

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

Лечение гингивитов у детей.

(Учебно методическое пособие)

*для студентов медицинских вузов 5 курса
стоматологического факультета*

ТАШКЕНТ 2015

**Министерство здравоохранения республики Узбекистан
Центр развития медицинского образования
Ташкентский государственный стоматологический институт**

«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник Главного
управления науки и учебных
заведений Минздрава РУз
профессор **Исмаилов С.У.**

« _____ » _____ 2015г

«СОГЛАСОВАНО»
директор Центра развития
Медицинского образования
Минздрава РУз
Алимова М.Х.

« _____ » _____ 2015г

Лечение гингивитов у детей.

(Учебно методическое пособие)

*для студентов медицинских вузов 5 курса
стоматологического факультета*

Составитель:

С.С. Махсумова – доцент, кандидат медицинских наук кафедры детской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института

И.Ш.Махсумова – ассистент кафедры детской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института

Э.А. Гайбуллаев - ассистент кафедры детской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института

М.К. Кучкарова – лаборантка кафедры детской терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института

Рецензенты:

Учебно методическое пособие рассмотрена на Центральном Методическом Совете ТашГосСИ и рекомендовано для утверждения на Ученном Совете ТашГосСИ.

Протокол собрания №

Учебно методическое пособие рассмотрена Ученым Советом ТашГосСИ «__» _____ 2015 год. Протокол собрания №

Ученый секретарь Совета, д.м.н.,

профессор

А.Ж.Жураев

Учебно методическое пособие предназначено для врачей стоматологов, соискателей, для студентов медицинских вузов 5 курса стоматологического факультета

Модель учебной технологии

Тема: Лечение гингивитов у детей.

Технология обучения (практического занятия)

<i>Структура практического занятия</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Теоритическая часть2. Аналитическая часть3. Практическая часть
<i>Цель занятия</i>	<p>Научить студентов:</p> <ul style="list-style-type: none">- распознавать этиологию гингивитов у детей.- на основании клинико-патологического процесса различать – катаральный, гипертрофический, атрофический гингивиты у детей.- различать две клинические формы гипертрофического гингивита.- проводить диф. диагностику гингивитов между собой.- на основании проведенных практических навыков различать катаральный, гипертрофический, атрофические гингивиты.
<i>Педагогические обязанности:</i>	<ul style="list-style-type: none">- ознакомить с формами гингивитов;- ознакомить с клиническими симптомами гингивитов;- ознакомить с особенностями гингивита у детей;- развить у студентов ответственность и внимательность к пациентам;- расширить кругозор знаний и обучить мануальным навыкам;
<i>Студент должен знать:</i>	<ul style="list-style-type: none">- объективные изменения при гингивите у детей- субъективные изменения при гингивите у детей- клинические симптомы гингивита у детей- особенности гингивита у детей- осложнения гингивита у детей

Студент должен уметь:	<ul style="list-style-type: none"> - правильно определять диагноза заболевания - как проводить профилактику этого заболевания - дифференцировать данное заболевание - лечить
Технология обучения:	<ul style="list-style-type: none"> - кейс (на тему «Гингивиты у детей») - интерактивная игра «Снежки » - органайзер (цветок Лотоса) - тест и ситуационные задачи

1. ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Для гингивита независимо от клинико-морфологической формы характерны следующие признаки:

- наличие того или иного количества неминерализованных и минерализованных зубных отложений;
- отсутствие десневых карманов;
- симптом кровоточивости даже при легком мануальном выраженной прямой корреляционной зависимости между состоянием десневого края и индексом гигиены (ИГ);
- отсутствие явлений деструкции межзубных перегородок при рентгенологическом исследовании.

В клинической практике наиболее часто встречается катаральный гингивит, первой причиной которого является микробная бляшка.

Наибольшее значение в развитии воспалительных заболеваний придают *Str. sanguis*, *Bac. milanogeni*- *CUS*, *Actinomyces viscosus* и др.

Через 1—2 дня под влиянием токсинов микроорганизмов в десне развивается первичное воспаление, через 1—3 нед появляются все клинико-

морфологические признаки последнего. Позднее эти микробы вызывают разрушение других структур пародонта, в том числе костной ткани альвеолярного отростка. По мнению большинства ученых рабочей группы ВОЗ, гингивит является предшественником пародонтита.

Катаральный гингивит может быть острым и хроническим.

