустава. Поэтому важно сохранение зубного ряда до физиологической смены прикуса. Следовательно, стоит рассмотреть вариант увеличения времени на прием одного человека для консервативного лечения зубов.

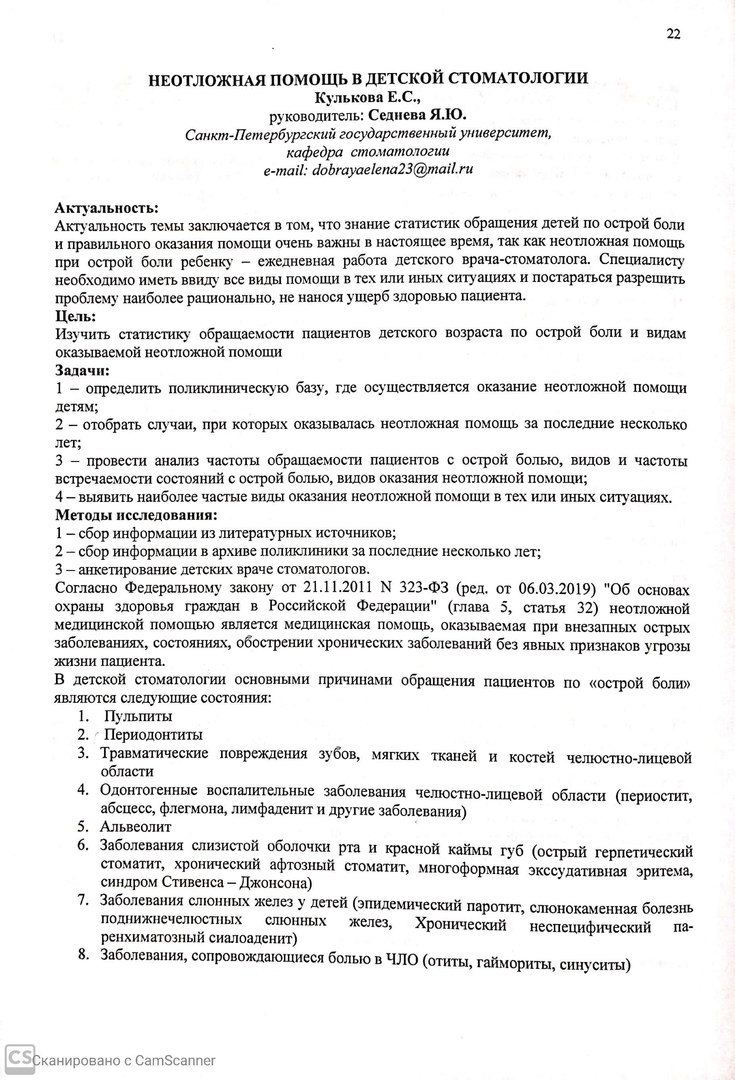
Следует обратить внимание на востребованность неотложного приема в амбулаторных условиях и по возможности увеличить структуру службы в больших городах и штат сотрудников.

