

## **Диспансеризация детей у детского стоматолога.**

**Диспансеризация – это метод медико-санитарного обслуживания населения, включающий комплекс оздоровительных мероприятий.**

Диспансеризацию следует рассматривать как активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья практически здорового населения, а также больных, имеющих длительно протекающие хронические заболевания. Диспансеризация является более совершенной формой работы стоматологов, обслуживающих детское население.

Наряду с санацией полости рта, диспансеризация предусматривает плановую профилактику стоматологических заболеваний во все возрастные периоды с учётом индивидуальных особенностей общего состояния здоровья ребёнка и его стоматологического статуса.

Диспансеризация стоматологических больных включает пять основных этапов: отбор, наблюдение, оздоровление, планирование, управление диспансеризацией.

Особенность диспансеризации детей состоит в том, что борьба за здоровье ребёнка начинается до его рождения, т.е. с антенатального периода. Дальнейшее наблюдение за здоровьем ребёнка ведётся педиатром и стоматологом в соответствии с возрастной группой.

Детей первого месяца жизни не менее 3-х раз осматривает медицинская сестра и 2 раза педиатр (на дому). В этот период можно выявить признаки врождённой патологии, пороки и аномалии развития, получить консультацию соответствующего специалиста и приступить к их коррекции.

Детей первого года жизни ежемесячно осматривает педиатр в комнате здорового ребёнка детской консультации (или поликлиники). Проводится обучение родителей массажу, гимнастике, методам закаливания, приёмам для формирования активной функции сосания при естественном или искусственном вскармливании ребёнка, кормлению с ложечки, из чашечки, дозированному использованию пустышки, формированию правильного стереотипа позы в кровати, во время кормления, устранению вредных привычек.

Стоматологи в дополнение к памяткам педиатра включают рекомендации по воспитанию здорового ребёнка: по методике кормления, пользованию сосками-пустышками, своевременное направление на пластику уздечки языка.

В конце первого года жизни в истории развития ребёнка, особенно в группе детей с факторами риска, должно быть заключение стоматолога о состоянии стоматологического статуса.

В преддошкольный период от года до 3-х лет детей осматривает педиатр 1 раз в год, в месяц рождения ребёнка. В этот период проводят следующие мероприятия: физическое воспитание, закаливание, пропаганда рационального питания, профилактика общих

заболеваний, в том числе лор-органов; формирование правильной осанки, устранение вредных привычек, запрещается пользование пустышкой, соской; рекомендуют употребление твёрдой пищи; стоматолог проводит обучение родителей гигиене полости рта ребёнка. В 2 года ребёнок должен чистить зубы самостоятельно зубной щёткой с очень мягкой щетиной (№ 5) с пастой R.O.C.S baby либо без пасты под контролем родителей. При этом родитель активно помогает проводить гигиену полости рта своему малышу. Чистка зубов в этом возрасте проводится в течение 1-2 минут, желательно 2 раза в день, либо 1 раз в день (на ночь). В дошкольном периоде начинают санацию полости рта 2 раза в год, осуществляют экзогенную и по показаниям эндогенную профилактику кариеса зубов. Стоматолог с педиатром участвует в диспансеризации.

В дошкольном возрасте (от 4 до 6 лет) педиатр с участием стоматолога продолжает физическое воспитание ребёнка, включая миогимнастику и закаливание. Огромное значение в этом возрасте, имеет организация режима питания, формирование правильной осанки во время бодрствования, по показаниям проводится санация лор-органов. Стоматолог осуществляет санацию полости рта от 2 до 4 раз в год в зависимости от активности кариозного процесса, местное применение реминерализующих средств, выявляет и проводит профилактику вредных привычек, которые могут быть причиной формирования аномалий прикуса. Врач-стоматолог продолжает гигиеническое воспитание, как ребёнка, так и его родителей. Ребёнок в 6-летнем возрасте должен знать правила чистки зубов. По показаниям проводят пластику уздечек губ, языка. Вместе с педиатром стоматолог участвует в диспансеризации.

