

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
“Волгоградский государственный медицинский университет”
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО**

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой



С. В. Дмитриенко

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ

Для клинических ординаторов

РАЗДЕЛ 7.

**МОДУЛЬ 11: Диспансеризация пациентов с заболеваниями
пародонта.**

Основной профессиональной образовательной программы подготовки

кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности

31.08.75 “СТОМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ”

6 часов

ТЕМА 7. 11: Диспансеризация пациентов с заболеваниями пародонта.

ЦЕЛЬ: ознакомиться с современными представлениями об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике заболеваний пародонта, классификациями, формами.

Формируемые компетенции: УК - 1, ПК - 4, ПУ - 6, ПК - 10, ПК - 11, ПК - 12.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: клинические кабинеты, методические разработки, тестовые задания, учебная литература.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: учебная база кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии ИНМФО.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

1. Место и роль стабилизации зубных рядов в комплексном лечении заболеваний пародонта.
2. Виды стабилизации зубных рядов
3. Сагиттальная стабилизация зубных рядов
4. Фронтосагиттальная зубных рядов
5. Парасагиттальная зубных рядов

ОШИБКИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Заболевания пародонта — одна из важнейших проблем стоматологии. Ранняя диагностика этих заболеваний затруднена, а взаимосвязь между общим состоянием и изменениями в пародонте сложная. Вот почему возможны ошибки и осложнения при лечении больных с патологией пародонта. Ошибки врач может допустить во время обследования больного, при постановке диагноза, при организации лечения, при организации пародонтологической помощи.

Ошибки прежде всего могут возникнуть вследствие неправильного или неполного обследования больного с патологией пародонта. Обследование должно включать следующие этапы: изучение анатомических данных, определение общего состояния больного, обследование полости рта и пародонта, изучение лабораторных, функциональных, биохимических и иммунологических показателей. При необходимости привлекают врачей другого профиля: невропатолога, эндокринолога, гинеколога, терапевта и др.

Во время обследования врач может неправильно оценить данные рентгенограммы, что приведет к запоздалой диагностике заболеваний пародонта, так как самые ранние признаки поражения кости альвеолярного отростка при пародонтите могут быть выявлены только рентгенологически.

Разволоknение кости межзубных перегородок в области вершины, из-за деструкции кортикальных пластинок, расширение периодонтальной щели в пришеечной области, пятнистый остеопороз межзубных перегородок должны обратить внимание врача на ранние признаки пародонтита.

Ошибкой считается и проведение рентгенологического исследования только отдельных зубов; для точной диагностики необходима полная картина всех зубов (проведение панорамной рентгенографии).

Симптомы эозинофильной гранулемы бывают настолько похожи на клинику пародонтита, что даже клинико-рентгенологические данные позволяют врачу только высказать предположения. Для окончательного диагноза нужно провести гистологические исследования.

Для исключения ошибок при постановке диагноза заболеваний тканей пародонта нужно проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. При ее проведении следует

руководствоваться следующими правилами:

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования установить больному предварительный диагноз (диагнозы).
2. Наметить группу заболеваний, имеющих общие признаки с предполагаемым.
3. Продумать, каким дополнительным исследованиям следует подвергнуть больного для обеспечения последующего полноценного дифференциального диагноза, и осуществить их.
4. Провести дифференциальный диагноз предполагаемого заболевания отдельно с каждым из дифференцируемых заболеваний.
5. Вначале дифференцировать наименее сходные по симптоматике заболевания, постепенно приближаясь к наиболее похожим.
6. При проведении дифференциального диагноза необходимо построить таблицу из всех симптомов, характерных для дифференцируемой пары.
7. Провести дифференциацию заболеваний, рассматривая признаки строго в следующем порядке: жалобы, анамнез болезни, данные объективного обследования, данные дополнительных исследований.
8. При сравнительном анализе симптомов в первую очередь следует учитывать не количество совпадений симптомов, а их удельный вес в патологии.
9. Заканчивая дифференциальный диагноз, уточнить форму и вид заболевания, локализацию процесса, характер его течения, степень тяжести.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Профилактика — фундаментальная основа системы общественного здравоохранения. Ее можно определить как комплекс государственных, коллективных, семейных и индивидуальных мероприятий, направленных на предупреждение и сохранение здоровья человека.

При проведении профилактики заболевания пародонта пародонтит представляет наибольшую проблему для клиницистов и самих пациентов. Поэтому следует предварительно определить, что же относить к методам профилактики заболеваний пародонта. С одной стороны, это вмешательство, предупреждающее развитие гингивита, то есть методы первичной профилактики; с другой - профилактика болезней пародонта для клиницистов связана с понятием предупреждения необратимых, то есть деструктивных изменений пародонта - пародонтита.

Эффективность профилактических средств и методов определяется тем, насколько в ходе их применения удастся устранить причинный фактор или сделать невозможным его влияние.

Объективное определение риска возникновения какого-либо заболевания является одной из наиболее сложных задач современной медицины вообще и стоматологии в частности. Такое «определение», а вернее «оценка» риска является чрезвычайно эффективным средством, которое позволяет лечащему врачу убедить пациента в необходимости осуществления соответствующих профилактических мероприятий. Однако точное определение индивидуального для каждого пациента риска развития пародонтита затруднено наличием большого количества разнообразных факторов, которые могут привести к возникновению этого заболевания, всю совокупность которых практически невозможно выявить, даже имея на руках подробный анамнез и результаты комплексного обследования пациента. В связи с этим оценка индивидуального риска возникновения пародонтита в большинстве случаев остается субъективной.

