

В представленной монографии подробно изложены современные подходы к профилактике заболеваний в детской хирургической стоматологии. Рассматриваются этиология, классификация и клинико-эпидемиологические особенности основных заболеваний челюстно-лицевой области у детей, требующих хирургического вмешательства. Особое внимание уделено стратегиям профилактики — от первичной профилактики стоматологических заболеваний (включая кариес, травмы, воспалительные процессы) до вторичной и третичной профилактики осложнений и рецидивов. Описаны методы амбулаторного и стационарного наблюдения за детьми после хирургических вмешательств, роль родительского участия в обеспечении здоровья полости рта ребенка, а также психологические аспекты подготовки детей к лечению (психопрофилактика). Отдельная глава посвящена инновационным технологиям в детской стоматологии, направленным на повышение эффективности профилактических мер и улучшение качества лечения. В заключение обсуждаются возможные осложнения заболеваний и вмешательств, а также алгоритмы их предупреждения. Монография предназначена для детских стоматологов-хирургов, общих стоматологов, ординаторов и студентов стоматологических факультетов.



Мохичехра Туланова

# ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Монография

Туланова Мохичехра Акрам кизи ассистент кафедры стоматологии и оториноларингологии Ферганского медицинского института общественного здравоохранения, Республика Узбекистан. М. Туланова является автором около 15 научных работ, включая монографии, научно-методические пособия, статьи и тезисы, опубликованные в отечественных и зарубежных научных изданиях.



 **LAMBERT**  
Academic Publishing

**Мохичехра Туланова**

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ**

FOR AUTHOR USE ONLY

FOR AUTHOR USE ONLY

**Мохичехра Туланова**

**ПРОФИЛАКТИКА  
ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОЙ  
ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ**

**Монография**

FOR AUTHOR USE ONLY

**LAP LAMBERT Academic Publishing RU**

## **Imprint**

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: [www.ingimage.com](http://www.ingimage.com)

Publisher:

LAP LAMBERT Academic Publishing

is a trademark of

Dodo Books Indian Ocean Ltd. and OmniScriptum S.R.L publishing group

120 High Road, East Finchley, London, N2 9ED, United Kingdom

Str. Armeneasca 28/1, office 1, Chisinau MD-2012, Republic of Moldova,  
Europe

Managing Directors: Ieva Konstantinova, Victoria Ursu

[info@omniscryptum.com](mailto:info@omniscryptum.com)

Printed at: see last page

**ISBN: 978-620-9-24258-8**

Copyright © Мохичехра Туланова

Copyright © 2025 Dodo Books Indian Ocean Ltd. and OmniScriptum S.R.L  
publishing group

FOR AUTHOR USE ONLY

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДОРОВЬЯ

Туланова Мохичехра Акром кизи

***ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ***



*Монография для стоматологов-хирургов, общих стоматологов,  
ординаторов и студентов стоматологических факультетов*

Фергана – 2025

**Авторы:**

**Туланова М. А.**

ассистент кафедры стоматологии и оториноларингологии Ферганского медицинского института общественного здоровья

**Аннотация**

В представленной монографии подробно изложены современные подходы к профилактике заболеваний в детской хирургической стоматологии. Рассматриваются этиология, классификация и клинико-эпидемиологические особенности основных заболеваний челюстно-лицевой области у детей, требующих хирургического вмешательства. Особое внимание уделено стратегиям профилактики — от первичной профилактики стоматологических заболеваний (включая кариес, травмы, воспалительные процессы) до вторичной и третичной профилактики осложнений и рецидивов. Описаны методы амбулаторного и стационарного наблюдения за детьми после хирургических вмешательств, роль родительского участия в обеспечении здоровья полости рта ребенка, а также психологические аспекты подготовки детей к лечению (психопрофилактика). Отдельная глава посвящена инновационным технологиям в детской стоматологии, направленным на повышение эффективности профилактических мер и улучшение качества лечения. В заключение обсуждаются возможные осложнения заболеваний и вмешательств, а также алгоритмы их предупреждения. Монография предназначена для детских стоматологов-хирургов, общих стоматологов, ординаторов и студентов стоматологических факультетов, а также может быть полезна педиатрам и родителям, интересующимся вопросами профилактики стоматологических заболеваний у детей.

## ***ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ***

### **Введение**

Заболевания полости рта у детей широко распространены и занимают одно из ведущих мест в структуре общей детской заболеваемости. К ним относятся как кариес зубов и его осложнения, так и травматические повреждения, врожденные аномалии, воспалительные процессы челюстно-лицевой области. Особую роль в педиатрической стоматологии играет профилактика этих заболеваний, поскольку именно предупреждение патологии позволяет избежать серьезных хирургических вмешательств, сохраняет здоровье зубов и тканей, а также обеспечивает нормальное формирование зубочелюстной системы ребенка.

**Актуальность темы.** По данным эпидемиологических исследований, зубной кариес остается самым распространенным хроническим заболеванием детского возраста. В некоторых регионах более 70–80% детей школьного возраста имеют кариозные поражения зубов. Тревожной тенденцией последних десятилетий является рост числа случаев раннего детского кариеса у малышей до 3 лет, а также осложненного кариеса, приводящего к пульпитам и периодонтитам молочных зубов. Эти осложнения нередко требуют хирургических методов лечения (пульпэктомия, удаление зубов) и могут приводить к долгосрочным неблагоприятным последствиям для прикуса и здоровья ребенка. Кроме того, травмы зубов и челюстей занимают второе место по частоте среди стоматологических проблем у детей: по различным данным, до 20–30% детей переносят травматическое повреждение зубов до окончания школы. Врожденные и приобретенные аномалии развития зубочелюстной системы (неправильный прикус, уздечки, сверхкомплектные зубы и др.) встречаются более чем у половины детей и без профилактических и ранних ортодонтических мер могут потребовать хирургической коррекции в будущем. Все это подчеркивает актуальность разработки и внедрения

эффективных профилактических стратегий в детской хирургической стоматологии.

**Цель монографии.** Целью данной работы является систематизация современных знаний о профилактике заболеваний в детской хирургической стоматологии. Монография призвана обобщить данные научной литературы и клинической практики по предотвращению развития основных стоматологических заболеваний у детей, предотвращению их прогрессирования и осложнений, а также по предупреждению возможных нежелательных последствий хирургических вмешательств.

**Задачи монографии:** изложить классификацию заболеваний, встречающихся в практике детского стоматолога-хирурга; описать клинко-эпидемиологические аспекты (распространенность, факторы риска, особенности течения); представить современные методы профилактики на различных этапах — от антенатальной профилактики врожденных пороков до индивидуальной гигиены и организационных мер; описать тактику диспансерного наблюдения (амбулаторного и при необходимости стационарного) за детьми с риском стоматологической патологии; раскрыть значение участия родителей в профилактических мероприятиях; рассмотреть психологические методы подготовки детей к лечению (психопрофилактику) как элемент профилактики психологической травмы; охарактеризовать инновационные технологии и материалы, применяемые в детской стоматологии для повышения эффективности профилактики и лечения; проанализировать возможные осложнения как самих заболеваний, так и лечебных вмешательств, а также предложить алгоритмы предупреждения этих осложнений.

**Структура монографии.** Работа включает введение, восемь глав, заключение и приложения с таблицами. В первой главе представлена классификация основных заболеваний детской хирургической стоматологии. Вторая глава посвящена клинко-эпидемиологическим аспектам: анализу распространенности, факторов риска и клинических особенностей

заболеваний у детей. В третьей главе рассматриваются современные профилактические стратегии, направленные на предупреждение кариеса, травм, воспалительных заболеваний и аномалий развития. Четвертая глава описывает организацию амбулаторного и стационарного наблюдения за детьми, перенесшими стоматологические вмешательства, и за детьми групп риска. Пятая глава раскрывает роль родительского сопровождения и участия семьи в успешной профилактике. Шестая глава посвящена психопрофилактике – методам предупреждения страха и формирования положительного отношения к лечению у маленьких пациентов. В седьмой главе рассматриваются инновационные технологии в детской стоматологии, от новых материалов до цифровых методов, влияющие на профилактику и лечение. Восьмая глава анализирует возможные осложнения заболеваний и лечения, предлагая алгоритмы их предупреждения. Монография завершается заключением, где подводятся общие итоги и формулируются выводы о значении профилактики в детской хирургической стоматологии.

## **ГЛАВА 1. КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Детская хирургическая стоматология охватывает широкий круг заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области у детей, требующих хирургического или оперативного вмешательства. Классификация этих патологий может быть выполнена по различным признакам: по этиологии (воспалительные, травматические, опухолевые и пр.), по локализации, по характеру течения и т.д. Ниже приводится обобщенная классификация основных заболеваний, встречающихся в практике детского стоматолога-хирурга, с выделением ключевых категорий.

**Таблица 1. Классификация основных заболеваний детской  
хирургической стоматологии**

<b>Категория патологий</b>	<b>Примеры заболеваний (нозологий)</b>
<b>Воспалительные заболевания</b>	Одонтогенный пульпит и периодонтит; переостит (поднадкостничный абсцесс); абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области; остеомиелит челюсти; лимфаденит регионарный; сиалоаденит (воспаление слюнных желез); перикоронарит (воспаление капюшона при прорезывании зуба).
<b>Травматические повреждения</b>	Ушибы, трещины и переломы зубов; вывихи зубов (частичный или полный); травматическая авульсия (выбивание зуба); переломы челюстей; раны мягких тканей лица и полости рта (губ, щек, языка) требующие хирургической обработки; повреждения уздечек (губы, языка).
<b>Опухоли и опухолеподобные образования</b>	Доброкачественные опухоли мягких тканей (фибромы, папилломы, гемангиомы, лимфангиомы); доброкачественные опухоли костей челюсти (одонтогенные опухоли: амелобластома и др.; остеомы); кисты челюстей (одонтогенные кисты: радикулярные, фолликулярные; непрорезавшихся зубов); злокачественные опухоли (крайне редки у детей: саркомы, опухоли мягких тканей или костей лица).
<b>Аномалии развития</b>	Врожденная расщелина губы и неба (заячья губа, волчья пасть) – комплексная патология, требующая многоэтапной

	хирургической коррекции; анкилоглоссия (короткая уздечка языка); врожденные кисты и свищи шеи; врожденные зубы (неонатальные) при необходимости удаления; ретенция и дистопия зубов (непрорезавшиеся или неправильно прорезавшиеся зубы, например клыки, требующие хирургического вмешательства для высвобождения); сверхкомплектные зубы.
<b>Заболевания пародонта</b>	Гингивит у детей (обычно лечится консервативно, но в тяжелых формах может потребовать хирургической коррекции десневых разрастаний); юношеский периодонтит (агрессивный пародонтит подростков, иногда требующий хирургического вмешательства, например кюретажа); пародонтальные абсцессы.
<b>Заболевания слюнных желез</b>	Мукоцеле (киста малой слюнной железы на губе или щеке); ранула (кистозное поражение подъязычной слюнной железы); хронический сиалоаденит околоушной или поднижнечелюстной железы; врожденные аномалии слюнных протоков (атрезия протока, требующая реконструкции).

Приведенная выше классификация охватывает основные группы патологий. Следует отметить, что детский возраст накладывает особенности на клинику многих заболеваний. Например, воспалительные процессы у детей (такие как одонтогенные абсцессы) часто развиваются быстрее и имеют более выраженную картину из-за анатомических и иммунологических особенностей детского организма. Травматические повреждения зубов у детей чаще затрагивают верхние резцы и нередко сопровождаются повреждением зачатков постоянных зубов. Опухолевые образования в полости рта у детей относительно редки и, как правило, доброкачественны (например, гемангиомы младенцев), однако требуют наблюдения и иногда хирургического лечения из-за риска нарушения развития тканей. Врожденные аномалии (такие как расщелины) требуют междисциплинарного подхода с участием челюстно-лицевых хирургов, оториноларингологов, ортодонтотв и логопедов.

Важно подчеркнуть, что четкая классификация помогает систематизировать подход к профилактике: для каждой категории

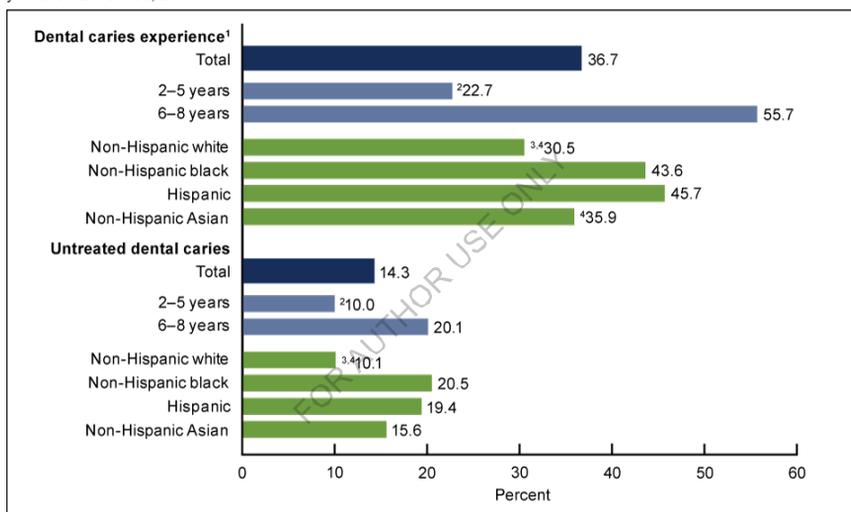
заболеваний существуют специфические профилактические меры. Например, для воспалительных одонтогенных заболеваний главным является профилактика кариеса как их первопричины, для травм – профилактика травматизма, для аномалий развития – генетическое консультирование и антенатальная профилактика, для опухолей – наблюдение и ранняя диагностика, и т.д. В последующих главах эти меры будут рассмотрены подробно.

FOR AUTHOR USE ONLY

## ГЛАВА 2. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Эффективная профилактика невозможна без понимания того, как часто встречаются те или иные заболевания у детей, какие факторы способствуют их развитию и каковы особенности клинического течения в детском возрасте. Данная глава посвящена анализу распространенности (эпидемиологии) основных стоматологических заболеваний у детей, а также рассмотрению их клинических особенностей, влияющих на подходы к профилактике.

Figure 1. Prevalence of dental caries in primary teeth, by age and race and Hispanic origin among children aged 2–8 years: United States, 2011–2012



<sup>1</sup>Includes untreated and treated (restored) dental caries.

<sup>2</sup>Significantly different from those aged 6–8 years,  $p < 0.05$ .

<sup>3</sup>Significantly different from non-Hispanic black children,  $p < 0.05$ .

<sup>4</sup>Significantly different from Hispanic children,  $p < 0.05$ .

NOTE: Access data table for Figure 1 at: [http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db191\\_table.pdf#1](http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db191_table.pdf#1).

SOURCE: CDC/NCHS, National Health and Nutrition Examination Survey, 2011–2012.

*Рис. 2.1 – График распространённости кариеса и других  
зубочелюстных патологий у детей.*

**Распространенность и структура стоматологической заболеваемости у детей.** Наиболее частым заболеванием полости рта у детей является кариес зубов. По статистическим данным, кариозное поражение временных зубов выявляется уже у 20–50% детей в возрасте 3–4 лет, а к 6–7 годам (концу дошкольного возраста) распространенность кариеса молочных зубов в разных регионах достигает 70–80%. Постепенно с ростом ребенка

кариес поражает и постоянные зубы: у детей 12 лет распространенность кариеса постоянных зубов составляет 50–70% и более, а к 15 годам приближается к 80–90%. Таким образом, кариес и его осложнения (пульпиты, периодонтиты) составляют львиную долю стоматологических заболеваний у детей.

Второе место по частоте занимают травматические повреждения зубов и челюстно-лицевой области. По данным различных исследований, от 10 до 30% детей в школьном возрасте хотя бы раз получали травму зуба. Наиболее часто травмируются верхние центральные резцы у детей 7–10 лет, что связано с активными играми, спортом и повышенной подвижностью детей этого возраста. У подростков увеличивается доля спортивных и дорожно-транспортных травм челюстно-лицевой области. Клиническая особенность детской травмы зубов – возможность повреждения зачатков постоянных зубов при травме молочных, а также более высокая регенеративная способность: например, незначительные смещения зубов (подвывихи) у детей могут стабилизироваться самостоятельно при минимальном вмешательстве, в то время как у взрослых обычно требуются более сложные меры фиксации.



*Рис. 2.2. Травматические повреждения зубов у детей.*

Наиболее частые виды повреждений: перелом коронки, вывих, подвывих и авульсия зуба.

Зубочелюстные аномалии (неправильный прикус, аномалии положения зубов, размеры челюстей) чрезвычайно распространены. По различным оценкам, у 50–70% детей выявляются те или иные отклонения в формировании прикуса. Однако клинически значимые аномалии, требующие ортодонтического или хирургического лечения, составляют около 30–40%. Наиболее распространены дистальный прикус (прогнатия) и глубокий прикус, несколько реже – открытый прикус, мезиальный (прогения) и перекрестный прикусы. Аномалии зубных рядов часто формируются вследствие сочетания генетических факторов и факторов окружающей среды (вредные детские привычки – длительное сосание пустышки, пальца; ранняя потеря молочных зубов; нарушения носового дыхания и пр.). Превазирование той или иной аномалии может зависеть от региона и этнических особенностей. Профилактика и раннее перехватывающее лечение (например, миотерапия, профилактические протезы, трейнеры) позволяют значительно снизить тяжесть аномалий к моменту формирования постоянного прикуса.

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей, такие как одонтогенные абсцессы и флегмоны, регистрируются реже, но представляют большую опасность. Распространенность острых гнойных одонтогенных инфекций у детей оценивается примерно в 1–3 случая на 1000 детей, однако эти показатели сильно варьируют в зависимости от доступности стоматологической помощи и социально-экономических условий. Чаще всего абсцессы и флегмоны развиваются как осложнение запущенного кариеса молочных зубов. У детей младшего возраста (3–6 лет) иммунная система еще развивается, анатомические пространства рыхлой соединительной ткани более выражены, что приводит к быстрому распространению инфекции и более тяжелому течению флегмон по сравнению со взрослыми. Клинико-эпидемиологической особенностью также является более частое вовлечение регионарных лимфатических узлов (лимфадениты) у детей при любом

воспалительном процессе в области головы и шеи. Кроме того, у детей даже небольшие воспалительные очаги могут сопровождаться выраженными общими симптомами (лихорадка, интоксикация). Это диктует необходимость профилактики кариеса и раннего лечения любых инфекций полости рта, чтобы не доводить до грозных осложнений.

Доброкачественные опухоли полости рта у детей (например, гемангиомы, папилломы) встречаются относительно нечасто — по разным данным, в пределах 1–2% среди детского населения. Гемангиомы составляют значительную часть доброкачественных образований мягких тканей у грудных детей (до 10% детей первого года имеют гемангиому различной локализации, однако в полости рта – гораздо реже). Одонтогенные опухоли и кистозные образования (например, одонтогенная кератокиста или амелобластома) у детей редки; их частота измеряется единичными случаями на 100 000 детей. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области у детей являются казуистической редкостью (не превышают 1% от всех злокачественных новообразований детского возраста), но требуют особого внимания, так как часто диагностируются поздно из-за сходства симптоматики с доброкачественными процессами или воспалением. В эпидемиологическом аспекте важна организация скрининга и осмотров, позволяющих своевременно выявлять любые новообразования у детей, а также обучение родителей навыкам распознаваниястораживающих признаков (длительно незаживающие язвочки, уплотнения и пр.).