В школьный период (7-18 лет) педиатр продолжает физическое воспитание, закаливание, объясняет важность рационального сбалансированного питания, проводит профилактику общих заболеваний, в том числе и лор-органов. Выявляет детей с диабетом, с нарушениями гормонального статуса. Этим детей педиатр направляет к стоматологу. Врач-стоматолог проводит санацию полости рта, кратность которой (2-3-4-6 раз в год) зависит от активности кариозного процесса, осуществляет обучение пациента рациональной гигиене полости рта, проводит профессиональную и контролируемую гигиену полости рта, проводит мероприятия, направленные на повышение резистентности эмали зубов. Вместе с педиатром участвует в диспансеризации детского населения.

Для оценки здоровья детей и подростков, учёта лиц, состоящих на диспансерном учёте, выделяют 5 групп здоровья (М.Н.Цинкер):

1 группа – здоровые;

2 группа – здоровые, с функциональными нарушениями, группа риска;

3 группа – больные с хроническими заболеваниями в стадии компенсации, с редкими обострениями;

4 группа – больные с длительно текущими заболеваниями, с частыми обострениями (до 3-4 раз в год, субкомпенсированное состояние) или лица с физическими недостатками, пороками развития;

5 группа – больные с декомпенсированным течением заболевания, нарушениями функций органов и систем, ограниченно трудоспособный контингент.

После завершения работы с документацией, осмотра детей и окончания санации полости рта врач-стоматолог распределяет (по картам) детей на группы для последующего диспансерного наблюдения.

При диспансеризации детей первых трёх лет жизни выделяют 3 группы:

1 группа – здоровые дети;

2 группа – здоровые дети, но имеющие факторы риска в возникновении кариеса зубов, аномалии прикуса;

3 группа – дети, имеющие пороки развития тканей зубов (гипоплазия), гипоплазии, осложнённые кариесом, кариес зубов, сформированное к трём года нарушение прикуса.

После окончания работы с дошкольниками врач-стоматолог также выделяет 3 группы детей:

1 группа – здоровые дети;

2 группа – здоровые дети, но имеющие факторы риска;

3 группа – дети, имеющие стоматологические заболевания.

После завершения работы со школьниками врач-стоматолог формирует диспансерные группы, ориентируясь на основные стоматологические заболевания – чаще кариес. В зависимости от активности кариозного процесса выделяют 5 групп (Л.М.Лукиных, 1999):

**1 группа (З)** – практически здоровые дети, КПУ=0; ГИ=1,0-1,2 балла по Фёдорову-Володкиной, ПМА=0%;

**2 группа (Р)** – дети группы риска, имеющие факторы риска, связанные с заболеваниями твёрдых тканей зубов, пародонта и зубочелюстными аномалиями, КПУ=0, ГИ=1,2-1,5 балла по Фёдорову-Володкиной, ПМА=0-2%;

**3 группа (К)** – дети с компенсированной формой кариеса, КПУ=1-3; ГИ=1,5-1,7 балла по Фёдорову-Володкиной, ПМА=3-9%;

**4 группа (С)** – дети с субкомпенсированной формой кариеса, КПУ=4-7; ГИ=1,7-2,0 балла по Фёдорову-Володкиной, ПМА=10-19%;

**5 группа (Д)** – дети с декомпенсированной формой кариеса, КПУ=8 и более, ГИ=2,0 балла по Фёдорову-Володкиной и более, ПМА=20% и более.

В 5 группу также входят дети с субкомпенсированной формой кариеса, но имеющиеотягощённый анамнез, с патологией тканей пародонта, острым течением кариеса.

Лица первой группы диспансерного учёта подлежат наблюдению 1 раз в год, второй – 2-3 раза в год, третьей – 3-4 раза в год, четвёртой – 4-6 раз в год, пятой - ежемесячно или 6 раз в год.

