

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: Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения.

Цель занятия: ознакомить студентов с особенностями стоматологического обследования населения

Продолжительность занятия: 90 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	25	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	30	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	10		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7. Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Понятие об эпидемиологическом обследовании, разновидности и объект исследования.
2. Цель и задачи эпидемиологического обследования.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Термин «эпидемиология» происходит от греческих слов «эпид» - над, «демос» – народ, «логос» - учение. Как наука эпидемиология возникла в ходе изучения объективных закономерностей распространения инфекционных болезней в человеческом коллективе. В наши дни понятие об эпидемиологии стало гораздо шире. Объектом эпидемиологии сегодня является изучение болезней и других состояний в человеческой популяции, определяющих нужды здравоохранения. Существует две разновидности эпидемиологии – описательная и аналитическая. Описательная предусматривает изучение распространенности заболеваний и среды обитания человека, в которых они возникли. Аналитическая эпидемиология вскрывает факторы и механизмы, связанные с возникновением этих болезней, определяет методы массовой профилактики путем устранения причины возникновения заболевания.

История эпидемиологии связана с именами таких выдающихся ученых, как Луи Пастер, Роберт Кох, Мечников и др. Одним из ярких примеров роли эпидемиологии в изучении стоматологических заболеваний являются исследования, связанные с фтором. Американский врач Мак Кей в 1908 г. описал изменения эмали зубов у лиц, проживающих в районе с дефицитом

фтора в питьевой воде. Так в результате исследований описательной, а затем аналитической эпидемиологии было положено начало исследованиям, сыгравшим исключительную роль в разработке эффективных методов профилактики и лечения кариеса зубов и флюороза.

Первые исследования в России в этой области появились в 20-е годы. Однако самостоятельное направление научных исследований можно считать с момента организации Центрального научно - исследовательского института стоматологии (ЦНИИС) в 1962 г. Как и любой метод научного поиска, эпидемиологические исследования должны строиться на логической основе. Они начинаются с формулировки гипотезы и определения объекта исследования. Предложение о предстоящем исследовании называется нулевой гипотезой. Второе – составление плана обследования. Описательная эпидемиология изучает распространенность заболевания среди конкретной группы населения в данный период. Третьим этапом исследования является выбор объекта. Обследованию подлежат все возрастные группы от 1 года до 60 лет.

В последние годы значительное распространение получило выборочное исследование. В практике массовых стоматологических обследований используется метод выборочного гнездового обследования (2-3 школы, Д/сада) внутри которых обследование проводится сплошным методом.

Центральное место в определении стоматологических проблем в регионе занимает изучение стоматологической заболеваемости среди населения. Для этого проводят эпидемиологическое стоматологическое обследование населения разных возрастных групп и на основании полученных данных планируют программы профилактики и формулируют конкретные цели и задачи.

С помощью эпидемиологического обследования необходимо решить следующие основные задачи:

1. Оценить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний.
2. Выявить потребность в их лечении.
3. Определить качество санации полости рта.
4. Сравнить состояние заболеваемости в различных регионах.
5. Рассчитать силы и средства, необходимые для лечебно-профилактической работы.
6. Выявить исходные данные стоматологической заболеваемости, необходимые для дальнейшего определения эффективности профилактической работы.

Основным документом эпидемиологического обследования является специальная карта. В нашей стране пользуются картами, разработанными в ЦНИИ стоматологии, комбинированные карты ВОЗ, карты ММСИ и Рижского мединститута (рис.1).

КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ

кафедра профилактики стоматологических
заболеваний, ММСИ, 1986 г.

0. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ Фамилия _____ 01. № карты

02. Дата 05. Место обследования _____

03. Пол: муж. 1; жен. 2 06. Тип населенного пункта: город — 1;
пригород — 2; село — 3

04. Возраст: полных лет 07. Длительность проживания:
местный — 1; приезжий — 2

1. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ: Без заметных отклонений — 1;
отягощен хроническими заболеваниями — 2; нарушения развития (до 18 лет) — 3.
Жалобы _____

2. ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМ (ОПЕРАЦИЙ) ТРЕБУЮЩИХ РЕАБИЛИТАЦИИ:
_____ нет=0
_____ диагноз _____ есть=1 (10%)

3. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ:
_____ нет=0
_____ диагноз _____ есть=1 (30%)

4. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА: нет=0; есть: 1,2,3,4,5

4.1 Острые/хронические (излечимые) _____ код 1 (80%)
_____ диагноз _____

4.2 Хронические плохо поддающиеся лечению _____ код 2 (60%)
_____ диагноз _____

4.3 Предрак _____ код 3 (30%)
_____ диагноз _____

4.4 Рак (локализация) _____ код 4 (10%)
_____ диагноз _____

4.5 Проявления общих болезней, угрожающих жизни _____ код 5 (10%)
_____ диагноз _____

5. АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ И ЧЕЛЮСТЕЙ: нет=0; есть: 1,2

5.1 Требующие ортодонтического лечения _____ код 1 (70%)
_____ диагноз _____

5.2 Требующие хирургического лечения _____ код 2 (20%)
_____ диагноз _____

6. НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ И КАРИЕС НА СТАДИИ ПЯТНА:
_____ нет=0;
_____ есть: 1, 2, 3

6.1 Клиновидные дефекты (консервативное лечение) код 1 (90%)

6.2 Кариозные пятна 1—3 зубов код 1 (90%)

6.3 Кариозные пятна 4 и более зубов код 2 (80%)

6.4 Флюороз III ст. код 2 (80%)

6.5 Эрозия эмали (консервативное лечение) код 2 (80%)

6.6 Эрозия эмали (восстановительное лечение) код 3 (70%)

6.7 Гипоплазия (восстановительное лечение) код 3 (70%)

6.8 Клиновидные дефекты (восстановительное лечение) код 3 (70%)

6.9 Флюороз IV—V степени код 3 (70%)

7. БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА ПО ИНДЕКСУ КПИ: 1, 2, 3, 4

Код для определения индекса КПИ 0,1—1,0 риск 1 (90%)

1,1—2,0 легкий 2 (80%)

2,1—3,5 средний 3 (70%)

3,6—5,0 тяжелый 4 (30%)

нет признаков поражения — 0 камень — 3

налет — 1 карман — 4

кровоточивость — 2 подвижность — 5

8. КАРИЕС ЗУБОВ И ОСЛОЖНЕНИЯ: нет=0; есть: 1, 2, 3, 4, 5, 6

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 КПУ

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 КПУ

низкий 1 (80%)

средний 2 (70%)