Острый катаральный гингивит чаще всего служит признаком острого инфекционного заболевания (острый герпетический стоматит, ветряная оспа и др. или следствием острой травмы). Дети жалуются на боли, жжение в деснах, спонтанную кровоточивость. Слизистая оболочка десен резко отечна и гиперемирована. Общее состояние ребенка соответствует тяжести инфекционного заболевания.



Острый катаральный гингивит

Хронический катаральный гингивит может возникнуть не только вследствие микробного налета, но и других местных причин — дефектов пломбирования и ортодонтического лечения, аномалий прикуса, прикрепления уздечек и тяжелей слизистой оболочки, коротких уздечек губ, мелкого преддверия полости рта, кариозных полостей придесневой локализации, изменения состава и уменьшения количества слюнной жидкости, а также различных видов травм. Снижение резистентности тканей пародонта и развитие гингивита возможны при некоторых общих заболеваниях: эндокринных,



хронических сердечно-сосудистых, легочных с гипоксией в тканях, хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сопровождающихся эндогенными гиповитаминозами и др.

Генерализованные поражения

десневого края, локализующиеся

симметрично на верхней челюсти или в области передних зубов на

обеих челюстях, свидетельствуют о преобладающем влиянии общих

раздражающих факторов. Усиление кровоточивости десен отмечается у девочек в предменструальный период и после него.

Хронический катаральный гингивит в пубертатном периоде.

У девочек в период полового созревания наблюдаются повышение

экскреции половых гормонов и уменьшение выработки прогестерона.

Развитие симптомов гингивита зависит от преобладания того или

иного гормона. Ювенильный гингивит проявляется у подростков в

период полового созревания как катаральный и исчезает через 2—

3 года, но может перейти в гипертрофический и пародонтит.

Наиболее распространены гингивиты у девочек 10—11 лет, а у мальчиков

14—15 лет. Жалобы при хроническом катаральном гингивите слабо

выражены, основные из них кровоточивость при приеме жесткой пищи и

чистке зубов, запах изо рта. Слизистая оболочка десны синюшная,

слабоотечная, выражен вазопарез (медленно исчезающий след при

надавливании пинцетом). Проба Шиллера—Писареваположительная. Степень тяжести гингивита определяется совокупностьюобщих изменений в организме ребенка и степенью вовлечениядесневого края в воспалительный процесс.

Гингивит легкой степени тяжести характеризуется вовлечением в патологический процесс межзубныхсосочков, средней степени —

вовлечением в процесс межзубного и маргинального участков десны;

тяжелой форме гингивита присуще поражение всех отделов

десны (межзубных сосочков,маргинального и альвеолярногоучастков).

В связи с тем что начало и развитие гингивита не сопровождается

болью, пациенты за врачебнойпомощью не обращаются, однако для

уменьшения кровоточивости ониперестают чистить зубы,употребляют только мягкую пищу, что ведет к быстрому ухудшению состояния

десны. Хронический катаральныйгингивит в стадии обострения

характеризуется болевыми ощущениями,резкой спонтанной

кровоточивостью десен. При этой форме воспаления десневого края часто

отмечается поражение всех трех участковдесны. Из анамнеза можно

установить, что ребенок периодически страдал кровоточивостью десен и

ранее .

Язвенный гингивит имеет остроетечение. В патогенезе этой формы гингивита преобладает снижение общей и местной резистентности.

Язвенный гингивит может быть симптомом тяжелого течения

острого инфекционного заболевания (острый герпетический стоматит,

ветряная оспа и др.). В возрасте до 3 лет выявление язвенного гингивита при отсутствии острого инфекционного заболевания позволяет думать о болезнях крови, в дошкольном и раннем школьном возрасте — о болезнях крови и ретикулогистиоцитозе. У детей среднего и старшего школьного возраста язвенный гингивит может встречаться как самостоятельное заболевание вследствие активизации фузоспирохетарной флоры в условиях снижения реактивности организма и плохой гигиены полости рта. Процесс начинается с катарального гингивита, затем происходят некроз и изъязвление десны. При обследовании отмечается гнилостный запах изо рта. Некротизированная десна в виде серой каймы покрывает изъязвленный край. Характерно отложение зубного камня и налета. У ослабленных детей некротический процесс быстро прогрессирует вглубь и по периферии. Заболевание протекает с выраженной интоксикацией, повышением температуры

тела. Ребенок отказывается от еды, плохо спит, капризничает. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации. Обнаруживаются изменения в форменных элементах крови, повышается СОЭ.