Перевод пациента из одной группы диспансерного наблюдения в другую является показателем эффективности диспансерного метода. Осуществляет перевод комиссия, состоящая из заведующего отделением, врача-стоматолога и пародонтолога. Критерием эффективности диспансеризации является снятие с диспансерного учёта, когда в показателе интенсивности кариеса (по индексу КПУ) превалирует константа П (пломба).

С момента начала смены временных зубов на постоянные диспансерные группы формируются по состоянию постоянных зубов. Кратность проведения осмотров и лечебно-профилактических мероприятий определяется активностью кариеса зубов и принадлежностью к диспансерной группе.

### **Заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению.**

- 1. Практически здоровые и группа риска** (1 и 2 группы диспансерного наблюдения). Осматриваются 1-2-3 раза в год.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Появление очаговой деминерализации.

*Дополнительные методы исследования:* Определение гигиенического индекса.

*Пути оздоровления:* Индивидуальная стоматологическая просветительная работа с родителями и с детьми старшего дошкольного и школьного возраста; рекомендации по средствам и предметам гигиены полости рта; обучение ребёнка и родителей рациональной гигиене полости рта. Профессиональная гигиена полости рта, реминерализирующая терапия, герметизация фиссур.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* Отсутствие очагов деминерализации.

- 2. Компенсированная форма кариеса** (3 группа диспансерного наблюдения). Осматриваются 3-4 раза в год.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Появление очаговой деминерализации и новых кариозных полостей.

*Дополнительные методы исследования:* Определение гигиенического индекса. Индикация очагов деминерализации (витальное окрашивание Колор-тестом № 2). Метод люминесценции; УФО; метод трансиллюминации. По показаниям консультация педиатра, эндокринолога.

*Пути оздоровления:* Профессиональная гигиена полости рта. Обучение рациональной гигиене полости рта. Контролируемая чистка зубов. Применение реминерализирующих препаратов, герметизация фиссур, лечение постоянных и временных зубов, поражённых кариозным процессом. Сбалансированное питание. Применение эндогенной профилактики.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* Отсутствие очагов деминерализации. В индексе интенсивности (КПУ) преобладает константа «П» (пломба).

**3. Субкомпенсированная форма кариеса зубов** (4 группа диспансерного наблюдения). Осматриваются 4-6 раз в год.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Появление меловидных пятен, ухудшение гигиенического состояния полости рта.

*Дополнительные методы исследования:* Определение гигиенического индекса, индикация очагов деминерализации, консультация педиатра.

*Пути оздоровления:* Профессиональная гигиена полости рта, санация полости рта, сбалансированное питание, экзогенная и эндогенная профилактика.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* Преобладание константы «П» (пломба) в индексе интенсивности (КПУ).

**4. Декомпенсированная форма кариеса** (5 группа диспансерного наблюдения). Осматриваются 1 раз в 1-2 месяца стоматологом-терапевтом, а также другими специалистами по показаниям.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Плохая гигиена полости рта, мягкий зубной налёт, зубной камень, катаральный гингивит, множественные очаги деминерализации.

*Дополнительные методы исследования:* Консультация и лечение у педиатра и эндокринолога.

*Пути оздоровления:* Санация полости рта. Профессиональная и рациональная контролируемая гигиена полости рта. Сбалансированное питание, витамины с микроэлементами, жёсткая пища. Экзогенная и эндогенная профилактика кариеса зубов.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* В индексе интенсивности КПУ преобладает константа «П» (пломба).