высокий 4 (50%)

очень высокий 6 (20%)

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Коды для записи зубной формулы:

интактный — 0 удален, невосстановлен — 3 периодонтит — 6 К 1 2 (70%)

кариес — 1 удален, восстановлен — 4 искусственная К 2—3 3 (60%)

коронка — 7 К 4 4 (50%)

пломба — 2 пульпит — 5 не прорезался — 8 пульпит 4 (50%)

периодонтит 5 (40%)

Уровень интенсивности кариеса	низкий	средний	высокий	очень высокий
— 8 лет кп: № лет	≤ 0,4	0,5—0,8	0,9—1,2	>1,3
— 19 лет КПУ: № лет—5	≤0,3	0,4—0,6	0,7—0,9	>1
≥ 20 лет КПУ: № лет	<0,15	0,15—0,30	0,31—0,60	>0,60

9. АДЕНТИЯ ВТОРИЧНАЯ нет=0; есть: 1, 2, 3, 4

9.1 «У» 1 (невосстановлен протезом) код 1 (40%)

9.2 «У» 2 (невосстановлены протезами) код 2 (30%)

9.3 «У» 3 и более зубов (невосстановленных протезами) код 3 (20%)

9.4 Полная адентия, восстановленная протезами код 4 (20%)

9.5 Полная адентия, невосстановленная протезами код 5 (10%)

10. ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ПЕРЕДЕЛКИ: нет=0; есть: 1,2,3

10.1 Искусственные коронки код 1 (70%)

10.2 Мостовидные протезы код 2 (30%)

10.3 Сложные/полные съемные протезы код 3 (10%)

Рис. 1. Карта обследования для определения стоматологического уровня здоровья

Тотальные стоматологическое обследование населения нашей страны практически невозможно из-за большой его стоимости. ВОЗ разработала методологию выборочных осмотров, позволяющих определить стоматологический статус ключевых групп населения.

Обследование проводят в нескольких районах города или региона, которые отличаются климато-географическими особенностями, состоянием экологии, наличием или отсутствием промышленных предприятий, содержанием фтора в питьевой воде и т.д. при этом должны быть отдельные данные о городском и сельском населении.

По методике ВОЗ осматриваются следующие ключевые возрастные группы: 5-6 лет, 12 лет, 15 лет, 35-44 года, 65 лет и старше.

Осмотр 5-6 летних детей позволяет сделать заключение о состоянии и нуждаемости в лечении временных зубов; 12-летних – о состоянии и нуждаемости в лечении постоянных зубов; 15-летних – о нуждаемости в лечении болезней пародонта; 35-44-летних – о потребности в комплексной стоматологической помощи; 65 лет и старше – о возможной помощи людям этого возраста.

В районах с различными климато-географическими условиями и уровнем фтора в питьевой воде, наличием или отсутствием загрязнений внешней среды необходимо осмотреть по 50 человек сельского и городского населения одной возрастной группы. Таким образом, осматривают 500 человек, а в регионе, состоящем из 5-10 районов, отличающихся друг от друга по условиям проживания, питания, факторам риска возникновения тех или иных стоматологических заболеваний, соответственно 2500-5000 человек.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Умение определять индексы стоматологической заболеваемости.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

1. Дать определение описательной эпидемиологии.
2. Дать определение аналитической эпидемиологии.
3. Выписать гигиенические и пародонтальные индексы.

ЗАНЯТИЕ №2

Тема: Этапы эпидемиологического исследования.

Цель занятия: ознакомить студентов с особенностями этапов стоматологического обследования населения

Продолжительность занятия: 90 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	25	Микромоторы. Фантомы,	Таблицы, слайды, методические разработки

		стоматологический инструментарий	
4. Прием больных	30	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	10		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7. Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Этапы эпидемиологического исследования.
2. Подготовительный этап эпидемиологического обследования.
3. Собственно эпидемиологического обследование.
4. Анализ результатов эпидемиологического обследования.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Эпидемиологическое обследование включает три последовательных этапа: подготовительный период, собственно обследование и анализ его результатов.

Подготовительный этап включает в себя подготовку персонала, который проводит стоматологическое обследование. Для того, чтобы все специалисты, освоившие методы обследования, максимально одинаково оценивали статус пациентов, необходимо проводить специальные калибровочные исследования, заключающиеся в следующем:

а) Калибровка между специалистами.

Все специалисты осматривают группу пациентов (25-30 человек) и сопоставляют результаты, полученные разными исследователями. Считается, что результаты должны совпадать не менее чем в 85% случаев.

б) Калибровка специалиста «внутри себя».

В течение рабочего дня необходима калибровка самого исследователя, поскольку к концу работы развивается утомление, и процент ошибок увеличивается. Для снижения количества подобных ошибок каждый исследователь должен повторно осматривать каждого десятого пациента, при этом, не зная, осматривает ли он его в первый или во второй раз. Воспроизводимость результатов при этом виде калибровки также должна быть не менее 85%. При проведении осмотров необходим тесный контакт с администрацией тех учреждений, где осуществляют обследование.

Обследование осуществляется с использованием стандартного набора инструментов в стоматологическом кресле. Для осмотров необходимы следующие инструменты, оборудование и оснащение:

1. Острые угловые зонды;
2. Стоматологические зеркала;
3. Пародонтальные пуговчатые зонды;
4. Емкость для дезинфекции инструментов;

5. Ватные стерильные валики;
6. Дезинфицирующий раствор;
7. Карты обследования;
8. Перчатки и маски в достаточном количестве;
9. Стерилизатор.

Для удобства в работе желательно обеспечить исследователя наборами стерильных инструментов на целый день.

После осуществления обследования все результаты сводят в таблицы, и полученные данные позволяют судить о наличии стоматологических заболеваний и потребности в терапевтическом, хирургическом, ортопедическом и ортодонтическом лечении и профилактике. Вычисляется частота встречаемых заболеваний и симптомов в %. Интенсивность поражения – в средней арифметической на группу, школу, регион.

Среднее арифметическое обозначается «М». Также для сравнения данных вычисляется средняя квадратичное отклонение «О» и средняя ошибка «m». После расчета все полученные данные сводятся в единую таблицу, которая отражает заболеваемость обследуемой группы, учреждения, региона.

Расчет данных эпидемиологических исследований является необходимым этапом для дальнейшего планирования первичных профилактических мероприятий, потребности в силах и средствах профилактики.