Гипертрофический гингивит представляет собой чаще всего хронический процесс и характеризуется пролиферацией десны на различных участках. Часто отмечается гипертрофия передних отделов верхней и нижней челюстей. Существенную роль в развитии такого гингивита играют гормональные сдвиги (пре- и пубертатный периоды развития ребенка, во время беременности), дефицит витамина С. Кроме того, гипертрофический гингивит нередко развивается при лечении детей с эпилепсией некоторыми препаратами (дифенин, гидантоин), реже при болезнях крови (лейкемические ретикулезы). Наиболее частой местной причиной развития такой патологии является скученное положение зубов в переднем отделе верхней и/или нижней челюсти. Очаговый гипертрофический гингивит развивается под

действием механической травмы (кламмерортодонтического аппарата, нависающие края пломб, кариозный процесс придесневой локализации).

Течение гингивита хроническое, сопровождается деформацией рельефа десны, увеличением межзубных сосочков и десневого края.

Различают 3 формы заболевания: фиброзную, гранулирующую (отечную)

и смешанную. В большинстве случаев преобладает продуктивный фиброзный процесс, при котором десневой край слабо кровоточит или не кровоточит, больных беспокоит лишь необычный вид десны. При гранулирующей (отечной) форме десна темнокрасного цвета, отличается значительной пастозностью и кровоточивостью, иногда отмечается боль при приеме пищи. При гранулирующей форме гипертрофического гингивита у детей, помимо разрастания десневых сосочков, определяется ее цианоз. Наиболее часто эти изменения наблюдаются во фронтальной области, реже в области других зубов. При смешанной форме имеются признаки первых двух форм. При гипертрофическом гингивите, вызванном приемом лекарственных средств, разрастание десны определяется не только с вестибулярной, но и с оральной поверхности.

Все виды гипертрофии сопровождаются развитием глубоких ложных карманов, где задерживаются пищевые остатки; происходит мацерация эпителия, появляются неприятный запах изо рта и косметический дефект.

Выделяют 3 степени гиперплазии десны:

I — десневой край слегка утолщен и приподнят в виде валика, выступая в преддверие полости рта, закрывает коронки на $\frac{1}{3}$

II — десна покрывает коронки зубов до $\frac{1}{2}$

III — десна достигает режущего края или жевательной поверхности зубов.



Хронический
гипертрофический гингивит в
пубертатном периоде



Хронический
гипертрофический гингивит в
пубертатном периоде

Общая схема терапевтических мероприятий при заболеваниях пародонта:

- удаление микробного налета и предотвращение его образования на поверхности зуба;
- снятие минерализованных отложений;
- качественная санация кариозных дефектов с восстановлением межзубных контактов;
- выравнивание окклюзионных поверхностей зубов путем избирательного пришлифовывания;
- ликвидация функциональной перегрузки отдельных групп зубов;
- устранение аномалий прикрепления мягких тканей к костному остову лица, вредных привычек;
- по показаниям ортодонтическое лечение;

- лечение имеющихся заболеваний органов и систем организма ребенка соответствующими специалистами;
- использование медикаментозных и других средств и методов, воздействующих на патогенетические звенья воспаления в пародонте;
- применение средств, усиливающих защитно-приспособительные механизмы и стимулирующих регенерацию (общеукрепляющее лечение, иммунокорригирующая терапия, средства неспецифической и специфической гипосенсибилизации, повышение реактивности организма, стимулирование остеогенеза);

Лечение катарального гингивита предусматривает устранение местных раздражающих факторов, обучение правильной чистке зубов и контроль за ее качеством с использованием красителей, рекомендации по выбору средств гигиены, профессиональную гигиену и проведение противовоспалительной терапии. Для местной противовоспалительной терапии катарального гингивита наиболее широко используют препараты из лекарственных трав для аппликаций, ванночек и полосканий: ромазулан, 2 % раствор календулы, имманиновую мазь и 1 % спиртовой раствор новоимманина (зверобой), коланхоэ (сок и мазь), 0,2 % раствор сальвина (шалфей), хлорофиллипт (1 % спиртовой раствор), настойки эвкалипта (10 %), чистотела (30 %), препараты прополиса (5 % спиртовой раствор), мазь «Пропосол», хлоргексидин (0,06 % раствор), галаскорбин, метацил, мундизал-гель, гель «Метрогил-дента». Лечение язвенного гингивита во многом зависит от местного применения антибактериальных препаратов. После постановки диагноза в

первое посещение начинают активную терапию. Прежде всего тщательно обрабатывают полость рта рыхлыми ватными тампонами с антисептическими препаратами (все растворы должны быть теплыми).