В большинстве случаев оценка риска возникновения заболевания осуществляется на основе тех факторов, влияние которых можно объяснить пациенту в доступной форме. На ее основе в анамнезе пациента отмечают наличие повышенного риска развития того или иного заболевания и рекомендации по осуществлению соответствующих профилактических мероприятий.

Риск возникновения пародонтита, особенно некоторых его видов, индивидуален для каждого пациента и, кроме того, подвержен серьезным колебаниям в зависимости от возраста человека. Дополнительной сложностью оценки риска возникновения пародонтита по сравнению,

например, с кариесом является отсутствие единой классификации разновидностей этого заболевания, а также стандартных объективных параметров и методов измерений. Вследствие этого результаты проводившихся в этой области исследований носят разрозненный характер, что значительно затрудняет их обобщение.

В результате проведенных исследований Axelsson в Distrikt Varmland, Швеция, и San Paulo, Бразилия, установлено, что при наличии одного и того же комплекса внешних факторов вероятность возникновения пародонтита сопоставима с вероятностью возникновения кариеса. Тот факт, что на возникновение и развитие в полости рта кариеса и пародонтита оказывают влияние аналогичные факторы, был подтвержден результатами многочисленных исследований, проведенных в стоматологических клиниках Европы и США. В этих исследованиях по-разному оцениваются механизмы и степень влияния различных внешних и внутренних факторов, однако все авторы сходятся в одном: для всех случаев возникновения кариеса и пародонтита характерно наличие на зубах пациента бактериальных бляшек различной площади и толщины, в составе которых в зависимости от тяжести заболевания были обнаружены отдельные виды или вся совокупность основных болезнетворных бактерий. Помимо этого, частота возникновения и тяжесть протекания болезни зависят от следующих факторов: структура поверхности окклюзии, качество и количество выделяемой слюны, уровень гигиены полости рта, сбалансированность питания, наличие системных заболеваний организма, социального статуса и привычного образа жизни, но, в первую очередь, от возраста пациента.

Возраст пациента имеет большое значение для правильности оценки индивидуального риска возникновения какого-либо заболевания вследствие обусловленных им значительных изменений привычного образа жизни человека. Достаточно упомянуть возрастные изменения качества и количества потребляемых продуктов питания, которые приводят к увеличению или уменьшению риска возникновения заболевания. Состав потребляемой человеком пищи меняется с течением лет не только из-за изменения его индивидуального вкуса, но и вследствие изменения технологий производства, хранения и переработки продуктов питания.

Пища, состав и сбалансированность ее компонентов, прежде всего углеводов и крахмала, а также особенности ежедневного режима питания являются, помимо уровня гигиены полости рта, важнейшим фактором, оказывающим влияние на подавление роста или, наоборот, скорость размножения болезнетворных бактерий, вызывающих кариес или заболевания тканей пародонта. Для детей и молодежи контроль за этими факторами осуществляется на достаточно высоком уровне, однако по мере взросления человека им уделяется все меньше внимания, что совершенно недопустимо.

Если рассматривать комплекс факторов, степень влияния которых на риск возникновения заболеваний сильно зависит от возраста пациента и которые необходимо учитывать при их диагностике и терапии, то наиболее важное значение, особенно для детей и молодежи, имеют следующие: социальный статус, уровень образования и общественное положение. Помимо этого, необходимо учитывать влияние медикаментов, особенно тех, которые пациент принимает в течение длительного периода времени.

В задачу лечения больного с патологией пародонта входит повышение резистентности организма к воздействию патогенных факторов, а также устранение симптомов заболевания.

Растительные экстракты являются эффективным средством для нормализации обменных процессов и стимуляции репаративных процессов в пародонте.

Зубные пасты «Лесной Бальзам» содержат хвойно-каротиновый экстракт, а также экстракты пихты, шалфея и коры дуба, которые обладают противовоспалительными и регенерирующими свойствами, устраняют кровоточивость и укрепляют десны. Такое комплексное воздействие достигается за счет биологически активных веществ, входящих в состав этих растительных компонентов.

- Хлорофилл усиливает обмен веществ и ускоряет рост молодых тканей.
- Фитонциды оказывают антимикробный эффект.
- Пренолы способствуют эпителизации тканей.

- Аминокислоты и минеральные вещества регулируют обмен веществ в тканях.

Стерины обладают анаболическим действием.

Сок алоэ, экстракты эхинацеи и пихты, входящие в состав ополаскивателя для полости рта «Лесной бальзам», оказывают регенерирующее и тонизирующее воздействие на ткани пародонта. Использование ополаскивателя в комплексе с зубной пастой усиливает оздоровительный эффект.

Зубные пасты и ополаскиватели «Лесной бальзам» производятся концерном «Калина» - крупнейшим в своей отрасли предприятием, получившим сертификат международного стандарта качества ISO 9001 и уже в течение трех лет подтверждающим соответствие этому сертификату. Эти средства можно уверенно рекомендовать пациентам в качестве надежных и эффективных лечебно-профилактических препаратов.

При выборе необходимых профилактических мероприятий необходимо учитывать не только основные факторы риска, поскольку их эффективность напрямую зависит от того, насколько полно удалось выявить всю совокупность факторов, оказывающих влияние на возникновение того или иного заболевания. Не подлежит сомнению тот факт, что основную роль играет наличие бактериальных бляшек, а также их размеры и качественный состав болезнетворных микроорганизмов, однако наилучшие результаты достигаются только при выявлении всей совокупности внешних и внутренних факторов риска, а также их взаимосвязи.

