

ПРЕДИСЛОВИЕ

Решение издания методических рекомендаций связано с потребностью современного образовательного и практического стоматологического рынка в учебной литературе, основанной на данных современной науки и практики и предназначенной для подготовки и воспитания врачей - стоматологов новой генерации с учетом меняющихся образовательных программ и потребностей пациентов в квалифицированной профилактической стоматологической помощи.

Профессионалам необходимо учитывать постоянно меняющийся ассортимент продукции и ее качества, знать, что происходит в сфере профессиональных интересов, и на основе этих данных давать исчерпывающие и квалифицированные рекомендации пациенту с учетом индивидуальных стоматологического, ортопедического статусов и возможностей их улучшения. Методические рекомендации позволят будущим врачам-стоматологам, гигиенистам составлять «Индивидуальные гигиенические программы профилактики стоматологических заболеваний» с учетом стоматологических особенностей каждого пациента. Это обеспечит благодарность и преданность пациентов.

ВВЕДЕНИЕ

Данное издание предназначено для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов. Методические рекомендации посвящены комплексным программам профилактики стоматологических заболеваний, диспансерному наблюдению пациентов, психологическим особенностям профилактики стоматологических заболеваний пациентов разных профессиональных, возрастных и социальных групп.

Данное учебное пособие должно помочь будущим специалистам правильно ориентироваться во всем многообразии стоматологических и гигиенических ситуаций и подбирать средства гигиены в соответствии с ними, а на основании этого составлять соответствующие «Гигиенические программы профилактики стоматологических заболеваний» с учетом этих ситуаций. Диспансерное наблюдение позволит изменять профилактические гигиенические программы в зависимости от изменяющихся стоматологических условий. Занимаясь внедрением «профилактических гигиенических программ», мы обеспечиваем пациенту качественное оказание профилактической стоматологической помощи.

Внедрение гигиено-профилактических методов работы с пациентами позволяет врачу расширить границы предлагаемых услуг за счет кардинального повышения их качества на фоне совершенствования своих профессиональных знаний и умений, что неизбежно должно выразиться в формировании врача-стоматолога новой формации.

ЗАНЯТИЕ №1

Тема: Деонтология и врачебная этика в стоматологии.

Цель занятия: изучить вопросы деонтологии и врачебной этики студентов стоматологического факультета на практических занятиях клинических дисциплин.

Продолжительность занятия: 135 минут.

План и организационная структура занятия.

Этапы занятия.	Время проведения мин.	Оборудование.	Учебные пособия и средства контроля.
1. Введение	5		
2. Контроль исходного уровня знаний	15		Тестовые задания.
3. Разбор темы	35	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	50	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	15		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7. Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Социально-экономическое развитие общества и деонтология врача-стоматолога.
2. Деонтология и врачебная этика студентов на практических занятиях в стоматологической поликлинике.
3. Составляющие врачебного профессионализма.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Стоматология как область научной и практической медицины не представляет исключения с точки зрения важности соблюдения специалистами этико-деонтологических норм и правил. Более того, учитывая, что в настоящее время свыше 300 млн. человек посещает ежегодно стоматологические учреждения, деонтологические аспекты в деятельности врача-стоматолога не менее важны, чем профессиональные. Высокая цифра обращаемости населения за стоматологической помощью объясняется не только распространенностью болезней зубочелюстной системы и ротовой полости. Большое количество пациентов приходит к врачу в первый раз не без начальных признаков заболевания (например, кариес, пародонтоз), а когда патологический процесс значительно прогрессирует и требует, как правило, длительного систематического лечения и неоднократных повторных посещений врача-

стоматолога. Это объективное положение имеет свои причины. Почти для каждого человека посещение стоматолога большое эмоционально-психическое испытание. Нередко только представление о стоматологическом кабинете уже вызывает у человека гамму неприятных субъективных ощущений. Парализуется воля, посещение врача откладывается до появления острой боли.

В представлении людей с давних времен лечение зубов всегда ассоциировалось с неизбежностью боли. Обезболивание стало применяться сравнительно недавно (да и то лишь в хирургической стоматологии). Поэтому у пациентов многих поколений сформировалось представление о том, что стоматологические манипуляции неизбежно должны сопровождаться болью и неприятными ощущениями.

Научные исследования, широко проводившиеся на протяжении многих лет, показали, что на деятельности зубочелюстной системы оказывает влияние состояние внутренних органов и систем организма. В свою очередь состояние челюстно-лицевой области оказывают влияние не только на функции, но и на развитие патологических процессов в организме. Вот почему врач-стоматолог должен обладать высокой способностью к клиническому мышлению, т.е. рассматривать больного с учетом всех особенностей его организма, уметь выявить развитие болезни в начальном периоде, используя для этого свои знания и опыт. Врачи-стоматологи должны всегда учитывать, что первичные симптомы соматических заболеваний (например, крови, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и др.) очень часто проявляются именно в полости рта. И стоматолог в таких случаях часто является свидетелем начала развития грозного заболевания, а широта клинического мышления позволяет вовремя оценить ранние признаки болезни, начать соответствующее лечение и предупредить тем самым развитие тяжелых осложнений.

Все эти обстоятельства выдвигают деонтологические аспекты в деятельности врача-стоматолога на одно из важнейших мест. Вот почему, независимо от узкой специализации, стоматолог должен быть психологом и психотерапевтом, не говоря уже о том, что он обязан хорошо владеть профессиональными навыками.

Необходимо считаться с тем, что большинство больных весьма лабильны эмоционально и настороженно относятся к действиям и рекомендациям врача. При этом, важное значение имеет доверие пациента к врачу. Пожалуй, больше всего больные ценят во враче внимание. От того, насколько внимательно врач относится к больному, как налаживается первый контакт между ними, зависит в значительной степени выздоровление пациента и дальнейшее течение заболевания.

Деонтология в детской стоматологии имеет исключительное значение еще и потому, что закладка последующих посещений стоматологического учреждения взрослым человеком очень часто зависит от «детского этапа» лечения зуба. Более того, правильное отношение к лечению и профилактике болезней зубов важно воспитывать в ребенке еще и потому, что выполнение правил гигиены полости рта - важный элемент культуры современного человека.

В стоматологии методы профилактики применяются давно. Однако, даже в недалеком прошлом они носили ограниченный и не комплексный характер, и в основном сводилось к обычной санации полости рта. Врачи не уделяли должного внимания санитарно-просветительской работе при диспансеризации и соблюдению принципов деонтологии в профилактических мероприятиях.

Профилактика в стоматологии должна включать и заботу о здоровом человеке, его зубочелюстной системе. При этом нужно учитывать, что когда у человека зубы не болят, найти контакт с ним трудно, сложно научить его обычной гигиене полости рта и убедить в необходимости выполнения простых правил ухода за зубами. Тем более, что длительное время в санитарно-просветительской работе действовал принцип «запугивания»: население убеждали, что если не посещать стоматолога, то можно заболеть многими и даже тяжелыми болезнями. Такой принцип себя не оправдал, ибо нужно не запугивать, а разъяснять и убеждать, что состояние здоровья во многом зависит от состояния ротовой полости, своевременного выявления и лечения патологических процессов.

Следовательно, санитарно-просветительную работу необходимо проводить так, чтобы каждый человек знал о взаимосвязи внутренних органов и систем с зубочелюстной системой, ротовой полостью, о влиянии на них деятельности этих органов и обратной зависимости. Важно широко разъяснять населению, что следует делать для сохранения полноценной функции зубов, обучать простейшим методам, например, массажа десен и пользования зубной щеткой. Ведь, к сожалению, только 15% детей школьного и дошкольного возраста чистят зубы и относительно хорошо знают правила гигиены полости рта. Обучение гигиеническим навыкам нужно проводить, используя все доступные формы и методы, в том числе средства массовой информации (печать, радио, телевидение и др.).

В стоматологических поликлиниках должны создаваться кабинеты гигиены полости рта. Их работа будет действенной только тогда, когда их будут посещать все жители данного района, а для этого гигиеническая пропаганда должна носить активный характер, с акцентом на индивидуальную работу врача с пациентом.

Опыт многих учреждений убеждает, что там, где хорошо поставлена работа, снижается стоматологическая заболеваемость, особенно кариесом зубов и болезнями пародонта.

Профессия врача-стоматолога отличается от других специальностей определенными специфическими параметрами. Некоторые параметры, такие как, высокая сензитивность (сострадание), самоотверженность, стремление помогать другим людям должны быть врожденными качествами человека, выбравшего профессию врача. Но многие параметры развиваются в процессе обучения и последующей профессиональной деятельности. Такие например, как высокий самоконтроль, чувство ответственности за свои поступки, высокая эмоциональная устойчивость. Студенты стоматологического факультета на фантомном курсе (предклинической подготовки) приобретают сумму логических знаний, подкрепленных непосредственной работой на фантомах

медицинским стоматологическим инструментарием, т.е. развиваются одновременно левое и правое полушария, формируются клиническое мышление. Многократно повторяемые правильные мануальные действия при осмотре друг друга студентами, при работе на фантомах, формируют автоматизм, т.е. движение контролируется подсознательными структурами головного мозга (мозжечком) и отличаются четкостью и быстротой действия, то, что отличает врачей высокого профессионализма.

Студенты стоматологического факультета в клинической практике занимаются по различным специальностям (ортопедия, терапия, хирургия и детская стоматология). Все эти кабинета отличаются друг от друга по характеру выполняемой деятельности, контингентом пациентов, уровнем экстремальности и особым требованием асептики и антисептики.

Студенты на занятиях в клиническом кабинете находятся с преподавателем. Их задача внимательно, вдумчиво относиться к приему пациентов. При себе желательно иметь маленький блокнот, куда необходимо вносить вопросы, которые возникают в процессе приема. Недопустимо обсуждать какие-либо клинические несоответствия на взгляд студента, которые допускают практические врачи или ассистенты. Студенты на занятиях в клинике должны быть собраны, вдумчивы, не допустимы посторонние разговоры на отвлеченные темы, тем более недопустимы конфликты или недоразумения между студентами. При приеме пациентов недопустимы бестактные комментарии студентами во время осмотра и лечения полости рта. Студенты должны ко всем пациентам, независимо от их возраста, социального положения относиться одинаково доброжелательно и сдержанно. Не следует вступать в разговоры с взрослыми пациентами или родителями маленьких пациентов в коридоре, тем более комментировать ход лечения и возможный исход. Если пациенты настойчиво просят комментарий, то необходимо согласиться и пригласить преподавателя.

Учитывая высокий профессионализм преподавателей медуниверситета, практических врачей базовых клиник, работа проводится зачастую сложная, кропотливая, ответственная и дорогостоящая. Поэтому студентам не всегда можно доверить весь объем практической работы, но студентам необходимо стремиться выполнять ту часть работы, которую по усмотрению преподавателя ему можно доверить. Это способствует формированию будущего профессионализма.

Отдельно необходимо сказать об этике внешнего вида будущих врачей. Необходима сдержанность и деловая опрятность в одежде. Своим внешним видом студент декларирует для пациентов и коллег о характере своей будущей деятельности. Недопустимы на приеме излишне кричащие украшения, распущенные неопрятные волосы, неопрятная косметика, длинные ногти с ярким лаком. Учитывая, что в настоящее время стоматология как часть практического здравоохранения находится на высоком уровне, пациенты имеют право выбора клиники и врача. Поэтому, видя несобранного, неопрятного студента, пациент вправе отказаться от доктора, кроме того, в

случае какой-то, даже незначительной ошибки или мануальной неосторожности, это может послужить вспышкой конфликта.

Особо следует сказать о соблюдении субординации при практических занятиях на базовых клиниках учебного заведения. За организацию работы повседневного приема, за соблюдением асептики, антисептики, а также обеспечение рабочего процесса доктора отвечает медсестра. К моральным чертам личности медицинской сестры относятся: терпение, выдержанность, чуткость, честность, доброжелательность.

Эстетичные черты: скромность, простота, опрятность.

Интеллектуальные черты: профессиональная эрудиция, наблюдательность, способность к логическому осмыслению диагностических и лечебных манипуляций. Залогом правильных взаимоотношений в медицинском коллективе является строгое и неукоснительное соблюдение всеми медицинскими работниками субординации. Термин «субординация» происходит от латинского *Ordinatio*, означающее приведение в порядок, систему подчинения нижестоящих органов и должностных лиц вышестоящим и исполнение правил служебной дисциплины.

Строгое соблюдение субординации между работниками будет залогом организованности и хорошей работоспособности всего коллектива, высокой дисциплины и установления деонтологически обусловленных взаимоотношений между медицинскими работниками.

Студентам, поставившим задачу сформировать себя достойным специалистом, способным преодолеть трудности рыночной экономики, оказаться в ряду тех стоматологов, к которым пациенты идут охотно с настроением и доверием, необходимо знать, именно знать, что самовосприятие, мотивация и социальные навыки - вот факторы, значительно способствующие в наше время успеху. Предпосылкой для достижения этой цели является развитие техники общения, которая обеспечивает индивидуальный подход к каждому конкретному пациенту. Благодаря личностной модели ДИПД (доминантный, инициативный, постоянный, добросовестный) можно разработать собственную стратегию для оптимального медицинского обслуживания пациентов.

Личностная модель ДИПД различает 4 основные стратегии поведения: доминантный, инициативный, постоянный, добросовестный типы. Способы общения с этими представителями, разумеется, отличаются. Поэтому перед началом беседы во время приема необходимо установить личностный тип Вашего пациента. Здесь необходимо обладать значительным уровнем развития эмоционального интеллекта - особенно в отношении Ваших эмпатических (симпатия, антипатия) и коммуникативных возможностей. С постоянными пациентами Вы в идеале поддерживаете человеческие, открытые отношения, знаете их душевное состояние, поведенческие и коммуникативные модели, что особенно важно для установления личностного типа.

Доминантный пациент. В центре внимания доминантной личности находится ориентация на результат. Доминантные люди творцы, им нравится говорить самим и держать все под контролем. Д-тип принимает свои собственные решения на основе короткой сжатой и существенной информации.

На приеме такой пациент держит себя очень решительно и самоуверенно. Он склонен к нетерпению, неохотно воспринимает возражения, нацелен на результат, который видится ему максимально выгодным, уникальным, недорогим и эффективным.

В общении с таким пациентом:

- 1) излучайте решимость и ориентированность на нахождение решения проблемы;
- 2) предлагайте альтернативы и возможности выбора методов лечения;
- 3) избегайте продолжительных, насыщенных профессиональными терминами объяснений;
- 4) кратко формулируйте результат и быстро заканчивайте беседу.

Инициативный пациент: это оптимистичные энергичные личности экстравертивного типа. На врачебном приеме они дружелюбны, много говорят, иногда отклоняются от темы, их легко воодушевить, они открыты, когда речь идет об инновационных, эстетических услугах и услугах с высокой стоимостью.

В общении с ними:

- 1) подчеркивайте все новое, особенное, необычное в лечении;
- 2) описывайте, как хорошо Ваш пациент будет выглядеть после успешного лечения;
- 3) ведите беседу с использованием однозначных вопросов, позволяя говорить и Вашим пациентам, пусть и на личные темы;
- 4) излучайте воодушевленность, помогайте им принять решение.