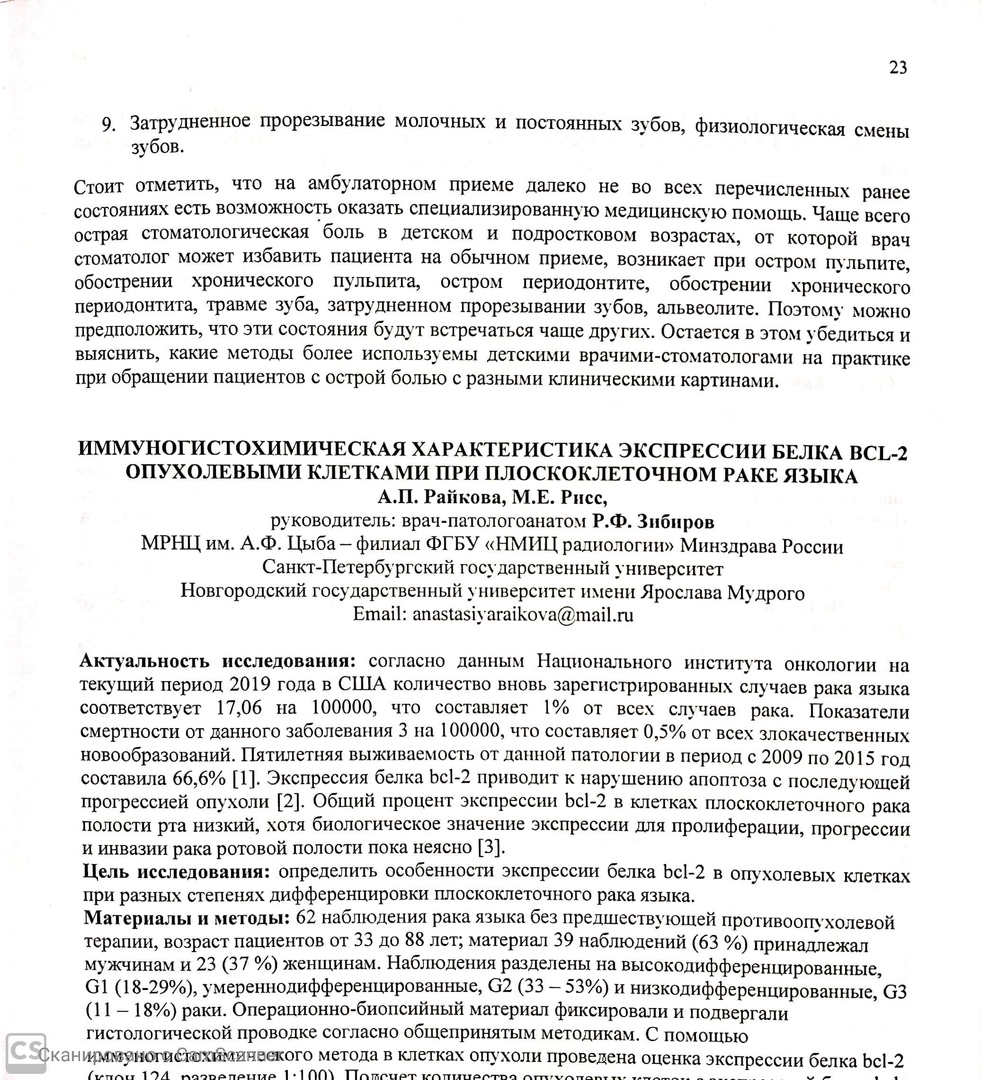
Для своевременной и правильной постановки диагнозов следует рассмотреть оснащение неотложной службы в детской стоматологической практики дополнительными диагностическими инструментами и аппаратами.

В целях должного и качественного оказания помощи рекомендуется улучшить и расширить обеспечение материалами поликлиники, в которых проводится неотложный прием, для консервативного лечения.