Поскольку риск возникновения пародонтита не является неизменной величиной, а подвержен значительным колебаниям в зависимости от возраста пациента, то было введено понятие: «актуальный риск возникновения пародонтита». Это понятие было впервые обнародовано в концепции профилактики стоматологических заболеваний, разработанной для каждой возрастной группы пациентов. Это концепция заключается в том, что состав и интенсивность профилактических мероприятий для каждой возрастной группы определяются не только на основе тяжести уже протекающих заболеваний, но и с учетом оценки сложившегося на данный момент комплекса факторов риска.

Идентификация болезнетворных микроорганизмов в настоящее время является только частью оценки риска возникновения заболеваний пародонта. За последнее время был разработан ряд генетических тестов, в том числе PST-тест, в котором на основе анализа крови пациента определяется концентрация клеточного фермента Interleukin 1 (IL-1), который усиливает воспалительную реакцию тканей пародонта на воздействие патогенных бактерий, что обуславливает ускоренное развитие пародонтита.

Конкретное проявление этиологических, первичных и других факторов риска (возникновение, форма и тяжесть протекания заболевания) находятся в сложной зависимости от взаимодействия с другими факторами. Эти дополнительные факторы подразделяются на внешние (обусловленные влиянием окружающей среды) и внутренние, или эндогенные (обусловленные состоянием организма).

Факторы, влияние которых на возникновение и тяжесть протекания конкретного заболевания в ходе клинических исследований было достоверно установлено, являются критериями оценки риска. Факторами риска или «предполагаемыми факторами риска» называют те, которые при выполнении определенных условий могут привести к возникновению или осложнению течения конкретного заболевания.

Одним из основных социально-экономических факторов риска является низкий образовательный уровень, поскольку в этом случае пациент зачастую не в состоянии понять взаимосвязь между определенными факторами и возникновением инфекционных заболеваний полости рта, что, в свою очередь, приводит к тому, что у пациента отсутствует должная мотивация к тщательному и ответственному выполнению рекомендаций стоматолога по поддержанию гигиены полости рта, даже на бытовом уровне, не говоря уже о проведении профессиональных профилактических мероприятий.

Наиболее распространенными примерами внешних факторов риска являются: курение или жевание табака, нерегулярное посещение стоматолога, низкий социальный или экономический статус, системные заболевания инфекционной или другой этиологии, побочное действие медикаментов, а также, не в последнюю очередь, неправильное питание. Наиболее серьезным фактором риска возникновения пародонтита из всего

этого списка является, безусловно, курение, что подтверждено результатами многочисленных исследований (Axelsson et al., 1997). Показано, что у курящих пациентов в возрасте около 65 лет тяжелые формы пародонтита наблюдаются на 50% чаще, чем у некурящих.

Machtel et al. (1997) указал, что у курящих пациентов риск возникновения пародонтита в 5 раз выше, чем у некурящих. Эти данные подтверждают тот факт, что курение является одним из основных факторов риска возникновения и развития тяжелых форм заболеваний тканей пародонта.

Влияние других внешних факторов риска оценивалось в ходе исследования состояния тканей пародонта 600 пациентов в возрасте от 50 до 55 лет (Axelsson, Paulander, 1994). В ходе исследования установлено, что пациенты, систематически чистящие зубы, страдают заболеваниями пародонта на 50% реже, чем пациенты, не уделяющие должного внимания поддержанию гигиены полости рта на высоком уровне. При этом большое значение имеет уровень образования пациента: чем он выше, тем большую сознательность и ответственность он проявляет при осуществлении бытовой профилактики заболеваний полости рта. Опыт автора свидетельствует о том, что только пациенты с высоким образовательным уровнем способны адекватно воспринимать рекомендации стоматолога и следовать им в полном объеме.

Не только низкий образовательный уровень, но и физическая слабость часто становятся препятствием для осуществления систематического и правильного ухода за полостью рта. С точки зрения возникновения заболеваний пародонта, особенно для пожилых людей, этот фактор риска имеет даже большее значение, чем для возникновения кариеса. Эффективность ухода за зубами у пожилых людей, даже при использовании правильной техники чистки, зачастую понижается вследствие недостаточной подвижности пальцев и рук, возникновения боли в суставах при движении или в спине при продолжительном стоянии перед зеркалом, а также ослабление остроты зрения.

У детей и молодежи этот фактор риска может иметь значение только при наличии серьезной спортивной травмы или вследствие слабости, вызванной тяжелой формой системного заболевания (Habersack et al., 1999).

Значительное снижение эффективности ухода за полостью рта может привести к возникновению пародонтита у пожилых людей вследствие того, что с возрастом усиливается влияние других внешних факторов риска, например: несбалансированности питания, побочного действия или длительного приема сильнодействующих медикаментов.

Некоторые инфекционные заболевания, особенно тяжелые, такие как, например: язвенный колит, Morbus Chron, лейкемия, гепатит и СПИД, приводят к значительному увеличению риска возникновения заболеваний тканей пародонта и рассматриваются потому в качестве важнейших критериев его оценки.

В ходе исследования эффективности профилактических мероприятий, осуществляемых на протяжении последних 18 лет, была установлена прямая зависимость между количеством воспаленных пародонтальных карманов и степенью деградации фиксирующих зубы тканей пародонта, с одной стороны, и риском возникновения инфаркта миокарда и инсульта, с другой стороны (Beck et al., 1996). Одним из возможных объяснений этой зависимости является взаимодействие эндотоксинов, выделяемых болезнетворными бактериями, размножающимися в поддесневых бляшках, на эндотелиальные клетки кровеносных сосудов. Результаты исследования свидетельствуют о том, что риск возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы, обусловленный пародонтитом, выше, чем у курящих, но ниже, чем риск, обусловленный генетическими факторами.