**5. Различные формы пульпита (острого и хронического) при незаконченном росте корня зуба, при незаконченном формировании верхушки корня зуба и в зубах с завершённым формированием корня.**

*Частота осмотра специалистами:* зависит от проведённого метода лечения, степени сформированности корня и формы воспаления. При сохранении жизнеспособности пульпы (консервативный-биологический метод) диспансерное наблюдение через 5-7 дней, через 1 месяц. При незаконченном росте корня или незакрытой верхушке корня – 2 раза в год до полного формирования корневой системы. При методе витальной ампутации диспансерное наблюдение: 1-ый раз через 5-7 дней, 2-й – через 1 месяц, 3-й и последующие сроки наблюдения через каждые 6 месяцев в течение 2-х лет до полного формирования корня. При методике глубокой ампутации диспансерное наблюдение: 1-й раз через 5-7 дней, 2-й – через 3 месяца, 3-й – каждые 6 месяцев в течение 2-х лет. При полном удалении пульпы в зубах со сформированной корневой системой наблюдение через 6 месяцев и через 1 год.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Появление симптомов обострения хронического фиброзного или гангренозного пульпита. Появление симптомов острого или хронического верхушечного периодонтита.

*Дополнительные методы исследования:* Оценка клинического состояния и проведение ЭОД. Через месяц и в последующие сроки наблюдения – оценка клиники, ЭОД и рентгенография. В первый и второй сроки наблюдения – клиническое исследование, в 3-й и последующие сроки наблюдения изучается клиника, ЭОД, рентгенография (обращается внимание на формирование корня зуба).

*Пути оздоровления:* Зубы подлежат лечению методом витальной или девитальной экстирпации. При развитии периодонтита временные зубы подлежат удалению, постоянные зубы – эндодонтическому лечению с последующей obturацией корневого канала на всём протяжении.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* При благоприятном исходе лечения пульпита: образование дентинного мостика, завершение формирования корня, отсутствие периапикальных изменений ребёнок снимается с периода реабилитационного наблюдения. На диспансерном наблюдении ребёнок остаётся по ведущему стоматологическому заболеванию.

#### **6. Хронический верхушечный периодонтит в зубе с незаконченным ростом корня с сохранившейся и погибшей ростковой зоной и с полностью сформированной корневой системой.**

*Частота осмотра специалистами:* Сроки диспансеризации в случае сохранения ростковой зоны через 3 месяца первый раз, последующие – через каждые 6 месяцев. При погибшей ростковой зоне: первое наблюдение через 4-14 дней, второе – через 3 месяца, последующие – каждые 6 месяцев до установления полной регенерации кости. При полностью сформированной корневой системе наблюдение 2 раза в год на первом году после лечения, а в дальнейшем – 1 раз в год.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Обострение хронического верхушечного периодонтита, развитие острого гнойного периостита.

*Дополнительные методы исследования:* Рентгенологическое исследование через 6 месяцев в случае сохранения ростковой зоны, через 3 месяца при погибшей ростковой зоне. При сформированном корне рентгенологическое исследование каждые 6 месяцев.

*Пути оздоровления:* При сохранившейся ростковой зоне через 1-1,5 года повторное эндодонтическое вмешательство и динамическое наблюдение через 3, 6 месяцев. При увеличении патологического очага – проведение зубосохраняющих операций (гранулэктомия, ампутация корня, гемисекция, короно-радикулярная сепарация) или удаление зуба.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* При лечении верхушечного периодонтита диспансерное наблюдение проводится до полной регенерации кости в течение 2-3 лет. Однако, ребёнок остаётся на диспансерном учёте по ведущему

стоматологическому заболеванию со сроками повторных осмотров в соответствии с активностью кариозного процесса.

#### **7. Гипоплазия эмали зубов.**

*Частота осмотра специалистами:* зависит от принадлежности к диспансерной группе (от 2 до 6 раз в год). По показаниям - осмотр ортодонта.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Появление кариеса на участках поражения эмали, а также на неизменённых поверхностях, развитие гиперестезии твёрдых тканей зубов.

*Дополнительные методы исследования:* По показаниям – ЭОД для определения состояния пульпы; рентгенологическое исследование для выявления скрытых кариозных полостей.