**Факторы риска и условия, способствующие заболеваниям.** Клинико-эпидемиологический анализ включает не только частоту, но и выяснение факторов риска – то есть условий, при которых вероятность возникновения заболевания возрастает. Для кариеса и болезней пародонта основными факторами риска являются избыточное потребление сахаров и углеводов, недостаточная гигиена полости рта, низкое содержание фтора в питьевой воде или отсутствие использования фторидной зубной пасты, а также сопутствующие заболевания (например, при сахарном диабете повышен риск

заболеваний пародонта). Социальные факторы имеют огромное значение: в семьях с низким доходом и уровнем образования детей значительно чаще страдают множественным кариесом, что связывают и с питанием, и с недостаточным вниманием к профилактике. Кроме того, к факторам риска относятся вредные привычки в раннем детстве (длительное ночное кормление из бутылочки смесями или соками, что приводит к "бутылочному" кариесу; привычка засыпать с пустышкой, смоченной в сиропе или меде, и т.д.).

Для травматических повреждений факторы риска – повышенная физическая активность без должных мер безопасности: отсутствие использования защитных кап при занятиях контактными видами спорта, отсутствие пристального присмотра за маленькими детьми в период, когда они учатся ходить (частые падения с ударом о твердые предметы), а также небезопасная обстановка дома (острые углы мебели, скользкий пол). У мальчиков травмы зубов и челюстей регистрируются примерно в 2 раза чаще, чем у девочек, что связывают с более активным участием мальчиков в подвижных играх, драках и рискованных затеях.

В отношении аномалий прикуса фактором риска являются наследственность (наличие у родителей или близких родственников значительных аномалий прикуса), вредные привычки (висцеральный тип глотания, ротовое дыхание при аденоидах, сосание пальца или пустышки после 2–3 лет, привычка грызть ногти, длительное использование бутылочки и соски), а также ранняя утрата молочных зубов из-за кариеса. Последний фактор очень важен: у детей, рано потерявших молочные зубы, часто формируются вторичные деформации прикуса, так как соседние зубы смещаются в образовавшийся дефект, нарушается рост челюсти в участке удаления. Поэтому кариес служит косвенным фактором риска и для ортодонтических проблем.

Факторы риска воспалительных хирургических заболеваний (таких как абсцессы, флегмоны) – это прежде всего нелеченый кариес (источник хронической инфекции), сниженный иммунитет (часто болеющие дети,

наличие хронических очагов инфекции в носоглотке, например, хронический тонзиллит или аденоидит), а также травмы слизистой оболочки (через которые может внедряться инфекция). Несоблюдение гигиены и невыполнение профилактических осмотров приводит к тому, что развивающийся у ребенка пульпит остается нераспознанным и переходит в периодонтит и затем осложняется абсцессом. Отсутствие своевременной помощи при небольшом абсцессе может привести к распространению инфекции и развитию флегмоны – тяжелого разлитого гнойного воспаления.

Для опухолевых процессов четких и однозначных факторов риска часто не установлено (особенно для доброкачественных и детских опухолей). Однако известно, что травмы и хронические воспаления могут провоцировать разрастания (например, хроническая травма слизистой может привести к папилломатозному разрастанию). Роль вирусных инфекций (таких как вирус папилломы человека) в возникновении некоторых доброкачественных новообразований, как у взрослых, так и у детей, рассматривается в научной литературе. Соответственно, профилактика включает и снижение воздействия этих потенциальных факторов.

**Особенности клинического течения заболеваний у детей.** В детском возрасте многие заболевания имеют отличительные черты. Знание этих особенностей необходимо для того, чтобы правильно спланировать профилактические мероприятия и своевременно распознать проблему. Например, кариес молочных зубов прогрессирует значительно быстрее, чем кариес у взрослых, из-за особенностей структуры эмали и дентина молочных зубов (они менее минерализованы, толщина эмали меньше). Поэтому от момента возникновения белого мелового пятна до формирования полости может пройти всего несколько месяцев. Также молочные зубы имеют более крупную пульпарную камеру относительно размеров коронки, поэтому пульпит возникает быстро даже при сравнительно неглубоком кариесе. Эта клиническая особенность диктует необходимость особенно частых профилактических осмотров (не реже 1 раза в 3–4 месяца для детей группы

риска по кариесу) и максимально раннего вмешательства при начальных поражениях (фторирование, герметизация фиссур, реминерализующая терапия при первых признаках деминерализации).



*Рис. 2.3. Клинический пример раннего детского кариеса (быстрое прогрессирование поражений молочных зубов вследствие низкой минерализации эмали).*

Еще одна важная особенность – склонность детского организма к генерализации воспалительной реакции. Небольшой локальный гнойный процесс у ребенка может сопровождаться высокой температурой, общим тяжелым состоянием. По этой причине даже относительно небольшие абсцессы требуют активного лечения и наблюдения, а иногда и госпитализации, тогда как у взрослого в аналогичной ситуации возможно амбулаторное наблюдение. Следовательно, профилактика осложнений воспалительных процессов (сепсис, медиастинит при шейных флегмонах и др.) у детей включает более низкий порог для принятия решений о направлении ребенка в стационар и о назначении системной антибиотикотерапии.

Травматические повреждения зубов у детей отличаются тем, что корни зубов (как молочных, так и прорезывающихся постоянных) могут быть

недоформированы. Например, травма постоянно прорезающегося резца в возрасте 8–9 лет часто приводит к обширному повреждению пульпы, но корни еще не завершили рост (незакрытая верхушка). Клинические протоколы лечения в таких случаях и прогноз будут иными, чем у взрослых: вместо стандартной депульпации возможно проведение щадящей ампутации пульпы (методика Свек) с целью сохранить жизнеспособность корневой пульпы и обеспечить дозревание корня. Это также своего рода профилактика – профилактика потери зуба или остановки развития корня. Таким образом, при анализе клинических аспектов важно понимание, что дети – не просто "маленькие взрослые": у них свои нормативы и реагирование, что отражается на профилактической тактике.

В целом, эпидемиологический и клинический анализ показывает, какие направления профилактики наиболее приоритетны. Высокая распространенность кариеса указывает на необходимость массированных профилактических программ по гигиене и питанию; частота травм – на важность обучения безопасному поведению и использования средств защиты; распространенность аномалий прикуса – на необходимость ранней ортодонтической профилактики; особое течение воспалительных процессов – на важность раннего лечения и диспансеризации. Все эти выводы лягут в основу рассмотрения профилактических стратегий в следующей главе.

### ГЛАВА 3. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Профилактика стоматологических заболеваний у детей включает комплекс мер, реализуемых на разных уровнях: семейном (индивидуальная гигиена и питание), общественном (фторирование воды, санитарное просвещение), клиническом (профилактические осмотры, герметизация фиссур) и организационном (диспансеризация, программы в детских садах и школах). В контексте детской хирургической стоматологии профилактика направлена не только на предотвращение начальных заболеваний (например, кариеса, гингивита), но и на предупреждение их прогрессирования до стадий, требующих хирургического лечения, а также на профилактику травм и аномалий. Современные стратегии профилактики опираются на научные доказательства и тенденцию к минимально инвазивной, персонализированной медицине.

**Первичная, вторичная и третичная профилактика.** Традиционно профилактические мероприятия подразделяются на три уровня. **Первичная профилактика** направлена на предотвращение возникновения болезни как таковой. В стоматологии к первичной профилактике относятся меры, исключаящие или уменьшающие воздействие причинных факторов: обучение правильной гигиене полости рта, рациональное питание с ограничением сахара, фторпрофилактика (например, использование фторированной зубной пасты, проведение профессионального фторирования лаками), герметизация фиссур здоровых зубов сразу после прорезывания, применение реминерализующих препаратов на ранних стадиях деминерализации эмали. Также сюда относятся меры общественного характера: обеспечение населения питьевой водой с оптимальным содержанием фтора, пропаганда гигиенических навыков, законодательное ограничение рекламы сахаросодержащих продуктов, добавление фторидов или кальция в продукты питания (соль, молоко) в регионах с высоким уровнем кариеса. В контексте травм первичная профилактика – это предотвращение самих травм (установка

защитных покрытий на острые углы мебели, использование автокресел и ремней безопасности, ношение спортивных кап при занятиях спортом). Для врожденных аномалий первичная профилактика включает медицинско-генетическое консультирование, здоровый образ жизни матери во время беременности, прием фолиевой кислоты для снижения риска расщелин губы и неба и другие меры, влияющие еще до рождения ребенка.

**Вторичная профилактика** направлена на выявление заболеваний на ранних стадиях и предотвращение их развития и осложнений. В стоматологии примером вторичной профилактики является регулярное проведение профилактических осмотров у стоматолога: при осмотре можно выявить кариес в стадии пятна и вылечить его минимально инвазивно, не допуская пульпита. Вторичная профилактика кариеса – это лечение начального кариеса (например, метод инфильтрации эмали Ison или применение реминерализующих паст), пломбирование небольших кариозных полостей. Также вторичная профилактика включает санацию полости рта – своевременное лечение всех имеющихся кариозных зубов, удаление разрушенных зубов, которые не подлежат лечению, тем самым устраняются очаги хронической инфекции. В плане травматизма – вторичная профилактика это своевременное обращение при небольших травмах: например, если ребенок слегка травмировал зуб, раннее обращение позволит стабилизировать зуб, наложить шину при необходимости и избежать потери зуба или развития некроза пульпы. Для аномалий прикуса вторичная профилактика – это выявление первых признаков неправильного прикуса (например, в 5–6 лет) и проведение перехватывающих мероприятий: миогимнастика, удаление препятствующих прорезыванию зубов (например, сверхкомплектных зубов), небольшие ортодонтические аппараты, направляющие рост челюстей. Всё это предупреждает более тяжелые аномалии и уменьшает объем будущего лечения.

**Третичная профилактика** – это комплекс мер, предотвращающих развитие осложнений и рецидивов уже перенесенного заболевания, а также

реабилитация. В детской стоматологии примеры третичной профилактики: изготовление и установка держателей пространства (проставок) после преждевременного удаления молочных зубов – эта мера предотвращает смещение зубов и развитие ортодонтических осложнений (т.е. осложнение кариеса – потеря зуба – но мы предупреждаем следующий этап осложнений – нарушение прикуса). Другой пример: ребенок перенес одонтогенный абсцесс – после лечения необходимо регулярно наблюдать его, обучить гигиене, возможно, провести обработку всех уязвимых в плане кариеса зубов фторлаком, чтобы не допустить повторного абсцесса. Третичная профилактика травм – реабилитация, например, ортопедическое или хирургическое восстановление утраченного зуба (имплантация в более старшем возрасте или временное протезирование), чтобы восстановить функцию и психологический комфорт ребенка, а также предотвращение атрофии костной ткани. Третичная профилактика также включает меры по предупреждению послеоперационных осложнений: например, профилактика альвеолита (лунки) после удаления зуба – применение антисептических промываний, рекомендация не полоскать рот активно в первые сутки, диета и гигиена после операции.

Далее рассмотрим конкретные современные профилактические подходы применительно к наиболее актуальным группам заболеваний: кариозно-воспалительные, травматические, ортодонтические проблемы.

## Профилактика кариеса и его осложнений



Рис. 3.1. Меры профилактики кариеса

**Гигиеническое воспитание и обучение детей и родителей.** В основе профилактики кариеса лежит регулярное и правильное удаление зубного налета. Современные подходы подчеркивают, что обучение гигиене должно начинаться с раннего детства. Уже родителям младенца стоматологи дают рекомендации: протирать первые зубки марлевым тампоном или силиконовым напальчником, не давать ребенку засыпать с бутылочкой, особенно содержащей сладкую жидкость. С 1,5–2 лет ребенка постепенно приучают к чистке зубов щеткой под контролем родителей. Родительский контроль за чисткой зубов рекомендован как минимум до 7–8 лет, пока у ребенка не разовьются достаточные мелкая моторика и ответственность, чтобы качественно чистить самому. Использование фторсодержащей зубной пасты в детском возрасте должно соответствовать возрасту: до 3 лет – пасты с концентрацией фтора около 500 ppm и размером горошины, с 3 до 6 лет – 1000 ppm (мазок пасты на щетке), старше 6 – 1400–1500 ppm в количестве ~1 см полоски. Родителям объясняют важность двухразовой чистки зубов ежедневно, техники чистки (выметающие движения для десны), охватывания

всех поверхностей зубов. Для наглядности используются раскрашивание зубного налета индикаторными растворами, что мотивирует детей лучше очищать зубы. В современных клиниках часто практикуются «уроки гигиены» – индивидуальные занятия, где ребенка в игровой форме учат чистить зубы, подбирают подходящую щетку (мягкую, с маленькой головкой для детей) и пасту, демонстрируют мультики о микробах и т.п.

**Диетические рекомендации.** Ограничение потребления легкоферментируемых углеводов – краеугольный камень профилактики кариеса. Родителям разъясняется вред частых перекусов сладостями, сладких напитков (соки, газировки) особенно в бутылочке или поильнике. Современные исследования подчеркивают, что не только количество сахара, но и частота его употребления влияет на кариес: каждый эпизод сладкого создает во рту “кислотную атаку” на эмаль. Поэтому рекомендуется структурированный режим питания (3 основных приема пищи и 2 перекуса) вместо постоянного “подъедания”. После сладкого перекуса советуют дать ребенку запить водой, чтобы смыть сахар, или лучше съесть немного твердого сыра, который нейтрализует кислоту. На ночь после чистки зубов – никакой еды и сладких напитков, только вода при жажде. Среди современных подходов – *ксилитсодержащие продукты*: использование жевательных резинок или леденцов без сахара, но с ксилитом (натуральный подсластитель, тормозящий рост кариесогенных бактерий). Доказано, что 5-граммовое ежедневное употребление ксилита разделенно на порции (например, жевательная резинка 3 раза в день после еды) у детей снижает риск кариеса. Однако применение жевательной резинки допустимо у детей старше ~5 лет и только под присмотром, чтобы не было риска проглатывания.

**Фторпрофилактика.** Фториды укрепляют эмаль и делают ее более устойчивой к кислоте. Помимо упомянутых фторированных зубных паст, широко применяется профессиональная фторизация в условиях стоматологического кабинета. Раз в 6 месяцев (а для детей группы высокого риска по кариесу – раз в 3 месяца) целесообразно проводить покрытие зубов

фторлаком. Современные фторлаки содержат высокую концентрацию фтора (например, 5% фторид натрия) в смолистой основе, которая долго задерживается на эмали, обеспечивая пролонгированное действие. Их наносят на очищенные сухие зубы; в течение 4–6 часов просят не есть твердую пищу, не чистить зубы, чтобы лак подействовал. Альтернативой являются гели или пенки с фторидом (например, APF-гель – фтористый гель с кислым pH, способствующий проникновению фтора) – их наносит врач в индивидуальной капле на несколько минут. Также в некоторых регионах применяется групповая фторизация – полоскание раствором фторида натрия в организованных коллективах (школах). Для маленьких детей, которые не умеют полоскать, используют щетки или тампоны для аппликации раствора. Важно контролировать суммарное поступление фтора (учитывать, есть ли фтор в воде).

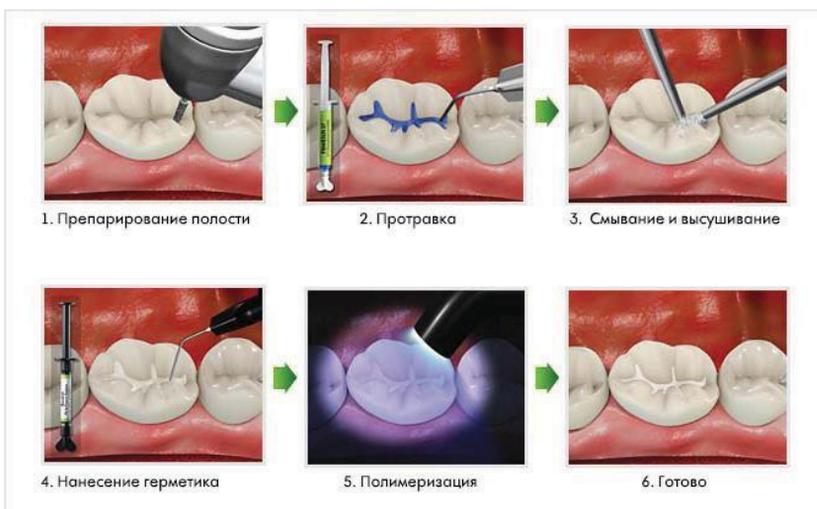


*Рис. 3.2. Целесообразность проведения глубокого фторирования зубов у детей*

В последние годы появились комбинированные реминерализующие препараты, содержащие, помимо фтора, кальций и фосфат в биодоступной форме. Например, пасты и лаки с казеин-фосфопептидом и аморфным

фосфатом кальция (СРР-АСР), которые способствуют восполнению минералов эмали. Их применяют при начальных формах кариеса (белые пятна) – это является элементом минимально инвазивной стратегии, когда вместо бурового вмешательства стараются максимально вернуть минерализацию эмали консервативно.

**Герметизация фиссур.** У постоянно зуба (первого моляра) сразу после прорезывания (обычно в 6–7 лет) эмаль незрелая и наиболее уязвима к кариесу, особенно в глубоких фиссурах жевательной поверхности. Герметизация фиссур – эффективная методика первичной профилактики окклюзионного кариеса. Она заключается в заполнении фиссур герметиком – специальным текучим композитным или стеклоиономерным материалом, который механически закрывает бороздки и выделяет фтор (некоторые материалы). Процедура безболезненна: зуб очищают, протравливают эмаль (если герметик композитный), затем наносят и полимеризуют герметик. Герметики могут удерживаться 1–3 года, иногда дольше; их состояние проверяют на осмотрах, при необходимости обновляют. Герметизируют не только первые моляры: рекомендуется также герметизация вторых моляров (12–13 лет), а по показаниям – глубоких фиссур премоляров или даже молочных моляров, если у ребенка высокий риск кариеса. Исследования показывают снижение риска кариеса жевательных поверхностей на 60–80% при условии правильного проведения герметизации.



*Рис. 3.3. Герметизация фиссур зубов у детей*

### **Ранняя диагностика и минимально-инвазивное лечение кариеса.**

Элементом профилактической стратегии является использование современных методов диагностики начального кариеса. К ним относятся лазерная флюоресценция (прибор Диагнодент, определяющий степень деминерализации по флуоресценции тканей зуба), трансиллюминация (просвечивание зуба), специальные диагностические красители, цифровая оптическая съемка. Обнаружив кариес на доклинической или ранней стадии, врач может применить щадящие методы лечения: метод инфильтрации (Icon) – когда без сверления пористый очаг эмали пропитывается жидким полимером, который затвердевает и восстанавливает прочность эмали; или микроабразию – сошлифовывание микро-слоя эмали с пятном и реминерализация. Таким образом предотвращается развитие полости и необходимость пломбы. Если же полость уже образовалась, используются максимально щадящие препарирования с тонкими борами, либо альтернативные методы удаления кариеса: **атравматический реставрационный подход (ART)** – ручное инструментом (экскаватором) удаление размягченного дентина и пломбирование стеклоиономером, что применимо особенно в условиях ограниченных ресурсов или у очень

маленьких детей в полевых условиях; **химико-механическое удаление кариеса** (например, препарат Carisolv размягчает инфицированный дентин, который потом выскабливается – без бормашины). Также используются **озонотерапия** – обработка кариозной полости озоном, убивающим бактерии, после чего накладывают временную пломбу с антибиотиком или кальцием; такая методика может остановить развитие процесса. Все эти подходы снижают травматичность лечения и, следовательно, страх у ребенка, а также сохраняют больше здоровых тканей зуба.

**Прививки от кариеса и пробиотики (перспективы).** Хотя полноценной вакцины от кариеса пока нет на рынке, исследования ведутся: изучаются вакцины против основных кариесогенных бактерий (*Streptococcus mutans*). Возможно, в будущем такая вакцинация будет относиться к профилактике кариеса у детей. Также современным направлением является применение пробиотиков для полости рта – полезных бактерий, которые могут конкурировать с патогенными. Пастилки или йогурты с определенными штаммами микроорганизмов (напр. *Lactobacillus reuteri*) исследуются на предмет снижения кариесогенной флоры. Пока это не является рутинным, но упоминание инновационных биологических методов важно для полноты картины современных стратегий.