Постоянный пациент: Им необходима расслабленная, дружелюбная, спокойная обстановка, которая позволяет им раскрыть свою личность. Они хорошие стратеги, им необходимы четкие соглашения и прогнозируемые процессы. Это интровертивные (спокойные) люди, нацеленные на безопасность и прогнозируемость. После начальной работы они дружелюбны и откровенны. Это преданные пациенты и постоянные советчики. В общении от врача требуется:

- 1) терпение, когда речь идет о том, чтобы узнать пожелания и потребности пациента;
- 2) описывайте понятными словами подробности лечения, убеждайте в надежности предлагаемых способов лечения;
- 3) не давите на Вашего пациента, когда он принимает решение.

Добросовестный пациент. "Порядок, прежде всего!" - это является девизом добросовестных людей. Они любят ясность, конкретность, обоснованность. Это самые критичные пациенты, которые все точно расспрашивают и придают большое значение полному, детальному обоснованию. Они хотят быть уверенны в качестве лечения.

Поэтому:

- 1) основывайтесь на логичных ясных фактах и преимуществах;
- 2) используйте для поддержки Вашей аргументации сравнительный фактический материал, который рисует детальную, профессиональную картину;

3) будьте хорошо организованы и подготовлены.

Удачное применение модели ДИПД зависит лишь от того, насколько развит Ваш эмоциональный интеллект. Этот термин объясняет большое количество человеческих способностей: характер, тактичность, человечность. Гете называл это просто душевной чуткостью. Согласно последним исследованиям успех личности на 80% обусловлен эмоциональным интеллектом и лишь на 20% интеллектом. Под успехом здесь понимается не только профессиональный успех, но и "успех" в отношениях в семье, в ежедневном обращении с другими людьми. А высшее образование просто обязывает работать над собой постоянно.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Научиться применять деонтологию и врачебную этику на стоматологическом приеме.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

Выписать составляющие врачебного профессионализма.

ЗАНЯТИЕ №2

Тема: Гигиеническое воспитание в процессе ортодонтического лечения.

Цель занятия: освоить методику ухода за ортодонтическими конструкциями в полости рта.

Продолжительность занятия: 135 минут.

План и организационная структура занятия.

Этапы занятия.	Время проведения мин.	Оборудование.	Учебные пособия и средства контроля.
1. Введение	5		
2. Контроль исходного уровня знаний	15		Тестовые задания.
3. Разбор темы	35	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	50	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	15		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7. Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Понятие об ортодонтическом лечении.

2. Уход за полостью рта при наличии несъемных ортодонтических конструкций.

3. Уход за полостью рта при наличии съемных ортодонтических конструкций.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Ортодонтическое лечение позволяет улучшить эстетическое состояние ротовой полости. При этом в полость рта вводятся различные конструкции, выполненные из материалов, которые могут оказывать неблагоприятное воздействие на органы полости рта. Большинство ортодонтических аппаратов в своем составе имеют крючки, пружины, дуги, кламмеры, которые непосредственно могут оказывать травмирующее действие на слизистую оболочку полости рта, а также могут служить дополнительными пунктами скопления пищевых остатков и образование мягкого налета мягкого налета.

Налет - это постоянное накопление бактерий на зубах в виде мягкой и липкой массы. Это основная причина заболеваний десен и развития кариеса. При плохой гигиене полости рта происходит минерализация зубного налета, образуется зубной камень. Зубной налет выявляется с помощью специальных красителей (фуксин, эритрозин, р-р Люголя).

Для оценки гигиенического состояния полости рта, а также проверки эффективности гигиено-профилактических мероприятий в ходе ортодонтического лечения крайне необходимым представляется использование индексов, отражающих качество и количество зубных отложений.

Методы их обнаружения и количественная оценка основана на химической реакции или сорбции красителей с внеклеточными полисахаридами отложений.

В оценке уровня здоровья органов полости рта при ортодонтическом лечении необходимо иметь представление о состоянии пародонта.

Для оценки степени тяжести гингивита используют папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) в модификации Parma(1960), индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРІNT) и комплексный периодонтальный индекс (КПИ) по Леусу (1987 г.).

Используя многолетний клинический и научно-исследовательский опыт работы по гигиеническому воспитанию населения и организации профилактических мероприятий у детей, в частности, при проведении ортодонтического лечения (Сунцов В.Г., Дистель В.А., Беньковская С.Г., 1987), разработана схема, которая предлагается для практического использования.

Дети, находящиеся на ортодонтическом лечении, должны сформировать стойкую мотивацию к проведению регулярных гигиенических процедур, а именно - качественный ежедневный уход за зубами и ортодонтическими аппаратами с использованием максимально широкого спектра предметов и средств гигиены полости рта, а также систематические визиты (2-4 раза в год) на процедуру профессиональной гигиены полости рта.

Оптимальным временем для начала санитарно-просветительной работы и обучения навыкам гигиены полости рта является промежуток между первым посещением ребенком врача-ортодонта и наложением ортодонтического

аппарата. Обязательно в этот процесс должны быть вовлечены родители, которые в последующем возьмут на себя постоянную контролирующую функцию за соблюдением ребенком всех гигиенических рекомендаций.

Обучение гигиеническим навыкам целесообразно проводить в типовой комнате гигиены. Для этой цели необходимо выделить специально обученную медицинскую сестру.

В обязанности врача-ортодонта входит обучение медицинских сестер по формированию навыков обучения и контроля за качеством гигиены полости рта при ортодонтическом лечении у пациентов.

Врач-ортодонт или врач-гигиенист в последующем осуществляет контроль качества проводимых профилактических мероприятий. Наиболее удобными формами такого контроля являются: определение индексов гигиены по Федорову-Володкиной, индекс ВОЗ, ИГ, а также индексов РМА и СРІТN. Об этих индексах мы упоминали ранее.

Наличие в полости рта ортодонтических конструкций определяет методы индивидуальной гигиены полости рта, набор предметов и средств для проведения гигиенических процедур. Последовательность проведения гигиенических мероприятий будет зависеть от того, какая конструкция ортодонтического аппарата используется для лечения: съемная или несъемная.

При наличии в полости рта несъемных ортодонтических конструкций (брекет - системы, каппа Шварца с наклонной плоскостью, аппарат Курляндского и т.д.) уход за зубами значительно отличается от общепринятого и имеет свои особенности.

При выборе зубной щетки предпочтение следует отдать щетке с силовыми выступами микротекстурной щетиной и двухуровневой подстрижкой щетинного поля. Силовой выступ наконечника зубной щетки позволит проникать в труднодоступные места, микротекстурная щетина эффективно очищает не только зубы, но и элементы ортодонтической конструкции.

Двухуровневая щетина зубной щетки более плотно будет прилипать к поверхности зубов и элементам конструкции. Помимо основного предмета ухода за полостью рта нужно использовать дополнительные ершики, монопучковые зубные щетки, ирригаторы и флоссы различных модификаций.

С помощью ершиков осуществляют очистку крепежных конструкций и замковых элементов, очищают зубы под дугой, а также широкие межзубные промежутки. Однопучковой зубной щеткой обрабатывают пришеечную область зубов и элементы крепления.

При очистке межзубных промежутков чаще используют суперфлоссы, которые имеют жесткую направляющую часть, помогающую проникнуть в межзубной промежуток.

С помощью ирригаторов эффективно очищаются зубы и элементы ортодонтической конструкции, а также проводится массаж десны. Обычно ирригаторы имеют два режима работы, моноструя (массаж десен) и турбоструя (для гигиенических мероприятий).

Особое внимание следует уделить выбору зубных паст и ополаскивателей для полости рта. Здесь нужно отдать предпочтение лечебно-профилактической

группе. Для ежедневного ухода применять пасты, содержащие экстракты трав, растений и наряду с этим в состав пасты входили бы минеральные компоненты (фтор, кальций). Ополаскиватели должны обладать теми же свойствами. На практике хорошо себя зарекомендовала система периодической замены средств гигиены. Так, например, 10 дней уход за зубами проводим с помощью паст, содержащих растительные компоненты, следующие 10 дней кальцийсодержащими, 10 дней фтор содержащими.

При наличии несъемной ортодонтической конструкции в полости рта зубы следует чистить после каждого приема пищи по 3-5 минут. Если нет такой возможности, то следует тщательно прополоскать рот водой (это в течение дня). Утренняя и вечерняя чистки зубов обязательны. После завершения чистки зубов, брекет, кольца, крепежные элементы должны быть полностью очищены от пищи и белого налета, и должны блестеть. Из-за обилия металлических, пластмассовых, резинопластиковых элементов в конструкции износ всех мануальных индивидуальных средств гигиены происходит примерно в 3 раза быстрее, а соответственно заменять их необходимо каждый месяц (Улитовский С.Б., 2002).

Уход за полостью рта, при наличии съемных ортодонтических конструкций, складывается из двух этапов. Первый - очистка зубов в полости рта, второй - очистка съемной конструкции. Гигиенический уход за полостью рта ни чем не отличается от стандартной методики. Зубы следует чистить 2 раза в день по 3-5 минут, тщательно очищать все поверхности. Так же использовать дополнительные предметы гигиены: флоссы, ершики, ирригаторы. Из средств гигиены предпочтительнее группа лечебно-профилактических препаратов. Это объясняется тем, что зубной налет скапливается не только на зубах, но и на ортодонтических конструкциях. Ортодонтическое лечение чаще всего проводится в детском возрасте, когда процессы созревания эмали еще не завершены. Как правило, избыточное скопление зубного налета на зубах и элементах крепления конструкции приводит к быстрой деминерализации эмали.

Значительное внимание нужно уделять чистке ортодонтического аппарата, который длительное время находится в полости рта. В отличие от съемных протезов, которые снимаются на ночь, ортодонтические конструкции оставляют во рту даже в период ночного сна. Сложная конструкция ортодонтических аппаратов (замки, пружины, кламмеры) способствуют большому скоплению зубного налета, и затрудняет уход за ними. Большое внимание уделяется чистке ортодонтического аппарата. Для этого необходимо использовать мануальную щетку (отдельную от зубов) и гигиеническую зубную пасту. Кроме этого, для очистки конструкции можно использовать специальные пасты, которые предназначены только для протеза. Возможно применение ирригаторов для гигиены полости рта и ортодонтической конструкции.

Следует помнить, что на ночь необходимо чистить как съемную конструкцию так и полость рта. После чего чистая конструкция вводится в рот, и остается на ночь. Утром так же проводится гигиенический уход.

Для снижения риска развития кариозных процессов при ортодонтическом лечении целесообразно гигиенические мероприятия сочетать со специальными первичными профилактическими мероприятиями по повышению резистентности твердых тканей зубов. Перед наложением ортодонтической конструкции следует проводить местную реминерализующую терапию.

Профилактические мероприятия следует повторять в процессе ортодонтического лечения, ориентируясь на длительность лечения и патологические изменения в полости рта (ориентироваться по индексам гигиены, пародонтальным индексам и др.).

Сочетанное использование принципов гигиенического воспитания пациентов в процессе ортодонтического лечения и грамотное использование специальных профилактических средств позволит значительно уменьшить негативное влияние осуществленных вмешательств на твердые ткани зубов и краевой пародонт. Это позволит повысить качество ортодонтического лечения, уменьшить сроки, что положительно отражается на пациентах.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Изучить правила ухода за несъемными ортодонтическими конструкциями в полости рта.
2. Изучить правила ухода за съемными ортодонтическими конструкциями в полости рта.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

Выписать средства для реминерализующей терапии.

ЗАНЯТИЕ №3

Тема: Профилактика зубочелюстных аномалий.

Цель занятия: Изучить факторы риска в возникновении зубочелюстных аномалий. Освоить методы профилактики ЗЧА в разные возрастные периоды. Обучить студентов общим принципам миогимнастики.

Продолжительность занятия: 135 минут.

План и организационная структура занятия.

Этапы занятия.	Время проведения мин.	Оборудование.	Учебные пособия и средства контроля.
1. Введение	5		
2. Контроль исходного уровня знаний	15		Тестовые задания.
3. Разбор темы	35	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	50	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	15		Учебно-ситуационные задачи

6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7.Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Классификация и факторы риска возникновения ЗЧА.
2. Роль вредных привычек в формировании ЗЧА.
3. Методы профилактики ЗЧА в разные возрастные периоды.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) - это состояния, которые включают наследственные и приобретенные нарушения развития зубочелюстной системы, выражающиеся в аномалиях зубов, челюстных костей и соотношениях зубных рядов различной степени тяжести. В структуре стоматологических заболеваний после кариеса и болезней пародонта ЗЧА занимают третье место.

Классификация ЗЧА

1. Аномалии числа зубов (первичная, вторичная адентия, ведет к недоразвитию челюстей, деформации зубного ряда).
2. Аномалии формы и размеров зубов (макро-, микроденция).
3. Аномалии прорезывания (задержка в результате воспалительных процессов, наследственный сифилис, рахит, заболеваниях крови, эндокринной патологии, острых инфекционных заболеваний).
4. Аномалии положения зубов.
5. Аномалии зубных рядов (ретрузия, протрузия, сужение, расширение зубных дуг, зубоальвеолярное удлинение, удлинение или укорочение зубных дуг в саггитальной плоскости).
6. Аномалии развития челюстей (расщелины губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба).
7. Аномалии прикуса (дистальный, медиальный, глубокий, открытый, перекрестный).

Профилактика ЗЧА - это комплекс мероприятий, направленных на своевременное устранение и предупреждение, этиологических и патологических факторов, способствующих их возникновению. В связи с тем, что факторы могут воздействовать на разных этапах развития организма ребенка, профилактические мероприятия должны проводится во все периоды роста и развития ЗЧ системы. Согласно рекомендации ВОЗ различают первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика ЗЧА состоит в предупреждении, раннем выявлении и устранении факторов риска.

Вторичная профилактика - это комплекс мероприятий, направленных на снижение распространенности и степени тяжести ЗЧА (ортодонтическое лечение).

Третичная профилактика включает в себя восстановление утраченной частично или полностью функций жевания, речи, эстетики, т.е. своевременное, рациональное протезирование.

Факторы риска возникновения ЗЧА:

Эндогенные факторы риска

1. Генетическая обусловленность: первичная адентия, сверхкомплектные зубы, микро- макроденция, дистония и транспозиция, аномалии прикрепления уздечек языка и губ, глубина преддверия полости рта, микро-, макрогнатия, микро-, макрогения.

2. Нарушения внутриутробного развития: врожденные аномалии, нарушения развития эмали и дентина.

3. Болезни детей раннего возраста, нарушающие минеральный обмен, эндокринные заболевания.

Экзогенные факторы риска

1. Нарушения правил искусственного вскармливания.

2. Нарушения функций зубочелюстной системы (жевания, глотания, дыхания, речи).

3. Вредные привычки (сосание пустышки, пальца, языка, щек, неправильная осанка и др.).

4. Перенесенные воспалительные заболевания мягких и костных тканей лица, ВНЧС.

5. Травмы зубов и челюстей.

6. Рубцовые изменения мягких тканей после ожогов, удалений новообразований.