*Пути оздоровления:* Для профилактики кариеса проводится профессиональная и рациональная контролируемая гигиена полости рта, реминерализующая терапия. Пломбирование зубов композитными материалами и стеклоиономерными цементами.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* Наблюдение и проведение лечебно-профилактических мероприятий до окончания школы. В возрасте 16-18 лет по показаниям – эстетическое протезирование.

#### **8. Катаральный гингивит.**

*Частота осмотра специалистами:* 2-4 раза в год в зависимости от степени тяжести.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Выраженные симптомы воспаления – кровоточивость дёсен, обилие зубного налёта и зубного камня.

*Дополнительные методы исследования:* Ортопантомография, панорамная рентгенография. Определение гигиенического индекса, РМА-индекса, проведение пробы Шиллера-Писарева.

*Пути оздоровления:* Санация полости рта, замена некачественных пломб, профессиональная гигиена полости рта, рациональная и контролируемая чистка зубов. Противовоспалительное лечение. Витаминотерапия.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* При отсутствии рецидива в течение 2-х лет после лечения снять с диспансерного учёта.

#### **9. Эрозивно-язвенный гингивит.**

*Частота осмотра специалистами:* Наблюдение у стоматолога 4 раза в год. Консультация гематолога, эндокринолога, педиатра, по показаниям – венеролога и аллерголога.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Некроз десневых сосочков, краевой и альвеолярной десны. Увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов, повышение температуры тела, симптомы интоксикации.

*Дополнительные методы исследования:* Ортопантомограмма, общий анализ крови, определение чувствительности микробной флоры к антибиотикам.

*Пути оздоровления:* Комплексное лечение: местное и общее. Общее лечение направлено на повышение резистентности организма, снятие интоксикации. Местное лечение: использование тёплых антисептиков, ферментов, удаление некротического налёта, зубных отложений, применение антибактериальных и противовоспалительных средств.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* При отсутствии рецидива в течение 2-3 лет снять с учёта.

#### **10. Гипертрофический гингивит.**

*Частота осмотра специалистами:* Наблюдение у стоматолога 3-4 раза в год. Консультация гинеколога, эндокринолога, гинеколога-эндокринолога, по показаниям – психиатра.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Гипертрофия десневых сосочков, может быть кровоточивость, ложные десневые карманы.

*Дополнительные методы исследования:* Ортопантомограмма, проба Шиллера-Писарева.

*Пути оздоровления:* Профессиональная, рациональная контролируемая гигиена полости рта, противовоспалительное лечение. После снятия воспаления по показаниям – склерозирующая терапия. Физиотерапевтическое лечение. Лечение у эндокринолога, гинеколога-эндокринолога.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* Снять с учёта через 2-3 года после нормализации состояния десны.

#### **11. Десквамативный гингивит.**

*Частота осмотра специалистами:* Частота осмотра у стоматолога 3-4 раза в год. Консультация гинеколога, эндокринолога, гинеколога-эндокринолога.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Отёк десневого края, выраженная кровоточивость, слущивание поверхностных слоёв эпителия слизистой оболочки краевой десны. Зубной налёт в большом количестве.

*Дополнительные методы исследования:* Ортопантомография, определение индекса гигиены, проведения пробы Шиллера-Писарева.

*Пути оздоровления:* Профессиональная, рациональная контролируемая гигиена полости рта, противовоспалительное лечение. Для стимуляции регенерации эпителия и эпителизации эрозивных поверхностей – аппликация кератопластиков на десну, коллагеновой плёнки Диплен-Дента-С.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* Снятие с учёта при отсутствии рецидива через 2-3 года.

#### **12. Локализованный пародонтит.**



*Частота осмотра специалистами:* при лёгкой степени тяжести – 2 раза в год, при средней степени тяжести – 3 раза в год, при тяжелой – 4 раза в год. По показаниям – консультация ортодонта и хирурга-стоматолога.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* симптомы катарального или гипертрофического гингивита, нарушение зубодесневого соединения, появление десневых и пародонтальных карманов, подвижность зубов, резорбция кости лунки зуба, низкий уровень гигиены полости рта.