**Профилактика пульпитов и периодонтитов.** Лучшая профилактика воспалительных заболеваний пульпы и периодонта – это предупреждение кариеса, о чем сказано выше. Но если кариес уже возник, важно не допустить его перехода в пульпит. Здесь вступают меры вторичной профилактики: своевременное лечение всех кариозных полостей. Организация работы детской стоматологической службы предполагает санацию полости рта ребенку хотя бы раз в год (а детям группы риска – чаще). Санаторно-курортные учреждения, детские сады, школы – в них должны проводиться осмотры, после которых детей направляют на лечение. В современных условиях распространены профилактические осмотры с помощью **телемедицины**: в некоторых школах применяют портативные

стоматологические камеры, где медсестра фотографирует зубы детей, а стоматолог удаленно оценивает состояние – это повышает охват осмотрами. При выявлении глубокого кариеса – раннее эндодонтическое вмешательство (биологический метод лечения, пульпотомия) позволяет спасти зуб.

Стоит отметить, что одно из современных направлений – *минимизация использования агрессивных методов при лечении пульпита молочных зубов*. Ранее стандартом было девитализирующее лечение (мышьяковистая паста, удаление пульпы, пломбирование каналов резорбируемой пастой). Теперь доказано, что **витальная ампутация пульпы** с использованием биосовместимых материалов (например, гидроксида кальция или, еще лучше, минерал-триоксид-агрегата МТА) дает высокую успеваемость лечения. То есть, при глубоком кариесе молочного зуба, если воспаление пульпы не тотальное, удаляют только коронковую пульпу, а на устья каналов кладут МТА, который стимулирует образование репаративного дентина и запечатывает пульпу. Это менее травматично и быстрее для ребенка – соответственно, повышается сотрудничество и снижается риск постоперационных болей, а сам зуб продолжает функцию до естественной смены. Такой подход можно считать профилактикой по отношению к возможности ранней потери зуба и связанных ортодонтических проблем.

### **Профилактика заболеваний пародонта у детей**

У детей и подростков наиболее распространена воспалительная патология пародонта – гингивит (воспаление десен). Хотя гингивит в раннем возрасте обычно протекает в легкой форме и обратим, его профилактика важна, поскольку нелеченный гингивит может перейти в юношеский пародонтит у предрасположенных лиц. Основные меры профилактики гингивита совпадают с профилактикой кариеса: тщательная гигиена (налет – главная причина гингивита), профгигиена (снятие зубного налета и камня при их наличии, хотя у детей камня обычно мало), обучение полосканию рта после еды. У подростков с наступлением полового созревания из-за гормональных изменений может наблюдаться усиление воспаления десен (так называемый

пубертатный гингивит). Таким детям стоматолог может рекомендовать противовоспалительные полоскания курсами – например, слабым раствором хлоргексидина 0,05% в течение 1–2 недель, травяными отварами (ромашка, шалфей). Но главное – гигиеническое обучение, так как **гингивит – полностью управляемое профилактикой заболевание.**



**Рис. 3.4. Гингивит у детей**

Если у подростка диагностируется локализованный юношеский пародонтит (агрессивная форма, часто на первых молярах и резцах), помимо интенсивного лечения (кюретаж, антибиотики) нужно обследование на системные факторы (иммунитет, нейтропения и т.д.). Профилактика его развития заключается в раннем выявлении проблем с прикреплением десны, глубиной карманов на профилактических осмотрах у подростков, особенно если у родителей есть истории ранней потери зубов (наследственная предрасположенность). Генетические и системные факторы мы напрямую изменить не можем, поэтому упор делается на местные мероприятия – проф.гигиена каждые 3–4 месяца, антисептические приложения, контроль за прикусом (часто скученность зубов способствует пародонтиту – может потребоваться ортодонтическое лечение).

### **Профилактика травматизма зубов и челюстей**

Учитывая значительную распространенность травм, особенно фронтальных зубов у детей, профилактические рекомендации включают как образовательные, так и технические меры.

**Обучение безопасному поведению.** Родителям рекомендуется уделять внимание предупреждению бытовых травм: на детские мебель и интерьер сейчас существуют защитные устройства (накладки на острые углы столов, блокираторы дверей, чтобы ребенок не прищемил пальцы и не ударился о дверь и т.п.). В играх на улице – объяснять правила (не брать твердые предметы в рот во время игр, не толкать других детей в области качелей и горок). В дошкольных учреждениях воспитатели должны следить, чтобы дети не бегали с предметами во рту (карандашами, ложками), так как падение с таким предметом часто приводит к тяжелым травмам глотки или зубов.

**Спортивная защита.** Для школьников, занимающихся контактными видами спорта (боевые искусства, хоккей, баскетбол, футбол, гимнастика и др.), настоятельно рекомендуется использование индивидуальных защитных кап (mouthguards). Существуют стандартные (термопластические, разогреваются и формируются по зубам) и индивидуальные капы, изготовленные стоматологом по слепку. Последние удобнее и эффективнее, но дороже. В современных школах за рубежом ношение капы при спорте стало нормой, тогда как в наших реалиях это еще не повсеместно – требуется просвещение тренеров, родителей и самих детей. Статистика показывает, что капы снижают риск травм зубов и мягких тканей рта в несколько раз. Таким образом, массовое внедрение этих средств является стратегией профилактики стоматологических травм.

**Средства транспортной безопасности.** Немаловажный аспект – автотравматизм. Все дети должны перевозиться в автомобилях в специальных детских креслах, пристегнутыми. При аварии закрепленный ребенок получает гораздо меньше шансов травмы лица. К сожалению, несоблюдение этих правил влечет травмы, и здесь стоматологи тоже могут вносить вклад: напоминать родителям на приеме об этом простом, но жизненно важном правиле.

**Ортодонтические каппы и трейнеры.** Интересно, что некоторые профилактические ортодонтические аппараты, помимо своей основной

функции, могут служить и защитой. Например, детские трейнеры (эластичные каппы для коррекции прикуса и вредных привычек) надеваются обычно на ночь – они могут предохранить зубы от сколов при возможных судорогах или бруксизме ночью. Конечно, это вторичный бонус, но упомянуть стоит, что съемные аппараты также обеспечивают некоторое защитное воздействие.

**Обучение первой помощи при травме.** В рамках профилактической работы стоматологи детских поликлиник часто проводят беседы и выпускают памятки для учителей, родителей о том, как действовать, если произошла травма зубов: например, выбитый постоянный зуб нужно срочно найти, не прикасаясь к корню, поместить в холодное молоко или физиологический раствор и как можно быстрее (до 30–60 минут) доставить ребенка к стоматологу для реплантации. Эта информация – также элемент вторичной профилактики последствий травмы: если родители подготовлены, шансы спасти выбитый зуб значительно выше. Профилактика осложнений травм (таких как некроз пульпы, инфекция) включает своевременное обращение и правильное лечение (шинирование расшатанных зубов, эндодонтическое лечение при признаках некроза и т.д.), поэтому информирование населения играет роль.

### **Профилактика зубочелюстных аномалий**

Предупреждение развития прикуса, требующего сложного ортодонтического или хирургического лечения, – важный раздел профилактики. Он во многом пересекается с предыдущими направлениями (кариес, травмы), поскольку здоровые молочные зубы – залог нормального проведения смены зубов.

**Аntenатальная и генетическая профилактика.** Как уже упоминалось, прием фолиевой кислоты в первые месяцы беременности значительно снижает риск расщелины губы и неба – об этом информируются все женщины. Также беременной важно избегать вредных факторов (курения, алкоголя, некоторых лекарств), чтобы не нарушился закладка зубочелюстной системы у плода. Если у семьи есть генетическая предрасположенность к тяжелым аномалиям

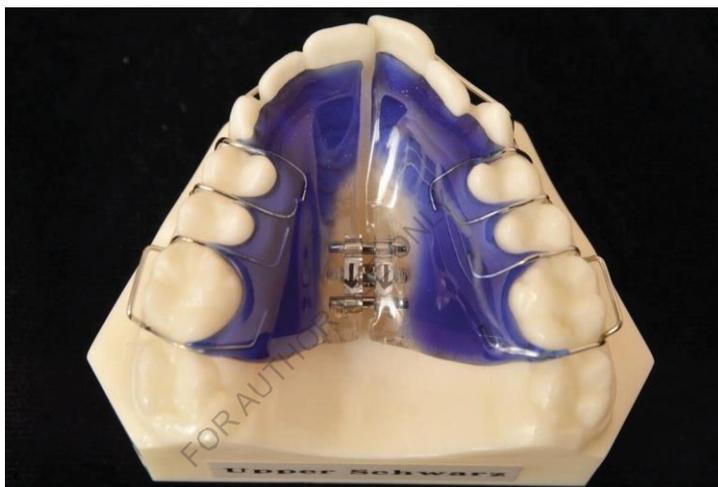
(скажем, один из родителей имел выраженную прогению, требовавшую операции), можно заранее проконсультироваться у ортодонта: когда родится ребенок, обратить внимание на ранние признаки, возможно, понадобится коррекция роста челюстей с малых лет.

**Привычки и функциональная профилактика.** Очень важно предупреждать и устранять неправильные привычки у ребенка. Педиатры и стоматологи советуют отучать от пустышки после 1,5–2 лет (максимум до 3 лет), не давать ребенку длительно сосать палец или уголок одеяла. Если такая привычка сформировалась, могут применяться мягкие методы: увещевание, переключение внимания, использование горьких мазей на палец и т.п. В отдельных случаях в 5–6 лет при неустранимой привычке сосания пальца ортодонт может изготовить специальный аппарат – пластинку с ограничителем (шипиками или экраном), препятствующую сосанию большого пальца. Это тоже профилактическая мера, предотвращающая деформацию челюстей (обычно сосание пальца ведет к открытому прикусу и сужению верхней челюсти).

Нарушение носового дыхания – частая причина формирования неправильного прикуса (сужение верхней челюсти, высокое нёбо, формирование аденоидного типа лица). Поэтому профилактика зубочелюстных аномалий включает своевременное лечение аденоидов, ринитов, то есть сотрудничество с ЛОР-врачами. Если у ребенка хроническая заложенность носа – стоматолог должен направить на обследование, так как устранение проблемы (например, аденотомия) в ряде случаев предотвратит развивающуюся челюстную аномалию.

**Ранние ортодонтические аппараты.** Современная ортодонтия предлагает ряд *перехватывающих методов*, которые проводятся еще на этапе молочного или сменного прикуса, чтобы избежать серьезных аномалий. К ним относятся: съемные пластинки с винтами для расширения суженной челюсти (например, у ребенка 5–8 лет, если обнаружено сужение верхней челюсти – расширяющая пластинка поможет создать место для зубов, предотвратить

скученность и перекрестный прикус); функциональные аппараты (трейнеры, миобрейсы) – мягкие каппы, которые ребенок носит ночью и несколько часов днем, они переучивают мышцы, выдвигают нижнюю челюсть при дистальном прикусе, стимулируют правильное положение языка. Такие аппараты часто назначаются уже с 5–6 лет при начальных признаках дистального прикуса или глубокой окклюзии. Их эффективность выше именно в раннем возрасте, пока рост активен. Благодаря им можно в некоторых случаях избежать потом брекетов или челюстной операции.



*Рис. 3.5 – Примеры ранних ортодонтических аппаратов у детей (расширяющая пластинка, функциональный трейнер).*

### **Профилактическое протезирование и сохранение пространства.**

Очень важный аспект – сохранение места для постоянных зубов. Если несмотря на все усилия, молочный зуб пришлось удалить преждевременно (из-за необратимого периодонтита, травмы), необходимо оценить, не потребуется ли протезирование (поставить пространство-держатель). Существуют разные конструкции: съемные пластиночные протезы с искусственным зубиком или просто "штангой", несъемные системы (кольцо на зуб с припаянной "петлей", удерживающей место). В современных технологиях можно изготовить такие аппараты с помощью цифрового сканирования и 3D-печати для большей

точности и эстетики. Установка держателя пространства – это прямой метод профилактики вторичной аномалии прикуса. Мониторинг детей с такими устройствами – часть протокола: обычно раз в 3 месяца контроль, и как только постоянный зуб начинает прорезываться, устройство убирают.

### **Профилактика воспалительных заболеваний и инфекционных осложнений**

Значительную долю хирургической стоматологической патологии составляют гнойно-воспалительные процессы, возникающие как осложнение заболеваний зубов или травм. Основной путь профилактики этих осложнений – своевременная санация инфекционных очагов в полости рта и общее укрепление здоровья ребенка.

**Санация полости рта и диспансеризация.** Организованное наблюдение за детьми (диспансеризация) особенно важно в профилактике очагов хронической инфекции. Каждый ребенок должен проходить стоматологический осмотр не реже 2 раз в год; дети группы риска по кариесу – каждые 3–4 месяца. При этих осмотрах осуществляется *санация* – то есть выявление и лечение всех кариозных зубов, пульпитов, удаление негодных зубов, лечение гингивита. В детских садах и школах должны вестись "стоматологические уголки" и паспорта здоровья зубов. Современный подход – интеграция стоматологической помощи с педиатрической: педиатр на профилактическом приеме обращает внимание родителей на необходимость посетить стоматолога ежегодно. Во многих странах вводятся скрининговые программы, когда врачи общей практики осматривают полость рта детей на наличие крупных очагов кариеса или абсцессов, направляют к специалистам. Такая междисциплинарная профилактика позволяет снизить долю тяжелых запущенных случаев.

**Антибактериальная профилактика.** В ряде случаев (особенно у детей с ослабленным иммунитетом или с определенными заболеваниями сердца, почек) показана *антибиотикопрофилактика* перед стоматологическими вмешательствами. Например, ребенку с врожденным пороком сердца перед

удалением зуба могут назначить антибиотик, чтобы предотвратить бактериемию и инфекционный эндокардит. Хотя такие ситуации редки, их важно учитывать. После проведенной хирургической санации (например, многократных удалений зубов при поли-кариесе) иногда целесообразно коротким курсом назначить антибиотик для профилактики обострения инфекции, особенно если были признаки одонтогенной инфекции. Конечно, антибиотики не могут заменить качественного лечения, но являются вспомогательной профилактической мерой осложнений.

**Иммунопрофилактика.** Общее состояние организма влияет на течение стоматологических инфекций. Потому одним из направлений профилактики осложнений является укрепление иммунитета ребенка: полноценное питание, закаливание, своевременная вакцинация от общих инфекций (например, корь, которая может давать стоматит как осложнение, и т.п.). Косвенно это влияет на снижение частоты тяжелых стоматологических инфекций. Также существуют бактериальные лизаты для повышения местного иммунитета (например, пастилки Имуудон, содержащие лизаты бактерий полости рта и горла) – они иногда применяются курсами у часто болеющих детей или при хронических тонзиллитах, что может снизить риск и оральных инфекций.

**Антисептические средства.** Для профилактики локальных воспалений применяют также местные полоскания и аппликации антисептиков. Например, если у ребенка установлена ортодонтическая пластинка или брекететы, и есть риск гингивита – рекомендуют периодически полоскать рот растворами антисептиков (хлоргексидин, аптечные ополаскиватели с противомикробными компонентами). Также после перенесенного абсцесса, в период реабилитации, назначают полоскания антисептиком или солевым раствором, чтобы предупредить повторное инфицирование. Однако важно не злоупотреблять сильными антисептиками у маленьких детей и использовать только по назначению врача и в соответствующей концентрации, чтобы не нарушить баланс микрофлоры.

**Вакцинация от специфических инфекций.** Некоторые хирургические стоматологические проблемы у детей связаны со специфическими инфекциями. К примеру, вирус герпеса вызывает герпетический стоматит; вирус кори – специфические энантемы; дифтерия – поражения ротоглотки; паротит (свинка) – воспаление околоушных желез. Все эти заболевания потенциально могут привести к осложнениям (некрозы, рубцы, необходимость хирургической санации очагов). Поэтому **вакцинация детей от управляемых инфекций (корь, паротит, дифтерия и пр.)** – косвенная, но значимая профилактика тяжелых поражений в полости рта и слюнных желез.

Современные профилактические стратегии базируются на комплексном подходе: сочетание мероприятий, влияющих на образ жизни и поведение (гигиена, диета, привычки), профессиональных мер (фторирование, герметизация, раннее лечение) и организационных (система осмотров, просвещение). В следующей главе будет подробно рассмотрено, как осуществляется наблюдение за детьми стоматологического профиля в амбулаторных и стационарных условиях, что является логическим продолжением темы профилактики — ведь качественное наблюдение и диспансеризация фактически представляют собой реализацию профилактических стратегий на практике.

## **ГЛАВА 4. МЕТОДЫ АМБУЛАТОРНОГО И СТАЦИОНАРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ В СТОМАТОЛОГИИ**

Организация наблюдения за здоровьем полости рта у детей включает различные формы: амбулаторное наблюдение (в поликлинике, стоматологическом кабинете) и при необходимости – стационарное (в условиях больницы). Под наблюдением подразумевается как профилактический осмотр здоровых или условно здоровых детей, так и динамическое наблюдение за пациентами, получившими лечение или имеющими хронические проблемы. Грамотно построенная система наблюдения позволяет вовремя выявлять патологии, контролировать их развитие и не допускать осложнений. В данном разделе рассмотрены современные подходы к диспансеризации детей, показания к направлению ребенка на стационарное лечение или наблюдение, а также особенности послеоперационного мониторинга.

**Амбулаторное наблюдение (диспансеризация).** Большинство профилактических и лечебных мероприятий в детской стоматологии проводится амбулаторно. Диспансерное наблюдение организуется, как правило, по участковому принципу: за определенными детскими садами и школами закреплены детские стоматологи или стоматологические кабинеты. Детей условно делят на группы здоровья по стоматологическому статусу. Регулярность осмотров зависит от группы риска: дети с благополучной ситуацией (минимум кариеса, хорошая гигиена) — осмотр 2 раза в год; дети с множественным кариесом, но пролеченные — 3–4 раза в год; дети с orthodontic risk (аномалии на стадии формирования) — также чаще, возможно совместно с ортодонтом; дети с хроническими болезнями (сахарный диабет, иммунодефицит) — тоже требуют усиленного внимания, поскольку у них выше риск осложнений. На амбулаторном приеме врач проводит осмотр, при необходимости — рентгенологическую диагностику (прицельные снимки, панорамный снимок по показаниям, КЛКТ при сложных случаях).

Результаты каждого осмотра фиксируются в медицинской карте ребенка. Родителям выдаются рекомендации: например, отмечается, какие зубы подлежат герметизации, когда приблизительно ожидается смена тех или иных зубов (своеобразный прогноз, чтобы родители знали, чего ждать), когда явиться на следующий осмотр. Если у ребенка сделано какое-то вмешательство (удаление зуба, пульпотомия), то обязательно назначается контрольный визит: зачастую через 7–10 дней (для оценки заживления лунки или пломбы), затем через 6 месяцев (для рентген-контроля при пульпотомии).

Существенной частью амбулаторного наблюдения является **патронаж раннего возраста**. В последние годы практикуется пригласительная система: когда ребенок рождается, педиатр передает сведения в стоматологию, и родителям высылают приглашение посетить детского стоматолога к году жизни ребенка. Первый профилактический визит в 1 год — важный элемент современной стратегии, позволяющий наставить родителей, осмотреть прорезавшиеся зубки (к тому моменту обычно 8–12 зубов), обнаружить ранние проблемы. Далее — визиты каждые 6 месяцев. Такой патронаж давно практикуется в западных странах, у нас он только набирает популярность, но признан крайне эффективным: дети, наблюдающиеся с 1 года, почти не имеют запущенных форм кариеса, потому что врач и родители держат ситуацию под контролем.