Для обезболивания десны можно использовать аэрозоль лидокаина, ксилестезин и др. Общее лечение включает антибиотики в таблетках, препараты кальция, анальгетики, комплекс витаминов (аскорбиновая кислота, аскорутин). Физические методы лечения — облучение светом гелий-неонового лазера или КУФ, орошение растворами лекарственных веществ.

Лечение гипертрофического гингивита зависит от формы и стадии заболевания, начинается с выявления этиологического фактора и воздействия на очаг пролиферации десны. Однако обязательным остается тщательное удаление зубной бляшки и камня. При наличии патологии прикуса показано ортодонтическое лечение. В начальной стадии фиброзной формы после устранения этиологических факторов назначают рассасывающие средства — гепариновую мазь, электрофорез или фонофорез гепарина, лидазы, гиалуронидазы, при незначительной гипертрофии — электрофорез 5 % раствора йодида калия, гидротерапию.

При фиброзной форме гипертрофического гингивита I—II стадии показана склерозирующая терапия следующими средствами: 30 % водный раствор салицилата натрия, 65 % раствор глюкозы, 0,1 % раствор новэмбихина и др. Склерозирующий раствор вводят от вершины к основанию сосочка в количестве 0,1—0,2 мл (до побледнения сосочка). После 2—3 инъекций заметны уплотнение сосочков и уменьшение их объема. Лечение язвенного гингивита во многом зависит от местного применения антибактериальных препаратов. После постановки диагноза в первое посещение начинают активную терапию. Прежде всего тщательно обрабатывают полость рта рыхлыми ватными тампонами антисептическими препаратами (все растворы должны быть теплыми). Для обезболивания десны можно использовать аэрозоль лидокаина, ксилестезин и др.

После обезболивания аккуратно тщательно снимают мягкий налет и зубной камень, затем чистым экскаватором удаляют некротизированные ткани и снова

полость рта промывают теплым раствором антисептиков и делают аппликации с одним из следующих препаратов: с растворами ферментов и антибиотиков, мазями «Клиостом» (метронидазол), «Лизо-6" (лизозим, пиридоксин), мазью с антибиотиками и антисептиками (неомициновая, линкомициновая мази).

Рекомендуют делать в домашних условиях ротовые ванночки противовоспалительным средством в течение 2—3 мин после чистки зубов. Можно

рекомендовать сосание таблеток сибедина (хлоргексидин + аскорбиновая кислота), что создает достаточно долгий контакт поверхности слизистой оболочки с

лекарственным средством и стимулирует слюноотделение.

2. Аналитическая часть

I. Кейс Задание №1

Экспертные листки для работы с группами

1- группа

1. Проведите дифференциальную диагностику катарального гингивита с гипертрофическим гингивитом.
2. Проведите дифференциальную диагностику атрофического гингивита с пародонтитом.
3. Проведите дифференциальную диагностику гипертрофического гингивита с фиброматозом десен.

Заполните таблицу «Ситуационная задача»

Вид ситуационной задачи	Причины возникновения ситуационной задачи	Действия для решения ситуационной задачи

2- группа

1. Проведите местное лечение катарального гингивита.
2. Проведите местное лечение гипертрофического гингивита.

3. Проведите местное лечение язвенно некротического гингивита.

Заполните таблицу «Ситуационная задача»

Вид ситуационной задачи	Причины возникновения ситуационной задачи	Действия для решения ситуационной задачи

Задание №2

Заполните органайзер «Цветок лотоса»

Классификация гингивитов	Этиология гингивитов

Критерии оценки решения кейса.

Для работы в аудитории

Группы	Группа макс. 10 б	Демонстрация в виде презентации. 30 б	Ответы полные и точные Макс.10б	Итого 50 б
1				
2				

Критерии оценки

50-48 баллов отлично, 46-38 баллов – хорошо, 34-36 баллов – удовлетворительно, 34-32 баллов неудовлетворительно, 31 и меньше – плохо.