В ходе эпидемиологического обследования можно не только оценить уровень заболеваемости, но также оценить эффективность оказания стоматологической помощи. Для этого необходимо произвести раскладку индекса КПУ, то есть величину отдельных состояний этого индекса «К», «П», «У». Если в структуре индекса КПУ преобладает «П», мало «У» и «К», то санационную работу следует оценить высоко. Если преобладает «К» – санация не ведется, если «У» – значит, в комплексе санационных мероприятий преобладает хирургическая тактика в ущерб консервативной. Эпидемиологическое обследование рекомендуется проводить 1 раз в 5 лет. Все материалы, полученные в разных странах, предоставляются в банк данных ВОЗ. Сейчас во всем мире, в том числе и в нашей стране идет процесс накопления информации о состоянии здоровья населения (в том числе и стоматологического) и мониторинг за тенденциями его динамики.

Методики расчета индексов распространенности кариеса, интенсивности кариеса, пародонтальных индексов и гигиенических индексов были приведены ранее.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Заполнять карту обследования для определения стоматологического уровня здоровья.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

1. Дать характеристику калибровки между специалистами.
2. Дать характеристику калибровки специалиста «внутри себя».

ЗАНЯТИЕ №3

Тема: Комплексные программы профилактики стоматологических заболеваний.

Цель занятия: ознакомить студентов с принципами планирования, организации и внедрения эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний.

Продолжительность занятия: 90 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	25	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	30	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	10		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7. Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Планирование программ профилактики.
2. Организация программ профилактики.
3. Внедрение программ профилактики.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Планирование и внедрение программ по стоматологии - как профилактических, так и лечебных – должно быть комплексным. Они могут отличаться в деталях и иметь свои особенности, но общая схема аналогична.

Планирование программ профилактики стоматологических заболеваний среди населения складывается из следующих этапов:

- определение основных проблем;
- формулирование целей и задач;
- выбор методов и средств профилактики;
- обучение персонала;
- внедрение программы;
- оценка эффективности программы.

Программа профилактики должна начинаться с анализа ситуации в регионе и постановки задач, за которыми следует поэтапное внедрение,

предварительная оценка эффективности и, при необходимости, коррекция программы с последующим ее широким внедрением и т.д.

Программы профилактики могут быть внедрены на государственном, региональном и местном уровнях. Выбор программы зависит от потребностей региона, поставленных целей и имеющихся ресурсов.

Перед тем, как выбрать определенную программу профилактики, необходимо определить стоматологическую заболеваемость, которая имеется в данном регионе.

При планировании необходимо учитывать:

- динамику демографических процессов в регионе;
- состояние окружающей среды;
- наличие персонала и материальных ресурсов;
- стоматологический статус населения.

Демографические данные представляют информацию о количестве и ожидаемом приросте городского и сельского населения, распределении его по возрастным группам.

Центральное место в определении стоматологических проблем в регионе занимает изучение стоматологической заболеваемости среди населения. Для этого проводят эпидемиологическое стоматологическое обследование населения разных возрастных групп и на основании полученных данных планируют программы профилактики и формулируют конкретные цели и задачи.

Эпидемиологическое обследование включает три последовательных этапа: подготовительный период, собственно обследование и анализ его результатов.

Обследование проводят в нескольких районах города или региона, которые отличаются климато-географическими особенностями, состоянием экологии, наличием или отсутствием промышленных предприятий, содержанием фтора в питьевой воде и т.д. при этом должны быть отдельные данные о городском и сельском населении.

После осуществления обследования все результаты сводят в таблицы, и полученные данные позволяют судить о наличии стоматологических заболеваний и потребности в терапевтическом, хирургическом, ортопедическом и ортодонтическом лечении и профилактике.

Эпидемиологическое обследование рекомендуется проводить 1 раз в 5 лет. Все материалы, полученные в разных странах, предоставляются в банк данных ВОЗ. Сейчас во всем мире, в том числе и в нашей стране идет процесс накопления информации о состоянии здоровья населения (в том числе и стоматологического) и мониторинг за тенденциями его динамики.

Цели программы должны быть реальными и учитывать степень обеспеченности стоматологической службы материальными ресурсами. Они должны быть не изолированными, а сочетаться с целями и задачами других отраслей медицины.

В результате анализа ситуации после проведения эпидемиологического обследования становится возможным определение измеримых целей и задач программы профилактики стоматологических заболеваний.

При формулировании целей необходимо ответить на следующие вопросы:

- возникновение каких стоматологических заболеваний можно реально предотвратить?

- в каких группах населения эффективнее внедрять программы профилактики?

- как быстрее достичь поставленных целей?

- какие ресурсы (персонал, оборудование, финансы) необходимы для выполнения программы?

Цели программы профилактики должны быть измеримыми, чтобы можно было оценить ее эффективность, включая и экономию материальных затрат. Они должны учитывать глобальные цели ВОЗ, которые поставлены перед стоматологами мира для достижения к 2020 году:

- **Дети в возрасте 6 лет**

- 80% и более будут здоровы (свободны от кариеса).

- Средний КПУ временных зубов не будет превышать 2,0.

- **Дети в возрасте 12 лет**

- Средняя интенсивность кариеса постоянных зубов не превысит КПУ 1,5, из которого компонент «К» (нелеченый кариес) будет менее 0,5.

- Среднее количество секстантов со здоровым периодонтом будет не менее 5,5.

- **Подростки в возрасте 15 лет**

- Средняя интенсивность кариеса не превысит 2,3 КПУ зубов, из которого компонент «К» (нелеченый кариес) будет менее 0,5.

- Не будет зубов, удаленных по поводу кариеса.

- Среднее количество секстантов со здоровым периодонтом будет не менее 5,0.

- **Молодые люди в возрасте 18 лет**

- 4.1. Не будет зубов, удаленных по поводу кариеса или болезней периодонта.

- 4.2. Среднее количество секстантов со здоровым периодонтом будет не менее 4,0.

- **Население в возрасте 35-44 года**

- 5.1. Не более 1% беззубых.

- 5.2. 90% пациентов сохраняют 20 или более естественных функционирующих зубов.

- 5.3. Средний КПУ зубов будет не более 10, из которых не более 4 будут удалены по поводу кариеса.

- 5.4. Среднее количество здоровых секстантов периодонта будет 2 и более (CPITN «0»).

- **Население в возрасте 65-74 года**

- Не более 10% беззубых.

- 90% или более будут иметь функционально полноценный прикус (естественный или восстановленный).

○ Среднее количество секстантов с глубокими карманами не превысит 0,5 (СРІТN «4»).

На государственном уровне должны быть определены национальные цели для стоматологии, на основании которых, принимая во внимание материальные ресурсы и персонал, могут быть составлены региональные цели.