**Специализированное амбулаторное наблюдение.** Некоторые дети требуют наблюдения не только стоматолога, но и смежных специалистов. Например, ребенок с расщелиной губы и неба после первичных операций находится под наблюдением челюстно-лицевого хирурга, ортодонта и логопеда. Планируются этапные вмешательства (остеотомии, пластика рубцов, установка имплантатов в область расщелины после 18 лет и т.д.). Все это фиксируется в индивидуальном плане лечения и наблюдения. Другой пример: дети с генерализованным юношеским пародонтитом — их ведет периодонтолог совместно с педиатром, контролируя системные показатели. Таким пациентам создается специальная карта диспансерного больного, где

отмечаются не только лечения, но и параметры наблюдений (индексы гигиены, глубина карманов, результаты анализов).

**Роль медицинских информационных систем.** Современная диспансеризация опирается на цифровые технологии. Многие клиники ведут электронные базы данных детей, автоматически рассылают напоминания о профилактическом приеме (например, через СМС или электронную почту родителям). Ведутся электронные календарные планы – какие классы школы или группы сада надо осмотреть в текущем месяце. Это повышает охват и не дает забыть о очередном визите. В перспективе, телемедицинские приложения позволят родителям удаленно передавать информацию о состоянии зубов ребенка. Например, существуют прототипы мобильных приложений, где родитель фотографирует зубы ребенка в определенном ракурсе, и приложение с помощью искусственного интеллекта оценивает наличие кариозных пятен или налета, а также напоминает, что пора посетить стоматолога. Хотя такие технологии только развиваются, их интеграция в систему наблюдения весьма вероятна.

**Стационарное наблюдение и лечение.** В большинстве случаев стоматологическое лечение детей проводится амбулаторно. Однако существуют ситуации, когда требуется госпитализация ребенка в стационар (в отделение челюстно-лицевой хирургии или специализированное детское стоматологическое отделение). Показаниями к этому могут быть:

**Тяжелые гнойно-воспалительные процессы,** требующие круглосуточного наблюдения и интенсивной терапии: например, флегмоны дна полости рта, абсцессы с риском распространения в клетчаточные пространства шеи, остеомиелит челюсти у ребенка с высокой температурой. В стационаре проводят хирургическое вскрытие абсцесса под общим обезболиванием (если объем большой), инфузионную терапию, антибиотики в/в, дренирование раны. После выписки ребенка наблюдает участковый стоматолог-хирург до полного выздоровления.

**Неотложные травмы,** такие как перелом челюсти, тяжелые множественные повреждения зубов/челюстей, требующие операций под наркозом. В стационаре ребенку выполняют репозицию костных отломков, фиксацию (шинирование или остеосинтез), при необходимости – сопутствующие процедуры (ушивание крупных ран лица). После стационара – перевязки, контроль сращения, снятие шины через положенный срок – могут выполняться амбулаторно.

**Выполнение плановых хирургических вмешательств под общей анестезией у маленьких или особых детей.** Например, ребенок 3-4 лет с множественным кариесом всех зубов, которого невозможно лечить под местной анестезией из-за возраста, может быть направлен в стационар для санации полости рта под наркозом. За один сеанс под наркозом ему пролечат все зубы (это называется *полная санация под наркозом*), возможно, удалят те, что не спасти. Такая практика предотвратит многочисленные визиты, стресс и дальнейшие осложнения от нелеченых зубов. После наркоза обычно ребенок остается под наблюдением в больнице несколько часов или до следующего дня. Также дети с ограниченными возможностями (например, дети с тяжелым аутизмом, ДЦП) нередко нуждаются в санации под наркозом, что делают в условиях стационара или дневного стационара.

**Комбинированные патологии.** Ребенок, у которого, например, киста челюсти значительных размеров – ему планируется операция цистэктомии (удаление кисты) под наркозом. Это плановая операция, но она требует условий стационара (наркоз, послеоперационный контроль, курс антибиотиков). После выписки важно наблюдать такого ребенка: рентген-контроль через 6–12 месяцев на предмет рецидива кисты.

**Врожденные пороки (расщелины).** Лечение расщелины не ограничивается одним днем – требуется госпитализация для проведения уранопластики (пластика неба) или хейлопластики (пластика губы), потом наблюдение за послеоперационной раной, кормлением. Эти дети ведутся в специализированных центрах. После выписки информацию о дальнейшей

реабилитации (например, об ортодонтическом лечении) передают по месту жительства, где ортодонт уже на месте наблюдает за ростом челюстей.

**Послеоперационное наблюдение.** Успех хирургического вмешательства во многом зависит от правильного послеоперационного ведения, которое тоже является частью профилактики осложнений. В амбулаторных условиях после удаления зуба ребенка обычно приглашают на осмотр через 1 неделю: врач проверяет, как заживает лунка, нет ли признаков альвеолита. Родителям за это время нужно соблюдать все рекомендации (диета, ротовые ванночки). Если был сложный удаление (например, удаляли молочный зуб с кистой, проводили цистотомию), могут быть и более частые визиты – каждые 2–3 дня для промывания полости антисептиками. После травмы зубов (шинирования) первые 2 недели осмотр еженедельно, затем через месяц и три. После реплантации выбитого зуба стандартный график: 7–10 дней (снять шину), 1 месяц, 3 месяца, 6, 12 и 24 – оценка приживления и состояния корня (нет ли резорбции). Таким образом, расписание зависит от типа вмешательства. Врач детально инструктирует родителей.

**Документация и планирование наблюдения.** В современных руководствах предлагается использовать *стандартные операционные протоколы (SOPs)* ведения пациента после определенных процедур. Например, после многократных удалений под наркозом: выдать родителю памятку, что делать дома – обработка полости рта, какая пища, как чистить зубы ребенку (обычно советуют возобновить чистку на следующий день мягкой щеткой, избегая места удаления). В карте ребенка в компьютере устанавливается напоминание явиться через N дней. Если пациент не явился – с ним связываются. Такая проактивная позиция особенно важна для обеспечения безопасности ребенка после более серьезных операций.

**Стационарозамещающие технологии.** В последнее время развивается практика дневного стационара и амбулаторных операций. Например, если раньше большинство санаций под наркозом требовало госпитализации, то сейчас нередко работают *амбулаторные центры, где есть возможность*

кратковременного наркоза. Ребенок утром приходит натощак, ему делают лечение под общим обезболиванием, через 2–3 часа после пробуждения его отпускают домой с родителями с рекомендациями. Такой режим удобнее, снижает стресс (нет ночевки в больнице). Однако ответственность за наблюдение ложится больше на амбулаторное звено. Потому после таких процедур врач сразу назначает дату контрольного визита в поликлинику.

**Таблица 2. Примеры диспансерных групп и частота осмотров**

<b>Группа наблюдения</b>	<b>Состав группы (характеристика)</b>	<b>Частота стоматологического осмотра</b>
Дети с интактными зубами, хорошей гигиеной	Дети без кариеса или с единичными пломбами, мотивированные родители	2 раза в год (раз в 6 мес)
Дети с множественным кариесом после санации	Множество пломб, возможно, несколько удаленных зубов, высокий риск кариеса	3–4 раза в год (каждые 3–4 мес)
Дети с ортодонтическими аппаратами	Брекеты, пластинки, каппы; риск кариеса и гингивита повышен	3–4 раза в год + профгигиена
Дети после одонтогенных абсцессов	Перенесенный абсцесс/флегмона, устранен очаг инфекции	3–4 раза в год в первый год, далее 2 раза
Дети с врожденными пороками (расщелина и др.)	После хирургических этапов, наличие рубцов, особенностей	Индивидуально; обычно 4 раза/год + перед операциями
Дети с инвалидизирующими заболеваниями (особые дети)	ДЦП, аутизм, др. – затруднена гигиена	4 раза в год, при невозможности осмотра без седации – по необходимости под наркозом

*(Примечание: Частота носит рекомендательный характер и корректируется врачом в зависимости от конкретной ситуации.)*

Важный компонент диспансеризации – взаимодействие с педиатрами и другими специалистами. Например, если у ребенка часто возникают язвочки во рту (афтозный стоматит), стоматолог может направить к гастроэнтерологу или иммунологу, и затем совместно мониторят. Если у ребенка ортодонтическое лечение аппаратами – стоматолог-терапевт следит за

состоянием эмали (профилактика кариеса вокруг брекетов), проводит фторлак, а ортодонт – за движением зубов; они могут координировать график визитов, чтобы например, сразу после установки брекетов терапевт провел профилактическую герметизацию фиссур.

Таким образом, эффективное амбулаторное и стационарное наблюдение играет ключевую роль в профилактике: оно обеспечивает своевременное вмешательство, предупреждает обострения и осложнения, формирует привычку регулярного ухода за полостью рта у семьи ребенка. Следующая глава продолжает логическую линию, фокусируясь на роли родителей – ведь без сотрудничества семьи ни одна программа наблюдения или профилактики не будет успешной.

FOR AUTHOR USE ONLY

## **ГЛАВА 5. РОЛЬ РОДИТЕЛЬСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И УЧАСТИЯ СЕМЬИ**

Здоровье ребенка во многом зависит от его семьи. В стоматологии это утверждение особенно верно: родители формируют у ребенка гигиенические навыки, пищевые привычки, обеспечивают выполнение всех рекомендаций врача. Кроме того, эмоциональная поддержка родителей существенно влияет на отношение ребенка к лечению. В данной главе рассматривается многогранная роль родительского сопровождения – от банального контроля за чисткой зубов до участия в принятии решений о лечении, а также просвещение и партнерство между стоматологом и семьей.

**Формирование гигиенических навыков в семье.** Как отмечалось ранее, приучение к чистке зубов и уходу за полостью рта начинается дома. Родители являются для маленького ребенка главным примером. Если мама и папа сами регулярно чистят зубы, посещают стоматолога и говорят об этом без страха, ребенок перенимает соответствующее отношение. Современные подходы к гигиеническому воспитанию подчеркивают *семейный подход*: совместная чистка зубов в игровой форме, когда ребенок старается повторять за родителями. Стоматологи рекомендуют родителям превращать утреннюю и вечернюю чистку в привычный семейный ритуал. Также важно, чтобы родители продолжали дочищать зубы ребенка после того, как он сам почистил, минимум до 7-8 лет (а при слабой координации – и дольше). К сожалению, некоторые взрослые рано отстраняются, полагая, что трехлетний малыш уже «самостоятельный» – это ведет к недостаточной гигиене. Поэтому на профилактических приемах врачи подробно инструктируют родителей, дают рекомендации, иногда показывают технику прямо на модели или на зубах ребенка, просят продемонстрировать, как ребенок и родитель чистят зубы, корректируют ошибки. Роль родителей тут – ежедневно контролировать процесс и поощрять ребенка, прививая ему чувство ответственности за свои зубы.

**Диета и домашний режим.** Семья контролирует питание ребенка, а значит – отвечает и за профилактику кариеса с этой стороны. Родителям разъясняется, как важно не только рационально кормить, но и **не приучать к постоянным сладостям в качестве награды**. Нередко именно бабушки и дедушки, желая побаловать внука, дают много конфет – стоматологи советуют родителям объяснить всем членам семьи вред такого баловства. Вместо сладостей поощрять ребенка можно игрушкой, наклейкой, похвалой – это снимает акцент на сахар. Также родители должны следить за режимом: никаких бутылочек или сладких соков на ночь. Если ребенок просит пить ночью – только вода. Формируя такой распорядок, они предотвращают кариес раннего возраста.

**Регулярность посещений врача.** Маленький ребенок не может сам решить пойти к стоматологу – это полностью в зоне ответственности родителей. Даже лучший стоматолог не сможет провести профилактику, если родители игнорируют назначенные осмотры. Поэтому задача врача – *мотивировать родителей*, а задача родителей – осознавать важность этих визитов. В современных клиниках практикуется обзвон или сообщение-напоминание родителям о предстоящем осмотре, однако многое зависит от сознательности семьи. Исследования показывают, что дети из семей, где родители сами регулярно лечат зубы и относятся серьезно к стоматологическому здоровью, в разы реже страдают запущенными формами кариеса.

**Родитель как участник лечения.** В отличие от лечения взрослых, в детской стоматологии часто практикуется присутствие родителя в кабинете во время лечения. Здесь мнения специалистов могут различаться, и подход индивидуален. Многие дети (особенно дошкольники) чувствуют себя спокойнее, держа маму за руку. Родитель может отвлекать ребенка, хвалить, тем самым облегчая работу врачу. Однако присутствие бывает и вредным, если родитель сам панически боится стоматологов и непроизвольно передает свой страх ребенку, либо если родитель вмешивается в процесс, нарушая

контакт врача с пациентом. Современные протоколы рекомендуют гибкий подход: позволять родителям быть рядом, но заранее инструктировать их – сохранять спокойствие, не реагировать бурно на плач ребенка, не использовать слов "больно", "не бойся" и т.п. Некоторые клиники приглашают родителя только на этап знакомства и уговора, а на само лечение просят выйти, чтобы не отвлекать (особенно когда применяют метод "голоса и контроля" для управлением поведением ребенка).

**Коммуникация врач-родитель.** Для успеха профилактики необходимо, чтобы стоматолог и родители выступали союзниками. Врач должен уметь правильно донести информацию, выслушать вопросы, понять социальные обстоятельства семьи и адаптировать рекомендации. Например, если семья небогатая, врач может подсказать недорогие, но эффективные варианты (например, вместо дорогого ополаскивателя – содо-солевой раствор домашний; вместо электрической щетки – правильная техника обычной щеткой, и т.д.). Если у мамы трое детей и она физически не успевает всем чистить зубы – нужно вместе найти решение, может старшему поручить помощь младшему и контролировать. Индивидуальный подход и уважение к родителю как к партнеру – девиз современной медицины. Это называется *пациентоориентированность*, хотя в нашем случае скорее "семейно-ориентированность".

**Психологическая поддержка и настрой.** От отношения родителей к стоматологии зависит и психологический настрой ребенка (см. подробнее главу о психопрофилактике). Если родители говорили при ребенке пугающие вещи («тебе там будут сверлить, терпеть надо» и т.п.), то никакие усилия врача могут не преодолеть страх. Правильная родительская тактика – позитивно рассказывать о зубном враче (как о друге, который помогает зубкам быть красивыми и здоровыми), ни в коем случае не пугать стоматологом как наказанием (к сожалению, встречается: «Будешь плохо себя вести, отведу к зубному – он тебе укол сделает!») – подобные фразы формируют стойкий страх). Родителям рекомендуется самим узнавать, как сейчас проходит

лечение: современные технологии сделали его почти безболезненным, появились красочные пломбы, лечат под мультфильмы – если родители будут убеждены в безопасности и безболезненности, они искренне передадут эту уверенность ребенку.

**Участие в принятии решений и информированность.** Лечение ребенка – ответственность, которую разделяют врач и родители. Последнее слово обычно за родителями (с согласия которых делается та или иная процедура). Врач обязан объяснить, какие есть варианты профилактики и лечения, преимущества каждого. Например, если у 5-летнего ребенка пульпит моляра, доктор может предложить: *вариант А*: попытаться спасти зуб (пульпотомия МТА, коронка), *вариант В*: удалить зуб и потом сделать пространство-держатель. Родители, выслушав рекомендации, принимают решение. При этом важно, чтобы они были адекватно информированы. В этом заключается одна из ролей стоматолога – просветительская. В современных монографиях и пособиях подчеркивается значение доступных раздаточных материалов для родителей: брошюры о гигиене, о фторидах, о питании. Хорошо, когда в клинике есть стенд или экран, где показаны простые визуальные правила. Родитель, получив знания, становится соучастником профилактики, а не пассивным наблюдателем.

**Домашнее выполнение рекомендаций.** Профилактика и лечение не заканчиваются за дверью клиники – многое должно быть продолжено дома. Например, после герметизации фиссур врач говорит: “не грызите твердое 24 часа” – задача родителя проконтролировать. После удаления зуба: соблюдать диету, делать ротовые ванночки – делает это родитель или помогает сделать ребенок старшему. Ношение ортодонтического аппарата тоже требует дисциплины: некоторые дети ленятся надевать пластинку на ночь, тут требуется контроль и мотивация родителей (вплоть до календарика отметок, похвалы за соблюдение). Если назначены медикаменты (полоскания, гели) – опять же, родители должны проследить курс. То есть, фактически **родители**

выполняют функцию “домашней медсестры” для ребенка. Без этого эффективность любого лечения снижается, а риск осложнений растет.

**Клинический пример:** Мальчик 6 лет, Иван, поступил на прием с острой зубной болью – пульпит молочного моляра. Врач обнаружил, что у ребенка 8 кариозных зубов, ни один ранее не лечился. Ребенок напуган, говорит “мама говорила, что зубы лечить очень больно”. Мама пояснила, что у самой плохой опыт и потому она боялась вести сына раньше. После сложного лечения (удаление нерва под анестезией) врачу удалось убедить маму приходить регулярно. Ей выдали памятку о гигиене, провели урок чистки. Через 4 месяца Иван пришел на осмотр без страха, с похвалой от мамы, что сам чистит зубы каждый вечер. Новых кариесов не выявлено, старые вылечены. Эта история демонстрирует, как изменение отношения родителя (мама поборолa свой страх, привела ребенка и последовала рекомендациям) повлекло улучшение здоровья малыша и формирование у него правильной привычки.

Данный пример подчеркивает: **родитель – ключевая фигура** в профилактике. Ни детский сад, ни школа не могут заменить влияние семьи. Там где родители заинтересованы – дети почти всегда имеют здоровую полость рта или, по крайней мере, вовремя лечатся. Поэтому одним из направлений работы стоматологической службы является санитарное просвещение родителей: лекции в школах для родителей, индивидуальные консультации, наглядная агитация. В конечном итоге, цель – чтобы родители воспринимали профилактику стоматологических заболеваний так же естественно, как прививки или регулярные педиатрические осмотры.

В следующей главе мы перейдем к психологическим аспектам – как именно подготовить ребенка, чтобы поход к стоматологу не был стрессом. Это тесно связано с ролью родителей, поскольку психопрофилактика часто проводится ими совместно с врачом.

## **ГЛАВА 6. ПСИХОПРОФИЛАКТИКА: ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СТРАХА У ДЕТЕЙ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ**

Одним из серьезных препятствий на пути к эффективной профилактике и лечению является страх ребенка перед стоматологом. Если малыш боится, он может отказаться от лечения, плакать, сопротивляться, что не только затрудняет оказание помощи, но и само по себе является психологической травмой. Поэтому *психопрофилактика*, то есть профилактика страха и формирование положительного настроения, является важнейшей частью детской стоматологии. Она начинается задолго до того, как ребенок сядет в стоматологическое кресло, и включает совместные действия родителей и медицинского персонала.

**Ранняя адаптация к стоматологу.** Лучший способ избежать страха – познакомить ребенка со стоматологом в раннем возрасте, когда у него еще нет негативного опыта. Именно поэтому рекомендуется первый визит в 1 год или около того, когда не предполагается болезненных вмешательств. В этот визит врач просто осматривает рот зеркальцем, считает зубки, хвалит малыша, дарит ему наклейку или игрушку за смелость. Ребенок привыкает к обстановке кабинета, к виду людей в масках. Даже если ребенок плачет в первый раз (что часто бывает из-за непривычной обстановки), важно, что при этом не происходит боли и негативных событий – постепенно страх незнакомого пройдет. Родителям советуют периодически играть с ребенком в "стоматолога" дома: например, купить игрушечный набор или просто осмотреть зубки зеркальцем, позволяя ребенку тоже "полечить" зубы игрушечному мишке. Такие игры снижают тревожность, развивают интерес.