7. Кариез зубов и его осложнения.

8. Недостаточная физиологическая стираемость молочных зубов.

9. Преждевременная потеря молочных зубов.

10. Преждевременная потеря постоянных зубов.

11. Задержка выпадения молочных зубов.

12. Задержка прорезывания постоянных зубов.

13. Отсутствие трем и диастем к 5-6 годам.

Среди причин, вызывающих ЗЧА, особое место занимают вредные привычки: сосание пальца, губ, языка, сосание соски после прорезывания молочных зубов, кусание ногтей, предметов. Кроме того, большое значение имеет неправильное положение головы ребенка во время сна (сон с запрокинутой или высокоподнятой головой), подкладывание кулачка под щеку.

Для предупреждения возникновения зубо-челюстных деформаций необходимо своевременно проводить профилактические мероприятия. Если ребенок спит с запрокинутой головой, необходимо изменить положение головы, перевернуть на бок. При сосании языка необходимо дать пустышку до начала глубокого сна, а затем вынуть ее изо рта. Если ребенок во время сна держит рот открытым, то необходимо проконсультироваться у врачей-оториноларингологов, невропатологов, эндокринолога.

При исключении патологии необходимо закрывать рот во время сна. Это позволяет тренировать и укреплять мышцы, обеспечивающие носовое дыхание.

Для осуществления основных задач профилактики ЗЧА необходимо установить однозначную связь между морфологическими особенностями и функциональными признаками физиологического прикуса, уметь соотносить физиологический прикус с различными этапами его формирования.

Прикус – это состояние зубных рядов при их смыкании с наибольшим количеством контактов. Норма – это понятие о правильном положении зубов, формы зубных рядов и соотношении челюстей соответственно виду прикуса и периоду его развития до полного формирования постоянного прикуса.

Содержание профилактических мероприятий определяется наличием клинических признаков и активно действующих причин, ведущих к развитию аномалии прикуса.

Профилактические мероприятия делятся на пре- и постнатальные.

Мероприятия по пренатальной профилактике проводятся в женской консультации путем оздоровления организма беременной женщины. Задачами профилактики в этот период является устранение профессиональных вредностей, установление рационального режима дня и питания женщины, лечение инфекционных заболеваний, борьба с токсикозом, санация полости рта, стоматологическое просвещение. В этот период возможно выявление ряда наследственных факторов.

Постнатальная профилактика осуществляется с момента рождения ребенка.

От рождения до прорезывания молочных зубов (0-6 месяцев)

1. Выявление врожденной патологии челюстно-лицевой области.
2. Профилактика острых гнойных заболеваний.
3. Рассечение укороченной уздечки языка.
4. Правильное искусственное вскармливание ребенка (поза, подбор соски).
5. Выявление преждевременно прорезывающихся зубов.

Период формирования молочного прикуса (6 мес – 3 года)

1. Наблюдение за прорезыванием (сроки, последовательность, парность, симметричность, форма, положение, количество, тип смыкания).

2. Пластика укороченной уздечки языка.
3. Профилактика кариеса и его осложнений.
4. Сбалансированное питание, использование жесткой пищи.
5. Предупреждение соматических заболеваний.
6. Санация дыхательных органов.
7. Профилактика вредных привычек.
8. Наблюдение за функцией языка при глотании.
9. Массаж альвеолярного отростка при затрудненном прорезывании зубов.

Период сформированного молочного прикуса (3-6 лет)

1. Пластика уздечек.
2. Профилактика кариеса и его осложнений.
3. Жесткая пища.
4. Удаление сверх комплектных зубов.

5. Профилактика деформации зубных рядов при дефектах зубного ряда путем протезирования.

6. Наблюдение за ростом челюстных костей (тремы и диастемы к 5-6 годам).

7. Избирательное шлифование не стершихся бугров молочных зубов (клыков).

8. Наблюдение за соотношением зубных рядов, формой зубных дуг.

9. Выявление нарушений характера речевой артикуляции.

10. Комплексы миогимнастики.

Период смены зубов (6-12 лет)

1. Профилактика кариеса и его осложнений.

2. Наблюдение за резорбцией корней молочных зубов.

3. Наблюдение за прорезыванием постоянных зубов.

4. Удаление сверхкомплектных зубов.

5. Пластика уздечек мелкого преддверия полости рта.

6. Восстановление коронок разрушенных первых моляров и резцов.

7. Замещение отсутствующих зубов путем изготовления ортодонтических конструкций.

8. Устранение вредных привычек.

9. Избирательное шлифование не стершихся бугров, молочных клыков и моляров.

10. Миогимнастика для нормализации дыхания, осанки.

11. Массаж альвеолярного отростка и зубов при затрудненном их прорезывании.

Период формирования постоянного прикуса (12-18 лет)

1. Лечение ЗЧА с целью снижения их тяжести.

2. Профилактика кариеса и его осложнений.

3. Профилактика болезней пародонта.

4. Удаление зубов по ортодонтическим показаниям.

5. Удаление сверхкомплектных зубов.

6. Рациональное протезирование.

7. Пластика укороченной или неправильно прикрепленной уздечки языка, губ, преддверия полости рта.

Период сформированного постоянного прикуса (18 лет и старше)

1. Санация полости рта и соблюдение основ гигиены.

2. Восстановление коронок разрушенных зубов.

3. Замещение отсутствующих зубов путем протезирования.

4. Устранение парафункций (бруксизм).

5. Шинирование зубов при заболеваниях пародонта.

6. Предупреждение перегрузки опорных зубов при протезировании.

7. Сохранение тканей протезного ложа.

Для развития зубочелюстной системы большое значение имеет функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области, которая либо способствует нормальному развитию прикуса, либо нарушает его. Искусственное вскармливание детей на первом году жизни не создает

необходимой нормальной нагрузки. При искусственном вскармливании допускаются 2 основные ошибки: большое отверстие в соске и неправильная форма соски.

При использовании соски с большим отверстием время кормления сокращается до 5-6 мин, ребенок не сосет, а только проглатывает пищу, при этом нижняя челюсть отстает в развитии, может в будущем закрепиться инфантильный тип глотания. Для профилактики ЗЧА рекомендуют широкий выбор сосок для младенцев различных возрастов, которые имитируют сосок груди, ее форма зависит от предназначения (для воды, молока). Восстановление нормальной функции мышц достигается с помощью специальной гимнастики.

Тренируют слабо развитые мышцы, нормализуют функции мышц антагонистов и синергистов. Упражнения выбирают с учетом возраста ребенка. Они не должны быть слишком трудными, желательно превращать их в игру. Контроль за выполнением возлагается на родителей, воспитателей, медицинский персонал.

Лечение каждой формы аномалии имеет свои особенности, но существуют общие правила при проведении миогимнастики.

1. Упражнения мышц следует проводить систематически.
2. Интенсивность сокращения и его амплитуда не должны быть чрезмерными.
3. Сокращать мышцы следует плавно и медленно.
4. После фазы сокращения должна следовать фаза покоя.
5. Каждое упражнение необходимо проводить до появления чувства легкой усталости.
6. Количество упражнений должно со временем увеличиваться.

Комплекс миогимнастических упражнений.

1. Для нормализации глотания:

Губы сомкнуты, зубы сжаты, язык поднят вверх и прижат к переднему участку твердого неба в области зубных бугорков верхних передних зубов, проглотить слюну.

- глоток воды
- цокание
- зевота
- полоскание горла.

2. Тренировка круговой мышцы рта:

- при сомкнутых губах надуть щеки, медленно кулаками выдавить воздух через сжатые губы. Игра на детских духовых инструментах;

- свист;

- вытянуть губы в трубочку, а затем их растягивают как при широкой улыбке (упражнения с вестибулярной пластинкой Тонхера, активатором Дасса, ручной вертушкой).

3. Для мышц, выдвигающих нижнюю челюсть - для профилактики дистального прикуса. Нижнюю челюсть выдвигают вперед, пока края нижних резцов не перекроют верхние, удерживают 10 сек, возвращают в исходное положение; то же с поворотом головы.

4. Упражнение для мышц, поднимающих нижнюю челюсть (профилактика открытого прикуса).

Накладывают 2-3 пальца левой руки на передние нижние зубы и оттягивают нижнюю челюсть вниз, ребенок поднимает ее.

5. Тренировка мышц языка:

Рот открыт, языком облизать верхнюю и нижнюю губы, "достать" до перегородки носа, щелкать языком, "считать зубы" языком. Для нормализации речи основную работу проводит логопед.

Упражнения для исправления аномалий положения зубов.

Для исправления небного наклона верхних зубов в период их прорезывания рекомендуется давить на зубы кончиком языка в течение 2-3 минут. Прикусывать нижнюю губу верхними зубами. Упражнение проводится до установления нормального резцового перекрытия.

Надо отметить, что лечебная гимнастика может быть самостоятельным методом терапии, может предшествовать ортодонтическому лечению, сочетаться с ним или применяться после его окончания для завершения достигнутых результатов и предупреждения рецидивов. Гимнастикой можно достигать положительных результатов при лечении аномалий у детей в период сформировавшегося временного прикуса, т.е. наиболее подходящий возраст 4-9 лет. Эффект лечения зависит от степени выраженности морфологических и функциональных нарушений, а также от терпения больного, его настойчивости и от контроля за тщательностью выполнения упражнений.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Освоить общие принципы миогимнастики.
2. Научиться определять факторы риска возникновения ЗЧА.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

1. Написать факторы риска зубочелюстных аномалий.
2. Написать классификацию зубочелюстных аномалий.

Тестовый контроль

1. Эндогенные факторы риска возникновения ЗЧА
 - а) кариес зубов и его последствия;
 - б) нарушение правил искусственного вскармливания;
 - в) глубина преддверия полости рта;
 - г) сверхкомплектные зубы.
2. Экзогенные факторы риска возникновения ЗЧА
 - а) преждевременная потеря постоянных зубов;
 - б) микро-, макрогения;
 - в) травмы зубов и челюстей;
 - г) болезни детей раннего возраста.
3. Вредные привычки, приводящие к ЗЧА:
 - а) естественное вскармливание;
 - б) сосание языка, губ;

- в) сон с запрокинутой и высоко поднятой головой;
 - г) задержка выпадения молочных зубов.
4. Первичная профилактика ЗЧА состоит в:
- а) ортодонтическом лечении аномалий положения отдельных зубов;
 - б) предупреждение, раннее выявление и устранение факторов риска;
 - в) своевременное протезирование.
5. Прикус - это
- а) соотношение зубных рядов (зубов) при их смыкании с наибольшим количеством контактов;
 - б) каждый зуб имеет 2 антагониста;
 - в) медиально-щечный бугор первого моляра верхней челюсти артикулирует с межбугорковой фиссурой нижнего моляра.
6. Диастема - это
- а) щель между центральным и боковым резцом;
 - б) щель между клыком и премоляром;
 - в) щель между центральными резцами.
7. Центральная окклюзия характеризуется:
- а) совпадает средняя линия, проходящая между центральными резцами в/ч и н/ч;
 - б) поверхность, переходящая по режущим и жевательным поверхностям всех зубов;
 - в) передние верхние и нижние зубы вместе с альвеолярным отростком направлены кзади.
8. Суставные признаки центральной окклюзии:
- а) равномерное сокращение мышц, поднимающих нижнюю челюсть;
 - б) суставные головки нижней челюсти находятся у основания ската суставного бугорка;
 - в) зубы смыкаются с максимальным количеством контактов.
9. Мышечные признаки центральной окклюзии:
- а) средняя линия, проходящая между резцами в/ч и н/ч совпадает;
 - б) равномерное сокращение мышц, поднимающих нижнюю челюсть;
 - в) двустороннее сокращение латеральных крыловидных мышц.
10. Постнатальная профилактика ЗЧА от рождения до прорезывания молочных зубов:
- а) правильное искусственное вскармливание;
 - б) рассечение укороченной уздечки языка;
 - в) профилактика вредных привычек;
 - г) профилактика кариеса и его осложнений
11. Постнатальная профилактика ЗЧА в период сформированного молочного прикуса (3-6 лет):
- а) наблюдение за ростом челюстных костей (тремы, дистеммы);
 - б) профилактика кариеса и его осложнений;
 - в) шинирование зубов при заболеваниях пародонта;
 - г) замещение отсутствующих зубов путем протезирования.
12. Ошибки, допускаемые при искусственном вскармливании:

- а) маленькое отверстие в соске;
 - б) высоко поднятая голова ребенка во время кормления;
 - в) большое отверстие в соске.
13. Общие правила при проведении миогимнастики:
- а) сокращать мышцы следует резко и быстро;
 - б) упражнения следует проводить систематически;
 - в) после фазы сокращения должна следовать фаза покоя.
14. Значение временного прикуса для организма ребенка:
- а) в формировании устойчивого постоянного прикуса;
 - б) в функциональном раздражении;
 - в) в подготовке пищи;
 - г) способствуют овладению речью.
15. Признаки физиологического прорезывания зубов:
- а) асимметричность прорезывания;
 - б) прорезывание зубов в определенные сроки;
 - в) прорезывание зубов в определенном порядке;
 - г) симметричность прорезывания;
 - д) порядок прорезывания не важен.

ЗАНЯТИЕ №4

Тема: Антенатальная профилактика основных стоматологических заболеваний.

Цель занятия: Обучить особенностям обследования полости рта беременной женщины и гигиеническому уходу за полостью рта в период беременности

Продолжительность занятия: 135 минут.

План и организационная структура занятия.

Этапы занятия.	Время проведения мин.	Оборудование.	Учебные пособия и средства контроля.
1. Введение	5		
2. Контроль исходного уровня знаний	15		Тестовые задания.
3. Разбор темы	35	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	50	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	15		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7. Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Сроки закладки временных и постоянных зубов.
2. Нарушения, которые могут развиваться в полости рта беременной.
3. Профилактические стоматологические мероприятия у беременных женщин.
4. Схема диспансерного наблюдения беременных у стоматолога.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Внутриутробный период является одним из важнейших в развитии человеческого организма, в том числе зубочелюстной системы. Его следует рассматривать как фундаментальный, во многом определяющий устойчивость, правильную закладку и последующее развитие всех органов и систем детского организма.

Внутриутробный период является самым важным и в формировании зубочелюстной системы. На 6-10-й недели беременности образуются зачатки всех молочных зубов. После образования тканей зубов (дентина и эмали) с 5 – го месяца беременности начинается минерализация зачатков I и II, а с 7 месяца беременности – IV, V и III зубов и завершается после рождения ребенка. Формирование зачатков постоянных зубов начинается с 5 месяца беременности и продолжается до 5 лет жизни ребенка; завершается минерализация зачатков постоянных зубов к 8 годам жизни детей. К моменту прорезывания зубов бывают сформированы и минерализованы только коронковая часть и незначительная часть корня зуба. Дальнейшее формирование, рост и минерализация корня происходит одновременно с прорезыванием зуба и завершается через несколько лет после его прорезывания. В конце беременности (III триместр) начинается минерализация скелета плода и продолжается его формирование после рождения ребенка до 18-25 лет жизни.