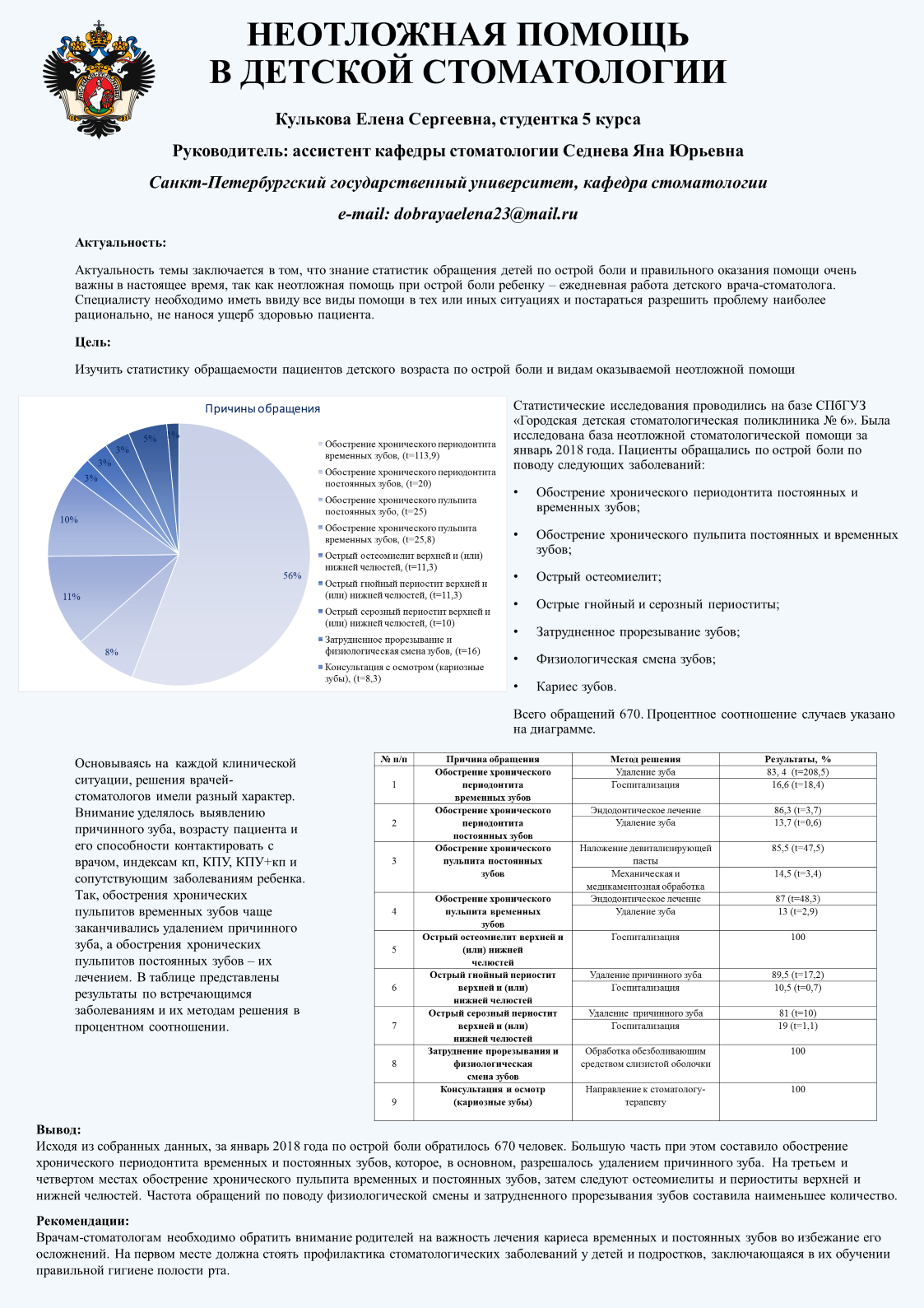
**Приложение 1**





****

Постерный доклад Кульковой Е.С., участвующий в V международной научно-практической конференции СПбГУ «Актуальный вопросы стоматологии» в 2019 году.