**Правильное информационное сопровождение.** С ребенком следует говорить о визите к стоматологу заранее, но *в позитивном ключе*. Психологи рекомендуют объяснять все простыми и добрыми словами. Не нужно вдаваться в детали сверления или уколов. Можно сказать: "Доктор посмотрит, как твои зубки поживают, если им нужна помощь – он их вылечит специальной пастой или волшебной щеточкой". Ни в коем случае не

употреблять слова: "не бойся", "не будет больно" – ребенок очень буквально воспринимает и начинает думать, что раз об этом говорят, значит там действительно может быть больно и страшно. Лучше акцент на том, что доктор — друг, он заботится, а мама будет рядом.

**Создание дружелюбной атмосферы в клинике.** Современные детские стоматологические клиники существенно отличаются от строгих больниц прошлого. Яркие краски, игрушки в зале ожидания, мультики на экране, красочные плакаты – все это снижает уровень страха. В кабинетах часто есть наклейки на потолке, чтобы ребенок лежа мог рассматривать. Врачи надевают цветные шапочки с рисунками, маски с принтами, иногда костюмы любимых персонажей. Такой антураж располагает ребенка. Важный момент – *персонал, обученный детской психологии*. Медсестры и врачи проходят тренинги по общению: как разговаривать, как шутить, какой тон использовать. Например, вместо "я сейчас сделаю укол" говорят "зубик уснёт, я его присыплю волшебным снежком (анестетиком)". Бормашину называют "зубная щётка" или "комарик пошумит". Эти мягкие эвфемизмы позволяют провести лечение, не называя пугающих вещей своими именами.

**Метод "Tell-Show-Do" (Расскажи-Покажи-Сделай).** Этот классический подход широко применяется: сначала ребенку **рассказывают** в общих чертах, что будут делать, потом **показывают** наглядно, потом **делают** процедуру. Например, перед включением бормашины доктор дает ребенку в ручку эту машинку выключенную, или потрогать ее наконечник пальчиком, поднести, включить рядом, чтобы он услышал звук и понял, что это не страшно. Можно потренироваться сверлить не на зубе, а на ноготке ребенка (конечно, без сверла, просто дунуть воздухом, если это турбинка). Перед анестезией – показ шприца как "карандашик, из которого капает волшебное зелье". Иногда укол делают под прикрытием: отвлекают внимание, легонько касаются десны ваткой с анестетиком и укол уже проведен – ребенок и не понял. В любом случае, последовательность "tell-show-do" дает ребенку

чувство контроля, он знает, что сейчас будет, сюрпризов нет (неожиданность пугает сильнее всего).

**Дисциплинация и моделирование поведения.** Дети часто учатся через повторение за другими. Поэтому практика *моделирования* используется в клиниках: когда один ребенок видит, как брату или сестре лечат зубы и все проходит спокойно – он тоже будет смелее. Некоторые стоматологи даже проводят групповые адаптационные экскурсии: приглашают сразу нескольких деток, показывают им кабинет, вместе играют в доктора. Можно также использовать видео или книги, где герой ходит к зубному. Сейчас есть много мультфильмов и сказок на эту тему, они учат, что зубного врача бояться не надо. Родителям советуют перед посещением почитать ребенку такую сказку или показать мультик (например, про Свинку Пеппу у стоматолога, или "Доктор Зайцев и его пациенты" и т.д.).

**Психологические приемы во время лечения.** Помимо "tell-show-do", применяются и другие техники поведения:

**Отвлечение внимания.** Это может быть мультфильм на мониторе (ребенок лежит в кресле с очками, смотрит любимый мультик во время лечения – отвлекается от манипуляций). Или врач ведет разговор на отвлеченные темы: спрашивает про игрушки, про садик – ребенок отвечает (в меру возможного с открытым ртом) и думает о другом. Некоторые используют музыку или даже виртуальную реальность (специальные VR-очки с успокаивающими картинками – новейшая технология).

**Голосовая модуляция (Voice control).** Опытный врач умеет менять интонацию: когда нужно – говорит весело, когда ребенок начинает капризничать опасно – чуть более строго, но не крича, а твердо, затем опять мягко. Дети чувствительны к голосу, и правильная подача помогает направить их поведение.

**Похвала и поощрение.** За каждое выполненное действие (например, ребенок открыл рот и позволил обследовать) его нужно похвалить:

"Молодец, какой ты храбрый!", "Еще чуть-чуть, ты так хорошо сидишь!". Конкретная похвала ("ты здорово открыл рот, как бегемотик!") работает лучше, чем просто "умница". В конце процедуры – обязательно награда: наклейка "Супергерой", маленькая игрушка из "сундука сокровищ". Это закрепляет позитив: у ребенка ассоциация, что поход к врачу – это еще и подарок получить.

**Поддержка родителей во время лечения.** Если родитель присутствует, его тоже инструктируют, чтобы он помогал успокаивать. Например, мама может гладить по плечу, держать за ручку. Важно, чтобы сам родитель был спокоен – дети очень тонко чувствуют тревогу близкого человека. Иногда врача и ребенка лучше оставить один на один (некоторые дети при родителе капризничают, а без – ведут себя более ответственно). Поэтому решение принимается индивидуально.

**Использование медикаментозной поддержки.** Несмотря на все психологические методы, бывают дети с очень высоким уровнем тревожности, гиперактивные, маленького возраста, либо с особенными потребностями, которых сложно унять. В таких случаях применение **седации** – вполне обоснованный шаг профилактики психотравмы. Самый популярный метод – *ингаляционная седация закисью азота (веселящим газом)*. Ребенку надевают смешную маску с ароматом (в детских установках есть ароматизированные смеси – клубника, жвачка), он дышит смесью кислорода и закиси азота, через 3-5 минут расслабляется, становится спокойным, иногда чуть сонливым, но остается в сознании и может выполнять просьбы. В таком состоянии лечение проходит гораздо легче, неприятные ощущения сглажены, и главное – у ребенка остаются положительные или нейтральные воспоминания ("было не страшно, чуть как голова кружилась, и все"). Закись азота безопасна при правильном применении, ее используют уже с 3-летнего возраста. В некоторых случаях используют и легкие пероральные седативные (например, сироп мидозолама), но это требует четкого дозирования и наличия условий мониторинга.

К радикальным мерам можно отнести **лечение под общим наркозом**, но это скорее не психопрофилактика, а вынужденная мера для тех детей, с кем иначе никак. После наркоза все равно придется в будущем учить ребенка ходить к стоматологу без наркоза, поэтому полностью проблема страха так не решается, а лишь откладывается. Однако если альтернатива – множество мучительных попыток лечения наяву, лучше один раз сделать под наркозом (когда объем лечения большой), а потом уже заниматься психологической адаптацией к осмотрам. Родителям обычно объясняют, что наркоз – не замена правильному воспитанию, и стараются параллельно работать над поведением.

**Работа психолога.** В современных клиниках нередко есть детский психолог или психотерапевт, специализирующийся на медицинских страхах. Его помощь может понадобиться, если ребенок уже имеет негативный опыт и серьезную фобию. Психологическими методами (игротерапия, сказкотерапия, когнитивно-поведенческие техники) постепенно снижается тревога. Часто практикуются *визиты-адаптации* без лечения: психолог вместе с ребенком просто посещают кабинет, знакомятся с доктором, проигрывают лечение на игрушке, могут посидеть в кресле без действий. Только после нескольких таких посещений ребенок решается на настоящее лечение. Это требует времени и ресурсов, но для особо напуганных детей окупается, так как избавляет их от ужаса.

**Клинический пример:** *Девочка 4 лет, Катя, однажды уже лечила зуб в 3 года, причем лечение прошло неудачно: ее держали насильно, она кричала, в итоге зуб удалили. После этого Катя панически боялась стоматологов. Через год появился кариес на другом зубе. Родители обратились в специализированную детскую клинику, где сначала Катю несколько раз приглашали просто "поиграть" – она познакомилась с доктором-стоматологом, который показал ей картинки, дал порулить креслом (поднимал-опускал). На следующем визите потренировались открывать рот – доктор посветил фонариком, посчитал зубки. Катя получила наклейку за храбрость. Только на третьем визите попытались полечить – используя*

*закись азота, под мультфильм, врач просверлил и запломбировал зубик. Катя почти не плакала и после лечения гордо показывала всем пломбу, говоря, что было совсем не больно. Родители вздохнули с облегчением. Этот пример демонстрирует, как психопрофилактика и терпение команды врач+родители помогли преодолеть уже имеющийся страх.*

В заключение данной главы подчеркнем: **положительный психологический опыт** – это тоже часть профилактики. Если ребенок не боится стоматолога, он будет регулярно приходить на осмотры, не избегать лечения. Это значит, что проблемы будут ловиться рано и решаться малой кровью. Кроме того, сформированная в детстве уверенность в необходимости ухода за зубами и отсутствии страха перед лечением перейдет и во взрослую жизнь, спасая человека от многих стоматологических проблем. Поэтому психопрофилактика – не менее важна, чем гигиена или фториды, в общей системе профилактических мероприятий.

FOR AUTHOR USE ONLY

## ГЛАВА 7. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕТОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ

Научно-технический прогресс не обходит стороной и детскую стоматологию. Новые материалы, технологии и оборудование открывают дополнительные возможности для повышения эффективности профилактики, комфорта лечения и безопасности пациентов. В этой главе рассматриваются современные инновационные решения, которые уже внедрены или находятся на этапе исследований и которые имеют отношение к профилактике заболеваний и минимально инвазивному лечению у детей.

**Цифровая стоматология и 3D-технологии.** Широкое внедрение цифровых методов кардинально меняет подход к диагностике и планированию лечения.

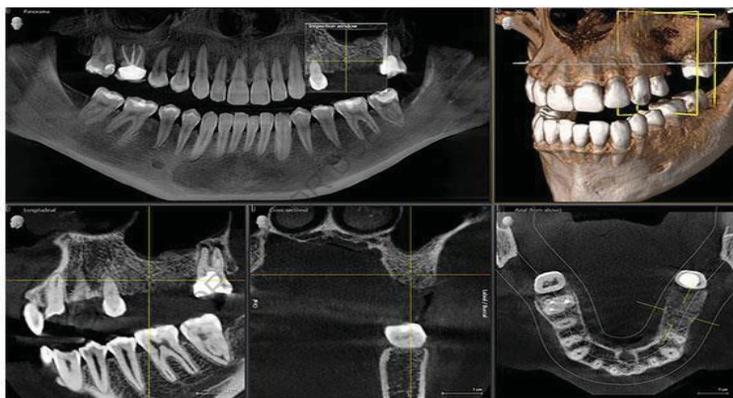


*Рис. 7.1. Интраоральное сканирование в цифровой стоматологии: получение 3D-модели зубов ребёнка для планирования профилактического и ортодонтического лечения.*

*Внутриротовое сканирование:* теперь вместо традиционных оттисков можно получить цифровую модель зубов ребенка с помощью интраорального сканера. Это особенно актуально для детей с выраженным рвотным рефлексом или страхом – сканирование быстрее и комфортнее. Цифровые модели используются для изготовления ортодонтических аппаратов, кап, протезов с высокой точностью. Например, при необходимости сделать ребенку съемный протез или капу для защиты –

3D-печать по скану позволяет получить изделие, идеально подходящее по размеру. Это повышает эффективность профилактических аппаратов (например, протезов для сохранения пространства).

*Конусно-лучевая томография (3D-рентген):* хотя нужно быть осторожным с дозой облучения, КЛКТ применяется у детей для сложных случаев – например, локализация непрорезавшегося зуба, оценка объема кисты, планирование удаления сверхкомплектного зуба вблизи важных структур. Точность 3D-диагностики позволяет минимизировать травму: хирург точно знает, где расположен объект, сокращается время операции, риск осложнений ниже. Таким образом, инновация в диагностике служит профилактике осложнений вмешательства.



*Рис. 7.2. Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) челюстно-лицевой области: пример 3D-реконструкции и срезов, применяемых для планирования стоматологических вмешательств у детей.*

*Навигационная хирургия и шаблоны:* появилась возможность при помощи 3D-моделирования изготавливать хирургические шаблоны, например, для имплантации. В детской практике имплантация зубов редко выполняется (до завершения роста не ставят имплантаты), но в подростковом возрасте при адентии после травмы – возможно. Навигационные шаблоны обеспечивают точность установки, избегая повреждения корней соседних зубов.

*Искусственный интеллект и прогнозирование:* Программное обеспечение на основе AI может анализировать фото прикуса ребенка, моделировать рост челюстей, подсказывать оптимальный план профилактического ортодонтического лечения. Это еще в разработке, но первые системы уже помогают ортодонтам в планировании, что, в свою очередь, улучшает профилактику аномалий.

### **Современные материалы для профилактики и лечения.**

*Герметики нового поколения:* В состав герметизирующих материалов вводятся антибактериальные компоненты и фтор- или кальций-высвобождающие вещества. Например, герметики с частицами серебра или с медленным выделением фтора, которые не только механически закрывают фиссуры, но и препятствуют росту бактерий длительное время. Это повышает профилактический эффект.

*Реминерализующие средства:* Помимо упомянутых CPP-ACP (Recaldent), появились и другие системы доставки минералов. Наногидроксиапатит – микроскопические частицы, повторяющие кристаллы эмали – включается в состав зубных паст и лаков, помогая "латать" микропоры эмали. Есть данные, что паста с наногидроксиапатитом может снижать чувствительность зубов после отбеливания или реминерализовать начальный кариес подобно фтору. Для детей с начальным кариесом это перспективно.

*Биоматериалы для пульпы:* Упомянулся МТА – минерал триоксид агрегат – материал, который совершил революцию в пульпотерапии. Сейчас ему на смену приходят новые биокерамические материалы, например, Biodentine, TheraCal и др., которые легче в применении, быстрее твердеют. Они тоже способствуют регенерации пульпы и предотвращают развитие инфекции. Применение этих материалов в пульпотомии молочных зубов повышает процент сохраненных до смены зубов, тем самым профилактика потери зубов выходит на новый уровень.

*Полифториды и комбинированные лаки:* Новые лаки содержат не только фтор, но и антимикробные пептиды, ксилит, иногда йод. Например, йод-содержащие лаки помимо реминерализации стерилизуют кариозную полость, что позволяет использовать их при методике ICON или инфльтрации.

*Серебряные препараты:* Традиционное серебрение кариозных зубов (применялся нитрат серебра) известно давно, но возрождается интерес к **диамину фторида серебра (SDF)** – этот раствор эффективно останавливает кариес, образуя прочный слой. Его минус – окрашивание черное, но на молочных зубах сзади это приемлемо. В мире SDF рассматривается как прорыв для лечения маленьких детей без бормашины. В России также проводят исследования SDF как часть программы лечения раннего кариеса.

*Адгезивы с антикариозным действием:* В пломбировочные материалы внедряют компоненты, препятствующие вторичному кариесу. В том числе есть адгезивы с наночастицами, разрушающими бактерии под пломбой (например, на основе хлоргексидина или фторида кальция). Это снижает риск, что под пломбой у ребенка разовьется скрытый кариес, а значит – профилактика перелечивания.

### **Лазерные технологии.**

*Лазерное лечение кариеса:* Использование эрбиевого лазера (Er:YAG) позволяет удалять поврежденные твердые ткани без бора, с минимальной болью и без вибрации. Для детей, боящихся звука бормашины, лазер – решение. Он работает с помощью микровзрывов воды в ткани, фактически "испаряя" кариес. Нет звука сверления, меньше нужда в анестезии, так как лазер частично коагулирует нервные окончания. Лазером обрабатывают также фиссуры перед герметизацией для лучшего проникновения герметика. Минус – дороговизна оборудования, но постепенно лазеры становятся более доступными.

*Лазерная диагностика:* Упоминался Диагнодент – лазерный диагностикум кариеса. Это тоже инновация, позволяющая объективно оценить состояние фиссур.

*Лазер в хирургии мягких тканей:* Диодные лазеры активно применяются для операций у детей – подрезка уздечки языка или губы лазером проходит почти без крови, без швов и быстро. Это психологически легче для ребенка и родителя (нет вида скальпеля и крови). Лазер обладает стерилизующим эффектом, после него реже бывают осложнения. В плане профилактики – лазерная френэктомия ранняя (например, у новорожденного с короткой уздечкой) предотвращает проблемы с речью и прикусом, тоже аспект профилактики.

*Фотодинамическая терапия:* Новинка в лечении пульпитов и периодонтитов – использование лазера совместно с фотосенсибилизаторами для уничтожения бактерий в корневых каналах. Это позволяет лучше дезинфицировать каналы без агрессивных химикатов, увеличивая успех лечения, следовательно, зуб сохраняется, и осложнений (как гранулем или абсцессов) не будет.

### **Компьютерное обезболивание и комфорт.**

*Системы The Wand и STA:* Это устройства для компьютерного контролируемого введения анестетика. Выглядят как ручка, а не шприц, подает раствор медленно и равномерно, что практически исключает боль от укола. Для детей, боящихся уколов, такая система – спасение: они порой не осознают, что это был укол (чувствуют только "странное покалывание"). Врач может отвлекать ребенка, а компьютер сам всё введет. Распространение этих систем – важная инновация, повышающая приверженность маленьких пациентов к лечению.

*Безыгольные инъекторы:* Разрабатываются устройства, которые струей под давлением вводят анестетик через слизистую без иглы. Пока они имеют ограничения (больно при неправильном использовании, дозы ограничены), но в будущем, возможно, усовершенствуются.

*Электронный карпул:* Еще одна разработка – небольшой девайс, надеваемый на карпульный шприц, который дозирует подачу и вибрирует, отвлекая рецепторы. Принцип “Gate control theory”: вибрация снижает болевую чувствительность. Детям это помогает перенести укол легче.

### **Информационные технологии в профилактике.**

*Приложения для детей:* Сейчас есть множество мобильных приложений, которые делают чистку зубов веселой игрой. Например, приложение, где персонаж показывает, какие зубы чистить, или игра "сгони микробов" с таймером 2 минуты. Смарт-зубные щетки со встроенными датчиками движения могут синхронизироваться с телефоном, и ребенок видит на экране, какие зубы уже почистил, а какие пропустил – все в игровой форме (собирает баллы, соревнуется с друзьями). Такие геймифицированные технологии доказанно улучшают качество чистки зубов у детей и мотивируют их. Родители могут мониторить статистику через приложение.

*Телемедицина:* Уже упоминалось про удаленный контроль – например, родители, живущие в отдаленном месте, могут через видео показать стоматологу что их беспокоит (пятно на зубе и пр.). Особенно в период пандемий такой подход получил развитие. Кроме того, телемедицина позволяет специалистам консультировать сложные случаи дистанционно (скажем, районный стоматолог по видео обсудит план с областным детским хирургом для редкого случая), что тоже косвенно улучшает качество профилактики и лечения.

**Седация и анестезия – новые безопасные подходы.** Закись азота мы упоминали – она не новая по годам открытия (используется более 100 лет), но технологии подачи улучшились: современные цифровые аппараты точно дозируют смесь, имеют автоматические контрольные системы (например, подача не менее 30% кислорода – исключение гипоксии). Это повышает безопасность и делает процедуру практически рутинной. Новые препараты для седации (короткого действия, быстро выводимые) тоже расширяют

возможности: минимальное воздействие на организм, при этом эффективное успокоение.

### **Перспективные направления исследований.**

*Вакцина против кариеса:* Пока нет готового продукта, но исследования идут – генерируются антитела против ферментов *S.mutans*. Возможно, через 5–10 лет дети будут получать прививку, которая снизит колонизацию рта кариесогенами.

*Генная и клеточная терапия:* В будущем, теоретически, можно будет стимулировать заново рост зубной эмали или даже целого зуба. Уже сейчас проводятся эксперименты по выращиванию зубных зачатков из стволовых клеток. Если это станет реальностью, то вместо имплантата ребенку, потерявшему зуб, смогут вырастить новый – революция, ликвидирующая последствия травм или кариеса. Пока это научная фантастика на практике, но некоторые успехи на животных моделях достигнуты.