Примером специфических целей могут служить следующие:

- уменьшение интенсивности и распространенности кариеса зубов: снижение индексов КПУз и КПУп, увеличение количества лиц, не имеющих кариеса.

- снижение процента лиц, у которых выявлены признаки поражения тканей пародонта; уменьшение количества секстантов с кровоточивостью, зубным камнем и патологическими карманами в ключевой возрастной группе в соответствии с индексом нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРІТN).

С этими целями тесно связаны и мероприятия по улучшению гигиены полости рта: снижение величины индексов, характеризующих зубной налет, увеличение количества лиц, правильно ухаживающих за полостью рта.

Профилактика заболеваний слизистой оболочки и злокачественных заболеваний полости рта:

- снижение количества лиц с указанными патологическими состояниями, уменьшение распространенности вредных привычек или состояний, предрасполагающих к данным заболеваниям.

Выбор специфических методов профилактики стоматологических заболеваний зависит от установленной проблемы, поставленных целей и задач. В этом процессе должны участвовать не только стоматологи, но и представители всех медицинских служб и администрации региона.

На выбор методов профилактики могут влиять следующие факторы:

- ✓ распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний;
- ✓ состояние медицинской и стоматологической служб;
- ✓ обеспечение персоналом, который будет участвовать в выполнении программ профилактики;
- ✓ финансирование;
- ✓ состояние общего здоровья населения;
- ✓ привычки питания, особенно прием сахаров;
- ✓ химический состав питьевой воды.

При выборе методов и средств профилактики необходимо учитывать их эффективность и стоимость.

Программы профилактики могут осуществляться специалистами стоматологической службы (стоматологами, гигиенистами и вспомогательным персоналом). К выполнению программ необходимо привлекать и нестоматологический персонал: школьных педагогов, медсестер, воспитателей детских садов, родителей.

Внедрение программы профилактики складывается из следующих этапов:

- ✓ предварительного планирования программы;
- ✓ организационных мероприятий по внедрению;

- ✓ выбор групп населения, среди которых будет внедряться программа;
- ✓ оценка потребности в персонале и ресурсах.

Организаторы стоматологической службы должны вначале составить общую схему всей программы профилактики, а затем детализировать ее.

Этот общий план основывается на результатах ситуационного анализа стоматологических проблем и имеющихся ресурсах. Подсчитав реальные возможности, можно составить детальный план.

Планирование программ должно осуществляться в соответствии с национальной политикой государства в области здравоохранения и образования.

За планирование и внедрение программ профилактики ответственны главные стоматологи различных уровней.

В задачи организаторов стоматологической службы должны входить: организация внедрения программы профилактики местными службами, обеспечение финансирования, обучение персонала, проверка внедрения, мониторинг (наблюдение) и оценка эффективности программы.

Особое внимание должно быть уделено группам населения с высоким риском возникновения и развития заболеваний: детям, беременным женщинам, рабочим промышленных предприятий и пр.

Если невозможно внедрить программу среди всего детского населения, надо сконцентрировать внимание на детях 6-7 лет, как наиболее часто подверженных кариесу, сразу же после прорезывания у них первых постоянных моляров.

Среди взрослого населения программы профилактики могут осуществляться стоматологическими службами на базе лечебных учреждений по месту работы, во время пребывания в санаториях и стационарах.

В странах и регионах с большой территорией, где существуют значительные различия интенсивности и распространенности стоматологических заболеваний в разных регионах, к группам риска относят то население, где наблюдается самый высокий уровень заболеваемости.

Группами повышенного риска стоматологических заболеваний являются рабочие, подвергающиеся производственным вредностям; специфические группы населения, имеющие высокий риск развития рака полости рта; молодые люди, занимающиеся контактными видами спорта; автоводители и представители некоторых других профессий.

Количество и тип необходимого персонала зависит от планируемой программы профилактики. Существует примерный расчет затрат времени для каждого специалиста. Участвующего в программе.

Например, для обучения правилам чистки зубов необходимо 6 минут для группы из 30 человек, или 30 минут в неделю. Для проведения полосканий требуется 5 минут в неделю для групп из 30 детей.

Стоимость программы зависит от ее типа. В затраты включают заработную плату персонала, стоимость оборудования и материалов, транспортные и командировочные расходы и др. Среди всех методов профилактики самыми дорогими являются те, которые выполняются стоматологами.

Для расчета стоимости необходимы данные о количестве лиц, среди которых будет внедряться программа, о методах профилактики, цене препаратов для профилактики, заработной плате персонала. Стоимости оборудования, транспортных и командировочных расходах.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Уметь составить комплексную программу профилактики.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

1. Выписать этапы планирования программ профилактики стоматологических заболеваний.
2. Перечислить возрастные группы населения для внедрения программ профилактики.

ЗАНЯТИЕ №4

Тема: Оценка эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний.

Цель занятия: ознакомить студентов с принципами оценки эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний.

Продолжительность занятия: 90 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	25	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	30	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	10		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7. Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Оценка эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний
2. Индексы и критерии оценки эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний
3. Принципы оценки эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

Способ оценки эффективности программы должен быть предусмотрен на этапе ее планирования. Для этого необходимы четкие и измеримые цели

Оценку можно провести на любой стадии выполнения программы, сравнивая запланированные цели и полученные результаты. Должна быть оценена результативность всех примененных методов: например, не только редукция интенсивности какого-либо заболевания, но и то, как успешно действует стоматологическое просвещение.

Для оценки используют те же индексы и критерии, которые применяли для исходного обследования населения.

Оценка эффективности программы должна проводиться с учетом следующих принципов:

1. обследованию в начале и в конце программы подлежат одни и те же возрастные группы населения (например, 12-летние дети);
2. при сравнении результатов должны использоваться адекватные контрольные группы;
3. обследование должно проводиться хорошо откалиброванной командой специалистов;
4. должны быть использованы одни и те же индексы для эпидемиологического обследования и оценке эффективности;
5. оценку эффективности следует проводить не реже, чем через 5 лет.

Например, определяя эффективность программы, необходимо сравнить КПУ 12-летних детей в текущем году с КПУ 12-летних детей, которые жили в этом районе до внедрения программы.

Эффективность стоматологического просвещения складывается из количественных и качественных показателей. Один из показателей касается степени вовлечения людей во внедрение профилактической стратегии: политических партий, других организаций (профсоюзов, женских организаций и др.).

Различные разделы повышения информированности населения о здоровье и способах его улучшения можно оценить с помощью анкетирования.