Зубочелюстные аномалии возникают в результате неполноценного питания беременной, заболеваний женщины, неправильного положения плода. Значительную роль играют осложнения беременности и применение лекарственных препаратов будущей матерью. У значительной части женщин беременность осложняется токсикозом, обострением экстрагенитальной патологии, простудными и вирусными заболеваниями. Неблагоприятное воздействие на твердые ткани зубов оказывают лекарственные препараты, особенно антибиотики тетрациклинового ряда. Противосудорожные препараты, малые транквилизаторы, снотворные и некоторые другие лекарственные препараты могут способствовать появлению расщелин губы, альвеолярного отростка и неба.

Причиной врожденных деформаций могут быть сдавливающая одежда, тяжелый труд беременной женщины, употребление алкоголя, никотина, наркотических средств. Алкоголь, проникая через плаценту, приводит к задержке внутриутробного развития, новорожденные нередко имеют черепно-лицевые уродства.

Риск формирования патологии прикуса возрастает в 3,7 раза у детей с отягощенным анамнезом, гипоплазии эмали - в 1,8 раза развития временных

зубов, в 1,3 раза у детей, родившихся от беременности, протекающей с токсикозом 1 половины, выявляется задержка прорезывания постоянных моляров на 1 год, в 2 раза чаще наблюдаются аномалии формы, величины, положения зубов. Токсикоз первого триместра, вирусные заболевания, прием лекарственных средств могут приводить к частичной адентии у детей при неотягощенной наследственности.

Недостаточный гигиенический уход за полостью рта беременной тоже отражается на ребенке. Он может родиться ослабленным, с склонностью к аллергическим реакциям, у него может наблюдаться запоздалое прорезывание зубов, недостаточное их обызвествление.

Профилактика ЗЧА, связанных с причинами, действующими в антенатальном периоде, является сложной проблемой. Эта сложность определяется социальными, экологическими и воспитательными факторами. Центром этой работы должна быть женская консультация. В них сосредоточены не только акушеры-гинекологи, но и врачи всех ведущих специальностей. Работа стоматолога координируется и проводится в тесном контакте с другими специалистами.

Основные усилия должны быть направлены на оздоровление организма беременной женщины, формирования у нее здорового образа жизни, организацию питания, режима труда и отдыха. Особое внимание уделить гормональным нарушениям, т.к. они приводят к тяжелым нарушениям зубочелюстной системы ребенка и всего его организма.

Стоматологическую профилактику у беременных нужно начинать с самых ранних сроков беременности, т.к. формирование зубочелюстной системы начинается на пятой неделе внутриутробного развития.

Стоматолог составляет индивидуальную схему профилактики. Работу начинают с серии бесед, в которых знакомят со строением зубочелюстной системы, с наиболее часто встречающимися стоматологическими заболеваниями, особенностями их течения у беременных, предупредительными мерами.

У беременных женщин профилактические мероприятия местного действия направлены в основном на предупреждение заболеваний пародонта и кариеса зубов. Риск возникновения заболеваний пародонта в виде гингивитов резко возрастает. Во время беременности уменьшается количество слоев поверхностного ороговевающего эпителия, капиллярное кровоснабжение характеризуется прерывистым током крови и частыми спазмами, понижается резервная щелочность крови, в тканях отмечается накопление молочной кислоты, слюна может приобрести слабокислую реакцию. Клинически это выражается в пастозности десен уже со 2-3-го месяца беременности, или гипертрофией десневых сосочков и образованием «ложных» пародонтальных карманов. Иногда гипертрофированные сосочки достигают режущего края коронок или жевательной поверхности зубов, что вызывает кровоточивость при жевании пищи. Этому также способствуют общесоматические заболевания и местные факторы (патология прикуса, скученность зубов, аномалийное

прикрепление уздечек верхней и нижней губы, мелкое преддверие полости рта, отложения зубного камня и зубного налета).

Известно, что риск возникновения и активного течения кариеса у беременных женщин и детей раннего возраста наиболее высок. К активному течению кариеса у беременных женщин приводит напряженность кальций-фосфорного обмена, связанного не только с соматическими заболеваниями и патологическим течением беременности, и с особенностями течения физиологического процесса минерализации зачатков молочных и постоянных зубов, скелета плода. Нарушение кальций-фосфорного обмена в системе мать-плод клинически проявляется в выпадении пломб у беременной женщины, появлением очагов начального кариеса и разрушениями интактных зубов.

Поэтому уже к концу беременности можно прогнозировать кариес зубов у еще не родившегося ребенка на основании:

- активного течения кариеса зубов у беременной женщины;
- выявления очагов начального кариеса зубов у беременной женщины;
- отягощенного состояния здоровья беременной женщины со II половины беременности;
- патологического течения II половины беременности.

Мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний во время беременности должны быть организованы с учетом степени тяжести стоматологических заболеваний и течения беременности.

Стоматолог обучает правилам гигиенического ухода за полостью рта, с обязательным контролем его эффективности, после чего проводит необходимые профилактические и лечебные мероприятия. Они включают в себя удаление зубных отложений и санацию полости рта. В первую половину беременности обычно проводят лишь терапевтические мероприятия, с 5 месяца можно осуществить и хирургические вмешательства (удаление зуба).

Все беременные берутся на диспансерный учет. Каждая беременная должна не менее 3-х раз посетить стоматолога, если она не нуждается в специальном лечении.

Первое посещение проводят в первые недели беременности. Второе - на 7-м месяце, третье - за 2-3 недели до родов.

Во время этих посещений проводят профессиональную гигиену полости рта, дают рекомендации по уходу за полостью рта, проводят ремодерацию. При необходимости назначают меры эндогенной профилактики кариеса зубов у беременной путем приема внутрь препаратов кальция, фосфора, витаминов, согласовав с участковым врачом.

Женщине рекомендуется выполнять комплекс общих профилактических мероприятий, включающих в себя правильный режим труда и отдыха, полноценное питание, поливитаминовые препараты.

Женщине рекомендуют 4-разовое питание.

В первую половину беременности диета должна состоять примерно из следующего набора продуктов: молоко - 2 ст/сутки, творог - 150 г, сметана - 1/3 стакана, сыр - 20г, масло сливочное - 60 г, масло растительное - 10г, мясо - 100

г, яйцо - 1 шт., овощи - 500 г, картофель - 250г, ягоды и фрукты - 200 г., сахар и кондитерские изделия - 6 г, хлеб ржаной или пшеничный - 250 г.

Во вторую половину беременности увеличивают потребление мяса, рыбы на 30-50 г, уменьшают потребление масла сливочного на 20 г.

В течение всего периода беременности женщина не должна употреблять острые блюда, спиртные напитки, прекратить курение.

При низком содержании фтора в воде назначают препараты фтора.

Необходимо удлинить период сна до 8-9 часов. Длительное пребывание на свежем воздухе в сочетании с дозированной физической нагрузкой способствует поступлению в организм кислорода. Во время беременности основными источниками витаминов должны являться продукты питания, но для удовлетворения возросшей потребности в витаминах, необходимо назначать соответствующие поливитаминные препараты: «Декамевит», «Ундевит», «Гендевит» и др. Применение поливитаминных препаратов приводит к интенсификации окислительно-восстановительных процессов в организме плода и матери.

Задачи врача-стоматолога женской консультации.

1. Взятие на диспансерный учет всех беременных женщин.

2. Санация полости рта всех нуждающихся беременных женщин.

3. Обработка зубов растворами кальция, ремодентом, покрытия фтор-лаком,

а) в первые 20 недель - 1 р/мес;

б) с 21 по 32 неделю - 2 р/мес;

в) с 33 недели - 3 р/мес.

4. Проведение индивидуальной санитарно-просветительной работы, участие в работе "Школы матери".

5. Медикаментозное восполнение дефицита минеральных солей, микроэлементов и витаминов при недостаточном их поступлении.

Схема: а) вит. Д2 по 1-2 кап. масляного раствора в день 8 мес., на последнем месяце - 2 р/день;

б) в зимне-весенний период с 11-12 нед. внутрь аскорутин по 2 т. 3 р/день в течение 1 мес. Поливитамин;

в) при токсикозах второй половины беременности глицерофосфат кальция в гранулах по 1/2 ч.л. 1 р/день или в таб. По 0,5-1 таб. 2 р/день до исчезновения симптомов токсикоза (60-90 таб. - курс);

г) при дефиците фтора в пищевом рационе беременной необходимо назначить по 1 таб. фторида натрия в день (курс - 1 мес.).

6. Сообщить акушеру-гинекологу план лечебно-профилактических мероприятий и сроки последующих посещений.

7. Обучение беременной правилам ухода за зубами, подбор индивидуальных средств гигиены. Если у беременной женщины развивается гингивит беременных, то их берут на специальный учет. Удаление зубных отложений проводится ежемесячно, проводят курсы противовоспалительной терапии гингивита.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Освоить методику удаления зубных отложений у беременной.
2. Обучение гигиеническому уходу за полостью рта беременной.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

1. Составить беседу о предупреждении заболеваний зубов у детей для беременных женщин.
2. Выписать состав диеты.
3. Написать рецепты препаратов для ремотерапии у беременных женщин.

Тестовый контроль

1. Сроки закладки временных зубов:
 - а) на 5 неделе внутриутробного развития;
 - б) на 20 неделе внутриутробного развития
 - в) на 30 неделе внутриутробного развития
2. Сроки закладки зачатков постоянных резцов:
 - а) 23 неделя внутриутробной жизни;
 - б) к моменту рождения;
 - в) 17 неделя внутриутробной жизни;
 - г) в 5 лет.
3. Состояние минерализации временных зубов к моменту рождения ребенка:
 - а) коронки клыков минерализованы на 1/4 моляры на 1/3 и 1/2
 - б) почти полностью минерализованы коронки резцов;
 - в) полностью минерализованы все временные зубы;
 - г) минерализованы лишь центральные резцы.
4. Состояние зачатков постоянных зубов к моменту рождения ребенка:
 - а) имеются зачатки 1-х моляров и 1-х премоляров;
 - б) имеются зачатки только фронтальной группы зубов;
 - в) имеются зачатки резцов и клыков;
 - г) имеются зачатки 1-х и 2-х моляров.
5. Отличие временных и постоянных зубов:
 - а) в области шейки постоянного зуба есть эмалевый валик – выступообразное утолщение эмали;
 - б) форма коронки временных зубов более выпуклая, чем постоянных;
 - в) твердые ткани временных зубов меньше минерализованы по сравнению с постоянными;
 - г) физиологическая резорбция постоянных зубов.
6. Обучение детей уходу за полостью рта рекомендуется начинать:
 - а) с 3 лет полоскать рот, с 4-5 чистить зубы зубной щеткой;
 - б) с 1,5-2 лет учат полоскать рот водой, с 2-2,5 - чистить зубы зубной щеткой, с 4-5 – применять зубную пасту, с 6-7 – фторсодержащую зубную пасту;
 - в) с 1,5 лет – полоскать рот водой, с 2-х лет использовать зубную пасту и щетку, с 6 лет – применять фторсодержащую зубную пасту.

7. Минерализация временных зубов начинается

- а) с 13 недели внутриутробного развития;
- б) с 10 недели внутриутробного развития;
- в) с 14-20 недели внутриутробного развития;
- г) со 2-го месяца жизни ребенка;
- д) сразу после рождения ребенка.

8. Наименее целесообразно назначать детям раннего возраста:

- а) мягкую зубную щетку;
- б) зубной порошок;
- в) зубную пасту с низким содержанием фтора;
- г) зубную щетку с искусственной щетиной;
- д) гигиеническую зубную пасту.

9. К неспецифическим методам первичной профилактики относится:

- а) общее оздоровление населения на органном и организменном уровне;
- б) ликвидация хронической одонтогенной инфекции;
- в) диспансеризация беременных женщин в ж/к;
- г) ортопедическое и ортодонтическое лечение.

10. Роль питания в профилактике стоматологической заболеваний:

- а) средство самоочищения полости рта;
- б) способствует избыточному поступлению в организм фтора;
- в) сбалансированный пищевой рацион не в состоянии изменить кариеогенного действия легкоусвояемых углеводов;
- г) фактором формирования резистентности к неблагоприятным воздействиям на зубы.

11. Курс стоматологической профилактики беременной женщины при постановке ее на учет в ж/к включает в себя:

- а) обязательное хирургическое лечение очагов хронической одонтогенной инфекции;
- б) замена в полости рта, имеющих ортопедических конструкций;
- в) профессиональная гигиена полости рта;
- г) санация полости рта, обучение правилам личной гигиены полости рта.

12. Значение ионов Са для организма:

- а) замещение Са гидроксильной группы или карбоната и, тем самым, повышает устойчивость эмали;
- б) участвует в формировании скелета и твердых тканей зубов;
- в) участвует в передаче нервных импульсов, усиливает анаболические процессы в организме;
- г) при его недостатке развивается гипокальциемия.

13. Кальций содержится в следующих продуктах:

- а) бобы, орехи;
- б) яичный порошок, мясо, овсяная крупа;
- в) молоко и молочные продукты;
- г) рожь, пшеница, капуста;
- д) печень, говяжий жир, костный мозг.

14. К группе микроэлементов, способствующих возникновению кариеса относят

- а) селен, магний;
- б) фтор, фосфор;
- в) бор, литий, золото;
- г) кадмий, свинец, кремний.

15. Задачи врача-стоматолога ж/к

- а) санация полости рта всех нуждающихся;
- б) взятие на диспансерный учет;
- в) простое наблюдение за ходом беременности;
- г) при дефиците фтора в питьевой воде и пищевом рационе беременной назначение экзогенной профилактики.

16. Задача врача-стоматолога ж/к

- а) в зимне-весенний период с 11-12 недели ограничить солнечную инсоляцию;
- б) консультация и самостоятельное лечение общесоматической патологии;
- в) ремотерапия в положенные сроки;
- г) проведение индивидуальной санитарно-просветительной работы.

17. Второе посещение стоматолога беременной женщиной

- а) на 2 неделе беременности;
- б) за 2-3 недели до родов;
- в) на 7-м месяце беременности.

18. Наиболее активно созревание эмали зубов происходит в течение

- а) 6-ти лет после прорезывания зуба;
- б) 4-х лет после прорезывания;
- в) 1-го года после прорезывания зубов;
- г) 5-ти лет после прорезывания зубов.

19. Использование зубных порошков у детей наименее предпочтительно в связи с:

- а) низкой абразивностью;
- б) консистенцией;
- в) высокой абразивностью;
- г) низким содержанием фтора.

20. Проявление гингивита у беременной:

- а) атрофия десны на 1/3;
- б) пастозность десен;
- в) появление «ложных» периодонтальных карманов;
- г) слизистая десны бледно-розового цвета.

ЗАНЯТИЕ №5

Тема: Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Цель занятия: изучить вопросы профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Продолжительность занятия: 135 минут.

План и организационная структура занятия.