*Дополнительные методы исследования:* Ортопантомография или панорамная рентгенография, определение гигиенических индексов, суперконтактов, состояния уздечек губ, языка, преддверия полости рта, прикуса.

*Пути оздоровления:* Устранение выявленных факторов. Профессиональная гигиена полости рта, устранение суперконтактов. Ортодонтическое лечение по показаниям, вестибулофренулопластика. Противовоспалительное лечение.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* стойкая стабилизация в течение 2-3 лет позволяет снять с диспансерного учёта.

### **13. Мягкая лейкоплакия.**

*Частота осмотра специалистами:* Стоматолог-терапевт наблюдает 1 раз в 3 месяца. По показаниям – консультация и лечение у психиатра и ортодонта.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щёк, губ слегка отёчные и шероховатые гиперплазированные участки беловатого или беловато-серого цвета.

*Дополнительные методы исследования:* Обследование у невролога. Консультация врача-ортодонта о возможности изготовления вестибулярных защитных пластинок.

*Пути оздоровления:* Устранение вредных привычек прикусывать слизистую оболочку щёк, губ (щёчное кусание). Назначение седативных средств, поливитаминов. Устранение психоэмоциональных воздействий. Местно: аппликации витамина А в масле. Изготовление вестибулярных пластинок.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* Снять с диспансерного учёта через 6-12 месяцев после полного восстановления рельефа слизистой оболочки щёк и губ.

### **14. Хронический гиперпластический кандидоз.**

*Частота осмотра специалистами:* Осмотр стоматолога-терапевта 1 раз в месяц.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Изменения слизистой оболочки в виде «булыжной мостовой». Плотные спаянные папулы и бляшки придают неровную поверхность слизистой оболочке полости рта. Бляшки плотно спаяны с подлежащими тканями.

*Дополнительные методы исследования:* Соскоб со слизистой оболочки полости рта для микроскопического исследования и посева на питательную среду.

*Пути оздоровления:* Санация полости рта. Профессиональная гигиена полости рта. Обработка слизистой оболочки полости рта щелочными растворами, фунгицидными препаратами. Десенсибилизирующая и общеукрепляющая терапия.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* При трёхкратных отрицательных результатах бактериоскопии снятие с учёта через 1 год после последнего рецидива.

### **15. Хронический рецидивирующий герпес.**

*Частота осмотра специалистами:* 2-4 раза в год врачом-стоматологом в зависимости от тяжести заболевания.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* На фоне гиперемии высыпания на слизистой оболочке полости рта в виде мелких пузырьков, а также могут быть на красной кайме губ и на крыльях носа. Тяжёлая степень заболевания сопровождается симптомами интоксикации.

*Дополнительные методы исследования:* Консультация врача-педиатра, иммунолога.

*Пути оздоровления:* Комплексное лечение – десенсибилизирующая, иммунокорректирующая терапия, назначение противовирусных препаратов. Местное лечение – аппликация противовирусных мазей.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* Снятие с учёта через 2-3 года после последнего рецидива.

### **16. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.**

*Частота осмотра специалистами:* 1 раз в год или 1 раз в 3-4 месяца осмотр стоматолога-терапевта. Консультация гастроэнтеролога, аллерголога, оториноларинголога, педиатра.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Рецидивы различные по частоте. Элементы поражения – афты, отличающиеся глубиной поражения и имеющие характерную локализацию: переходная складка, боковые поверхности языка, слизистая оболочка губ, щёк,

*Дополнительные методы исследования:* Клинический анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок и белковые фракции, фибриноген и др.), иммунограмма. Исследование ЖКТ: копрограмма, дуоденальное зондирование (с целью исключения лямблиоза), посев кала на дизбактериоз, ФГДС, желудочное зондирование, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям ретроманоскопия. Гистаминовая проба – назначение только аллергологом.