Основным показателем, который характеризует степень изменения питания в популяции, после внедрения программы профилактики, является количество сахара, потребляемого в год на душу населения.

Например, если в регионе до внедрения программы на одного жителя в среднем приходилось 45 кг сахара, а после внедрения – 40 кг, то можно сказать о положительном влиянии профилактики на режим потребления легкоусвояемых сахаров у конкретного пациента путем его анкетирования до и после проведения программы.

Этот раздел программы можно оценить достаточно быстро и просто. Индикатором являются индексы зубного налета, которые измеряются до и после проведения программы обучения и выполнения гигиены полости рта.

Первая оценка программы гигиенического обучения может быть проведена через 4-6 недель, сравнивают величину индексов зубного налета с исходными

значениями. В дальнейшем оценку проводят с теми же интервалами, что и для программ профилактики кариеса.

Так называемую контролируемую чистку зубов с определением гигиенических индексов можно проводить с различной периодичностью.

Для оценки эффективности гигиенического воспитания можно использовать и другие сведения:

1. количество лекций, буклетов информационных материалов, которые предоставлены населению;

2. количество лиц, вовлеченных в программу обучения гигиене полости рта на разных уровнях;

3. количество зубных щеток, зубных паст и других средств гигиены, проданных в среднем одному человеку в данном регионе (по сведениям торговли);

4. тенденции динамики стоматологического здоровья в связи с улучшением гигиены.

Эффективность программ профилактики кариеса зубов в популяции оценивается через 5,10,15,20 лет. При этом сравнивают величину индекса КПУ в каждой ключевой возрастной группе с данными исходного осмотра, проведенного в тех же возрастных группах.

Если программу внедряют среди ограниченного контингента населения, то оценку проводят чаще, сравнивая динамику показателей интенсивности кариеса (индексов КПУ и кп) в профилактических и контрольных группах.

Еще одним показателем, свидетельствующим об эффективности профилактики, является увеличение числа лиц, у которых кариеса нет.

Профилактика болезней пародонта эффективна, если в процессе ее внедрения снижается количество пораженных секстантов.

Различают предварительную, промежуточную и окончательную оценку эффективности программ профилактики.

Предварительная оценка эффективности позволяет, помимо определения динамики показателей стоматологического статуса, как население восприняло программу профилактики, а также степень его участия.

Промежуточная оценка эффективности позволяет, при необходимости, модифицировать программу для достижения максимального профилактического эффекта.

Окончательная оценка возможна только после 5,10 или более лет и должна включать оценку медицинской и экономической эффективности программы.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Уметь провести оценку эффективности программ профилактики.

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

Выписать показатели, характеризующие заболеваемость населения кариесом.

ЗАНЯТИЕ №5

Тема: Дентофобия.

Цель занятия: Освоить минимум психологических знаний при работе с пациентом. Изучить вопрос этиологии, патогенеза и профилактики дентофобии.

Продолжительность занятия: 90 мин.

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	25	Микромоторы. Фантомы, стоматологический инструментарий	Таблицы, слайды, методические разработки
4. Прием больных	30	Стоматологические установки, кресла, инструментарий	Схемы, инструкции, амбулаторные карты, истории болезни
5. Контроль итогового уровня знаний с решением ситуационных задач	10		Учебно-ситуационные задачи
6. Подведение итогов, выставление оценок	5		
7. Задание на следующее занятие.	10		Методические разработки, дополнительная литература

Контрольные вопросы:

1. Дентофобия и ее роль в стоматологической практике.
2. Личностные параметры врачей различных специальностей в профессии врача-стоматолога.
3. Роль профилактики стоматологических заболеваний в психокоррекции и профилактике дентофобий.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ

На приеме у врача-стоматолога зачастую встречаются пациенты различных возрастных периодов с непреодолимым страхом любых стоматологических манипуляций. Детей в таких ситуациях пытаются уговаривать, держать, фиксировать открытие рта роторасширителем, последний вариант - лечение зубов под наркозом. Все эти мероприятия для полноценного стоматологического лечения дают мало эффекта. Кроме того, затрачивая много времени и усилий, доктор тратит свое физическое и психологическое здоровье.

Дентофобией называется явление непреодолимого страха перед стоматологическими манипуляциями. Дентофобия проявляется в различных формах и степени тяжести. Наиболее простая форма дентофобии – повышенная ситуативная тревожность. Наиболее сложная форма – клиническое проявление с наличием психотравмы и перекосом личностных параметров. Формы дентофобии: проявленная, выраженная и скрытая.

Дентофобия проявляется у взрослых и детей различно. У детей более выражено психомоторное возбуждение, проявляющееся в виде активных двигательных реакций, а эмоционально в виде плача, крика. Ребенок активно сопротивляется лечению у стоматолога. В детской стоматологии это явление называется уклонизмом. Соматические проявления выражаются в виде тахикардии, учащении частоты дыхания. После смены тревожного фактора эти явления прекращаются в короткие сроки. В последующее время может проявиться и чаще всего проявляется в виде тревожного сна, эмоциональной неустойчивости, повышенной тревожности, ночного энуреза.

У взрослых при дентофобии на приеме врача стоматолога или перед ним психомоторное возбуждение не выражено, но более выражены соматические проявления. На приеме врача стоматолога это может выразиться в виде:

- сосудисто-двигательной реакции: как повышение давления, в виде гипертонического криза, так и понижение давления, в виде гипотонического криза, коллапса, обморока.

- сердечно-сосудистые заболевания (стенозы, инфаркты и т.д.).

- спастическими реакциями: бронхолегочными (обострение бронхиальной астмы, аллергических бронхитов и т.д.), желчевыводящими (холециститы),

- обострение хронических соматических заболеваний в области ЖКТ (язвенная болезнь, гастриты, усиление перистальтики кишечника). Наблюдается обострение нейроаллергических заболеваний (крапивница, кожный зуд, экзема).

- обострение нервных и психических заболеваний (неврозов, неврастении, истерии, эпилепсии).

Соматические проявления дентофобии могут быть вызваны стрессом на приеме у врача стоматолога и выражены как на приеме, так и в последующее время. Кроме того, в последующее время после приема у стоматолога хирурга на фоне гипертонии могут проявиться послеоперационные кровотечения.

Этиология: причиной дентофобии является как объективные, так и субъективные предпосылки.