№	Важно	отлично	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно	плохо
	Успеваемость %	100%-86%	85%-71%	70%-55%	54%-37%	36% и меньше
2	Кейс - стадии	50-43 балл	42,5-35,5	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

			балл			
--	--	--	------	--	--	--

2.2. Используемые на данном занятии новые технологии метод “Снежков”

Метод может быть использован в качестве первого этапа занятия.

Разбить группу на 2 МГ(2 команды), выбрать в каждой команде лидера. Предложить каждой команде подготовить для другой команды по три вопроса, относящихся к теме занятия; при подготовке вопросов должен быть подготовлен и свой ответ на вопрос. На подготовку вопросов отводится 7-8 минут. Лидер каждой команды выбирает лучшие(наиболее важные и интересные) из предложенных вариантов вопросов. По окончании подготовки вопросов, команды поочередно задают друг другу вопросы. На подготовку ответа дается 1 мин., после чего в течение 1-2 мин. излагается ответ на заданный вопрос(все затраты времени контролируются преподавателем). Если команда, задавшая вопрос, не согласна с изложенным вариантом ответа, то она предлагает свой вариант. После каждого «вопроса-ответа» преподаватель комментирует качество и вопроса и ответа. В протокол занятия выставляется оценка за вопрос, ответ и дополнение. При оценке качества вопроса учитывается его соответствие теме, конкретность, оригинальность, научная грамотность изложения, актуальность(5 баллов); при оценке ответа – правильность, полнота, соответствие теме, научная грамотность изложения, четкость(5 баллов). За свой вариант ответа ставится дополнительный балл: правильное, существенное дополнение – 1 балл, небольшое дополнение от 0.1 до 0.5 баллов, неправильное дополнение (-)0.5 баллов.

Все результаты обсуждения вносятся в протокол по форме:

1 команда	2 команда
: оценка в баллах	
№ вопроса: _____	
:вопрос	:ответ
:дополнение	:дополнение

При подведении итога преподаватель суммирует все баллы, набранные каждой командой, и делит полученную сумму на 6(3 вопроса и 3 ответа). Рассчитанная величина составит среднюю оценку участников команды. Более высокий балл (на 0.5 выше) выставляется наиболее активным членам команды, пассивные студенты наказываются штрафом(-0,2-0,3).

Варианты вопросов:

1. Клиника картина:

- катарального гингивита
- гипертрофического гингивита
- атрофического гингивита

2. Этиология гингивитов:

- катарального
- гипертрофического
- атрофического

3. Какие гипертрофические гингивиты различают по характеру воспаления?

4. Какие виды гипертрофического гингивита вы знаете по распространенности процесса?

5. Проведите дифференциальную диагностику гингивитов друг с другом и с пародонтитом

6. Лечение больных гингивитом:

- катаральным
- гипертрофическим
- атрофическим

7. Какие морфологические изменения наблюдаются при гингивитах:

- катаральном
- гипертрофическом
- атрофическом

8. Какие осложнения наблюдаются при гингивитах:

- катаральном
- гипертрофическом
- атрофическом

2.3. Графический органайзер: Схема цветочек «ЛОТОС»

- Данная программа способствует развитию мышление студентов

Средство решения проблем. Воплощает в себе образ цветка лотос. Его основу составляют девять больших квадратов, каждый из которых образован из девять квадратиков.

Развивает и активизирует системное, творческое аналитическое мышления.

Индивидуально (в парах строят схему: основную проблему записывают в центре центрального квадрата. Идеи ее рращения записывают в восьми остальных квадратах, расположенных вокруг центрального.