Такую зависимость необходимо учитывать как при лечении заболеваний пародонта, так и при терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы. Таким пациентам необходимо уделять повышенное внимание и контролировать состояние их здоровья особенно тщательно.

К другим основным внутренним факторам риска следует отнести прежде всего: ослабленный иммунитет, наличие хронических заболеваний, анатомические дефекты макро- и микроструктуры зубов с тенденцией к образованию бактериальных бляшек, дефекты структуры и взаимного расположения слоев эмали и дентина.

Прекрасным примером необходимости контакта специалистов в различных областях медицины при терапии инфекционных заболеваний полости рта является наличие описанной выше прямой взаимосвязи между

заболеваниями пародонта и возникновением, и развитием опасных для жизни заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Применительно к воспалительным заболеваниям пародонта главным этиологическим фактором является микробный, который в клинике отождествляется с зубной бляшкой или мягким зубным налетом.

Результаты проведенных А.И. Грудяновым (1995) исследований позволяют в определенной мере объяснить разнообразие форм воспалительных поражений пародонта и эффективность наиболее признанного гигиенического метода. Патогенное действие микробных скоплений не вызывает сомнений и проявляется во всех случаях. Поэтому обоснованность фактора гигиены полости рта для всех пациентов не вызывает сомнения.

Тем не менее это только один из патогенных механизмов. Наличие у 20% взрослых лиц нарушений строения преддверия полости рта, у 29-36% — зубочелюстных аномалий, у 26-31% — травматического влияния механической перегрузки в результате точечного приложения механических сил в связи с сохранением интактных эмалевых бугров — все это заставляет серьезно усомниться в достаточном устранении одного, хотя и очень мощного патогенного фактора, каковым является микробный, для эффективной профилактики поражений пародонта.

С другой стороны, развитие очаговых изменений пародонта, даже поверхностных, вполне может быть вызвано каждым из указанных факторов, который обязательно сочетается с микробным как постоянно присутствующим.

Однако при соблюдении правил гигиенического ухода оно почти вдвое продлевает сроки сохранения результатов, достигнутых в ходе индивидуальной или профессиональной гигиены полости рта, оказывает выраженное положительное влияние на состояние сосудистых структур и кислородного баланса в пародонте.

А.И. Грудянов выделяет как минимум 4 местных патогенных фактора, способные вызвать поражение пародонта: микробные скопления; травматические очаги; нарушение строения мягких тканей преддверия полости рта; супраконтакты при отсутствии физиологической стираемости эмалевых бугров и режущих краев.

Очевидно, что у каждого пациента перечисленные факторы присутствуют в разном объеме и сочетании. Исключение составляет только микробный фактор, присутствующий во всех случаях.

Соответственно, и методы корригирующих и лечебных вмешательств для каждого пациента будут разными: или профессиональная гигиеническая обработка, гигиеническое обучение пациента, что позволит получить желаемый результат, или необходимы методы хирургической коррекции мягких тканей преддверия полости рта (причем, возможно, несколько методов одновременно). Могут потребоваться ортодонтические и ортопедические вмешательства либо функциональное избирательное шлифование.

Очевидно, что методы профилактики заболеваний пародонта могут быть только индивидуальными.

Наиболее действенной, по нашему мнению, является профессиональная гигиена полости рта, включающая местные лечебные вмешательства, обучение правилам гигиены, контроль за их выполнением и постоянную мотивацию пациента - в ходе как первого, так и последующих курсов лечения.

Надо отметить, что важное значение в настоящее время придается роли общих факторов, и надежды на успех профилактики и лечение заболеваний пародонта напрямую связывают с состоянием общих факторов.

Профессиональное удаление зубного налета является частью профессиональной гигиены полости рта и состоит из сошлифования трудноочищаемых участков мягкого зубного налета с последующим полированием поверхности зубов. Так, после проведения одного сеанса профессионального удаления зубного налета средняя интенсивность хронического гингивита снизилась на 38,7%.

При лечении заболеваний пародонта пациентам с заболеваниями пародонта проводится профессиональная гигиена в полном объеме. В то же время без проведения адекватной профессиональной гигиены и отсутствия стойкой мотивации к индивидуальной гигиене практически невозможно достигнуть стабилизации в течении заболеваний пародонта. Кабинет врача-стоматолога должен быть оснащен средствами

профессиональной гигиены, а врачи должны владеть современными средствами ее проведения.

Наиболее распространенными являются механические, химические и физические методы профессиональной гигиены. Для удаления над- и поддесневого зубного камня целесообразно пользоваться крючками фирмы «Эскулап», наборов терапевтического и профилактического. Они изготовлены из высококачественной стали, имеют высокие режущие свойства, не тупятся, адаптированы по форме к различным поверхностям коронок и корней зубов.

Из химических средств наиболее целесообразно пользоваться пастами фирмы «Septodont» - туда входит детатрин, который обладает достаточно выраженными абразивными свойствами. При наличии воспаления лучше использовать детатрин, содержащий цирконий, который усиливает очищение поверхности зуба и обладает мумифицирующим и противовоспалительным действием. В случае очаговой деминерализации эмали в пришеечной области предпочтительно применять детатрин фтористый, обладающий де-минерализующим действием и уменьшающий явления гиперестезии, характерные для патологии пародонтита. Пасту обычно используют с волосными или силиконовыми щетками.