Объективные – это нейро-физиологические особенности челюстно-лицевой системы:

- близость крупных нервных стволов и обильная иннервация челюстно-лицевой системы, наличие как чувствительных, так и двигательных нервов;

- богатая васкуляризация, близость, как крупных стволовых образований, так и среднем и мелкой сети кровеносных сосудов;

- близость жизненно важных органов дыхания, зрения, слуха, жевания, глотания, речи;

- особенность мышечной системы челюстно-лицевых органов, наличие, как жевательных групп мышц, так и мимической мускулатуры;

- особенность уровня болевой чувствительности индивидуально у каждого человека (порог болевой чувствительности).

К субъективным причинам относятся:

- особенность психоэмоционального состояния личности доктора;

- соответствие личностных параметров доктора профессии врача-стоматолога;
- уровень психологической грамотности и зрелости соответствующий профессии врача;
- уровень профессиональных знаний и мануальных навыков врача;
- материальная оснащенность кабинета и рабочего места;
- неверная тактика врачей на приеме;
- особенности психоэмоционального состояния пациента;
- перенесенные ранее психотравмы, стрессы, заболевания.

Посещение стоматологического кабинета и все, связанные с этим ощущения, сопровождаются различными эмоциями. Термин «эмоция» происходит от латинского слова *emovere* — волновать. Эмоции — одна из важнейших сторон психических процессов, характеризующая переживание человеком действительности, отношение его к окружающему и к самому себе. Они имеют большое значение в регулировании психических и соматических процессов.

Вся жизнедеятельность человека, как и высших животных, окрашена эмоциями, которые подразделяются на три типа: нейтральные, позитивные и негативные. Впервые попадая на прием к стоматологу, ребенок, не имеющий предыдущего негативного опыта общения с медработниками (синдрома белых халатов), испытывает нейтральные эмоции, такие как любопытство, удивление, изумление, спокойный интерес. Взрослые пациенты испытывают безразличие чаще спокойно-созерцательное настроение. Позитивный опыт лечения у врача стоматолога окрашивает в положительные эмоции повторное посещение. В случаях негативного опыта предыдущего лечения, все последующие посещения окрашиваются отрицательными эмоциями: неудовольствие, тоска, печаль, тревога, обида, испуг, страх, жалость к себе, недоверие, неуверенность. В таком состоянии пациент настолько неуравновешен, что возможен конфликт с медперсоналом. В этом случае эмоции также имея негативную окраску переходят в более сильные по выраженности: возмущение, неприязнь, злоба, ярость, разочарование.

Наши эмоции и чувства являются тонким индикатором, мотиватором поведения, указывающим степень полезности раздражителя для жизнедеятельности (эмоции) или для взаимоотношения личности и общества (чувства). Различные формы отношения человека к воспринимаемому располагаются между полюсами приятного и неприятного.

Без эмоций невозможна высшая нервная деятельности. Эмоции есть и у животных, но чувства, особенно высшие, присущи человеку. К ним относятся только те эмоции, которые интеллектуализировались и определяются включением в структуру их работы второй сигнальной системы. По качественному уровню эмоциональной деятельности (чувств) проявляются особенности личности в целом, ее высшие потребности.

Физиологическая роль эмоций в жизнедеятельности организма исключительно велика. Эмоции участвуют в подготовке организма к той или иной деятельности.

В процессе длительного филогенетического развития животного мира на земле совершенствовались и центральные структуры, обеспечивающие эмоциональную деятельность. Экспериментально установлено, что в формировании эмоциональной деятельности принимают участие такие структуры, как гиппокамп, зрительные бугры, гипоталамус (подбугорная область), ретикулярная формация, лимбическая система. Все эти образования располагаются вокруг свода мозга, соединяющего большие полушария с передним концом мозгового ствола. На продольном срезе все указанные структуры размещаются вокруг свода, и поэтому их условно обозначают как круг Папеца (по имени автора). Рецептивной зоной, или коллектором, всех эмоциональных реакций у человека является поясная извилина, находящаяся над сводом мозга. От поясной извилины эмоциональные импульсы распространяются в различные зоны коры, что и обеспечивает богатство и пластичность эмоциональных реакций человека.

Первичные эмоциональные реакции возбуждают деятельность подкорковых сосудисто-вегетативных и эндокринных центров. Поэтому при выраженных эмоциональных состояниях человек бледнеет или краснеет, возникает тахи- или брадикардия, гипо- или гипертония мышц, меняется деятельность потовых, слезных, сальных и других желез, У испуганного человека расширяются глазные щели и зрачки, повышается артериальное давление. Иногда появляется «гусиная кожа», волосы «становятся дыбом» и т. п., т. е. при переживаниях происходят те или иные сосудисто-вегетативные и эндокринные сдвиги.

Важным позитивным фактором в физическом и психическом состоянии человека является волеизъявление, в частности осознанная необходимость посещения стоматологического кабинета, окрашенная при этом позитивными эмоциями.

Воля — это сознательная, целенаправленная психическая активность, связанная с преодолением препятствий. Это целостный психический процесс, из которого волевой импульс вычленяется условно для педагогических целей.

Началом формирования воли является влечение. Влечения возникают на базе инстинктов: пищевого, оборонительного, полового и др. Когда влечение достаточно оформлено в сознании, выяснены пути и способы его удовлетворения, тогда оно носит название «желание». Эти психические импульсы относятся к более старым филогенетическим формациям. В процессе исторического развития человеческой личности воля сложилась как качество психики, сознательно направленное на преодоление препятствий. Некоторые зарубежные авторы, стоящие на идеалистических позициях, утверждают, что отдельные элементы волевого процесса, в частности влечение, имеют биологическую природу, т. е. врожденного характера. С этих позиций они рассматривают влечение к преступным действиям. Утверждается принцип «сын преступника — потенциальный преступник». С антропологических позиций пытаются найти физические признаки у лиц, склонных к преступности: своеобразную форму черепа, носа, подбородка и т. д. Известно, что преступление - явление социальное, рожденное классовым неравенством:

богатством определенной части общества, нищетой и бесправием его значительной части.

В сложном волевом процессе можно выделить несколько этапов. Первый (I) этап — возникновение побуждения, стремление к достижению определенной цели. Потом появляется сознание ряда возможностей достижения этой цели (II этап) и сразу же за этим мотивы (III этап), подкрепляющие или опровергающие эти возможности. Далее начинается борьба мотивов (IV этап). Рассмотрев все «за» и «против», взвесив различные мотивы, учтя конкретную обстановку, человек принимает решение (V этап). Волевое действие заканчивается осуществлением принятого решения (VI этап). Продолжительность каждого из этапов различна и зависит от особенностей личности и объективных причин выполнения принятого решения. Чтобы побуждение обратилось в действие, требуется решительность (способность делать окончательный выбор).