*Нанороботы для чистки зубов:* Концепция использования нанотехнологий – микроскопических роботов или частиц, которые будут разрушать зубной налет или доставлять лекарства точно к очагам – активно обсуждается. Например, наночастицы, реагирующие на биопленку, которые при активации лазером разрушают матрицу налета. Или нанороботы, способные прочищать каналы лучше любых инструментов.

**Клинический пример применения инновации:** *Мальчик, 8 лет, с начальным кариесом на жевательных зубах, очень боится бормашины. В клинике применили лазерную технологию: без сверления лазером убрали поврежденную эмаль и дентин, мальчик слышал только тихие щелчки, боли не было. Пломбу поставили светоотверждаемую, при этом операцию обезболрили The Wand – ребенок даже не понял, что был укол. В конце ему показали "магический" 3D-скан его зубов на компьютере и напечатали маленькую модельку зубика на 3D-принтере в подарок. Мальчик ушел впечатленный, ни страха, ни боли не испытал. Этот случай иллюстрирует, как новые технологии могут превращать*

потенциально пугающее лечение в любопытное приключение, что повышает приверженность профилактическим визитам.

В итоге, инновации служат общей цели: сделать профилактику и лечение максимально эффективными, комфортными и доступными для детей. Однако важно понимать, что никакие технологии не заменят базовых принципов профилактики – ежедневной гигиены, здорового питания, регулярных осмотров. Поэтому прогресс в детской стоматологии идет рука об руку с образованием и мотивацией пациентов и их родителей.

FOR AUTHOR USE ONLY

## **ГЛАВА 8. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И АЛГОРИТМЫ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ**

Несмотря на все усилия, заболевания порой развиваются, а лечебные вмешательства не всегда проходят идеально гладко. В детской хирургической стоматологии очень важно предвидеть возможные осложнения – как самих заболеваний, так и проводимого лечения – и заранее принимать меры к их предупреждению. Эта глава посвящена распространенным осложнениям, с которыми может столкнуться детский стоматолог-хирург, и практическим алгоритмам профилактики этих нежелательных ситуаций.

**Осложнения кариеса и их предотвращение.** Основная масса осложнений в детской стоматологии связана с запущенным кариесом:

- ✓ *Пульпит и периодонтит.* Кариозный процесс, достигший пульпы, вызывает ее воспаление (пульпит), а далее инфекция выходит за верхушку корня – периодонтит. Для ребенка это означает зубную боль, необходимость более сложного лечения (удаление нерва, иногда под наркозом), риск абсцесса. **Алгоритм предупреждения:** регулярные осмотры + своевременное пломбирование. То есть: 1) Обнаружить кариес на ранней стадии (в стадии пятна или небольшой полости); 2) Вылечить его малоинвазивно (герметизация, пломба); 3) Если кариес уже глубокий – провести профилактическое перекрытие пульпы (кальцийсодержащая подкладка) или частичную пульпотомию при случайном вскрытии, но не оставлять без лечения. Также важно объяснить родителям: не ждите, когда зуб заболит – лечите сразу. Это часть алгоритма вторичной профилактики.

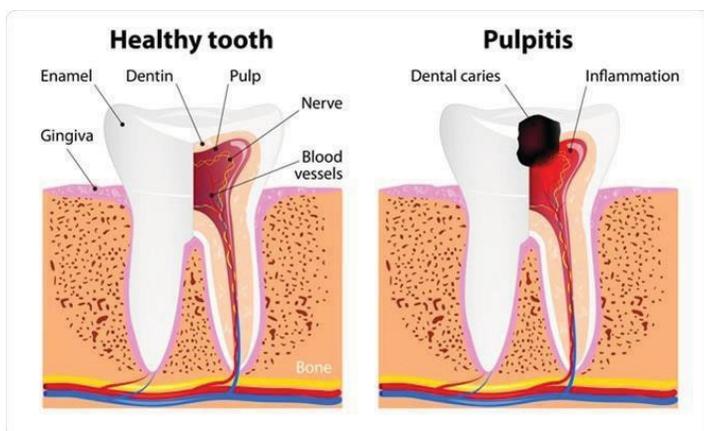


Рис. 8.1. — Переход кариеса в пульпит и периодонтит

- ✓ **Одонтогенный абсцесс и флегмона.** Это тяжелое гнойное воспаление, возникающее, если периодонтит не лечат. У ребенка распухает лицо, поднимается температура, требуется хирургическое вскрытие гнойника, антибиотики, часто госпитализация. **Алгоритм предупреждения:** не допустить хронизации инфекции. После лечения пульпита нужно рентген-контроль: если появились признаки гранулемы или кисты – решить вопрос об удалении причинного зуба заблаговременно, а не дожидаться обострения. У детей часто периодонтит течет скрыто, но приводит к внезапному абсцессу, поэтому после травмы или пульпита врач наблюдает такого пациента: контрольные снимки через 3-6 месяцев, термометрия зубов. Если видит риск – назначает превентивно санацию. Другой аспект – улучшение общего иммунитета, лечение ЛОР-инфекций, чтобы снизить шансы, что локальный очаг перерастет в обширный гнойный процесс.
- ✓ **Осложнения на зачаток постоянного зуба.** В молочном зубе инфекция может повредить развивающийся под ним зачаток постоянного. Это может привести к пятну на эмали постоянного зуба (флюорозоподобному, называемому пятно Тернера) или даже к деформации коронки. **Алгоритм предупреждения:** лечить молочные

зубы, даже если "они все равно выпадут". Чёткий принцип – молочный зуб с периодонтитом подлежит либо лечению, либо удалению, нельзя оставлять его до естественной смены, если он инфицирован. При необходимости удаления молочного зуба с гнойным процессом – провести аккуратное кюретаж грануляций из лунки, промывание, чтобы минимизировать контакт гноя с зачатком. То есть, профилактика данного осложнения – в вовремя убранном очаге инфекции.

### **Осложнения травм зубов и их профилактика.**

- *Некроз пульпы после травмы.* Часто после удара зуб, даже если сначала выглядел нормально, со временем может "умереть" – начнется потемнение, периодонтит. **Профилактика:** Все травмы зубов должны тщательно наблюдаться. Алгоритм: при травме сделать рентген, проверить подвижность. Если есть риск (например, глубокий вывих) – сразу лечить (удалить пульпу и запломбировать). Если признаков повреждения пульпы нет – назначить осмотры через 1, 3, 6 месяцев с тестами (на холод, электрическую возбудимость) и рентген-контролем. При первых признаках некроза – эндодонтическое лечение. Таким образом, не пропустить момент.



*Рис. 8.2. — Последствия травмы зуба у ребёнка: некроз пульпы и корневая резорбция как осложнения.*

- *Резорбция корня реплантированного зуба.* Когда выбитый зуб возвращают в лунку, одно из частых осложнений – корень начинает рассасываться (воспалительная или заменяющая резорбция). **Алгоритм профилактики:** соблюдение протокола реимплантации: сохранить зуб в молоке или растворе, минимально травмировать при установке, своевременно пролечить канал (через 7–10 дней у детей обычно депульпируют такой зуб и помещают лекарство на основе гидроксида кальция, который снижает риск резорбции). Плюс регулярный рентген-контроль, при первых признаках резорбции – попытаться стабилизировать (например, снова гидроксид-кальциевые повязки). Увы, иногда резорбцию не остановить, но соблюдение протоколов позволяет многим зубам сохраниться.

- *Повреждение зачатка постоянного зуба при травме молочного.* Если молочный зуб травмирован и вбит или смещен к зачатку постоянного, это может повредить эмаль зачатка. **Профилактика:** при вывихах молочных зубов со смещением в сторону зачатка – молочный зуб подлежит удалению немедленно. Алгоритм: рентген, оценка; если риск – не сохранять травмированный молочный зуб любой ценой, а удалить его, чтобы он не давил на зачаток. Лучше ребенок будет какое-то время без зуба, чем потом постоянный выйдет с дефектом.

### **Осложнения аномалий прикуса.**

- *Нарушение функции ВНЧС, проблемы с пищеварением.* Нелеченые тяжелые аномалии прикуса в подростковом возрасте могут привести к болям в суставе, неравномерному стиранию зубов, затруднению жевания. **Профилактика:** ранняя ортодонтическая коррекция. Алгоритм: при выявлении выраженной аномалии – не ждать до 15 лет, а направлять к ортодонту в 5–7 лет (или сразу, как обнаружена). Проведение расширения, стимуляции роста челюсти или удержание места предотвратит более серьезные хирургические вмешательства (к примеру, если вовремя расширить узкую верхнюю челюсть, возможно, не возникнет необходимость ломать кость в будущем).

- *Психологические комплексы.* Да, это тоже осложнение аномалий – ребенок с очень некрасивым прикусом может страдать от насмешек, что влияет на психику. **Профилактика:** та же самая – пораньше заняться исправлением, а если нельзя быстро исправить (скажем, расщелина требует времени) – психологическая поддержка.

**Осложнения хирургических вмешательств.** Каждый раз, выполняя операцию или манипуляцию, врач должен думать на шаг вперед:

- *Кровотечение после удаления.* У детей обильное кровоснабжение, но одновременно хорошая способность к гемостазу. Однако, если ребенок мнетя, выплевывает марлю или у него нарушение свертываемости – возможно длительное кровотечение. **Профилактика:** Алгоритм для врача – тщательно собрать анамнез (нет ли гемофилии, болезни Виллебранда у родственников; если ребенок часто кровоточит – направить на анализы до операции). Во время удаления – не травмировать излишне мягкие ткани, при необходимости наложить шовчик. После – дать четкие инструкции: прикусить тампон 15–20 мин, сидеть спокойно. Родителям – на руках памятку, что делать если кровь пошла дома (снова прикусить чистую марлю, холод на щеку, если через час не остановится – обратиться). Также профилактика – планирование: сложные удаления лучше делать в первой половине дня, а не вечером (чтобы в случае чего было время отреагировать).

- *Альвеолит (воспаление лунки).* У детей встречается реже, чем у взрослых, но возможно, особенно если нарушена техника или ребенок сам помешал заживлению (например, выковырял сгусток). **Алгоритм профилактики:** соблюдение правил асептики (чистая атравматичная экстракция), минимальная травма кости, при необходимости кюретаж инфекции; после удаления – марлевый йодоформный тампон или губка, если зуб был инфицирован, может быть, назначение антисептических полосканий на 2-3 день. Родителям – запрет полоскать день, не лезть языком. При удалении под наркозом (когда ребенок не слышал инструкций), важно родителям втроем разъяснить про не трогать ранку.

- *Повреждение зачатка постоянного зуба при удалении молочного.*

Это специфическое осложнение: неосторожный врач может инструментом задеть зачаток. **Профилактика:** знать топографию, делать рентген перед удалением молочного моляра, чтобы видеть, где корни и где зачаток. Использовать щадящую технику: например, при сложном молочном зубе лучше разделить корни и удалять по частям, чем тянуть сильно и рисковать вырвать зачаток. Если все же такая беда произошла (были случаи, когда вместе с молочным вынимали зародыш постоянного) – немедленно имплантировать его обратно и зафиксировать, но шансы неблагоприятны. Проще не допустить: аккуратность + рентген-контроль.

- *Инфекция раны, остеомиелит.* После хирургических вмешательств (как удаление, кистэктомия) бывает инфекционное осложнение – нагноение. У детей остеомиелит может развиваться быстро. **Профилактика:** это в первую очередь соблюдение стерильности и рациональная антибиотикотерапия по показаниям. Если операция прошла на фоне острого воспаления – антибиотики почти всегда нужны профилактически несколько дней. При чистой операции – достаточно антисептика местно. Алгоритм: при любом подозрении, что может загноиться (например, капюшон вырезали при перикоронарите) – назначить антисептик и контроль через пару дней.

- *Травма мягких тканей инструментом.* Дети двигаются, дергаются – риск порезать щеку бором или проколоть иглой. **Профилактика:** поведенческий контроль, применение коффердама (изолирует зуб и еще защищает щеку), ассистент удерживает щечку ретрактором, использование защитных накладок. А главное – не начинать инвазивную процедуру, пока ребенок не иммобилизован психологически или физически. Если малыш не в состоянии усидеть – лучше седация или общий наркоз, чем, пытаясь быстро, нечаянно травмировать.

## Осложнения анестезии и седации.

- *Аллергическая реакция.* На препараты местного анестетика у детей крайне редко аллергия, чаще на консервант или латекс. Но анафилаксия – опаснейшее осложнение. **Профилактика:** тщательный сбор аллергологического анамнеза; проба на анестетик (если были указания на аллергию) – обычно кожная или конъюнктивальная, но в практике стоматолога чаще просто исключают препараты с адреналином у аллергиков (потому что сульфиты в них). Иметь в кабинете противошоковую аптечку (адреналин, кортикостероид). Вакцинация медперсонала и обучение навыкам неотложки – обязательно. Таким образом, алгоритм: предположить возможность аллергии + быть готовым немедленно действовать.

- *Токсическая реакция (передозировка) местного анестетика.* У детей из-за малого веса легко превысить дозу, что может привести к судорогам, угнетению дыхания. **Алгоритм предупреждения:** рассчитывать дозу по весу! Правило: не более 4,4 мг артикаина на кг (это приблизительно 1 карпула 2 мл 4% артикаина на 10 кг массы). Для маленького ребенка часто достаточно полкарпулы на инфильтрацию, нет нужды вкалывать полный. Использовать анестетики с вазоконстриктором, которые локализуют действие. Наблюдать за состоянием – если ребенок жалуется на головокружение или начинает странно себя вести – прекратить введение. И естественно, хранить карпулы вне доступа детей (бывали случаи, дети в кресле тянулись и могли схватить, уколаться).

- *Осложнения седации/наркоза.* Самая грозная – остановка дыхания от передозировки. **Профилактика:** четкие протоколы дозирования, мониторинг (пульсоксиметр на пальчике ребенка при закиси или даже при длительной местной анестезии, если ребенок во сне), обучение персонала BLS (базовой реанимации). При наркозе – всегда анестезиолог, оборудование реанимационное наготове.

## **Общие принципы алгоритмов профилактики осложнений.**

1. *Предварительная оценка рисков.* Еще до лечения – осмотр, диагностика, анализ истории. Выявить: ребенок склонен к кровотечениям? Был ли негативный опыт? Есть ли особенности здоровья (эпилепсия, сердечный порок)? – Все это учесть в плане: может, сделать в стационаре, подготовить лекарства.

2. *Строгое соблюдение протоколов.* Современные клинические рекомендации прописывают, как действовать, чтобы избежать ошибок. Врач не должен пренебрегать "лишними" шагами, которые повышают безопасность.

3. *Обучение и тренировка команды.* Периодически проводить разборы случаев, отрабатывать действия при анафилаксии, при аспирации постороннего предмета (ребенок может вдохнуть мелкий инструмент – на такой случай план: иметь отсос, инструменты для извлечения, уметь сделать прием Геймлиха).

4. *Информирование родителей.* Многие осложнения можно предотвратить, если родители знают, на что обратить внимание дома. Например, отек после укула – приложить холод. Если температура поднялась после лечения – сразу сообщить врачу, а не ждать. Дав подробные инструкции и контакты для связи, врач создает систему раннего предупреждения: родители – как “датчики”, заметив неладное, вовремя возвращаются за помощью.

5. *Ведение медицинской документации.* Запись всех наблюдений, принятых мер – это позволяет при следующем визите помнить, что, к примеру, "в прошлый раз была реакция на лидокаин, поэтому используем артикаин". Или "после прошлого удаления был долго кровил – проверен гемостаз, все ок". Документация помогает не упустить повторяющихся моментов.

Итак, **алгоритмы предупреждения осложнений** можно резюмировать как последовательность действий:

- ❖ **Предвидеть** (знать слабые места каждого случая);
- ❖ **Предотвращать** (применять меры до того, как случится проблема);
- ❖ **Контролировать** (мониторить состояние, чтобы заметить начало осложнения);
- ❖ **Реагировать оперативно** (если осложнение все-таки начинается, мгновенно предпринимать лечебные действия, не дожидаясь ухудшения).

Несмотря на обширность темы осложнений, применение вышеперечисленных подходов значительно снижает их частоту. В современных клиниках осложнения стали редкостью, именно благодаря развитию профилактических протоколов. И все же, даже редкие случаи важно анализировать, чтобы делиться опытом и улучшать обучение.

Завершая анализ возможных осложнений заболеваний челюстно-лицевой области у детей и алгоритмов их предупреждения, рассмотренных в предыдущей главе, следует подчеркнуть, что клиническая эффективность профилактических мероприятий в значительной степени определяется не только корректностью выбранных лечебных и профилактических тактик, но и уровнем их организационного и методического обеспечения. Даже наиболее научно обоснованные профилактические подходы не могут быть реализованы в полной мере при отсутствии чётко выстроенной системы наблюдения, маршрутизации и междисциплинарного взаимодействия. В связи с этим особую актуальность приобретает рассмотрение организационно-методических аспектов профилактики в детской хирургической стоматологии, обеспечивающих практическую реализацию принципов предупреждения осложнений и рецидивов стоматологической патологии у детей.

## **ГЛАВА 9. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Современное развитие детской хирургической стоматологии характеризуется смещением акцента с преимущественно лечебных и хирургических вмешательств в сторону системной, научно обоснованной профилактики, направленной на предупреждение развития патологических процессов челюстно-лицевой области у детей. В данном контексте особую значимость приобретают организационно-методические аспекты профилактической деятельности, определяющие эффективность реализации профилактических мероприятий на уровне системы здравоохранения, медицинских учреждений и конкретного специалиста.

Организация профилактики в детской хирургической стоматологии представляет собой многоуровневый процесс, включающий комплекс взаимосвязанных мероприятий медицинского, социального, образовательного и управленческого характера. Эффективность профилактики определяется не только качеством клинической помощи, но и степенью системности, преемственности и координации действий между различными звеньями медицинской службы, а также уровнем вовлечённости семьи и общества в сохранение стоматологического здоровья ребёнка.

На уровне системы здравоохранения профилактика заболеваний, требующих хирургического стоматологического вмешательства, должна быть интегрирована в общие программы охраны здоровья детей. Это предполагает разработку и внедрение стандартов профилактического наблюдения, клинических протоколов раннего выявления факторов риска, а также нормативное закрепление диспансерного подхода к детям с повышенной вероятностью развития стоматологической патологии. Важным организационным элементом является формирование чёткой маршрутизации пациентов, обеспечивающей своевременное направление ребёнка от первичного звена (педиатр, общий стоматолог) к детскому стоматологу-

хирургу при наличии показаний.

Существенную роль в профилактике играет амбулаторное звено стоматологической помощи, поскольку именно на этом этапе возможно раннее выявление начальных форм заболеваний, предупреждение их прогрессирования и развитие осложнений. Регулярные профилактические осмотры, проводимые с учётом возрастных и индивидуальных особенностей ребёнка, позволяют выявлять кариозные поражения, аномалии развития зубочелюстной системы, признаки воспалительных процессов и последствия травм на доклинической или ранней клинической стадии. Организационно целесообразным является формирование групп диспансерного наблюдения, включающих детей с высоким риском развития кариеса, воспалительных осложнений, травматических повреждений и ортодонтических нарушений.

Методологической основой профилактической деятельности в детской хирургической стоматологии является принцип этапности и преемственности наблюдения. Профилактические мероприятия должны начинаться задолго до возникновения клинически выраженной патологии и продолжаться на всех этапах роста и развития ребёнка. В антенатальный и ранний постнатальный периоды профилактика направлена на предупреждение врождённых аномалий и формирование благоприятных условий для нормального развития зубочелюстной системы. В дошкольном и школьном возрасте приоритетными становятся мероприятия по предотвращению кариеса, травм и функциональных нарушений, а в подростковом периоде — контроль за состоянием постоянного прикуса и профилактика осложнённых форм заболеваний.