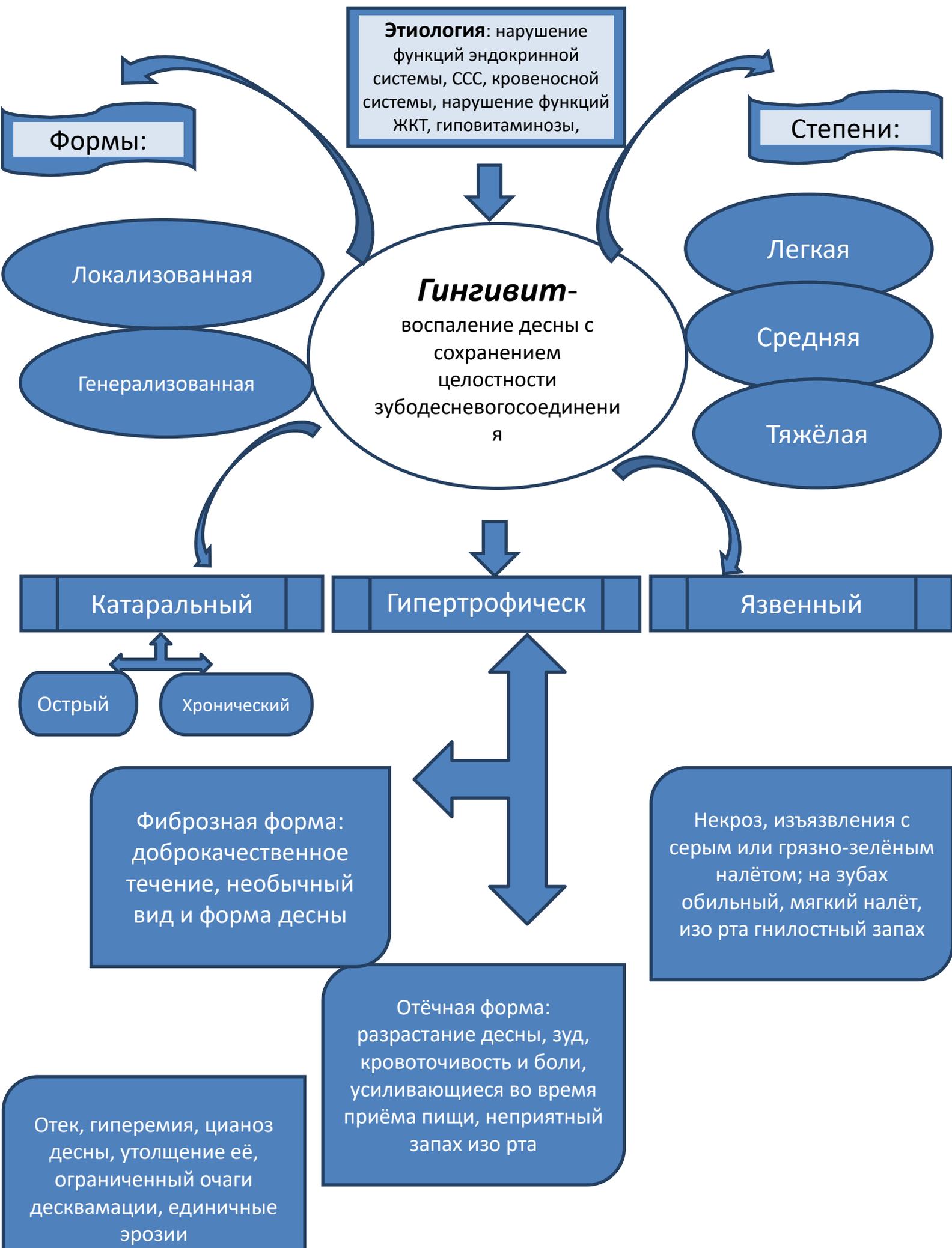
Каждую из этих восьми идей переносят из центрального в восьми больших квадратов, расположенных вокруг, те выносят идеи из цветка лотоса на его лепестки т.о. каждая из них будет в свою очередь, рассмотрена как еще одна проблема.

Объединяются в пары, сравнивают, дополняют свои схемы. Сводят в общую схему.

Презентация результатов: презентация заполненной схемы позволяет продемонстрировать взаимосвязь под проблем, их комплексный характер

2.3.Ситуационные задачи:

1. Ребенок 14 лет жалуется на кровоточивость ,покраснения, боль при откусывании 4321/1234 (нижней) десны вокруг этих зубов болезненно. При осмотре у ребенка глубокий прикус, десна в области 4321/1234 (нижней) фронтальных зубов нижней челюсти отечна, цианотична. Каков ваш диагноз и тактика лечения ?
2. Ребенок 12 лет жалуется на не приятный запах верхней 6 , кровоточивость десны в области данного зуба. При осмотре зуба выявлена пломба, десна вокруг гиперемирована, отечна, кровоточит при дотрагивании. Каков ваш диагноз и лечение?
3. Ребенок 8 лет пришел с жалобами на кровоточивость десен и боль при еде, увеличенный вид десны. При осмотре десна цианотична, сосочек кровоточит при дотрагивании. Объективно гипертрофия десен в области верхних фронтальных зубов. Ваш диагноз и тактика лечения ?
4. Ребенку 15 лет . Обратился по поводу боли при принятии горячей, холодной, кислой пищи. При осмотре наблюдаются обнаженные шейки нижних фронтальных зубов, мощные десневые связки. Поставьте диагноз. Ваша тактика.