Особенно трудно бывает преодолеть этап борьбы мотивов и осуществить принятое решение.

Немаловажное качество — инициатива. Особенно важна инициатива при выполнении принятого решения. Среди других качеств, следует отметить самостоятельность в решении, выдержку, самообладание в момент неожиданных осложнений и определенную самокритичность.

Развитие воли, способности к волевой деятельности — процесс длительный. С раннего детства родители формируют у ребенка вначале самые простые (опрятность, самообслуживание и др.) и усложняющиеся по мере развития индивида навыки. С точки зрения стоматолога у ребенка должны быть развиты навыки по уходу за полостью рта: умение правильно и регулярно чистить зубы, пользоваться ополаскивателями. К этим навыкам можно отнести и посещение стоматолога-профилактолога для осмотра и профессионального ухода за полостью рта. Ребенок должен иметь позитивный опыт общения со стоматологом, и испытывать комфортность от профилактических мероприятий: контрольное окрашивание, профессиональная чистка. Доктор обязан в доступной форме дать необходимый минимум знаний по строению полости рта маленькому пациенту. Если посещение сопровождается болезненными ощущениями в течение всего приема и прием ведется насильственно, то в следующее посещение включается в действие рефлекс, который называется стремление избежать боли.

Боль представляет с собой ощущение, от которого организм старается избавиться. Желание избежать боли или устранить ее — одна из самых важных мотиваций.

Боль одновременно служит и информационным сигналом и стимулом, вызывающим реакцию организма.

Выполняя функцию сигнала, боль сообщает о повреждении или угрозе повреждения тканей. Таким образом, это сигнал тревоги, способный оттеснить на второй план другие сигналы, поступающие в мозг из различных рецепторов. Возникновение болевых сигналов внутреннего происхождения вызываемого растяжением или повреждением тканей, важную роль играет простагландин E2. Но мозг способен блокировать сигнал, идущий из поврежденной зоны. Это бывает когда человек все цело сосредоточен на одном каком-то деле, например

спортсмен во время состязаний или солдат во время боя не чувствует травмы. Подобное явление может наблюдаться во время плацебо, во время сеанса акупунктуры или гипноза.

На болевые сигналы влияют с одной стороны, такие факторы, как вещество Р, облегчающий его передачу, а с другой – эндорфины, которые могут частично или даже полностью блокировать его (в зависимости от количества), подавляя освобождение вещества Р.

Механизм, регулирующий секрецию этих двух гормонов, до конца не выяснен. Но только после того как боль воспринята на уровне коры головного мозга, для усиления активации вступает в действие подкорковые структуры. Это в особенности относится к лимбической структуре, которая создает мотивационные состояния приводящая к реакции организма. Рефлекс реакции на боль появляется в процессе эволюции очень поздно, это свойственно млекопитающим.

Реакция на боль не является врожденной. Для выживания необходим опыт от неестественных раздражителей. Реакция на боль зависит от первых навыков, приобретенных после рождения, которые обеспечивают развитие мотивационных механизмов.

В формировании или наоборот, профилактике дентофобии важную роль играет личность врача. Насколько его личностные параметры соответствуют профессии. Эти параметры описывает тест Кеттелла.

Профессия врача-стоматолога требует от личности определенных параметров, как врожденных, так и приобретенных в течение жизни.

Существует сходство ряда личностных характеристик врачей стоматологов различных специальностей:

- хорошая эмоциональная саморегуляция, выраженная сила «Я» (C^+). Эмоциональная саморегуляция предполагает устойчивое поведение доктора и выражение его эмоций в разряде нейтральных или положительных независимо от факторов личной его жизни и его состояния здоровья;
- высокая нормативность поведения, ориентация на существующие правила (G^+);
- средне-высокий уровень развития смелости (H^+);
- развитое воображение и творческий склад мышления (M^+);
- средне-высокий уровень социальной опытности и проницательности (N);
- развитое чувство вины и совестливости (O^+);
- выраженный радикализм и гибкость поведения и мышления ($+Q_1$);
- сбалансированность ориентации на самостоятельность и зависимость от группы (Q_2);
- высокий интегральный самоконтроль (Q_3).

Сходство и общие требования к профессиональной деятельности.

Имеет место ряд различий психологических характеристик челюстно-лицевых хирургов и дантистов, обусловленной спецификой профессиональной деятельности.

Хирурги в отличие от дантистов обладают большей

- экстравертностью (общительностью) (А), т.е. акцент внимания хирургов направлен на внешнюю сторону жизни, на состояние пациента, собственные переживания, собственные болезни перенесены на второй план;
- более высоким интеллектом (В), т.е. хирурги способны получать информацию на интуитивном уровне, в состоянии экстремальной ситуации;
- большей эмоциональной сенситивностью, т.е. состраданием к пациенту, сочувствием, душевным сопереживанием чужой боли;
- независимостью, доминантностью (Е), т.е. принимать ответственные решения за здоровье и жизнь пациента, нести за это ответственность;
- фрустрационной напряженностью (Q_4), т.е. высокая тревожность, собранность, готовность работать в экстремальной ситуации.

Но высокие показатели по этим параметрам дают и одновременно высокий показатель сердечно-сосудистых заболеваний у специалистов этой категории. Личность, выбирающая специальность в профессии врача, должна иметь врожденные предпосылки для этого вида деятельности. В противном случае доктор не сможет быть профессионально-состоятельным, будет страдать как качество работы, так и здоровье самого доктора.

Профессиональная деятельность человека в психологии подразделяется на системы: человек – природа, человек – машина, человек – книга, человек – человек. Профессия врача относится к системе человек – человек, т.е. внимание доктора акцентируется на физическом и психоэмоциональном состоянии пациента. Врач лечит не заболевание, а больного.

Во время обучения студентов стоматологов на специальных клинических кафедрах студенты обязаны овладеть определенным объемом мануальных навыков. Навыки – это автоматизированные компоненты сознательной деятельности, вырабатываемые при частом повторении каких-либо действий, формирование навыков характеризуется устранением излишних движений и напряженности, объединением ряда частных действий в одно целое действие. Навыки формируются в упражнении, т.е. целенаправленно, многократно повторяющиеся действия с целью их совершенствования. На фоне приобретенных навыков действия становятся все более сознательными, это уже волевые действия. По мере накопления знаний и появления новых интересов и потребностей волевые действия усложняются и совершенствуются. Все сложные волевые акты проходят вначале путь простых, и в них имеется элемент автоматизации (заученное в процессе жизненного опыта действие).