Этапы занятия.	Время проведения мин.	Оборудование.	Учебные пособия и средства контроля.
1. Введение	5		
2. Контроль исходного уровня знаний	15		Тестовые задания.
3. Разбор темы	35	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	50	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	15		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7. Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта.
2. Профилактика травматических повреждений полости рта, подбор индивидуальных предметов и средств гигиены.
3. Профилактика инфекционных заболеваний полости рта, подбор индивидуальных предметов и средств гигиены.
4. Профилактика ксеростомии, подбор индивидуальных предметов и средств гигиены.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта (Е.В. Боровский, А.Л. Машкиллейсон):

1. Травматические поражения слизистой полости рта.
2. Инфекционные заболевания слизистой полости рта.
3. Аллергические состояния.
4. Медикаментозные поражения и интоксикации.
5. Изменения слизистой полости рта при некоторых дерматозах.
6. Изменения слизистой полости рта при некоторых системных заболеваниях.
7. Заболевания языка.
8. Заболевания губ.
9. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта.
10. Проявления некоторых синдромов на слизистой оболочке полости рта.

Профилактика стоматологических заболеваний в настоящее время рассматривается с позиций предупреждения не только патологии ротовой полости, но и болезней внутренних органов и систем организма. Особенно это

относится к болезням слизистой оболочки полости рта, которая тесно взаимосвязана со многими органами и системами организма человека.

Слизистая оболочка полости рта подвергается воздействиям внешних и внутренних факторов, а также является местом проявления различных заболеваний.

Внешние (различные микроорганизмы, механические, физические, химические воздействия) и системные внутренние (реактивность организма, зависящая от возраста, генетические особенности, состояние иммунитета, сопутствующие заболевания) факторы определяют заболевания слизистой оболочки полости рта.

Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта должна быть направлена на исключение или снижение влияния данных факторов. Причем, индивидуальная профилактика должна осуществляться на поликлиническом стоматологическом приеме, начиная уже с первичного осмотра

Эпидемиология заболеваний слизистой оболочки полости рта остается пока недостаточно изученной. Однако, знание этиологии и патогенеза развития заболеваний слизистой оболочки полости рта позволяет в той или иной степени осуществлять профилактические мероприятия, которые, в основном, направлены на устранение факторов риска и причин развития патологии.

Слизистой оболочке полости рта присущи хорошие защитные свойства, и слабые воздействия, которым она подвергается, ни в какой мере не оказывают на нее выраженного влияния. Однако, при воздействии какого-либо травмирующего агента обязательно возникает ответная реакция организма в виде воспаления. Поэтому профилактика механических повреждений слизистой оболочки полости рта предусматривает удаление разрушенных зубов, своевременное пломбирование кариозных полостей, обязательное снятие зубных отложений, шлифовывание острых краев зубов, пломб, устранение вредных привычек (систематические прикусывания слизистой щек, губ, реже языка), изготовление новых и коррекция старых зубных протезов.

Если стоматологическим больным показана лучевая терапия, это может вызвать у них реакцию со стороны слизистой оболочки, выражающуюся в гиперемии, отечности, вплоть до лучевых язв, реакции со стороны слюнных желез (сухость), нарушение вкуса. В профилактике уменьшения лучевой реакции слизистой оболочки большое значение имеет тщательная терапевтическая и хирургическая санация полости рта, которая обязательно должна предшествовать лучевой терапии, при этом пломбировать кариозные зубы необходимо цементом или пластмассой. Для уменьшения реакции со стороны слизистой оболочки перед облучением рекомендуются частые орошения полости рта раствором адреналина в изотоническом растворе хлорида натрия (2:100), либо введение адреналина под кожу, обработка слизистой оболочки преднизолоном.

В полости рта человека довольно часто может наблюдаться контактная аллергия, возникающая в ответ на воздействие на слизистую оболочку полости рта разнородных материалов, из которых изготовлены зубные протезы, пломбы, напыления и припои, сопровождающаяся различными симптомами со

стороны слизистой оболочки полости рта. Аллергенами могут являться органические и неорганические компоненты акриловых протезов. Непереносимость возрастает у лиц с аллергическим анамнезом и по мере увеличения времени, прошедшего после изготовления протезов.

Профилактикой контактных аллергических стоматитов является изготовление зубных протезов и пломб из индифферентных материалов, не вызывающих аллергии.

В полости рта при наличии разнородных металлов (протезов и пломб) могут возникать электротоки. Условно нормой считается ток до 10 мкА. У некоторых пациентов гальванический ток вызывает неприятные субъективные ощущения, жжение в языке либо в других участках слизистой оболочки. В этих случаях необходима замена амальгамовых пломб на цементные или пластмассовые, удаление металлических протезов, либо их изготовление из однородного материала.

Для профилактики поражений, вызванных приемом лекарственных препаратов (обычно антибиотиков), рекомендуется принимать лекарства строго по показаниям, одновременно с десенсибилизирующей терапией. Нередко тщательно собранный анамнез способствует предотвращению возникновения лекарственной аллергии.

Особое внимание необходимо обращать на лиц, которые во время работы соприкасаются с вредными для организма веществами, вызывающими соответствующие изменения слизистой полости рта. Большое значение имеет профилактика таких поражений, подразумевающая улучшение условий труда, индивидуальная профилактика (постоянный и тщательный уход за полостью рта, тщательное мытье рук перед каждым приемом пищи), регулярные лечебно-профилактические осмотры врачом-стоматологом и санитарно-просветительская работа.

На слизистой оболочке полости рта проявляются многие инфекционные заболевания (детские инфекции, сифилис, туберкулез, вирусные, грибковые и др.). С целью предупреждения инфекционных заболеваний, которые проявляются на слизистой оболочке полости рта, необходимо проведение мероприятий, исключающих попадание инфекции в организм человека.

Для профилактики острого герпетического стоматита всем детям, находившимся в контакте с больным, в течение трех дней дважды в день необходимо смазывать слизистую оболочку носа и рта противовирусными мазями. Возможно профилактическое введение гамма-глобулина. В детских учреждениях врач-стоматолог обязан обучить персонал проведению ежедневных осмотров детей, и не следует допускать к работе с детьми лиц с клиническими проявлениями герпетической инфекции любой из форм.

Хронический рецидивирующий герпес появляется у людей, ранее инфицированных вирусом обычного герпеса и имеющих вируснейтрализующие антитела, однако его профилактика из-за недостаточно изученного патогенеза не всегда эффективна. В основном, она направлена на предотвращение рецидивов и повышение неспецифической реактивности организма (с помощью различных иммуномодуляторов,

гипосенсибилизирующих препаратов, общеукрепляющих средств). Важно устранение очагов хронической инфекции в организме больного, в т.ч. в полости рта (периодонтиты, пародонтиты, тонзиллиты), а также общее оздоровление пациента.

Кандидоз (молочница) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний слизистой оболочки полости рта. Заболевание может поражать как детей, начиная с первых дней жизни, так и взрослых, обычно пожилых и ослабленных.

Профилактика молочницы у новорожденных и грудных детей состоит в своевременном лечении беременной женщины, санации родовых путей. Необходимо строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима, заключающегося в тщательной дезинфекции (кипячении посуды, белья, различных предметов ухода за больным).

Из местных факторов, которые способствуют развитию кандидоза, имеют значение плохая гигиена полости рта, наличие кариозных зубов, заболеваний тканей пародонта, длительное ношение пластмассовых протезов без соответствующего ухода за ними. Данные поражения клинически проявляются яркой гиперемией, сухостью слизистой оболочки. С целью профилактики данного заболевания необходимо осуществлять рациональную гигиену и санацию полости рта, при этом профилактика обязательно должна включать в себя уход за зубными протезами.

Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта с аутоиммунным компонентом затруднена, в связи с тем, что до конца не выяснены их этиология и патогенез. Наиболее вероятно, что в возникновении хронического афтозного стоматита и многоформной экссудативной эритемы имеют значение заболевания желудочно-кишечного тракта, а также различные интоксикации. У данных больных при обследовании может выявляться наличие бактериальной сенсibilизации, а также нарушения в системе Т-лимфоцитов крови. Ряд авторов указывают на наследственный характер заболевания. Таким образом, значение для профилактики заболеваний имеет как выявление, так и лечение сопутствующей патологии (заболевания желудочно-кишечного тракта, нервной, эндокринной систем и др.). С этой целью необходима тщательная санация полости рта с устранением очагов хронической инфекции и дальнейший систематический уход за ней. Необходимо также строгое соблюдение режима труда и отдыха, диеты. В межрецидивный период используются средства, повышающие специфическую и неспецифическую реактивность организма.

Наличие тесной этиологической и патогенетической связи патологических изменений слизистой оболочки полости рта и ряда заболеваний различных органов и систем организма подтверждено в клинических наблюдениях и экспериментальных исследованиях. Характерные особенности строения слизистой оболочки полости рта, ее сложные функции, а также влияние различных внешних и внутренних воздействий обуславливают частое ее вовлечение в патологический процесс. Профилактические мероприятия с целью предупреждения изменений слизистой оболочки полости рта при

патологии внутренних органов заключаются в раннем выявлении и лечении основного заболевания организма человека, рациональной гигиене и тщательной санации полости рта.

Особое внимание в профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и языка необходимо обращать на предраковые заболевания, которые чаще преобладают у мужчин в возрасте старше 40 лет.

В стоматологической практике наиболее часто встречаются лейкоплакия, бородавчатая форма предрака, абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.

Первичная профилактика рака и предрака основана на предупреждении и устранении факторов риска: хронических механических, физических и химических травм слизистой оболочки полости рта, профессиональных вредностей, гальванических токов, гиповитаминозов, гормональных нарушений и т.д.

Из факторов риска возникновения лейкоплакии — хронического заболевания слизистых оболочек, характеризующегося повышенным ороговением эпителия и воспалением собственно слизистой оболочки, на первом месте стоит воздействие табачного дыма. Частота возникновения лейкоплакии прямо пропорциональна количеству выкуренного табака. В развитии местных поражений, которые вызываются курением, наиболее вредным является курение трубки. Риск заболевания увеличивается еще и в тех случаях, когда курящие или злоупотребляющие алкоголем пациенты имеют неполноценные зубные протезы и нерегулярно посещают врача-стоматолога.

Хроническая травма, как один из факторов риска, может вызываться острыми краями зубов (из-за неправильного прикуса) неполноценными протезами, корнями, зубным камнем. Из других внешних раздражителей довольно значительную роль в возникновении лейкоплакии играют склонность к слишком горячим и острым блюдам, крепким спиртным напиткам, неблагоприятные метеорологические условия. Недостаток поступления в организм человека витамина А, гормональные расстройства, анемии и др. также являются факторами, способствующими возникновению лейкоплакии.

Профилактика рака и предрака слизистой оболочки полости рта и краевой каймы основана на знании этиологических факторов данных заболеваний. В связи с вышеизложенным, необходимо пропагандировать отказ от курения, и в частности, от употребления табака, курения трубки, папирос и сигарет без фильтра, от частого употребления алкоголя, горячей и острой, пищи, а также включение в рацион питания продуктов, богатых витаминами А, С, В.

На промышленных предприятиях и различных производствах, где рабочие подвержены воздействию канцерогенных агентов, необходимо добиваться улучшения технологических процессов, обязательного соблюдения правил техники безопасности и при необходимости использования средств индивидуальной защиты.

Регулярные посещения врача-стоматолога с целью своевременного лечения кариозных зубов, снятия зубных отложений, рационального протезирования и соблюдение правил гигиенического ухода за полостью рта в значительной

степени способны снизить риск возникновения данных заболеваний. Таким образом, основой профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта, является систематическая санация полости рта, в т.ч. протезирование.

Каждому врачу-стоматологу обязательно необходимо соблюдать принцип онкологической настороженности во время профилактических осмотров и диспансеризации, проводя обследование слизистой оболочки полости рта и красной каймы, осуществляя при этом индивидуальную и массовую санитарно-просветительную работу среди населения. В процессе диспансеризации необходимо формировать группы риска по этой патологии с обязательным последующим регулярным проведением лечебно-профилактических мероприятий.

Возникшая в XX в. мельчайшая частица — вирус иммунодефицита человека — кардинально изменила отношение человечества к собственной безопасности. В 1981 г. впервые был официально поставлен диагноз СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита. Проблема, ставшая одновременно социальной, политической, экономической и, не в последнюю очередь, медицинской. Здоровый образ жизни перестал быть гарантией безопасности и сохранения здоровья. Ежедневно рискуя столкнуться с ВИЧ-инфекцией, медицинские работники этот риск переносят на своих пациентов, близких и родственников.

В последние годы в России развитие эпидемии ВИЧ-инфекции привело к тому, что многие пациенты госпитализируются с той или иной степенью проявления симптомов болезни и иногда на достаточно длительное время, некоторые даже не подозревают о наличии у них грозного заболевания. При СПИДе изменения слизистой оболочки полости рта многообразны: грибковые и вирусные поражения, гингивостоматиты, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, ксеростомия, волосатая лейкоплакия.

Специфическая профилактика ВИЧ-инфекции не разработана, так как максимальный риск возникает при проникновении крови и слюны больного через поврежденную кожу, следовательно, необходимо избегать ее повреждения острыми инструментами.

Для персонала стоматологических кабинетов и отделений достаточно высок риск инфицирования ВИЧ-инфекцией. Профилактика базируется на строжайшем соблюдении мер «универсальной предосторожности», знании серологического статуса пациента, осторожности в движениях, особенно во время проведения хирургических операций. С целью предупреждения распространения ВИЧ-инфекции на приеме у врача-стоматолога необходимо неукоснительно соблюдать правила стерилизации стоматологического инструментария. Работа стоматологов в перчатках и маске предупреждает возможность заражения инфекцией от больного пациента. При оперировании ВИЧ-инфицированных больных должны использоваться двойные перчатки, защитные очки, только инструментальное (не ручное) использование игл для инъекций и защита обуви. В случае реального риска инфицирования рекомендуется максимально рано (в первые часы после процедуры, приведшей к повреждению защитной одежды или перчаток и контакту с биологическими

жидкостями пациента) начать профилактическое использование азидотимидина и применять его до момента получения окончательного заключения о состоянии здоровья медработника.

Больные, у которых обнаружены заболевания внутренних органов, сочетанные с заболеванием слизистой оболочки полости рта, особенно при рецидивирующих формах воспаления, нуждаются не только в лечении, но и в обязательном диспансерном наблюдении.

При диспансеризации больных разделяют на несколько групп. В кратковременном наблюдении (в течение 3—6 месяцев) нуждаются лица, перенесшие стоматит нерецидивирующего характера. В длительной диспансеризации нуждаются больные, страдающие хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, многоформной экссудативной эритемой, стойким язвенным процессом слизистой оболочки полости рта. Если у больных данной группы рецидивы заболевания не возникали в течение 6 месяцев — 1 года, то их снимают с диспансерного наблюдения. Если заболевание приобретает торпидный характер, либо рецидивы учащаются, то таких пациентов переводят в стационарную группу. В постоянной диспансеризации нуждаются больные с предопухолевыми поражениями слизистой оболочки, а также с хронически текущими процессами и частыми рецидивами. Особенно тщательно следует проводить общее обследование больных с язвенными процессами, плохо поддающимися воздействию различных терапевтических средств.

В профилактике заболеваний слизистой оболочки полости рта должно занимать большое место питание. Многими исследователями установлено, что питание, примененное с учетом состояния организма, регулирует ферментный статус. Это также относится к профилактике поражения слизистой оболочки полости рта, которая непосредственно участвует в выработке ферментов.