В комплексе профессиональной гигиены необходимо использовать вибрационные или ультразвуковые системы для устранения остатков зубных отложений, устранение пунктов ретенции зубного налета.

Кроме вибрационных скалеров, которыми оснащены современные установки, для этих целей можно использовать различные ультразвуковые аппараты типа «Пьезон-мастер», «Мини-пьезон», «Кавитон» и др.

Более качественно удаление зубных отложений, полирование и шлифование поверхностей коронок зубов и их корней можно добиться при использовании «Scalex» — системы набора специальных пародонтологических боров различной формы и размеров. Благодаря разному углу заточки, право- и левостороннему вращению, этими инструментами можно удалять зубной камень, шлифовать и полировать поверхность корней зубов, а также проводить дезэпителизацию внутренней стенки карманов при кюретаже.

Применение современных средств и методик профессиональной гигиены в комплексном лечении и диспансерном наблюдении больных с патологией пародонта позволяет достигнуть стойкой ремиссии.

Первичная профилактика заболеваний пародонта призвана сохранять ненарушенное здоровье тканей пародонта, не допускать воздействия на них факторов природной и социальной среды, способных вызвать патологические изменения в пародонте.

Меры первичной профилактики:

1. Рациональное вскармливание ребенка и питание в последующем.
2. Тренировка жевательного аппарата с целью обеспечения условий нормального формирования пародонта.
3. Раннее ортодонтическое лечение с применением миофункциональной терапии (при наличии показаний).
4. Привитие гигиенических навыков ухода за полостью рта.
5. Устранение аномалий прикрепления мягких тканей в виде укороченных уздечек и мелкого преддверия полости рта.
6. Регулярная санация полости рта.
7. Избирательное пришлифовывание зубов.
8. Полноценное и своевременное ортопедическое лечение.

Вторичная профилактика нацелена на раннее выявление заболеваний пародонта, предупреждения прогрессирования заболевания и возможных его осложнений.

Меры вторичной профилактики:

1. Исключение травматических факторов: зубной камень, кариозные полости, нависающие края пломб, некачественные протезы, аномалии прикуса и т. д.
2. Качественный гигиенический уход за полостью рта с проведением контрольных чисток.
3. Лечение гингивита.

Третичная профилактика направлена на предупреждение перехода заболевания пародонта в более тяжелую форму и стадию, предупреждение обострений в его течении, снижение временной нетрудоспособности, восстановление функции жевательного аппарата.

Третичная профилактика включает весь комплекс мер терапевтического, хирургического, ортопедического и физиотерапевтического лечения.

Вопросы, решаемые на общегосударственном уровне:

1. Санация полости рта у детей, подростков, беременных женщин и т. д.
2. Рациональное питание в детских садах, школах, других организованных коллективах.
3. Организация кабинетов гигиены, лечение патологии пародонта.
4. Выпуск средств ухода за полостью рта.

Индивидуальную профилактику осуществляет сам пациент (гигиенический уход, рациональное питание, здоровый образ жизни), профессиональную проводит врач (санация полости рта, профессиональная гигиена, ортодонтическое лечение, лечение воспалительных заболеваний пародонта, обучение рациональной гигиене полости рта и контроль ее эффективности, санпросветительная работа с населением).

Важное место в профилактике гингивита отводится способам борьбы с зубной бляшкой. В целях ее обнаружения используют красители (раствор фуксина, раствор Шиллера- Писарева, раствор Люголя и другие).

Для снижения агрессивных свойств и скорости образования зубной бляшки применяют антисептики, ферменты, поверхностно-активные вещества и другие.

Бляшкоингибирующими свойствами обладает 0,06% раствор хлоргексидина, 0,5—2% раствор ундициновой кислоты, 0,2% раствор хлорида натрия, производные хлоргексидина — алексидин и соли йодной кислоты.

Ферменты, расщепляющие углеводы (декстраназа, мутаназа, амилоглюкозидаза), тормозят рост микрофлоры мягких зубных отложений

и препятствуют развитию гингивита. Антимикробные ферменты лизоцим и рибонуклеаза обладают способностью снижать скорость образования зубного налета.

Используются эти препараты в медицине в качестве компонентов зубных паст, эликсиров. Полоскание полости рта можно проводить зубным эликсиром «Ксидент», который содержит ксидифон, фтор, препятствует образованию зубного камня, налета на зубах, гингивита. «Ксидент» разводят водой 1:1 и используют после чистки зубов, задерживая препарат во рту на 1 минуту.

Индивидуальная гигиена полости рта 3 раза в день после еды в сочетании с профессиональной гигиеной полости рта каждые 3 месяца является надежным средством профилактики воспалительных заболеваний пародонта.

Рациональный прием пищи, завершающийся твердыми овощами и фруктами, благотворно влияет на ткани пародонта.

Противовоспалительные зубные пасты типа «Лесная», «Экстра», «Зодиак», «Повинна», «Спутник» и другие, использование дополнительных средств ухода (зубных нитей, зубочисток, десневых стимуляторов) повышает резистентность пародонта к действию повреждающих факторов.

Проведение вторичной и третичной профилактики обеспечивает диспансеризация лиц с патологией пародонта.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИЕМА БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Необходимость выделения пародонтологической помощи определяется особенностями диагностики и лечения, необходимостью систематического наблюдения за лицами с заболеваниями пародонта. Плановое комплексное наблюдение и лечение дают положительные результаты, обеспечивая благоприятное течение заболеваний пародонта, стабилизацию воспалительного процесса.