Многократно повторяемые правильные движения при лечении пациентов переводятся из-под контроля сознания под контроль подсознательных структур (мозжечка) и поэтому эти движения производятся максимально быстро и четко. Формируется автоматизм. При этом лечебные манипуляции производятся наиболее безболезненно для пациента и в максимально короткие сроки. Мануальные навыки, приобретенные в процессе обучения, оттачиваются в профессиональной деятельности. В случае прекращения профессиональной деятельности мануальные навыки не забываются и в случае возобновления деятельности восстанавливаются в полном объеме в короткие сроки. Не восстанавливаются приобретенные и закреплённые мануальные навыки только в случае поражения соответствующих зон головного мозга.

Дентофобией страдают как дети, так и взрослые. Дентофобия передается по наследству от родителей или приобретается в течение всей жизни.

Начальной фазой дентофобии является фрустрация, т.е. повышенная тревожность на фоне неизвестных обстоятельств, особенно когда пациент уже имеет негативный опыт. На этом этапе достаточно терпеливой, психологически грамотной беседой ограничить первый прием. Подсознательно больной знакомится с доктором (насколько ему можно доверять), снимается элемент неизвестности и, следовательно, понижается тревожность. Но это не дентофобия как таковая, это состояние пускового механизма.

Дентофобия формируется в определенные возрастные периоды (критические), состоит из нескольких фаз.

2-4 года. I критический возрастной период. В этом возрасте ребенок впервые обращается за стоматологической помощью, от первого посещения зависит дальнейший стоматологический и психологический статус.

7-8 лет. Критический возрастной период. Подробно описан психологией развития. Дентофобия может быть сформирована у ребенка, который ранее без страха посещал врача-стоматолога.

9-10 лет. Критический период, начальная граница подросткового возраста. Дентофобия формируется в результате выявления глубоких личностных проблем.

Старше 25 лет. Полученная в детстве психологическая травма к этому возрасту формирует стойкую дентофобию.

Таблица 1

Доминирующий этиологический фактор формирования дентофобии для каждой возрастной группы

Психотравма	2-4 года	7-8 лет	9-10 лет	Старше 20 лет
Дентосихотравма	+	+		
Изменение личностных параметров			+	
Ранее приобретенная психотравма, стрессы				+

Что же происходит на психофизиологическом уровне при формировании дентофобии? В нормальном функциональном состоянии головной мозг работает в аналитическом режиме. В момент стресса, т.е. в момент получения психофизической травмы, в зоне правого полушария формируется голографическая инграмма, в записи которой играют основную роль собственные ощущения и затем все сопутствующие обстоятельству факторы, вплоть до деталей, например, запахи, посторонние звуки и т.д. Инграмма имеет сложную энергоинформационную, миролептонную структуру. Американские психологи называют ее холодайн («холо» - единый, «дайн» - движение). Эту структуру невозможно уничтожить, но возможно трансмутировать, т.е. заместить негативную форму на позитивную. Записанная негативная инграмма в момент, сходный с травматической ситуацией, переводит мозг в реактивный режим. Психологи называют этот режим «мозг идиота». Клинически это

проявляется у ребенка в активном психомоторном возбуждении, бессмысленном взгляде, неадекватном поведении, любые попытки контакта дают обратную реакцию. У взрослых не выраженное психомоторное возбуждение сопровождается спастическими реакциями, у людей с лабильной нервной системой могут проявляться неврастенические реакции.

На этом этапе психологическое воздействие на пациента заключается в снятии реактивного состояния, т.е. ситуации устанавливается на «стоп - паузу». Коррекция проводится только в аналитическом режиме.

Первоначально проводится тщательная ненавязчивая психодиагностика.

На основании особенностей возрастного периода, личностных параметров, этиологии возникновения дентофобии определяется рычаг воздействия, т.е. аффермация, и психолог этиотропно воздействует на дентофобию. В последующие посещения занятия психолога проводятся совместно с лечащим стоматологом.

Первое и самое главное мероприятие по профилактике дентофобии является профилактика стоматологических заболеваний. Доктор на приеме осматривает полость рта пациента, рекомендует индивидуальные гигиенические мероприятия. В процессе беседы их осмотра, у пациента снимаются симптомы фрустрации, т.е. тревожности на фоне неизвестных угрожающих факторов. Последующие мероприятия стоматолога по профилактике стоматологических заболеваний безболезненны, необходимы для стоматологического здоровья, а также весьма комфортны для пациента. Для маленьких пациентов это означает безболезненность и значит мотивационная необходимость дальнейшего лечения. Для взрослых пациентов не только снимается проявление фрустрации, но и появляется доверие к профессиональным навыкам доктора, а следовательно, заинтересованность в дальнейшем длительном и возможно дорогостоящем лечении. Кроме этого, необходимо проводить санитарно-просветительную работу по профилактике стоматологических заболеваний, характер и тема этих занятий должны соответствовать возрасту и интеллектуальному уровню пациентов.

На практических занятиях по профилактике стоматологических заболеваний студенты 2, 3 курса рассказывают свои детские впечатления о первых встречах с врачом-профилактистом. Студенты не могут вспомнить темы бесед, но четко помнят, как вместе с группой каждый день чистили зубы, свои первые зубные щетки и зубные пасты, как устраивались интересные праздники «чистых зубов», сценки, остались замечательные костюмы и фотографии. В результате уже в 19 - 20 летнем возрасте и психологический и стоматологический статус при осмотре характеризуется как «здоров».

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Составить карту посещения занятия психолога совместно с лечащим стоматологом

Задания для самостоятельной подготовки к занятию:

Выписать различия личностных параметров между врачом-стоматологом хирургом и врачом-стоматологом терапевтом.

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. Детская терапевтическая стоматология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 896 с.
6. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. - М.:КМК-ИНВЕСТ, 2006. – 416 с.
7. Максимовский Ю.М., Сагина О.В. Основы профилактики стоматологических заболеваний. - М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. – 202 с.
8. Орехова Л.Ю., Улитовский С.Б., Кудрявцева Т.В. Стоматологическая профилактика. - М.:ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 237 с.
9. Улитовский С.Б. Гигиена при зубном протезировании. - М.: Медпресс-информ, 2007. – 96 с.
10. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. - Н.Новгород: изд.НГМА, 2006. – 221 с.
11. 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. Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения.....	5
Занятие №2. Этапы эпидемиологического исследования.....	9
Занятие №3. Комплексные программы профилактики стоматологических заболеваний.....	12
Занятие №4. Оценка эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний.....	17
Занятие №5. Дентофобия.....	20
Список литературы.....	29