*Пути оздоровления:* Санация полости рта и выявление хронических очагов инфекции. Проведение рациональной и профессиональной гигиены полости рта. Десенсибилизирующая, иммунокорректирующая терапия, соблюдение диеты. Местное лечение: аппликации обезболивающих средств, тёплых антисептиков, ферментов, использование коллагеновых плёнок.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* При отсутствии рецидивов в течение 2-3 лет снять с учёта.

### **17. Многоформная экссудативная эритема.**

*Частота осмотра специалистами:* 1 раз в 3-4 месяца стоматологом-терапевтом. Консультация врача-педиатра, аллерголога, иммунолога.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Рецидивирующее течение. Рецидивы протекают тяжело, поражается слизистая оболочка полости рта, красная кайма губ, кожа тыльной поверхности кистей рук, стоп, разгибательные поверхности предплечья, голеней, локтевых и коленных суставов. Резко выражена интоксикация.

*Дополнительные методы исследования:* Клинический анализ крови и общий анализ мочи. Определение чувствительности микрофлоры с очагов поражения к антибиотикам, кожно-аллергические пробы с бактериальными и небактериальными аллергенами, выявление очагов одонтогенной инфекции, а также очагов хронического воспаления других органов и систем. Гистаминовая проба. Определение аллергена проводит врач-аллерголог.

*Пути оздоровления:* санация очагов хронической инфекции, десенсибилизирующая терапия. Показана: 1. Специфическая десенсибилизирующая терапия стафилококковым анатоксином; 2. Иммуномодулирующая терапия (назначается иммунологом). Местное лечение: обезболивание, антисептические средства, ферменты, кератопластики.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* снять с учёта через 3 года после последнего рецидива.

### **18. Метеорологический хейлит.**

*Частота осмотра специалистами:* 2 раза в год стоматологом-терапевтом.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Красная кайма губ покрыта тонкими чешуйками. Заболевание может рецидивировать.

*Дополнительные методы исследования:* Консультация оториноларинголога – при частых ринитах и нарушении носового дыхания, ортодонта – при нарушениях прикуса.

*Пути оздоровления:* лечение ЛОР-органов с целью восстановления носового дыхания, устранение аномалий прикуса ортодонтическими конструкциями, миогимнастика. Витамины группы В, А, седативные средства - для общего лечения. Фотозащитные кремы и мази, масляные растворы витаминов А и Е, 10% соловая мазь – аппликации на красную кайму губ по зоне Клейна.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* снять с учёта через 2 года после последнего рецидива, когда восстанавливается полное правильное смыкание губ.

### **19. Атопический хейлит.**

*Частота осмотра специалистами:* у врача-стоматолога-терапевта 2 раза в год. По показаниям консультация педиатра, гастроэнтеролога, аллерголога и дерматолога.

*Клинические признаки прогрессирования заболевания:* Поражение красной каймы и кожи губ. Красная кайма губ инфильтрирована, шелушится, в углах рта – мелкие трещины. Процесс может самостоятельно разрешиться к окончанию полового созревания. Возможно рецидивирование.

*Дополнительные методы исследования:* Консультация аллерголога для определения аллергена.

*Пути оздоровления:* Лечение в зависимости от выявленного заболевания: у аллерголога или гастроэнтеролога. Неспецифическая десенсибилизирующая терапия. При упорном течении – кортикостероиды. Коррекция иммунного статуса. Местно – кортикостероидные мази, кератопластики. Снижение действия эндогенной интоксикации, выведение токсических продуктов метаболизма. Стоматолог должен выявить и провести лечение одонтогенной очаговой инфекции.

*Пути эффективности диспансеризации, снятие с учёта:* При стойком восстановлении архитектоники губ снятие с учёта через 3 года.