****

# Список литературы

1. Бичун А.Б. Неотложная помощь в стоматологии: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 320 с.
2. Янушевич О.О., Кисельникова Л.П. Детская стоматология: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 737 с.
3. Мамедов А.А. Пульпиты временных и постоянных несформированных зубов: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 111 с.
4. Алимова М.Я. Стоматология. Международная классификация болезней. Клиническая характеристика нозологических форм. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 204 с.
5. Кисельникова Л.П., Страхова С.Ю. Детская терапевтическая стоматология: Руководство к практическим занятиям. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 288 с.
6. Максимова О.П. Лечение пульпита временных зубов: клиническая лекция // Клиническая стоматология. – 2013. - №4. С. 14-18.
7. Алдашева М.А. Пульпотерапия временных и постоянных зубов в детском возрасте // Вестник АГИУВ – г.Алматы – 2015. - № 3,4. С. 24-26.
8. Яцук А.И. Частичная пульпотомия в детской стоматологии // Современная стоматология. -2010. - №1. С. 26-29.
9. Тронстад Л. Клиническая эндодонтия: [пер. с англ.]. – М.: Мед пресс - ин форм, 2006. – 288 с.
10. Замулин Д.О. и др. Эпидемиология и диагностика хронического периодонтита у детей // Научные ведомости: серия медицина и фармация. – г. Белгород – 2016. – Том 41. №1.
11. Антонова А.А., Гончарик И.Г. Оказание экстренной стоматологической помощи детям: Учебно-методическое пособие. – Хабаровск: ДВГМУ,2010.
12. Нахлиэли О. Периодонтит у детей // Я живу! Здорово! - 2018.
13. Гаврильчик Т.С., Рувинская Г.Р. Современные методы эндодонтического лечения молочных зубов // Практическая медицина – г. Казань – 2017. - №10. С. 29-34.
14. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П. Детская терапевтическая стоматология: Национальное руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 950 с.
15. Морозова Н.В., Васманова Е.В. [и др.]. Травмы зубов у детей: Учебное пособие. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. - 67 с.
16. Величко Э.В. Острая травма зубов // Земский врач. – г. Москва – 2010. – №2. С. 31-33.
17. Терехова Т.Н., Мельникова Е.И. [и др.]. Травматические повреждения зубов у детей: Учебно-методическое пособие. – Минск: БГМУ, 2011. – 47 с.
18. Брагина В.Г. Травма челюстно-лицевой области у детей // Экология человека. – г. Архангельск – 2014. – №2. С. 20-24.
19. Дьякова С.В. Стоматология детская. Хирургия: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 384 с.
20. Семенов М.Г. [и др.]. Особенности лечения детей с сочетанной черепно-лицевой травмой в условиях городской больницы скорой помощи // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – г. Санкт-Петербург – 2016. – Том 4. №1. С. 17-25.
21. Корсак А.К. [и др.]. Детская хирургическая стоматология: Учебно-методическое пособие. – Минск: БГМУ, 2009 – 88 с.
22. Коландер И. Периостит // Я живу! Здорово! - 2018.
23. Туркевич Г.Б. Практические советы по диагностике и лечению стоматологических заболеваний у детей на амбулаторном приеме (в помощь начинающему врачу стоматологу хирургу): методические рекомендации –Тверь : ТГМУ, 2015. – 66 с.
24. Фоменко И.В. [и др.]. Анализ причин развития одонтогенного периостита челюстных костей у детей // Волгоградский научно-медицинский журнал. – г. Волгоград – 2016. - №1. С. 54-55.
25. Базикян Э.А., Одонтогенные воспалительные заболевания – просто о сложном. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с.
26. Фомичев Е.В. Современные особенности клинических проявлений одонтогенного и травматического остеомиелита нижней челюсти // Вестник ВолгГМУ – 2013. - №1. С. 7-11.
27. Персин Л.С. Стоматология детского возраста. – Изд. 5 перер. и доп. – М: Медицина, 2003. – 670 с.
28. Гандылян К.С. [и др.]. Острые одонтогенные и воспалительные заболевания, варианты течения различных клинических форм // Медицинский вестник Северного Кавказа. – г. Ставрополь – 2015. – Том 10. №4. С. 394-398.
29. Каливраджиян Э.С., Словарь профессиональных стоматологический терминов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 224 с.
30. Лепский В.В. Дифференциальная диагностика альвеолита, острого остеомиелита лунки и острого неврита луночкового нерва // Вестник проблем биологии и медицины. – г. Черкассы – 2015. – Том 1. №4. С. 287-289.
31. Барер Г.М., Терапевтическая стоматология. В 3-х частях. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки рта. – 2-е издание, доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 256 с.
32. Волков Е.А. [и др.]. Клинические рекомендации (протокол лечения) при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите // Российский стоматологический журнал. – г. Москва – 2014. - №5. С. 35-49.
33. Тихоновская И.В., Катина М.А. Буллезные дерматозы: Методические рекомендации. – Витебск: ВГМУ, 2018. – 58 с.
34. Агафонов А.П. Эпидемический паротит. - Новосибирск: ЗАО “Медикобиологический Союз”, 2007. - 82 с.
35. Свистушкин В.М. Рациональное решение проблемы местного симптоматического лечения при остром среднем отите // Медицинский совет. – 2018. - №8.
36. Пальчун В.Т. Оториноларингология: Учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 616 с.
37. Иорданишвили А.К., Гайворонская М.Г. Возрастные особенности заболеваний зубов мудрости // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье» - 2015. - №4.
38. Пояркова Т.А., Войковский О.В. [и др.]. Диагностика и лечение затрудненного прорезывания нижних третьих моляров, осложненного перикороноритом // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2014. – Т.13. №3.