Удовлетворительных результатов при лечении пародонтологических больных можно добиться при наличии специализированной помощи с учетом современных достижений науки и клинической практики.

Существуют три организационные формы специализированной пародонтологической помощи:

1. Выделение врача для оказания помощи лицам с заболеваниями пародонта на обычном терапевтическом приеме.
2. Создание специализированного кабинета.
3. Организация пародонтологического отделения.

Наиболее приемлемая форма в настоящее время - пародонтологический кабинет при стоматологической поликлинике.

Основные задачи пародонтологического кабинета:

1. Оказание квалифицированной специализированной помощи больным с патологией пародонта.
2. Организация консультативной помощи врачам в лечении больных с заболеваниями пародонта.

На базе пародонтологического кабинета организуется консилиум, состоящий из врача-пародонтолога, хирурга, ортопеда, ортодонта (при необходимости — рентгенолога, физиотерапевта).

3. Осуществление методической работы.
4. Организация диспансеризации.
5. Санитарная пропаганда по профилактике заболеваний пародонта.

Оснащение пародонтологического кабинета:

- стоматологическая установка;
- аппарат для профессиональной гигиены с ультразвуковым скейлером;
- аппарат Кулаженко;
- диатермокоагулятор стоматологический;
- набор пародонтометров;
- набор инструментов для профессиональной гигиены; набор инструментов для терапии пародонта;

- набор инструментов для хирургии пародонта;
- набор инструментов для шинирования зубов;
- инструменты для биопсии, взятия материала для бакисследования;
- шприц для орошения десны;
- инструменты для избирательного пришлифовывания;
- шприц для инъекций;
- медикаментозные средства для местного лечения заболеваний пародонта;
- средства для лечебных пародонтальных повязок;
- гидроксиапатит для заполнения костных дефектов при пародонтите;
- фотополимеры и галогеновая лампа для шинирования подвижных зубов при пародонтите;
- набор инструментов, медикаментов для неотложной помощи;
- набор препаратов для окрашивания зубной бляшки;
- набор гигиенических средств и моделей челюстей для обучения пациентов правилам ухода за полостью рта.

Запись к врачу-пародонтологу проводится через регистратуру и смотровой кабинет после лечения кариеса зубов и его осложнений, удаления наддесневых зубных отложений.

Работа в кабинете проводится по четко регламентированному графику. Один день в неделю выделяется для консультаций группой специалистов (терапевт, хирург, ортопед) первичных больных. Другой день в течение рабочей недели - диспансерный. В этот день принимают больных, приглашенных для профилактических осмотров, проведения повторных курсов лечения.

Выделяется также день для проведения операций на тканях пародонта. В остальные дни недели выполняется плановый комплекс лечебных мероприятий пародонтологическим больным.

Врач-пародонтолог может принять в смену 6-8 больных, из них 1—2 первичных, закончить лечение 1—2 больным. На первичного больного затрачивается 50 60 минут; на осмотр диспансерного 40 минут; для повторного больного выделяется от 20 до 90 минут в зависимости от вида запланированного лечения.

Объем работы, выполненный врачом-пародонтологом, отмечается в дневнике ежедневного учета.

Врач-пародонтолог работает со специально обученной медсестрой, которая ассистирует врачу при любых видах работ, мотивирует больных на правильную гигиену полости рта; помогает врачу-пародонтологу вести диспансеризацию больных.

К врачу-пародонтологу закрепляется врач-ортопед, знающий специфику протезирования больных, страдающих патологией пародонта.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принят объем работы врача, необходимый для наложения пломбы при среднем кариесе. Врач при шестидневной рабочей неделе должен выполнить 21, а при пятидневной — 25 УЕТ за рабочий день.

Приказ МЗ СССР 50 от 25.01.88 г.

Оценка работы врача-стоматолога- пародонтолога
на амбулаторном приеме в УЕТ

1. Консультация 0,5.
2. Совет (если больной обратился только за советом) 0,5.
3. Анестезия (исключая при удалении зуба) 0,5.
4. Инъекция (исключая при удалении зуба) 0,5.
5. Анестезия аппликационная (исключая при удалении зуба) 0,25.
6. Избирательное пришлифовывание зубов 1,0.
7. Осмотр полости рта, характеристика статуса пародонта или электроодонтометрия зубов 0,5.
8. Осмотр и опрос повторного больного 0,5.

9. Оформление документации первичного больного с заболеванием пародонта 1,0.
10. Определение гигиенических индексов 1,5.
11. Вакуум-терапия (1 сеанс) 0,5.
12. Удаление зубного камня у всех зубов (в 2 или 4 посещения):
 - а) ручным способом 4,0;
 - б) с помощью ультразвука 3,0.
13. Медикаментозная обработка (орошение, инстилляция, повязка и т. д.) 1,0.
14. Кюретаж пародонтальных карманов в области двух зубов 1,0.
15. Временное шинирование 6—8 зубов 1,5.
16. Вскрытие пародонтального абсцесса 0,5.
17. Гингивопластика в области 6-х зубов 4,5.
18. Вестибулопластика 2,5.
19. Ампутация корня 2,0.
20. Удаление пародонтальной кисты: а) в области 1 —2 зубов 2,5; б) в области 3—4 зубов 4,0.
21. Местная флюоризация (покрытие зубов фторлаком, втирание фтор-диска в области всех зубов) 0,5.
22. Контроль гигиены полости рта 0,5.
23. Обучение гигиене полости рта 0,5.
24. Избирательная пришлифовка зубов в области 4 зубов 1,0.
25. Вестибулопластика с аутоотрансплантацией 4,0.
26. Полупостоянное шинирование у 2-х зубов 4,0.