При составлении режима питания необходимо руководствоваться конституциональными особенностями, профессией больного, а также условиями внешней среды. В какой-то степени, ограничивая те или иные продукты в пищевом рационе, следует обеспечивать полноценный состав пищи. При заболеваниях аллергического характера необходимо ограничивать углеводы, так как диета, богатая углеводами, повышает сенсбилизацию организма, увеличивает гидрофильность тканей, способствует развитию воспалительных процессов в организме человека. Больным с аллергическими заболеваниями целесообразно отдавать предпочтение белковой пище, потому что белок представляет собой пластический материал для построения биологических стимуляторов ферментативного и гормонального порядка. Причем, полезны легкоусвояемые белки, преимущественно животного происхождения (молоко, кефир, сыр, мясо и рыба). Следует включать в рацион питания и продукты (кефир, ацидофилин, творог, чернослив, сырые овощи, фрукты), способствующие нормализации работы желудочно-кишечного тракта, особенно тем больным, которые находятся в стационаре в условиях относительной гиподинамии. Хорошие результаты наблюдаются при назначении сорбентов (энтеросгель) и лечебном голодании.

Термин «ксеростомия» применяют для описания ощущения сухости в полости рта.

Ксеростомия (или «сухой синдром») обусловлена сокращением выработки нестимулированной слюны.

Ксеростомия влечет, за собой многочисленные расстройства, к числу которых относятся нарушения вкусовой чувствительности; затрудненное жевание и глотание, нарушение фонетики, сухость и растрескивание губ.

Сухость во рту может сопровождаться жалобами на одновременное ухудшение зрения и «дымку» перед глазами, светобоязнь, чувство «насыпанного песка в глазах», чувство «стянутости» кожи.

Причины гипофункции слюнных желез:

1. Причины, связанные с нарушением водно-электролитного баланса в организме и развитием дегидратации:
 - недостаточное поступление жидкости в организм;
 - чрезмерная потеря жидкости через кожные покровы (в результате ожога, на фоне лихорадки и проч.);
 - значительная кровопотеря;
 - диарея;
 - полиурия;
 - осмотический диурез;
 - белковое голодание.
2. Причины, обусловленные дисфункцией слюнных желез, связанной с их паренхиматозными поражениями:
 - аутоиммунные заболевания (синдром Шегрена, реакция отторжения трансплантата, системная красная волчанка, склеродермия, ревматоидный артрит и проч.);
 - радиолучевая терапия области «голова-шея»;
 - СПИД.
3. Причины функциональных расстройств слюноотделения, связанных с нарушением нейроэндокринной регуляции функционирования слюнных желез:
 - патология желудочно-кишечного тракта;
 - сахарный диабет и другие эндокринные заболевания;
 - патология ЦНС (например, болезнь Альцгеймера);
 - психические расстройства;
 - травмы;
 - недостаточность жевательной нагрузки;
 - прием медикаментозных препаратов, относящихся к следующим группам: анальгетики, анорексанты, антиаритмические средства, спазмолитики, антигистаминные препараты, гипотензивные препараты, противопаркинсонические препараты, диуретики, прихотропные средства, антипсихотические средства.

Снижение секреторной функции слюнных желез приводит к серьезным нарушениям состава и свойств ротовой жидкости: повышению вязкости,

смещению водородного показателя в кислую сторону, сокращению нейтрализующей способности и минерализующих свойств. Неблагоприятные изменения состава микрофлоры полости рта при ксеростомии наблюдаются более чем у 50% больных.

Следствием гипофункции является существенное повышение риска развития таких стоматологических заболеваний как кариес, поражения слизистой оболочки полости рта и патология тканей пародонта.

Профилактика ксеростомии. Выявление и устранение органических нарушений, рациональное протезирование, устранение очагов одонтогенной инфекции, стимуляция секреторной функции слюнных желез (слюногенная диета, назначение препаратов, усиливающих саливацию, употребление жевательной резинки).

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Уметь подбирать индивидуальные предметы и средства гигиены при инфекционных заболеваниях полости рта и ксеростомии.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

1. Выписать классификацию заболеваний слизистой оболочки полости рта.

ЗАНЯТИЕ №6

Тема: Профилактические мероприятия в полости рта у лиц с системными заболеваниями.

Цель занятия: изучить вопросы стоматологической профилактики у лиц с системными заболеваниями.

Продолжительность занятия: 135 минут.

План и организационная структура занятия.

Этапы занятия.	Время проведения мин.	Оборудование.	Учебные пособия и средства контроля.
1. Введение	5		
2. Контроль исходного уровня знаний	15		Тестовые задания.
3. Разбор темы	35	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	50	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	15		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7. Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Изменения в полости рта при некоторых системных заболеваниях.
2. Профилактические мероприятия в полости рта при заболеваниях ЖКТ, подбор индивидуальных предметов и средств гигиены.
3. Профилактические мероприятия в полости рта при сахарном диабете, подбор индивидуальных предметов и средств гигиены.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Профилактическая направленность заложена в основу Российского здравоохранения. Высокая распространенность и большая интенсивность поражения населения основными стоматологическими заболеваниями выдвигают проблему профилактики в стоматологии в число особо актуальных и значимых. Согласно законодательству, каждый стоматолог должен осуществлять первичную профилактику в виде плановых мероприятий, используя отведенный бюджет рабочего времени – четыре часа в месяц. Эта работа должна проводиться под непосредственным контролем администрации профилактических отделений стоматологических поликлиник. Практика, однако, показывает, что стоматологи заняты лечебной работой и им не хватает времени для первичной профилактики. В итоге – интенсивность стоматологических заболеваний увеличивается. Реальный путь повышения эффективности стоматологической профилактики – это совершенствование организационной структуры, т.е. перенос значительной части нагрузки врача – стоматолога на плечи специально подготовленного среднего медицинского персонала. Расширение функций среднего медицинского персонала позволяет сосредоточить внимание стоматолога на ключевых позициях по планированию и внедрению профилактических мероприятий и, тем самым, существенно увеличить охват населения и повысить эффективность профилактики.

Профилактике основных стоматологических заболеваний у пациентов, страдающих сахарным диабетом и заболеваниями ЖКТ, следует уделять значительное внимание.

Степень проявления сахарного диабета в полости рта может колебаться от состояния полной компенсации до тяжелой степени нарушений. К проявлениям диабета в полости рта можно отнести патологию пародонта, ксеростомию, грибковый стоматит, катаральный стоматит, глоссит, парестезию слизистой оболочки, трофические расстройства, патологию слюнных желез, изменения вкусовой чувствительности. Многие исследователи указывают на увеличение частоты кариеса у больных сахарным диабетом. Это связано со снижением секреции слюны, утратой ее протективных функций. Патология пародонта – одно из наиболее распространенных проявлений диабета в полости рта. Предрасполагающими факторами в развитии патологии пародонта у больных сахарным диабетом являются: снижение реактивности организма, гиповитаминоз, усиленный протеолиз, жировая инфильтрация тканей пародонта, большое количество зубных отложений.

Лечение стоматологических проявлений диабета в полости рта должно быть комплексным, то есть лечебные манипуляции местного характера должны

проводиться на фоне рационального лечения сахарного диабета. Лечение патологии пародонта следует проводить по общепринятым методикам. В дальнейшем при стабилизации патологических изменений в полости рта, следует проводить грамотный гигиенический уход за ротовой полостью. Для этой цели можно регулярно использовать комплекс средств BIOXTRA. Программа ухода за полостью рта Bioxtra включает в себя четыре связанных между собой и дополняющих друг друга продукта со специальными ингредиентами, имитирующими действие натуральной слюны с незаменимым обеспечением влаги и содействующими долгосрочному предотвращению симптомов сухости во рту.

1 ступень – очистка. Зубная паста с мягким антибактериальным действием (50 мл). Чистить зубы как минимум дважды в день.

2 ступень – полоскание. Ополаскиватель для полости рта (250 мл). Полоскать полость рта после чистки зубов, а так же в течение дня для обеспечения свежести и комфорта.

3 ступень - увлажнение. Увлажняющий гель – заменитель слюны (40 мл). Наносить на десны и под зубные протезы с целью обеспечения долговременного увлажнения и комфорта, особенно ночью.

Увлажняющий спрей (50 мл). Для обеспечения удобства в течение дня и для временного облегчения сухости во рту в течение дня.

Из серии «Достаточно одной капли» хорошо зарекомендовал себя концентрат для полоскания полости рта с тройным действием – в составе мята, гвоздика, тимьян, шалфей, масло чайного дерева. Эти компоненты стимулируют естественные функции слизистых оболочек, обладают охлаждающим эффектом, препятствуют возникновению зубного налета.

Концентрированная зубная паста с маслом чайного дерева и кальцием – обладает антибактериальным, обезболивающим, ранозаживляющим и противовоспалительным действием, а так же обладает низкой абразивностью.

При выборе зубных паст лучше отдать предпочтение группе лечебно-профилактических с экстрактами трав и растений, с умеренной степенью пенообразования, средней степени абразивности (лучше с кремниевым абразивным наполнителем).

Зубные пасты следует использовать лечебно-профилактические, которые в свой состав включают растительные препараты и биологически активные вещества. Например, зубная паста «Лесная» содержит 5% хвойно-каротиновой массы. В ней содержатся хлорофилл, каротин, аскорбиновая кислота. Паста оказывает весьма благоприятное влияние на ткани десны, отличается хорошим дезодорирующим действием, способствует прекращению кровоточивости. Зубная паста «Parodontax», изготовленная на основе природных веществ, предупреждает развитие кровоточивости и воспаления десен, тормозит развитие бактерий, не нарушая нормальной микрофлоры полости рта, нейтрализует кислотные продукты расщепления сахаров, способствует укреплению десен и зубов, дает длительное ощущение чистоты и свежести. Растительные добавки, входящие во многие выпускаемые пасты, такие как «Кедровый бальзам», «Лесной бальзам», «Пародонтол», «Пепсодент с травами»

«Жемчуг семь трав» и т.д., оказывают выраженное противовоспалительное действие, устраняют неприятный запах изо рта, уменьшают кровоточивость десен, улучшают обмен веществ в слизистой оболочке полости рта и стимулируют процесс регенерации. Поэтому, для данной группы пациентов рекомендуется широкое использование этих паст.

Важнейшим инструментом для очистки зубов является зубная щетка. В данном случае следует использовать зубную щетку, имеющую обтекаемую, атравматическую, торпедовидную головку; ручка щетки должна быть эргономичная с впрессованным резинопластиком; головка щетки должна иметь жесткую фиксацию с ручкой; по головке щетки многоуровневая щетина различной жесткости. Так центральные, более жесткие предназначены для эффективной очистки жевательной поверхности зубов (они более короткие), периферические более мягкие (и часто более длинные) щетинки, менее травматично очищает десневой желобок, достаточно глубоко проникает в него; на головке зубной щетки желателен силовой выступ, который обеспечит эффективное очищение межзубных промежутков и ретромолярных пространств, кончики каждой щетинки должны быть отполированы и закруглены, что снизит травмирование слизистой оболочки; и желательно наличие индикаторных щетинок, которые позволят определить степень износа зубной щетки. Для гигиенического ухода за полостью рта следует применять, стандартный метод чистки зубов. Кроме стандартного метода, данной группе пациентов можно рекомендовать щадящие приемы чистки зубов, такие как метод Чартера и Баса. При уходе за полостью рта у этих пациентов следует использовать межзубные ершики. Межзубные ершики, называемые иногда межзубными щетками, предназначены для очистки широких межзубных промежутков, пространств под несъемными ортопедическими дугами (под промывными частями мостовидных протезов и пространств между вживленными имплантатами и протезами), а так же обнаженных бифурацией и трифурацией зубов. Ершики могут крепиться в специальных держателях, обеспечивающих их достаточную фиксацию и быструю смену, или быть вмонтированными в специальный закрывающийся футляр. Очистка с помощью ершика производится возвратно-поступательными и вращательными движениями по часовой стрелке. Ворсинки ершика при этом оказывают хороший массирующий эффект на маргинальную часть десны. Зубные нити, или флоссы, представляют собой нити различной структуры, предназначенные для очистки межзубных промежутков. Нити незаменимы при узких трудноочищаемых межзубных промежутках, скученности зубов. Поскольку строение зубной щетки не позволяет ей в достаточной степени проникать в межзубные промежутки, рекомендуется использовать зубную нить. В данном случае следует использовать флоссы любых видов (вощенные или невощенные; со специальной пропиткой – фтористыми соединениями, дезодорирующими веществами, прополисом и т.д.), которые выбираются индивидуально в зависимости от предпочтений. Ирригаторы полости рта. Очистка полости рта постоянной или пульсирующей струей жидкости под давлением значительно повышает качество гигиены полости рта, а так же улучшает кровообращение в

тканях пародонта за счет эффекта гидромассажа десен. Наибольшее распространение приобрели так называемые ирригаторы для полости рта. Они имеют форму насадок, прицельно подающих под давлением (от 0,7 до 4,8 бар) струю жидкости, наливаемой в резервуар. Струя может быть центрированная (режим «струи») или режим распыления (режим "душа"). При работе в режиме «струи» под сильным давлением вымываются остатки пищи и частично мягкий налет с поверхностей зубов, межзубных промежутков, десен, языка, слизистой оболочки полости рта; при работе в режиме «душа» осуществляется массаж десен, слизистой оболочки и языка, за счет чего увеличивается и нормализуется периферическое кровообращение. В качестве промывающей жидкости используется вода либо растворы, обладающие лечебным воздействием на ткани пародонта. Наиболее эффективно использование ротовых ирригаторов пациентами с сахарным диабетом, имеющими несъемные ортопедические и ортодонтические конструкции, при наличии внутриротовой тяги по поводу перелома челюсти.

Использование монопучковых или малопучковых зубных щеток с щеточным полем в виде усеченного конуса с закругленными или отполированными щетинками позволяет удалить налет из труднодоступных мест. Также, для этой группы пациентов хорошо использовать бальзамы и тоники для десен, содержащие экстракты и масла трав и растений. Применять их следует после тщательной гигиены полости рта. Использование ополаскивателей у этой группы позволяет улучшить гигиеническое состояние полости рта. Ополаскиватели желательно использовать безалкогольные, фторсодержащие, с какой-нибудь отдушкой.