2.4.ТЕСТЫ.

1. Поражение преимущественно десневых сосочков характерно:
 - A. при гингивите лёгкой степени
 - B. при гингивите средней тяжести
 - C. при пародонтите средней тяжести
 - D. при пародонтозе
 - E. при кандидозе
2. Гингивит средней тяжести характеризуются поражением:
 - A. маргинальной десны
 - B. десневых сосочков
 - C. переходная складка
 - D. альвеолярной десны
 - E. надкостницы
3. Гипертрофический гингивит имеет формы:
 - A. отёчная, фиброзная
 - B. язвенная, катаральная
 - C. лёгкая, средняя, тяжёлая
 - D. первая, вторая, третья
 - E. фиброзная, язвенная
4. Изъязвление десневого края с усечённостью вершин сосочков характерно для:
 - A. язвенного гингивита
 - B. катарального гингивита
 - C. пародонтите тяжёлого течения
 - D. гипертрофического гингивита
 - E. пародонтоза
5. Попадание мышьяковистой пасты в межзубный промежуток может привести к развитию:
 - A. язвенного гингивита
 - B. генерализованного пародонтита
 - C. катарального гингивита
 - D. периодонтита в стадии экссудации
 - E. пародонтоза
6. Глубина пародонтального кармана до 3,5 мм характерно для:
 - A. пародонтита легкой степени
 - B. пародонтите средней тяжести
 - C. гингивите лёгкой степени
 - D. пародонтите тяжёлой степени
 - E. язвенного гингивита

7. Незначительное количество зубных отложений, хорошая фиксация зубов, обнажение шеек зубов, наличие клиновидных дефектов характерно для:
- A. пародонтоза
 - B. пародонтита тяжёлой степени
 - C. гингивита лёгкой степени
 - D. пародонтолиза
 - E. пародонтомы
8. Местное лечение заболеваний пародонта начинается с:
- A. удаления зубных отложений
 - B. рассеканием десневых сосочков
 - C. медикаментозная обработка
 - D. аппликации
 - E. противовоспалительная терапия
9. При катаральном гингивите из лекарственных средств применяют:
- A. 0,05 – 1% раствор хлоргексидина
 - B. 50-60% раствор глюкозы
 - C. кортикостероиды
 - D. 20-30% резцин
 - E. все ответы верны
10. Лечение гипертрофического гингивита в отёчной стадии заключается в :
- A. склерозирующей терапии
 - B. противовоспалительной терапии
 - C. антибиотикотерапии
 - D. кератопластической терапии
 - E. кортикостероиды

3. Практическая часть.

Склерозирующая терапия зубодесневого кармана.

Цель: научить студентов проводить склерозирующую терапию зубодесневого кармана.

Выполняемые этапы (ступени)

№	Мероприятие	Не выполнил (0 баллов)	Полностью правильно выполнил (100 баллов)
---	-------------	---------------------------	--

1	Подобрать нужный инструмент (зеркало, зонд, пинцет, ватные валики, шарики).		10
2	Полоскать рот антисептическим раствором		10
3	Шарик смочить в 30-50% растворе трихлоруксусной кислоты.		20
4	Тушировать гипертрофированный участок десны этим шариком		20
5	Повторная обработка трихлоруксусной кислотой через 3-4 дня.		20
7	Анализ полученных результатов		20
	Всего	0	100

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. И.Х.Халилов, Йўлдошхонова А.С., и др. «Болалар терапевтик стоматологияси ва стоматологик касалликлар профилактикаси» 2011 й
2. И.Х.Халилов и др. «Болалар терапевтик стоматологияси» 2006
3. С.Н. Махсудов «Болалар терапевтик стоматологияси» 2008 й
4. А. А. Колесов. – «Стоматология детского возраста». – Москва, 1991 г.

Дополнительная:

1. Т. Ф. Виноградова. – «Стоматология детского возраста». – Москва, 2007
2. Э. М. Кузьмина и соавт. – «Профилактика стоматологических заболеваний». – Москва, 2008 г.
3. Стоматология детского возраста (Персин Л.С.) - 2003 г.

4. Н. В. Курякина. – «Терапевтическая стоматология детского возраста». – Н. Новгород, 2001 г.