Врач-пародонтолог должен владеть всеми видами оказания стоматологической помощи: терапевтической, хирургической (кюретаж,

лоскутные операции, гингивэктомия, удаление зубов и т. д.), ортопедической (избирательное пришлифовывание, временное и постоянное шинирование).

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Диспансеризация пародонтологических больных — активный метод сохранения здоровья населения, направленный на выявление ранних форм заболевания и факторов риска, включающий в себя комплекс лечебно-профилактических, социально-гигиенических мероприятий, позволяющих сохранить функции зубо-челюстной системы. На каждого диспансерного больного заполняется ф. 30 стом. и амбулаторная карта диспансерного больного.

Основные задачи диспансеризации:

1. Активное выявление больных с заболеваниями тканей пародонта.
2. Целенаправленное обследование больных.
3. Квалифицированное лечение пародонтологических больных.
4. Динамическое наблюдение за развитием заболевания тканей пародонта.
5. Санитарно-просветительная работа.

Выделяют два этапа диспансеризации: 1 — отбор больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении; 2 - собственно диспансеризация (активное наблюдение за больными).

После отбора проводится группировка больных в зависимости от вида патологии пародонта, ее тяжести, возраста больного, давности и формы течения заболевания.

Целесообразно различать следующие группы больных:

1. Лица моложе 20 лет с доклиническими стадиями патологического процесса при наличии факторов риска (аномалии прикуса, отягощенность общими заболеваниями и т. д.). Своевременное устранение или коррекция предрасполагающих факторов у лиц этой группы позволяет предупредить заболевание пародонта.

Пациентов обучают правильной гигиене полости рта, дают рекомендации относительно режима питания, труда и отдыха. Проводят общеукрепляющую терапию, лечение общесоматических заболеваний. Больных этой группы осматривают 1 раз в год.

2. Больные пародонтитом. Больным этой группы проводят мероприятия, направленные на ликвидацию патологии пародонта путем устранения или ослабления действия причинных факторов, проведения патогенетической и симптоматической терапии.

В первый год диспансеризации больных этой группы осматривают 2 раза, в последующие годы — 1 раз в год.

3. Больные пародонтитом легкой и средней степени тяжести без выраженной вторичной адентии. В процессе диспансеризации больным этой группы проводят мероприятия с целью пре-упреждения осложнений, уменьшения частоты рецидивов, стабилизации патологического процесса в пародонте. Больных этой группы осматривают 2 раза в год.

4. Больные молодого возраста (до 30 лет) с пародонтитом тяжелой степени. Больных этой группы осматривают 3—4 раза в год. Проводят интенсивное местное и общее лечение, углубленное обследование.

5. Больные пародонтозом в возрасте до 50 лет. Больных этой группы осматривают 3—4 раза в год. Лечение проводят совместно с терапевтом, эндокринологом, гематологом и т. д.

6. Больные пародонтолизисом независимо от степени тяжести в возрасте до 30 лет.

7. Больные с тяжелой формой генерализованного пародонтита.

Этих больных берут на краткосрочный диспансерный учет (от 6 месяцев до 1 года). Больных этой группы осматривают 2 раза: непосредственно после протезирования и через год.

Оценка первого этапа диспансеризации состоит из:

- полноты охвата диспансеризацией;
- своевременности выявления заболевания;
- своевременности взятия на диспансерный учет.

Критериями оценки второго этапа являются:

- полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий;
- соблюдение сроков осмотров;
- процент лиц, переведенных из группы активного лечения в группу наблюдения.

Количественные показатели эффективности диспансеризации:

1. Удельный вес вновь взятых на учет.
2. Процент лиц, снятых с диспансерного учета в течение
3. Средняя кратность осмотров, приходящихся на одного больного в год.
4. Удельный вес больных, не явившихся для профилактического осмотра.

к качественной оценке диспансеризации относятся:

1. Частота рецидивов заболевания.
2. Длительность ремиссии.
3. Процент больных с клиническим благополучием и клинико-рентгенологической ремиссией заболевания.

Результаты диспансеризации анализируются каждый год и фиксируются в амбулаторной карте больного и диспансерной карте больного.

После наступления стадии ремиссии больные для дальнейшего диспансерного наблюдения передаются врачам-стоматологам-терапевтам. Участковый врач может курировать 70 больных.

Врач-пародонтолог ежегодно дает экспертную оценку состояния пародонта каждого диспансерного больного. В качестве оценочных используют следующие термины:

стабилизация - состояние пародонта без признаков активности процесса в течение 2—3 лет;

ремиссия — кратковременная стабилизация в течение 1 года.

Стабилизация и ремиссия должны подтверждаться лабораторными, функциональными и рентгенологическими методами исследования.

Без изменений - состояние, когда процесс не приводит к стабилизации или ухудшению развития заболевания.

Ухудшение — состояние, когда процесс прогрессирует, отмечаются частые рецидивы и осложнения.

Клиническое благополучие - после проведенных курсов десна становится розовой, плотной, умеренно-влажной, отсутствует кровоточивость и отложения зубного камня, индекс гигиены по Федорову-Володиной — 1,5, проба Шиллера-Писарева отрицательна. Рентгенологически это состояние может не подтверждаться.

Улучшение - состояние оценивается по субъективным ощущениям больного и врача.

Если наступила ремиссия, больные из группы активного лечения переводятся в группу наблюдения. При стабилизации процесса в течение 1 года больных переводят в группу практически здоровых.