Полость рта находится в тесной связи с различными органами и системами. Клинически и экспериментально установлены нейрогуморальные механизмы развития патологических процессов в полости рта, которые хотя и не имеют характера специфических проявлений, но встречаются довольно часто. При заболеваниях ЖКТ обложенность языка является следствием нарушения нормального процесса отторжения эпителия сосочков языка, вследствие нервно-трофических расстройств. Обложенный язык имеет место при гастритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваниях печени, новообразованиях. Кроме того, наблюдаются изменения в твердых тканях зубов, такие как клиновидный дефект, эрозия эмали, некроз тканей зуба, патологическая стираемость, гиперестезия твердых тканей зубов. Все эти поражения характеризуются повышенной убылью твердых тканей эмали и дентина. По этому, при выборе индивидуальных средств гигиены следует учитывать ряд их характеристик, таких как степень жесткости щетины зубной щетки, качество полировки и закругления кончиков щетинок, консистенцию зубной пасты, ее абразивность, выражающуюся в РДА, количество чисток зубов в день и качество мануальных движений во время чистки, а также время чистки зубов. Все вышеперечисленное будет оказывать существенное влияние на состояние ротовой полости у пациентов с проблемами ЖКТ. Следовательно, зубные пасты нужно использовать с низкой и средней степенью абразивности. Пасты со средней степенью абразивности,

РДА у которых от 70 до 120 можно применять в совокупности со щетками, щетина у которых мягкая или очень мягкая, кончики щетинок отполированы и закруглены. Например, зубная паста Parodontax, ее РДА равно 65. Зубные пасты можно рекомендовать при данной патологии, если в их состав в качестве абразивного компонента входит окись или двуокись кремния, но ни в коем случае нельзя использовать зубные пасты на основе карбоната кальция (Кедровый бальзам).

Пасты с низкой степенью абразивности, РДА которых ниже 50 можно применять со щетками средней степени жесткости с закругленными и отполированными щетинками. Помимо этого, желательно этой группе пациентов для гигиенической чистки зубов использовать десенсибилизирующие зубные пасты, такие как Elmex Sensitive, Lacalut Sensitive, Sensodine fluorid, Sensodine total care. К слову сказать, абразивность зубной пасты Sensodine fluorid 33, Sensodine total care – 30. Также можно использовать зубные пасты, содержащие соли кальция и фосфаты.

Зубная паста «Новый Жемчуг Кальций» также хороша для гигиенического ухода пациентам, страдающим заболеваниями ЖКТ. Кроме того, на нашей кафедре данную зубную пасту используют в качестве ремопрофилактики, в рекомендациях по применению которой указывается возможность аппликаций при повышенной чувствительности зубов. Методику реминерализации разработали самостоятельно на кафедре. После обследования органов и тканей полости рта по общепринятым методам, проводилось снятие оттиска альгинатной массой, отливались гипсовые модели. С целью создания места для апплицируемого на поверхность зубов состава на модели наносился лак, с толщиной слоя 0,4-0,5 мм. Из специальных заготовок капп на аппарате АПИК-1 (производство Россия) пневмовакуумным способом изготавливались каппы по форме гипсовых моделей. Каппа припасовывалась в клинике, пациент обучался правилам пользования ими. Время аппликации при ремотерапии составляло 10 минут 1 раз в сутки в течение 20 дней. После курса ремотерапии снижалась чувствительность зубов к раздражителям.

Чистку зубов следует проводить по стандартной методике. Только при чистке зубов следует снизить давление на зубную щетку, уменьшить количество движений щеткой в участке поражения.

При использовании ополаскивателей следует учитывать тип используемой пасты. Если используется зубная паста типа Sensitive с фтором, в которой активный ингредиент нитрат калия или цитрат калия, то ее можно сочетать с идентичным ополаскивателем Sensitive. Если используется зубная паста на основе гидроксиапатита и т.д., то целесообразнее использовать фторсодержащие ополаскиватели, такие как Oral B, Colgate, Elmex с аминофторидом, Parodont. Гидроксиапатит закупоривает входные отверстия дентинных канальцев и перекрывает доступ нитрату калия к отросткам одонтобластов. Для чистки межзубных промежутков нужно использовать флоссы с фтористой пропиткой в виде нитей или ленты.

Подводя итог сказанного для данной группы пациентов можно обобщить рекомендации:

- при чистке зубов соблюдать правильную тактику;
- избегать излишнего давления на щетку во время чистки зубов;
- не чистить зубы более рекомендованного времени;
- не применять зубных щеток с жесткой щетиной;
- использовать зубные пасты Sensitive и с минеральными компонентами;
- правильно использовать флоссы.

В заключение, хочется сказать, что длительная стабилизация нормального состояния полости рта у данной категории пациентов возможна только в том случае, если она сопровождается поддерживающими мероприятиями, включающими в себя профилактику возникновения рецидивов заболевания и их раннюю диагностику. Пациент должен регулярно ухаживать за полостью рта, использовать весь набор лечебно-профилактических средств. Он должен регулярно посещать врача-стоматолога, который будет давать дополнительные инструкции по гигиене полости рта, в соответствии с состоянием последней.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Уметь подбирать индивидуальные предметы и средства гигиены при заболеваниях ЖКТ и сахарном диабете.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

Выписать профилактические мероприятия в полости рта при сахарном диабете.

ЗАНЯТИЕ №7

Тема: Профилактика при хирургических вмешательствах в полости рта и ЧЛЮ.

Цель занятия: изучить вопросы стоматологической профилактики при хирургических вмешательствах в полости рта и ЧЛЮ.

Продолжительность занятия: 135 минут.

План и организационная структура занятия.

Этапы занятия.	Время проведения мин.	Оборудование.	Учебные пособия и средства контроля.
1. Введение	5		
2. Контроль исходного уровня знаний	15		Тестовые задания.
3. Разбор темы	35	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	50	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	15		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		

7.Задание на следующее занятие.	10	Методические разработки, дополнительная литература
---------------------------------	----	--

Контрольные вопросы:

1. Профилактика травм лица и органов полости рта.
2. Профилактика осложнений, возникающих после операции удаления зуба.
3. Профилактика одонтогенных остеомиелитов костей лицевого скелета.
4. Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Профилактика травматизма зубочелюстно-лицевой области зависит от:

- уровня развития общества и степени технического оснащения производства;
- качества системы безопасности производства;
- оснащенности производства средствами безопасности;
- социальной напряженности общества;
- степени алкоголизации населения;
- распространенности наркозависимости среди всех групп населения;
- культуры вождения автотранспорта;
- уровня жизни населения;
- культуры поведения индивидуумов в обществе;
- уровня питания;
- уровня культуры и грамотности.

Решить перечисленные проблемы, которые, в первую очередь носят социально-культурный характер, медицинская служба ни в состоянии, так как сама от них зависит.

Кроме этого существуют некоторые профилактические мероприятия и правила, выполнение которых позволит предотвратить, или снизить вероятность возникновения травмы зубочелюстной области:

- при езде на машине всегда необходимо пользоваться ремнями безопасности;
- при занятиях спортом носить защитную спортивную (боксерскую) шину или капу;
- не кусать твердые предметы;
- не колоть орехи зубами;
- не открывать бутылки зубами;
- не кусать карандаши и ручки.

Таким образом, повышение качества жизни и технической оснащенности, изменение жизненных приоритетов, осознание ценности и уникальности человеческой жизни позволят добиться реальных сдвигов в борьбе за здоровье населения. Тогда профилактика сможет занять свое законное первое место во всей существующей системе медицинского обеспечения населения.

Профилактика одонтогенного остеомиелита.

Санация полости рта в широком смысле слова, проводимая регулярно и планомерно, является наиболее действенным средством предупреждения одонтогенного остеомиелита челюстей.

Сравнительно часто возникновение и развитие остеомиелита непосредственно связаны с лечением зубов, которые до обращения к врачу не причиняли особых беспокойств больным. Иногда развитие процесса безусловно связано с операцией удаления зуба, например интактного, и возникшими осложнениями. Наконец любое стоматологическое вмешательство может играть роль неспецифического разрешающего фактора в сенсibilизированном организме.

Как известно, через здоровую и даже воспаленную пульпу (но живую) патогенные микроорганизмы в подлежащие ткани верхушечного периодонта в большинстве случаев не проникают или проникают с большим трудом. Из этого следует, что при начальных стадиях воспаления пульпы и благоприятном расположении кариозной полости предпочтительнее применять биологические методы лечения с целью сохранить жизнеспособной всю или хотя бы корневую пульпу. В последнем случае наиболее целесообразно применять витальную ампутацию пульпы. В далеко зашедших случаях (на 2—3-й день после появления самопроизвольных болей) наиболее эффективны витальная экстирпация пульпы из хорошо проходимых каналов и импрегнация непроходимых каналов известными методами под анестезией. К сожалению, еще очень часто ампутацию и экстирпацию пульпы проводят после ее предварительной девитализации мышьяковистой пастой. Желательно для этих целей применять не мышьяковистую, а параформальдегидовую пасту.

Некроз пульпы, как известно, является состоянием, непосредственно предшествующим периодонтиту, независимо от того, чем данный некроз обусловлен — самопроизвольно или после наложения мышьяковистой пасты.

Самой частой ошибкой, которую допускают врачи при лечении таких зубов, является пренебрежение методами предварительного обезвреживания содержимого корневых каналов перед удалением продуктов распада из каналов и их механической обработкой. Мощные антисептики должны капельно вводиться в канал столько раз, сколько раз будет погружаться эндодонтический инструмент. Весьма эффективны физические методы обезвреживания содержимого корневых каналов (диатермокоагуляция, электрическое поле УВЧ и др.). Применение стерильных ватных турунд на корневых иглах, ватных шариков для протирания полостей и т. п. является совершенно обязательным.

Зубы, не выдерживающие герметизации после эндодонтических вмешательств, безусловно, должны быть удалены. Последнее объясняется тем, что они могут стать источником развития анаэробной инфекции в дальнейшем.

Ввиду того, что само удаление зуба может в определенной части случаев непосредственно или опосредованно способствовать возникновению и развитию остеомиелита, рекомендуется назначать лекарственные средства (антибиотики, сульфаниламидные и антигистаминные препараты) с профилактической целью в следующих случаях:

- 1) при наличии выраженных сопутствующих заболеваний;

2) после особенно травматичного удаления зуба;

3) если больному одновременно или в 2—3 посещения предстоит удалить много зубов или их корней.

При наличии сопутствующих заболеваний лекарственные препараты целесообразно назначать как в дооперационном периоде, так и в течение нескольких дней после удаления зуба. В других случаях антибактериальные препараты, анальгетики и антигистаминные средства назначают в послеоперационном периоде. Весьма эффективно и местное применение антибиотиков в виде как инъекций, так и различных вложений в лунку (тетрациклина, тетрациклина, тетрациклина и т. п.). Такие вложения полезны лишь после особенно травматичных вмешательств или при других отягощающих обстоятельствах (абсцедирующая форма пародонтоза, плохое заполнение лунки раневым выпотом и т. п.). В то же время при обычном удалении зуба рана лучше всего заживает под нормальным кровяным сгустком.

Следует обращать особое внимание на послеэкстракционные раны после удаления нижних третьих больших коренных зубов (зубов мудрости), в частности при перикоронаритах с многочисленными обострениями. В ряде случаев, особенно при дополнительных разрезах, на рану необходимо наложить 2—3 шва.

Луночные осложнения после удаления зубов встречаются довольно часто. Отсутствие сгустка крови в лунке, ее инфицирование содержимым полости рта, а также не удаленные из лунки инородные тела (осколки кости, зубной камень) — вот основные причины луночных осложнений.

Следует особо остановиться на роли зубного камня в возникновении луночных осложнений. Перед удалением зуба зубные отложения должны быть удалены в обязательном порядке, сколь незначительными они бы ни были. К сожалению, в большинстве случаев этого не делается. Между тем при продвижении щечек щипцов (элеваторов) к анатомической шейке зуба или глубже зубной камень буквально «впрессовывается» в стенку лунки и уже через 2—3 дня после удаления зуба может обусловить развитие воспалительного процесса в лунке.

Пути предотвращения гнойных послеоперационных осложнений при проведении асептических операций являются:

1. Осуществление организационных мероприятий по строгому разделению асептических и септических больных путем выделения специальных отделений или палат для последних. В стационарном отделении хирургической стоматологии должны быть выделены операционные, перевязочные, а при необходимости палаты для интенсивной терапии для асептических и септических больных. В отсутствие условий для разделения операционных для асептических и септических больных плановые операции при гнойных процессах производят в определенные дни, а затем тщательно дезинфицируют операционный блок и все оборудование.

2. Проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий, включающего регулярную влажную уборку в сочетании с обязательной дезинфекцией помещений, обеззараживание диагностических и лечебных

аппаратов.

3. Строгое соблюдение правил асептики и антисептики персоналом стационарных и поликлинических стоматологических учреждений. С этой точки зрения совершенно неприемлемо проведение хирургических вмешательств в стоматологических кабинетах, где осуществляется так называемый смешанный прием больных терапевтическими и хирургическими заболеваниями.

4. Целенаправленная подготовка больных к оперативному вмешательству, включая коррекцию общей иммунологической реактивности и неспецифических факторов защиты, нормализацию нарушенного метаболизма, устранение или уменьшение глубины расстройств жизненно важных функций органов и систем организма, ликвидация анемии, сдвигов в свертывающей системе и витаминной недостаточности.

Важными мероприятиями по предотвращению гнойных осложнений при асептических оперативных вмешательствах являются бережное обращение с тканями, четкое выполнение всех технических приемов операций, тщательный гемостаз, а в послеоперационном периоде – местная гипотермия.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Освоить методы профилактики при хирургических вмешательствах на ЧЛЮ.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

Выписать профилактические мероприятия при удалении зуба.

ЗАНЯТИЕ №8

Тема: Гигиена полости рта при стоматологической имплантации.

Цель занятия: изучить вопросы стоматологической профилактики при имплантатах.

Продолжительность занятия: 135 минут.

План и организационная структура занятия.

Этапы занятия.	Время проведения мин.	Оборудование.	Учебные пособия и средства контроля.
1. Введение	5		
2. Контроль исходного уровня знаний	15		Тестовые задания.
3. Разбор темы	35	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	50	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	15		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		

7.Задание на следующее занятие.	10	Методические разработки, дополнительная литература
---------------------------------	----	--

Контрольные вопросы:

1. Обоснование проведения гигиенических мероприятий в полости рта перед имплантацией.
2. Гигиенический контроль и профессиональная гигиена полости рта после протезирования на имплантатах.
3. Индивидуальная программа гигиены полости рта после протезирования на имплантатах.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Имплантология появилась у нас в стране относительно недавно, но в течение последних лет активно развивается. Восстановление дефектов зубных рядов с помощью имплантатов получило широкое распространение среди пациентов, у которых отсутствуют условия для традиционного протезирования, или пациентов категорически отказывающихся от съемных конструкций. В настоящее время имплантация включает в себя хирургические аспекты, предоперационную подготовку, последующее наблюдение и связанные с этим вопросы гигиены полости рта.