Особое значение в организационной структуре профилактики принадлежит диспансерному методу наблюдения. Диспансеризация детей в детской хирургической стоматологии должна носить дифференцированный характер и учитывать индивидуальные факторы риска, такие как частота и интенсивность кариеса, наличие хронических очагов инфекции, особенности прикуса, перенесённые травмы и хирургические вмешательства.

Методически обоснованным является определение кратности профилактических осмотров в зависимости от группы риска, что позволяет рационально распределять ресурсы и повышать эффективность профилактических мероприятий.

Важным компонентом организационно-методического обеспечения профилактики является междисциплинарное взаимодействие. Детская хирургическая стоматология по своей природе является интегративной специальностью, требующей тесного сотрудничества с педиатрами, оториноларингологами, ортодонтами, логопедами и психологами. Координация действий специалистов позволяет своевременно выявлять сопутствующие заболевания и функциональные нарушения, которые могут оказывать влияние на формирование стоматологической патологии и увеличивать риск хирургических вмешательств. Организационно это реализуется через совместные консультации, единые маршруты пациента и обмен клинической информацией.

Методическое обеспечение профилактической деятельности включает разработку и внедрение клинических рекомендаций, алгоритмов действий врача и стандартов оказания профилактической помощи. Наличие чётких методических документов позволяет унифицировать подходы к профилактике, повысить качество медицинской помощи и снизить вариабельность клинических решений. Особую роль играют алгоритмы профилактики осложнений после хирургических вмешательств, включающие рекомендации по послеоперационному наблюдению, гигиене полости рта, контролю за заживлением тканей и предупреждению рецидивов.

Существенное значение имеет организационная роль семьи и родителей в реализации профилактических мероприятий. С методической точки зрения профилактика в детской хирургической стоматологии невозможна без активного участия законных представителей ребёнка. Информирование родителей о факторах риска, правилах ухода за полостью рта, необходимости регулярных осмотров и своевременного обращения за

медицинской помощью является неотъемлемой частью профилактической работы. Организационно это достигается через проведение санитарно-просветительной работы, индивидуальные консультации, распространение информационных материалов и формирование у родителей устойчивой мотивации к сохранению стоматологического здоровья ребёнка.

Отдельного внимания заслуживает организационная роль образовательных учреждений. Детские сады и школы являются важной платформой для реализации профилактических программ, направленных на формирование здоровых привычек, предупреждение травматизма и раннее выявление стоматологической патологии. Взаимодействие медицинских работников с педагогическим коллективом позволяет обеспечить системный подход к профилактике, включая проведение профилактических осмотров, обучение детей правилам гигиены и формирование безопасной среды.

Важным элементом организационно-методической модели профилактики в детской хирургической стоматологии является система документационного обеспечения профилактической деятельности. Корректное ведение медицинской документации позволяет не только фиксировать состояние стоматологического здоровья ребёнка, но и формировать динамическую картину развития патологических процессов, оценивать эффективность проводимых профилактических мероприятий и своевременно корректировать тактику наблюдения. В условиях амбулаторной практики особое значение имеют профилактические карты наблюдения, в которых отражаются сведения о факторах риска, кратности осмотров, выполненных профилактических процедурах и рекомендациях для родителей. Методически обоснованное использование таких документов способствует повышению преемственности медицинской помощи и снижению вероятности пропуска ранних форм заболеваний.

Организационная эффективность профилактики во многом зависит от внедрения стандартизированных клинических протоколов и алгоритмов действий врача. Стандартизация профилактических мероприятий

обеспечивает единообразие подходов к оценке риска, выбору профилактических методов и определению частоты наблюдения. В детской хирургической стоматологии это особенно важно ввиду возрастной вариабельности клинических проявлений и быстроты прогрессирования патологических процессов у детей. Использование алгоритмов профилактики позволяет минимизировать субъективный фактор в принятии клинических решений и повысить безопасность медицинской помощи.

Существенное значение в системе организационно-методического обеспечения профилактики имеет контроль качества профилактической помощи. Контроль должен осуществляться на нескольких уровнях и включать оценку полноты охвата профилактическими осмотрами, своевременности выявления патологии, частоты развития осложнений и повторных хирургических вмешательств. Анализ этих показателей позволяет выявлять организационные слабые места, корректировать маршруты пациента и оптимизировать нагрузку на специализированные стоматологические службы. С методической точки зрения целесообразным является использование индикаторов качества профилактической помощи, адаптированных к условиям детской стоматологической практики.

Отдельного внимания заслуживает организационная роль цифровых технологий в профилактике заболеваний детской хирургической стоматологии. Внедрение электронных медицинских карт и цифровых регистров пациентов создаёт предпосылки для формирования единого информационного пространства, обеспечивающего доступ к данным о стоматологическом статусе ребёнка на разных этапах оказания медицинской помощи. Это особенно важно при диспансерном наблюдении детей, перенёвших хирургические вмешательства, а также пациентов из групп высокого риска. Использование цифровых инструментов позволяет повысить точность мониторинга, снизить вероятность утраты информации и улучшить межведомственное взаимодействие.

Организационно-методический аспект профилактики включает также

вопросы подготовки и повышения квалификации медицинских кадров. Эффективная профилактика невозможна без наличия у врача системных знаний в области ранней диагностики, оценки факторов риска и современных профилактических технологий. В связи с этим особую значимость приобретает непрерывное профессиональное образование стоматологов-хирургов, общих стоматологов и врачей смежных специальностей. Организационно целесообразным является проведение обучающих семинаров, клинических разборов и междисциплинарных конференций, направленных на унификацию профилактических подходов и распространение лучших практик.

Методологически важным элементом профилактической деятельности является оценка эффективности реализуемых профилактических программ. Такая оценка должна базироваться на анализе динамики показателей стоматологического здоровья детского населения, частоты хирургических вмешательств и структуры осложнений. Сравнительный анализ данных до и после внедрения профилактических мероприятий позволяет объективно оценить их результативность и экономическую целесообразность. В условиях ограниченных ресурсов здравоохранения это приобретает особое значение, поскольку позволяет обосновывать необходимость расширения профилактических программ и их финансирования.

Неотъемлемой частью организационно-методической модели профилактики является обеспечение преемственности между амбулаторным и стационарным этапами лечения. Дети, перенёсшие хирургические вмешательства в условиях стационара, должны находиться под обязательным диспансерным наблюдением стоматолога-хирурга и общего стоматолога по месту жительства. Методически обоснованное планирование послеоперационных осмотров, профилактических процедур и реабилитационных мероприятий способствует снижению частоты рецидивов и формированию благоприятного долгосрочного прогноза.

Таким образом, расширение организационно-методического

обеспечения профилактики в детской хирургической стоматологии позволяет обеспечить комплексный, управляемый и устойчивый характер профилактических мероприятий. Интеграция стандартизированных протоколов, цифровых технологий, системы контроля качества и непрерывного профессионального развития медицинских кадров создаёт условия для эффективного снижения распространённости заболеваний челюстно-лицевой области у детей и уменьшения потребности в хирургических вмешательствах.

FOR AUTHOR USE ONLY

## **ГЛАВА 10. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ**

Современная концепция профилактики заболеваний челюстно-лицевой области у детей основывается на понимании многофакторной природы стоматологической патологии и тесной взаимосвязи стоматологического здоровья с общим состоянием организма ребёнка. В связи с этим профилактика в детской хирургической стоматологии не может рассматриваться исключительно в рамках одной медицинской специальности, а требует реализации междисциплинарного подхода, обеспечивающего комплексную оценку факторов риска, раннее выявление сопутствующих нарушений и координацию лечебно-профилактических мероприятий.

Междисциплинарный подход предполагает согласованное взаимодействие специалистов различных профилей, вовлечённых в наблюдение и лечение ребёнка, с целью предупреждения развития стоматологической патологии и её осложнений. В детской хирургической стоматологии такая модель особенно актуальна, поскольку многие заболевания челюстно-лицевой области формируются на фоне соматических, функциональных, анатомических и психоэмоциональных нарушений, выявление и коррекция которых выходят за рамки компетенции одного специалиста.

Ключевую роль в междисциплинарной профилактике играет педиатр, являющийся первым звеном медицинского наблюдения за ребёнком. Именно на уровне педиатрической службы возможно раннее выявление факторов риска, таких как частые инфекционные заболевания, нарушения питания, дефицит микроэлементов, хронические очаги инфекции и особенности общего физического развития. Своевременное направление ребёнка на стоматологическое обследование при выявлении указанных состояний позволяет предотвратить формирование тяжёлых форм стоматологической

патологии и снизить вероятность хирургических вмешательств.

Значимое место в системе междисциплинарного взаимодействия занимает сотрудничество детского стоматолога-хирурга с оториноларингологом. Нарушения носового дыхания, аденоидные вегетации, хронические риносинуситы и тонзиллиты оказывают прямое влияние на формирование зубочелюстной системы, способствуют развитию аномалий прикуса и увеличивают риск воспалительных процессов в челюстно-лицевой области. Комплексное ведение таких пациентов с участием ЛОР-врача позволяет не только устранить основное заболевание, но и предупредить вторичное формирование стоматологической патологии.

Особую роль в профилактике заболеваний челюстно-лицевой области у детей играет взаимодействие с ортодонтом. Раннее выявление аномалий роста челюстей, нарушений окклюзии и функциональных расстройств позволяет реализовать перехватывающие ортодонтические мероприятия на этапах активного роста, что существенно снижает потребность в хирургической коррекции в будущем. В этом контексте профилактическая направленность ортодонтического лечения рассматривается как неотъемлемая часть системы профилактики детской хирургической стоматологии.

Не менее важным компонентом междисциплинарного подхода является участие медицинского психолога. Психоэмоциональное состояние ребёнка, уровень тревожности и наличие стоматофобии оказывают значительное влияние на своевременность обращения за медицинской помощью, соблюдение профилактических рекомендаций и эффективность лечения. Психологическая подготовка детей к стоматологическим вмешательствам, формирование положительного отношения к профилактическим осмотрам и минимизация стрессовых факторов способствуют снижению риска отказа от лечения и предупреждению психологической травматизации.

В ряде клинических ситуаций профилактика заболеваний челюстно-лицевой области требует привлечения логопеда и специалистов по

функциональной терапии. Нарушения речи, неправильное положение языка, патологические типы глотания и дыхания оказывают неблагоприятное воздействие на формирование прикуса и могут способствовать развитию деформаций зубочелюстной системы. Коррекция функциональных нарушений в раннем возрасте является важным элементом профилактики и позволяет значительно улучшить долгосрочный прогноз.

Организационно междисциплинарный подход реализуется через формирование устойчивых каналов взаимодействия между специалистами, использование единой медицинской документации, проведение совместных консультаций и разработку согласованных планов наблюдения и профилактики. Особое значение имеет преемственность между амбулаторным и стационарным этапами медицинской помощи, а также между различными уровнями оказания помощи — от первичного звена до специализированных учреждений.

С методологической точки зрения междисциплинарный подход обеспечивает более полную оценку индивидуальных факторов риска и позволяет перейти от стандартных профилактических схем к персонализированным программам профилактики. Такой подход учитывает не только стоматологический статус ребёнка, но и особенности его соматического здоровья, психоэмоционального состояния, социального окружения и условий жизни, что соответствует современным принципам профилактической медицины.

Практическая реализация междисциплинарного подхода в профилактике заболеваний челюстно-лицевой области у детей невозможна без чётко выстроенной системы маршрутизации пациента. Рациональная маршрутизация обеспечивает своевременное направление ребёнка к профильным специалистам, минимизирует диагностические задержки и способствует раннему началу профилактических и лечебных мероприятий. В детской хирургической стоматологии это приобретает особую значимость, поскольку задержка в выявлении патологии может приводить к быстрому

прогрессированию заболевания и необходимости более инвазивных вмешательств.

Маршрутизация ребёнка должна начинаться на уровне первичного медицинского контакта, которым чаще всего является педиатр или врач общей практики. При выявлении факторов риска стоматологической патологии, таких как частые инфекционные заболевания, нарушения питания, задержка физического развития, признаки хронического воспаления в области носоглотки или жалобы на боль и дискомфорт в полости рта, ребёнок должен быть направлен на профилактический осмотр к стоматологу. При этом важным методическим условием является не эпизодическое, а плановое направление, основанное на оценке совокупности факторов риска.

На следующем этапе маршрутизации ведущая роль принадлежит общему стоматологу или детскому стоматологу, который осуществляет первичную оценку стоматологического статуса, выявляет начальные формы заболеваний и определяет необходимость консультации детского стоматолога-хирурга. При наличии признаков воспалительных осложнений, травматических повреждений, аномалий развития или функциональных нарушений формируется индивидуальный маршрут пациента с привлечением смежных специалистов. Такой подход позволяет избежать фрагментарности наблюдения и способствует формированию целостного профилактического плана.

Важным элементом междисциплинарной маршрутизации является участие ортодонта на ранних этапах наблюдения. Даже при отсутствии выраженной клинической картины аномалий прикуса, ранняя ортодонтическая оценка позволяет выявить неблагоприятные тенденции роста челюстей и принять профилактические меры до формирования необратимых изменений. Включение ортодонта в команду профилактического сопровождения ребёнка снижает риск последующих хирургических вмешательств и повышает долгосрочную эффективность профилактики.

Особое место в системе маршрутизации занимает взаимодействие с оториноларингологом. При наличии нарушений носового дыхания, аденоидной патологии или хронических воспалительных процессов верхних дыхательных путей стоматологическая профилактика без коррекции сопутствующего заболевания оказывается недостаточно эффективной. В таких случаях маршрутизация должна предусматривать параллельное наблюдение и лечение у ЛОР-врача, что позволяет устранить один из ключевых патогенетических факторов формирования стоматологической патологии.

Командная модель профилактики предполагает распределение ролей и ответственности между специалистами с учётом их профессиональной компетенции. Детский стоматолог-хирург в данной модели выполняет координирующую функцию, определяя объём профилактических мероприятий, оценивая риски развития осложнений и контролируя динамику состояния челюстно-лицевой области. При этом эффективность командной работы во многом зависит от регулярного обмена клинической информацией и согласованности принимаемых решений.

С методологической точки зрения командный подход позволяет перейти от изолированных профилактических мероприятий к интегрированным программам профилактики, ориентированным на конкретного ребёнка. Такие программы включают стоматологические, ортодонтические, соматические и психологические компоненты и реализуются с учётом возрастных этапов развития. Персонализация профилактики в рамках командной модели соответствует современным тенденциям развития медицины и обеспечивает более устойчивые результаты.

Особую значимость командные модели приобретают при наблюдении детей, перенёвших хирургические вмешательства в челюстно-лицевой области. В послеоперационном периоде профилактика осложнений и рецидивов требует участия не только стоматолога-хирурга, но и

специалистов по функциональной реабилитации, ортодонтотв и психологов. Чёткая маршрутизация таких пациентов между амбулаторным и стационарным этапами наблюдения позволяет обеспечить непрерывность медицинской помощи и снизить риск неблагоприятных исходов.

В условиях современного здравоохранения эффективность междисциплинарной маршрутизации во многом зависит от уровня организационной культуры медицинского учреждения и наличия нормативно закреплённых алгоритмов взаимодействия. Разработка и внедрение внутренних регламентов, определяющих порядок направления пациентов, сроки консультаций и формы междисциплинарного взаимодействия, способствует снижению организационных барьеров и повышению доступности профилактической помощи.

Таким образом, использование чётко выстроенной маршрутизации пациента и внедрение командных моделей профилактики являются ключевыми инструментами реализации междисциплинарного подхода в детской хирургической стоматологии. Эти организационно-методические решения позволяют обеспечить раннее выявление стоматологической патологии, повысить эффективность профилактических мероприятий и снизить частоту хирургических вмешательств, что в конечном итоге способствует улучшению стоматологического здоровья детского населения и качества жизни детей.

Реализация междисциплинарного подхода в профилактике заболеваний челюстно-лицевой области у детей требует не только клинической и методической согласованности действий специалистов, но и соответствующего нормативно-правового и управленческого обеспечения. В условиях современной системы здравоохранения именно управленческие механизмы и правовое регулирование определяют устойчивость профилактических программ, их масштабируемость и возможность интеграции в практику медицинских организаций различного уровня.

Нормативно-правовая база профилактической деятельности в детской

хирургической стоматологии формируется на основе государственных программ охраны здоровья детей, клинических рекомендаций, стандартов оказания медицинской помощи и внутренних регламентов медицинских организаций. Закрепление профилактических мероприятий на уровне нормативных документов обеспечивает их обязательность, преемственность и единообразие реализации, что особенно важно для междисциплинарного взаимодействия, предполагающего участие нескольких специалистов и структурных подразделений.

С управленческой точки зрения междисциплинарный подход требует чёткого распределения функций и ответственности между участниками профилактического процесса. Эффективная модель управления профилактикой предполагает наличие координирующего звена, обеспечивающего согласование действий стоматолога-хирурга, педиатра, ортодонта, оториноларинголога и других специалистов. В большинстве случаев такую координирующую роль выполняет профильное стоматологическое подразделение или ответственный специалист, наделённый полномочиями по формированию индивидуальных маршрутов пациента и контролю их реализации.

Важным управленческим инструментом является разработка локальных нормативных актов медицинской организации, регламентирующих порядок междисциплинарного взаимодействия. К таким документам относятся положения о маршрутизации пациентов, алгоритмы направления на консультации, сроки междисциплинарных осмотров и формы обмена медицинской информацией. Наличие формализованных регламентов снижает зависимость профилактической деятельности от субъективных факторов и повышает её устойчивость при кадровых и организационных изменениях.

Особое значение в управлении междисциплинарной профилактикой имеет интеграция стоматологической службы в общую систему оказания медицинской помощи детям. Управленческая модель, основанная на взаимодействии стоматологических подразделений с педиатрической

службой, позволяет обеспечить раннее выявление факторов риска и включение стоматологической профилактики в комплексные программы наблюдения за ребёнком. Такая интеграция способствует переходу от фрагментарного оказания помощи к системному профилактическому сопровождению.

С позиции управления качеством медицинской помощи междисциплинарный подход требует внедрения механизмов мониторинга и оценки эффективности профилактических мероприятий. Управленческая модель должна предусматривать сбор и анализ показателей, отражающих уровень охвата профилактическими осмотрами, своевременность направления к специалистам, частоту осложнений и повторных хирургических вмешательств. Использование этих данных позволяет принимать управленческие решения, направленные на оптимизацию профилактической деятельности и рациональное распределение ресурсов.

Нормативно-правовое обеспечение междисциплинарной профилактики также включает вопросы профессиональной ответственности и компетенции специалистов. Чёткое определение функциональных обязанностей каждого участника профилактического процесса снижает риск дублирования или, напротив, утраты отдельных этапов наблюдения. В этом контексте особую роль играют клинические рекомендации и профессиональные стандарты, которые служат основой для формирования согласованных профилактических алгоритмов.

Управленческие модели междисциплинарной профилактики должны учитывать региональные особенности системы здравоохранения, кадровый потенциал и доступность специализированной помощи. В условиях ограниченных ресурсов особую актуальность приобретают модели, ориентированные на усиление профилактической роли первичного звена и использование консультативной поддержки специализированных центров. Такая модель позволяет расширить охват профилактическими мероприятиями без значительного увеличения затрат и обеспечивает более

равный доступ детей к специализированной помощи.

Таким образом, нормативно-правовые и управленческие аспекты являются неотъемлемой частью междисциплинарного подхода в профилактике заболеваний челюстно-лицевой области у детей. Их учёт позволяет перевести междисциплинарное взаимодействие из уровня индивидуальных инициатив в системную, устойчиво функционирующую модель, обеспечивающую высокую эффективность профилактики, снижение потребности в хирургических вмешательствах и улучшение показателей стоматологического здоровья детского населения.