ВОЗ дает следующие данные эффективности лечения и диспансерного наблюдения больных, страдающих заболеваниями тканей пародонта (получивших все виды лечения):

— у 2,0% больных наблюдается положительная динамика костных изменений. Результат получен у больных с начальными признаками пародонтита;

— у 20% больных была получена стадия ремиссии (клинико-рентгенологическая). Результат получен у больных с легкой и средней степенью тяжести пародонтита;

— у 20% больных за 5—10 лет наблюдения гингивит перешел в пародонтит. Такой результат получен у лиц с аномалиями прикуса и другими неблагоприятными факторами;

— у 31% больных пародонтит медленно прогрессировал. Наблюдалась убыль кости на 2—3 мм в течение 2- 4 лет;

— у 27 % больных наблюдалось волнообразное течение пародонтита. Благополучие в течение 1—3 лет менялось на период обострения;

— у 13% больных пародонтит быстро прогрессировал. Наблюдалось у пожилых бо

Тестовые вопросы для определения усвояемости материала:

1.Какое минимальное количество зубов необходимо для изготовления бюгельного протеза?

А)2

Б)4

В)6

Г)6 - 8

2.Какова минимальная высота клинической коронки зуба для расположения на ней опорноудерживающего кламмера?

А)4 мм

Б)5 -6 мм

В)8 мм

Г)10 мм

3.Какова минимальная высота клинической коронки опорного зуба для изготовления замкового крепления?

А)4 мм

Б)5 -6 мм

В)8 мм

Г)10 мм

4.Какова необходимая и достаточная высота клинической коронки опорного зуба для изготовления телескопической коронки?

А)3 мм

Б)4 - 5 мм

В)6 - 8 мм

Г)8 - 10 мм

5.В каких квадрантах опорного зуба располагается плеча опорноудерживающего кламмера?

А)1, 3, 4.

Б)1, 4.

В)1, 2, 3.

Г)1, 2, 4.

6.В каких квадрантах расположено плеча гнутого проволочного кламмера?

А)1, 3, 4.

Б)1, 4.

В)1, 2, 3.

Г)1, 2, 4.

7.Какая степень подвижности зубов позволяет изготовить пластиночный протез?

А)2

Б)3

В)4

Г)любая

8.Какая степень подвижности зубов не позволяет изготовить бюгельный протез?

А)1

Б)2

В)3

Г)4

9.Какое расположение опорных элементов для съемных конструкций наиболее благоприятно на верхней челюсти?

А)диагональное

Б)трансверзальное

В)аксиальное

Г)тангенциальное

10.Какое расположение опорных элементов для съемных конструкций наиболее благоприятно на нижней челюсти?

А)диагональное

Б)трансверзальное

В)аксиальное

г)тангенциальное

Литература

Основная литература:

1. Ортопедическая стоматология [Текст] : учебник по спец. 060.105.65 "Стоматология" по дисциплине "Ортопед. стоматология" / С. Д. Арутюнов [и др.] ; под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджения ; М - во образования и науки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 640 с. : ил., цв. ил.

Дополнительная литература:

1. Ортопедическая стоматология [Текст] : фак. курс (на основе концепции проф. Е. И. Гаврилова) : учебник для мед. вузов / В. Н. Трезубов [и др.] ; под ред. В. Н. Трезубова. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Фолиант, 2010. - 656 с.: ил. - Библиогр.: с. 649.
2. Стоматология [Электронный ресурс]: Учебник / Под ред. Т. Г. Робустовой. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2008. - 816 с.: ил. (Учеб. лит. Для студентов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов мед. вузов). – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
3. Стоматология [Электронный ресурс]: учебник для медицинских вузов и последипломной подготовки специалистов/ под ред. В. А. Козлова. 2-е изд., исп. и доп.— СПб.: СпецЛит, 2011. – 487 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
4. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Текст] : [учеб. пособие] / под ред В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 157, [3] с. : ил. - (Руководство для врачей).
5. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Электронный ресурс]: руководство / Под ред. проф. В.В. Афанасьева, проф. О.О.

Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с.
– Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Программное обеспечение и интернет - ресурсы:

- www.elibrary.ru – научная электронная библиотека
- www.e-stomatology.ru - официальный сайт Стоматологической ассоциации России (СтАР)
- www.volgmed.ru - сайт Волгоградского государственного медицинского университета
- <http://library.volgmed.ru/Marc> - электронный каталог библиотеки ВолГМУ
- www.mma.ru - сайт Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова
- <http://www.studentlibrary.ru> - электронная библиотечная система «Консультант студента»
- <http://www.studmedlib.ru> – консультант студента
- информационно-поисковая база Medline
- www.stom.ru - текущие события в России и за рубежом, научные статьи ведущих специалистов, обзор литературы.
- www.web-4-u.ru/stomatinfo - электронные книги по стоматологии.
- www.stomatlife.ru - справочно- информационный ресурс по стоматологии и медицине.
- www.edentworld.ru - информация о периодических изданиях, событиях в стоматологическом мире в России и за рубежом, научные статьи по различным направлениям стоматологии.
- www.dentalsite.ru - профессионалам о стоматологии.
- www.stomatolog.ru - книги, журналы, газеты, оборудование, инструмент, английский язык, работа для стоматолога.
- www.webmedinfo.ru/library/stomatologiya - на сайте представлены книги по стоматологии для бесплатного скачивания.
- www.dental-revue.ru - информационный стоматологический сайт, статьи по разным разделам стоматологии, дискуссии.

- www.volgostom.ru - для профессионального общения врачей – стоматологов