При идеальном выполнении оперативного вмешательства, грамотном планировании и осуществлении ортопедического лечения, успех операции и срок использования протезов на имплантатах будет зависеть от рационального гигиенического ухода за зубами, имплантатами и супраконструкциями. На поверхности имплантатов микробный налет может образовываться гораздо быстрее, чем на естественных зубах. Микробный налет на коронках и пришеечной поверхности супраконструкций имплантатов способен вызвать хроническое продуктивное воспаление в периимплантатных тканях, т. е. привести к развитию периимплантита. Он характеризуется воспалительными изменениями слизистой оболочки десны, резорбцией костной ткани по периферии имплантата, увеличением глубины пародонтальных и костных карманов, и может явиться причиной отторжения имплантата. Поэтому пациенты, находящиеся на имплантации, должны сформировать стойкую мотивацию к проведению регулярных гигиенических процедур, а именно качественный ежедневный уход за зубами, имплантатами и супраконструкциями с использованием максимально широкого спектра предметов и средств гигиены полости рта, а также систематические визиты на процедуру профессиональной гигиены полости рта. Пациенты, имеющие низкий уровень санитарно-гигиенической культуры, проявляющийся не только в отсутствии навыка и привычки соблюдать правила гигиены полости рта, но и в отсутствии готовности изменить свое отношение к данному вопросу, должны получить отказ в дентальной имплантации. Для того чтобы не произошло отторжения и выпадения имплантата врач-стоматолог должен:

1. выяснить у пациента уровень просвещенности в вопросах индивидуального ухода за полостью рта;
2. провести индексную оценку гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта;
3. для пациентов с частично отсутствующими зубами предложить индивидуальную программу по гигиене полости рта;
4. провести инструктаж пациента по гигиене полости рта.

Для этого лучше использовать активные методы стоматологического просвещения пациентов: беседы и занятия по обучению индивидуальной гигиене полости рта.

Для оценки гигиенического состояния полости рта проводится индексная оценка: наличие зубного налета оценивается по индексу эффективности гигиены Quigley-Hein Plaque Index (Q-H Index), наличие зубного камня – по индексу Volpe-Manhold. Индекс эффективности гигиены отражает только наличие зубного налета, но он более информативен при частичной потере зубов, т.к. обследуются поверхности всех зубов, но не отдельных групп. Наличие зубного камня - по индексу Volpe-Manhold - обследуется лингвальная поверхность нижних передних зубов. Степень воспаления десен оценивается на основании индекса гингивита Silness-Loe Gingival Index.

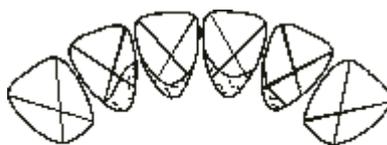
Индекс зубного налета по Quigley и Hein (Plaqueindex, Q-H или QHI) оценивает распределение налета на вестибулярной поверхности зубов после окрашивания индикатором. Оценочные баллы выбирают из диапазона от 0 (нет налета) до 5 (налет покрывает более 2/3 вестибулярной поверхности зуба).

- 0 степень: отсутствие налета;
- 1 степень: единичные участки налета;
- 2 степень: четко выраженная линия налета на десневом крае;
- 3 степень: наличие налета в пришеечном участке зуба;
- 4 степень: наличие налета до пределов средней трети зуба;
- 5 степень: наличие налета до коронковой части зуба.

$$PI (QH) = \frac{\text{сумма баллов}}{\text{число оцененных поверхностей}}$$

PI (QH) – индекс относительно простой, и в то же время достаточно чувствительный, чтобы регистрировать изменения уровня гигиены у конкретных пациентов после соответствующих мероприятий.

V-M-индекс оценивает формирование наддесневого зубного камня в длительных исследованиях. Количество зубного камня измеряется в мм вдоль 2-ух диагональных линий, проведенных через язычную поверхность каждого из 6 нижних фронтальных зубов (рис.1). Значение индекса выражается в мм зубного камня



V-M индекс в мм

Valpe & Manhold 1962

Индекс гингивита (GI) (Loe, Silness, 1963) основан на клинической характеристике степени тяжести гингивита. GI регистрирует в баллах (от 0 до 3) воспаление десны в четырех участках (медиальном, дистальном, вестибулярном и оральном) у каждого из 6 зубов, выбранных авторами индекса (зубы 16, 12, 24, 32, 36, 44). Кровоточивость десны соответствует $GI \geq 2$.

GI рассчитывают на нескольких уровнях: каждый обследованный участок десны оценивают баллом от 0 до 3, затем вычисляют среднее значение для десны в области этого зуба ($GI_{зуб}$). Баллы отдельных зубов суммируют в соответствии с групповой принадлежностью зубов – для резцов, премоляров и моляров. Вычисляют сумму средних значений $GI_{зуб}$, затем делят полученную величину на количество зубов. Индекс GI может принимать значения между 0 и 3.

0 – нормальная десна, нет признаков воспаления (изменения окраски, кровоточивости)

1 – легкое воспаление (легкое изменение окраски, незначительное изменение контуров, кровоточивости нет)

2 – умеренное воспаление (отек, кровоточивость при зондировании и под давлением)

3 – тяжелое воспаление (гиперемия и отек, тенденция к спонтанной кровоточивости, изъязвлениям)

Сумма отдельных измерений

$GI = \frac{\text{количество отдельных измерений}}{\text{количество отдельных измерений}}$

Для пациентов с частично отсутствующими зубами интенсивная индивидуальная программа по гигиене полости рта в течение хирургического этапа предусматривает:

1. замену средств индивидуального ухода за полостью рта в предоперационный период;

2. назначение пациенту лечебно-профилактической зубной пасты с противовоспалительным действием. Активным ингредиентом такой пасты должен являться хлоргексидин;

3. включение в комплекс индивидуальной гигиены ополаскивателя для полости рта на основе раствора хлоргексидина биглюконата;

4. использование в раннем послеоперационном периоде зубных щеток с мягкой щетиной.

Кроме этого всем пациентам в предоперационный период рекомендуется провести профессиональную гигиену полости рта. Работа гигиениста стоматологического в этот период является необходимой и способствует обеспечению оптимальных условий для проведения дентальной имплантации.

Для обеспечения качественного гигиенического ухода при имплантации к зубным протезам с опорой на имплантаты предъявляется ряд требований:

1. супраконструкция или мезиоструктура не должна препятствовать свободному доступу чистящего инструмента к шейке имплантата;
2. закрытие несъемной супраконструкции головки имплантата до десны считается недопустимым;
3. промывное пространство должно быть достаточным, исключаяющим возможную травму десны чистящим инструментом;
4. полировка и глазуровка промывного пространства должна проводиться особо тщательно, иметь плавные переходы, а класс обработки данной поверхности должен быть таковым, чтобы максимально уменьшить возможность образования зубной бляшки.

Мероприятия индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с имплантатами имеют ряд особенностей. Помимо традиционных гигиенических мероприятий (чистки зубов зубной щеткой с пастой, очищение контактных поверхностей флоссом, использование ополаскивателя для полости рта), для более эффективной гигиены имплантатов и промывных участков мостовидных протезов следует использовать суперфлоссы, зубные ершики, монопучковые зубные щетки, ирригаторы для полости рта. Возможно чередование лечебно-профилактических зубных паст и ополаскивателей с различными биологически-активными компонентами: противовоспалительные (с экстрактами лекарственных растений, антисептиками) и противокариозные. Пациентам мы рекомендуем использовать 21 день противовоспалительную зубную пасту, затем перейти на фторидсодержащую. Интердентальные средства гигиены для пациентов с имплантатами должны подбираться индивидуально. Размер ершика не должен быть слишком маленьким (снижается эффективность чистки), и слишком большим (может привести к травмированию слизистой). Ершик желателно использовать без зубной пасты. Зубные щетки желателно использовать с мягкой многоуровневой микротекстурной щетиной.

Особо следует отметить, что пациентам с протезами на имплантатах в качестве средств индивидуальной гигиены полости рта не рекомендуется использовать:

1. зубную щетку с ровной подстрижкой щетины;
2. зубные ополаскиватели, содержащие спирт;
3. зубочистки (возможно травмирование тканей пародонта);
4. жевательные резинки (возможно прилипание к наддесневой части имплантата).

После установки имплантатов усиливается роль профессиональной гигиены. Всем пациентам с имплантатами рекомендуется в первый год после операции проводить профессиональную гигиену через месяц после протезирования, далее каждые три месяца.

Очень важно, чтобы в результате манипуляций, проводимых во время чистки врачом или пациентом, поверхность имплантата не была повреждена. Обычно очищение производится при помощи низкооборотных наконечников,

звуковых инструментов. При употреблении в качестве обрабатывающего инструмента нейлоновой щетки существенно повреждается поверхность абатмена. Определяются глубокие сколы и микротрещины, прослеживаются следа обработки щеткой. При этом влияние обрабатывающей пасты нивелируется, вероятно, из-за жесткости волокон щетки, намного превышающей твердость абразива, и их неоднородности (данные лаборатории Всероссийского института авиационных материалов – метод растровой электронной микроскопии). Поэтому использование нейлоновой щетки для удаления зубного налета с поверхности абатмена в клинической практике не рекомендуется. Для этих целей следует использовать резиновые колпачки низкоабразивной чистящей пастой, например Super polisch. Желательно, чтобы наконечник был с подачей воды во время работы. Хороший результат чистки зависит от того, насколько качественно отполированы заводским способом шейки имплантата и насколько плотно подогнаны друг к другу его модули. Недопустимым является применение грубых металлических инструментов, а также обычных скалеров для снятия зубных отложений с естественных зубов. Их применение приводит к химической инактивации и физическим повреждениям поверхности имплантата. Отрицательным фактором данной ситуации может являться присутствие окислов железа, которые резко ухудшают биоинертные свойства материалов. Таким образом, применение пластиковых кюреток, резиновых конусов и чашкообразных приспособлений со специальными полировочными пастами является наиболее эффективным методом гигиены полости рта. Недопустимо применение пескоструйных аппаратов типа Air-flow для удаления неминерализованных зубных отложений с поверхности абатмена. Bergendal T. В 1990 г. сообщает о клиническом случае, когда в результате использования Air-flow образовалась субмукозная эмфизема, которая сопровождалась значительными болями и впоследствии рентгенологически определялось просветление костной ткани в маргинальной области и нарушение костного прикрепления имплантатов. Гигиенические мероприятия, проводимые 1 раз в 3 месяца, не оказывают негативного воздействия на костную ткань вокруг имплантата и не ухудшают его стабилизацию. Если в дальнейшем пациенты демонстрируют хороший уровень гигиены полости рта, то продолжительность периодов между гигиеническими врачебными мероприятиями может быть увеличена до 6 месяцев.

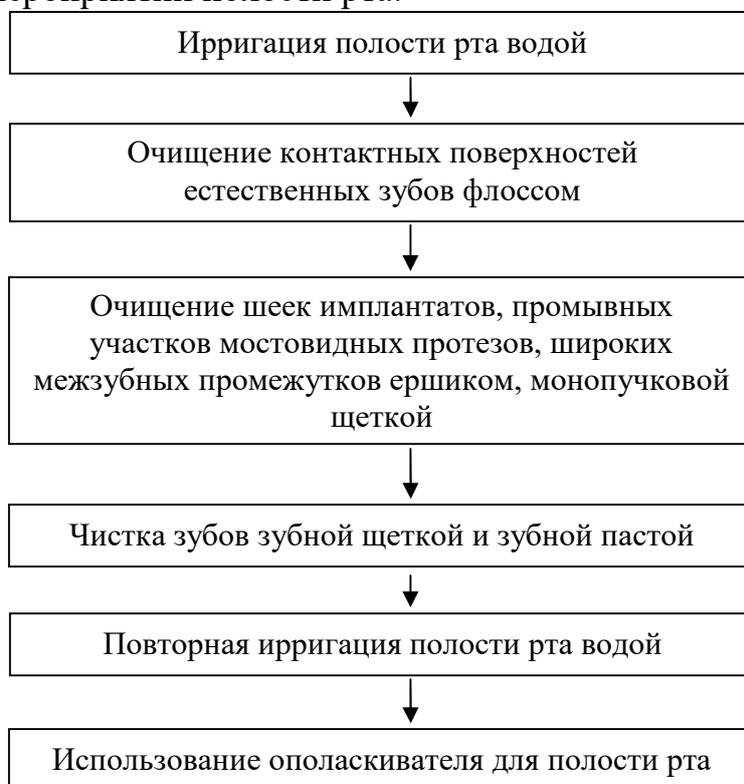
Мероприятия по профессиональной гигиене полости рта, очистка имплантатов и протезов требует от врача-гигиениста большой тщательности и внимания, так как от этого зависит срок службы имплантатов в полости рта.

При проведении каждого профилактического осмотра гигиенист должен:

1. провести анкетирование пациента и контролируруемую чистку зубов;
2. дать индексную оценку гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта;
3. дать индексную оценку гигиенического состояния супраконструкций и периимплантационных тканей;
4. при необходимости провести рентгенологический контроль состояния костной ткани альвеолярного отростка в области инфраструктур имплантатов;

5. провести профессиональную гигиену полости рта.

Программа ухода за полостью рта после протезирования на дентальных имплантатах основывается на индивидуальной основе, в соответствии с навыками пациента и условиями доступности к конструкциям протеза. Пациентам рекомендуется следующая последовательность индивидуальных гигиенических мероприятий полости рта.



Таким образом, срок службы имплантатов будет зависеть не только от мастерства имплантолога, навыков гигиениста, но и мотивации пациента к гигиеническому уходу за полостью рта.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Освоить методику ухода за полостью рта при имплантатах.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

Выписать требования, предъявляемые для качественного гигиенического ухода при имплантации.

Список литературы

Основная литература

1. Попруженко Т.В., Терехова Т.Н. Профилактика основных стоматологических заболеваний. – М.: Медпресс-информ, 2009 – 464 с.

Дополнительная литература

1. Водолацкий М.П., Бабанина Б.Г. с соавт. Профилактика и эпидемиология стоматологических заболеваний. – Ставрополь. - 2005. – 200 с.
2. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. - М.: ООО Мед.информ.агентство, 2007. – 80 с.
3. Кузьмина Э.М. Гигиенист стоматологический. - М.: АРТВЕЙ, 2005. – 292 с.
4. Курякина Н.В., Савельева Н.А. Стоматология профилактическая. - Н.Новгород: изд.НГМА, 2005. – 284 с.
5. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. - М.:КМК-ИНВЕСТ, 2006. – 416 с.
6. Максимовский Ю.М., Сагина О.В. Основы профилактики стоматологических заболеваний. - М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. – 202 с.
7. Орехова Л.Ю., Улитовский С.Б., Кудрявцева Т.В. Стоматологическая профилактика. - М.:ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 237 с.
8. Улитовский С.Б. Гигиена при зубном протезировании. - М.: Медпресс-информ, 2007. – 96 с.
9. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. - Н.Новгород: изд.НГМА, 2006. – 221 с.
10. Хамадеева А.М. Стоматологическое обследование населения и методы прогнозирования основных стоматологических заболеваний: Учебно-методическое пособие. - Самара:изд. Сам ГМУ, 2007. – 230 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение.....	4
Занятие №1. Деонтология и врачебная этика в стоматологии	5
Занятие №2. Гигиеническое воспитание в процессе ортодонтического лечения	11
Занятие №3. Профилактика зубочелюстных аномалий	15
Занятие №4. Антенатальная профилактика основных стоматологических заболеваний	23
Занятие №5. Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта.....	30
Занятие №6. Профилактические мероприятия в полости рта у лиц с системными заболеваниями	39
Занятие №7. Профилактика при хирургических вмешательствах в полости рта и ЧЛЮ	45
Занятие №8. Гигиена полости рта при стоматологической имплантации.	49
Занятие №9. Кариезрезистентность эмали и факторы, влияющие на нее.	83
Список литературы.....	56