FOR AUTHOR USE ONLY

## **ГЛАВА 11. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Профилактика заболеваний челюстно-лицевой области у детей в современной медицинской практике выходит за рамки исключительно клинических и хирургических мероприятий и всё в большей степени определяется влиянием медико-социальных и психологических факторов. Учитывая многофакторную природу стоматологической патологии, успешная профилактика в детской хирургической стоматологии невозможна без комплексного анализа социальных условий жизни ребёнка, особенностей семейного окружения и психоэмоционального состояния пациента на различных этапах его развития.

Медико-социальные факторы играют существенную роль в формировании стоматологического здоровья ребёнка и во многом определяют риск развития заболеваний, требующих хирургического вмешательства. Социально-экономический статус семьи, уровень образования родителей, условия проживания и доступность медицинской помощи оказывают прямое влияние на регулярность профилактических осмотров, своевременность обращения за стоматологической помощью и соблюдение профилактических рекомендаций. В семьях с низким уровнем медицинской грамотности чаще наблюдаются поздние обращения, запущенные формы заболеваний и высокая частота осложнений, что подчёркивает необходимость целенаправленной социальной профилактики.

Особое значение в медико-социальном аспекте профилактики имеет роль семьи как основного субъекта формирования поведенческих установок ребёнка. Родители определяют режим питания, гигиенические привычки, отношение к профилактическим осмотрам и медицинским вмешательствам. С методологической точки зрения эффективная профилактика в детской хирургической стоматологии требует активного вовлечения родителей в профилактический процесс, формирования у них устойчивой мотивации к

сохранению стоматологического здоровья ребёнка и осознания значимости профилактики даже при отсутствии выраженных клинических симптомов.

Существенным медико-социальным фактором является организация профилактической работы в образовательных учреждениях. Детские сады и школы представляют собой важную среду для реализации программ санитарно-просветительной работы, формирования навыков гигиены полости рта и профилактики травматизма. Интеграция стоматологической профилактики в систему школьного здравоохранения позволяет охватить широкие контингенты детей и способствует раннему выявлению стоматологической патологии, особенно у детей из социально уязвимых групп.

Психологические аспекты профилактики занимают особое место в детской хирургической стоматологии, поскольку страх перед стоматологическим лечением и хирургическими вмешательствами является одной из основных причин отказа от своевременного обращения за медицинской помощью. Стоматофобия у детей может формироваться под влиянием негативного личного опыта, тревожных установок родителей, а также недостаточной психологической подготовки к лечебным и профилактическим процедурам. Наличие выраженной тревожности затрудняет проведение профилактических осмотров, снижает эффективность лечения и повышает риск развития осложнений.

Психопрофилактика в детской стоматологии представляет собой систему мероприятий, направленных на предупреждение формирования страха и негативного отношения к стоматологическому лечению. В контексте профилактики хирургической стоматологической патологии особое значение имеет ранний позитивный опыт взаимодействия ребёнка с медицинским персоналом, использование щадящих и безболезненных методик, а также формирование доверительных отношений между врачом, ребёнком и родителями. Психологически комфортная среда способствует повышению приверженности профилактическим мероприятиям и снижению

уровня стресса.

Важным психологическим аспектом является индивидуализация подхода к ребёнку с учётом его возрастных и личностных особенностей. Дети разных возрастных групп по-разному воспринимают медицинские процедуры, что требует адаптации методов коммуникации и профилактического сопровождения. У дошкольников наибольшее значение имеет эмоциональный контакт и игровая форма взаимодействия, тогда как у школьников и подростков возрастает роль информированности, объяснения сути процедур и формирования осознанного отношения к профилактике.

Психологическое состояние родителей также оказывает значительное влияние на эффективность профилактики. Тревожность и негативное отношение взрослых к стоматологическому лечению часто передаются ребёнку и усиливают страх перед медицинскими вмешательствами. В связи с этим профилактическая работа должна включать элементы психологического консультирования родителей, направленные на коррекцию установок и формирование позитивного отношения к профилактическим осмотрам и лечению.

Существенную роль в психопрофилактике играет подготовка детей к хирургическим вмешательствам и послеоперационному периоду. Психологическая поддержка на этапах предоперационной подготовки и реабилитации позволяет снизить уровень тревожности, улучшить соблюдение рекомендаций и сократить сроки восстановления. Включение психолога в команду профилактического сопровождения детей, перенёвших хирургические вмешательства, способствует предупреждению формирования стойкой стоматофобии и улучшению качества жизни пациентов.

Таким образом, медико-социальные и психологические аспекты профилактики являются неотъемлемой частью комплексного подхода в детской хирургической стоматологии. Учёт социальных условий, активное вовлечение семьи, системная санитарно-просветительная работа и реализация психопрофилактических мероприятий позволяют существенно

повысить эффективность профилактики, снизить частоту осложнённых форм заболеваний и уменьшить потребность в хирургических вмешательствах, обеспечивая тем самым устойчивое улучшение стоматологического здоровья детского населения.

FOR AUTHOR USE ONLY

## **ГЛАВА 12. КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ И ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Несмотря на наличие современных научно обоснованных профилактических подходов, в клинической практике детской хирургической стоматологии по-прежнему сохраняется высокая частота осложнённых форм заболеваний, что во многом обусловлено типичными ошибками профилактики на различных этапах медицинского наблюдения ребёнка. Анализ клинических ситуаций позволяет выявить наиболее распространённые недостатки профилактической работы, определить их причины и сформулировать практические выводы, направленные на повышение эффективности профилактических мероприятий.

Одной из наиболее частых клинических ситуаций является позднее выявление кариеса молочных зубов, приводящее к развитию пульпитов, периодонтитов и последующих одонтогенных воспалительных осложнений. Типичной профилактической ошибкой в подобных случаях является недооценка значимости молочных зубов как временных анатомических образований, что приводит к отсрочке лечения и отсутствию регулярных профилактических осмотров. В клинической практике это проявляется обращением за медицинской помощью уже на стадии выраженного болевого синдрома или гнойно-воспалительного процесса, требующего хирургического вмешательства. Анализ подобных ситуаций свидетельствует о необходимости раннего включения ребёнка в систему профилактического наблюдения и активной работы с родителями по формированию понимания значимости профилактики.

Другой распространённой клинической ситуацией является травматическое повреждение зубов и мягких тканей челюстно-лицевой области у детей школьного возраста. Типичной ошибкой профилактики в этих случаях становится отсутствие профилактических мероприятий, направленных на предупреждение травматизма, а также недостаточная

информированность родителей и педагогов о правилах оказания первой помощи при травме зубов. В результате утрачивается время, необходимое для сохранения травмированного зуба, что приводит к его потере и формированию вторичных осложнений, включая нарушения прикуса и психологическую травматизацию ребёнка.

Существенную долю клинических ошибок составляют случаи преждевременного удаления молочных зубов без последующего профилактического ортодонтического сопровождения. В подобных ситуациях отсутствие своевременного применения держателей пространства приводит к смещению соседних зубов, деформации зубных рядов и формированию стойких аномалий прикуса. Анализ этих клинических случаев указывает на недостаточную интеграцию профилактических ортодонтических мероприятий в систему детской хирургической стоматологии и подчёркивает необходимость междисциплинарного взаимодействия на этапе планирования лечения.

Отдельного внимания заслуживают клинические ситуации, связанные с недостаточной профилактикой воспалительных осложнений после хирургических вмешательств. Типичными ошибками являются несоблюдение рекомендаций по послеоперационному уходу, недостаточный контроль за состоянием операционной области и отсутствие системного диспансерного наблюдения. В результате у части пациентов формируются рецидивы воспалительных процессов, замедленное заживление и вторичные инфекционные осложнения, что увеличивает объём повторных вмешательств и снижает качество жизни ребёнка.

В клинической практике нередко встречаются ситуации, обусловленные игнорированием психологических аспектов профилактики. Отсутствие психопрофилактической подготовки ребёнка к стоматологическим вмешательствам, а также игнорирование тревожности родителей приводят к формированию выраженной стоматофобии, отказу от профилактических осмотров и нарушению приверженности лечению. В

дальнейшем это способствует накоплению стоматологической патологии и увеличивает вероятность обращения уже на стадии осложнённых форм заболеваний.

Типичной ошибкой профилактики является также фрагментарность медицинского наблюдения, при которой отсутствует преемственность между педиатрической, стоматологической и хирургической службами. В подобных клинических ситуациях ребёнок может длительное время находиться под наблюдением различных специалистов без формирования единого профилактического маршрута. Это приводит к дублированию или, напротив, пропуску отдельных этапов профилактики, снижает эффективность медицинской помощи и увеличивает риск прогрессирования патологического процесса.

Анализ клинических ситуаций свидетельствует о том, что значительная часть профилактических ошибок носит организационно-методический характер и связана с недостаточной системностью профилактической работы. Отсутствие стандартизированных алгоритмов, недостаточная информированность родителей, ограниченная междисциплинарная координация и недооценка роли диспансерного наблюдения создают условия для формирования осложнённых форм заболеваний, требующих хирургического вмешательства.

Таким образом, изучение клинических ситуаций и типичных ошибок профилактики в детской хирургической стоматологии подчёркивает необходимость перехода от эпизодических профилактических мероприятий к системной, многоуровневой и междисциплинарной модели профилактики. Устранение выявленных ошибок, внедрение стандартизированных профилактических алгоритмов и усиление роли семьи и медицинских специалистов в профилактическом сопровождении ребёнка позволяют существенно снизить частоту осложнений, улучшить клинические исходы и повысить эффективность профилактической помощи в детской хирургической стоматологии.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Профилактика заболеваний в детской хирургической стоматологии в условиях современного развития медицины приобретает статус одного из ключевых направлений, определяющих не только уровень стоматологического здоровья детского населения, но и общие показатели качества жизни в долгосрочной перспективе. Материалы, представленные в настоящей монографии, позволяют рассматривать профилактику как системообразующий элемент детской стоматологической помощи, интегрирующий клинические, организационные, социальные, психологические и управленческие компоненты в единую модель предупреждения стоматологической патологии.

Проведённый в работе анализ убедительно свидетельствует о том, что заболевания полости рта и челюстно-лицевой области у детей характеризуются высокой распространённостью и разнообразием клинических форм, однако при этом в значительной степени поддаются профилактическому контролю. Раннее выявление факторов риска, своевременное проведение профилактических мероприятий и формирование устойчивых поведенческих установок позволяют либо полностью предотвратить развитие заболевания, либо существенно смягчить его клиническое течение, минимизировав необходимость хирургических вмешательств и связанных с ними осложнений.

Систематизация нозологических форм детской хирургической стоматологии, представленная в монографии, позволила обосновать дифференцированный подход к профилактике с учётом патогенетических особенностей различных групп заболеваний. Показано, что воспалительные, травматические, аномальные и опухолеподобные процессы имеют различную этиологию и динамику развития, что требует адресного воздействия на ключевые звенья патогенеза. Такой подход обеспечивает научно обоснованное распределение профилактических ресурсов и повышает результативность профилактических программ.

Клинико-эпидемиологический анализ подтвердил, что доминирующее место в структуре хирургической стоматологической патологии у детей по-прежнему занимают кариес и его осложнения, формирующие основную нагрузку на детскую стоматологическую службу. Существенное значение имеют также травматические повреждения зубов и челюстно-лицевой области, а также растущая распространённость зубочелюстных аномалий. Эти данные подчёркивают необходимость смещения приоритетов в сторону ранней профилактики, ориентированной на устранение управляемых факторов риска ещё до формирования клинически значимой патологии.

В монографии показано, что наибольшей эффективностью обладают профилактические стратегии, реализуемые в виде непрерывного, комплексного и многоуровневого процесса. Профилактика, ограниченная отдельными мероприятиями или краткосрочными программами, не обеспечивает устойчивого результата. В то же время системная профилактическая работа, интегрированная в повседневную медицинскую практику, образовательную среду и семейный уклад ребёнка, позволяет достичь значимого и длительного снижения заболеваемости осложнёнными формами стоматологических заболеваний.

Особая роль в профилактике отводится амбулаторному звену медицинской помощи, которое выступает основным инструментом раннего выявления патологии и диспансерного наблюдения. Проактивная позиция детской стоматологической службы, основанная на регулярных профилактических осмотрах, формировании групп риска и обеспечении преемственности между амбулаторным и стационарным этапами лечения, является необходимым условием предупреждения осложнений и рецидивов. Стационарная помощь при этом должна рассматриваться как специализированный ресурс, дополняющий, но не заменяющий профилактическую направленность амбулаторной практики.

Важным выводом работы является подтверждение ключевой роли семьи в реализации профилактического потенциала детской хирургической

стоматологии. Формирование гигиенических навыков, пищевых привычек и отношения к медицинской помощи начинается в семейной среде и во многом определяет успех профилактических мероприятий. Повышение медицинской грамотности родителей, их активное вовлечение в профилактический процесс и формирование партнёрских отношений между семьёй и медицинскими работниками являются обязательными условиями достижения устойчивых профилактических результатов.

Значительное внимание в монографии уделено психологическим аспектам профилактики, которые оказывают непосредственное влияние на доступность стоматологической помощи и приверженность профилактическим мероприятиям. Установлено, что психопрофилактика снижает уровень тревожности и стоматофобии у детей, способствует более раннему обращению за медицинской помощью и повышает эффективность профилактических осмотров. Формирование позитивного опыта взаимодействия ребёнка с медицинским персоналом рассматривается как важный элемент долгосрочной профилактики как клинических, так и психологических осложнений.

Рассмотрение инновационных технологий и современных профилактических средств позволило показать, что технический прогресс значительно расширяет возможности профилактики и лечения, делая их более точными и щадящими. Вместе с тем подчёркнуто, что инновации не подменяют фундаментальные принципы профилактики, а должны использоваться в сочетании с клиническим мышлением, доказательной медициной и гуманистическим подходом к ребёнку. Эффективность профилактики определяется не только уровнем технологического оснащения, но и качеством организации медицинской помощи.

Анализ клинических ситуаций и типичных ошибок профилактики продемонстрировал, что значительная часть осложнений носит предотвратимый характер и обусловлена организационно-методическими, коммуникативными и психологическими факторами. Недостаточная

системность профилактической работы, фрагментарность наблюдения и игнорирование междисциплинарного подхода приводят к формированию осложнённых форм заболеваний, требующих хирургического вмешательства. Устранение этих недостатков является важнейшим резервом повышения эффективности профилактики.

В целом результаты, представленные в монографии, позволяют констатировать, что современная детская хирургическая стоматология располагает всеми необходимыми научными знаниями, клиническими инструментами и организационными возможностями для существенного снижения распространённости тяжёлых форм стоматологической патологии у детей. Реализация данного потенциала требует интеграции профилактических мероприятий в систему охраны здоровья детского населения, повышения роли профилактики в государственной политике здравоохранения и укрепления междисциплинарного взаимодействия.

Таким образом, профилактика заболеваний в детской хирургической стоматологии должна рассматриваться не только как медицинская, но и как социально значимая задача, направленная на формирование здорового будущего поколения. Смещение акцента с устранения последствий к упреждающему ведению пациента отражает современные тенденции развития медицины и позволяет обеспечить устойчивое улучшение стоматологического здоровья и качества жизни детей. Представленные в монографии выводы и подходы могут служить научной и практической основой для дальнейшего совершенствования профилактической направленности детской стоматологической помощи.

## Список использованной литературы

1. **Алимов А.А., Камалов А.А., Мирзаев У.Э.** Детская терапевтическая и хирургическая стоматология. – Ташкент: «Tibbiyot», 2019. – 432 с.
2. **Улитовский С.Б., Григорьян А.С., Киселёва Е.В.** Детская хирургическая стоматология. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 368 с.
3. **Гофунг М.Д., Малахов С.Ю., Иванова Л.В.** Практическое руководство по детской стоматологии. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2020. – 284 с.
4. **Pinkham J.R., Casamassimo P., Fields H.** Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence. – 6th ed. – St. Louis: Elsevier, 2018. – 728 p.
5. **Dean J.A., Avery D.R., McDonald R.E.** McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent. – 10th ed. – Elsevier, 2016. – 796 p.
6. **American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD).** Guidelines on Caries Risk Assessment and Management in Children. – Chicago: AAPD, 2022. – 36 p.
7. **Fejerskov O., Nyvad B., Kidd E.** Dental Caries: The Disease and Its Clinical Management. – 3rd ed. – Wiley-Blackwell, 2015. – 480 p.
8. **Berg J., Slayton R.** Early Childhood Oral Health. – 2nd ed. – Wiley-Blackwell, 2016. – 320 p.
9. **Кисельникова Л.П., Кисельников С.В.** Современные методы профилактики стоматологических заболеваний у детей. – Москва: МЕДпресс-информ, 2021. – 192 с.
10. **Грудянов А.И., Овчинникова В.В.** Заболевания пародонта у детей и подростков. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 256 с.
11. **Moyers R.E.** Handbook of Orthodontics. – 6th ed. – Chicago: Year Book Medical Publishers, 2019. – 560 p.
12. **Proffit W.R., Fields H.W., Sarver D.M.** Contemporary Orthodontics. – 6th ed. – Elsevier, 2018. – 744 p.

13. **Andreasen J.O., Andreasen F.M., Andersson L.** Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth. – 5th ed. – Wiley Blackwell, 2018. – 963 p.
14. **World Health Organization (WHO).** Oral Health Surveys: Basic Methods. – 5th ed. – Geneva: WHO Press, 2019. – 137 p.
15. **Кулаков А.А., Кисельникова Л.П.** Профилактика стоматологических заболеваний: современные подходы. – Москва: МЕДпресс-информ, 2018. – 224 с.
16. **Малахов С.Ю., Гофунг М.Д.** Травмы зубов у детей: диагностика, лечение, профилактика. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 208 с.
17. **Суворова Л.А.** Патология зубочелюстной системы у детей: ранняя диагностика и профилактика. – Новосибирск: Наука, 2020. – 340 с.
18. **American Dental Association (ADA).** Fluoride Therapy Clinical Practice Guidelines. – ADA, 2020. – 25 p.
19. **Scully C., Welbury R.** Color Atlas of Oral Diseases in Children and Adolescents. – Mosby, 2017. – 416 p.
20. **Jayashri Prabhu.** Preventive Dentistry for Children. – New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2019. – 254 p.

## Содержания

Введение.....	3
ГЛАВА 1. КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	5
ГЛАВА 2. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....	8
ГЛАВА 3. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	17
ГЛАВА 4. МЕТОДЫ АМБУЛАТОРНОГО И СТАЦИОНАРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ В СТОМАТОЛОГИИ .....	35
ГЛАВА 5. РОЛЬ РОДИТЕЛЬСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И УЧАСТИЯ СЕМЬИ.....	42
ГЛАВА 6. ПСИХОПРОФИЛАКТИКА: ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СТРАХА У ДЕТЕЙ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ.....	47
ГЛАВА 7. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕТОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ.....	53
ГЛАВА 8. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И АЛГОРИТМЫ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ.....	61
ГЛАВА 9. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	70
ГЛАВА 10. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ...77	
ГЛАВА 11. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	86
ГЛАВА 12. КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ И ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ПРОФИЛАКТИКИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	90
Заключение.....	93
Список использованной литературы.....	97

FOR AUTHOR USE ONLY

**More  
Books!**



yes  
**I want morebooks!**

Buy your books fast and straightforward online - at one of world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at  
**[www.morebooks.shop](http://www.morebooks.shop)**

Покупайте Ваши книги быстро и без посредников он-лайн - в одном из самых быстрорастущих книжных он-лайн магазинов! окружающей среде благодаря технологии Печати-на-Заказ.

Покупайте Ваши книги на  
**[www.morebooks.shop](http://www.morebooks.shop)**



[info@omniscryptum.com](mailto:info@omniscryptum.com)  
[www.omniscryptum.com](http://www.omniscryptum.com)

OMNI Scriptum



FOR AUTHOR USE ONLY