

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. Л. АЛЕКСАНДРОВА, Н. Н. ПУСТОВОЙТОВА, Е. Н. ЮРЧУК

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2008

УДК 616.31-085(075.8)
ББК 56.6 я 73
А 46

Рекомендовано Научно-методическим советом университета
в качестве учебно-методического пособия 27.06.2007 г., протокол № 10

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. И. В. Токаревич; канд. мед. наук, доц.
Н. М. Полонейчик

Александрова, Л. Л.
А 46 Планирование лечения в терапевтической стоматологии : учеб.-метод. пособие / Л. Л. Александрова, Н. Н. Пустовойтова, Е. Н. Юрчук. – Минск : БГМУ, 2008. – 68 с.

ISBN 978-985-462-843-1.

Изложены современные взгляды на основные этапы и принципы планирования лечения в терапевтической стоматологии. Приведены критерии оценки качества лечения и обоснована необходимость обсуждения плана лечения с пациентом.

Предназначено для студентов всех курсов стоматологического факультета и медицинского факультета иностранных учащихся, клинических ординаторов, аспирантов, преподавателей.

УДК 616.31-085(075.8)
ББК 56.6 я 73

ISBN 978-985-462-843-1

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2008

Введение

Для обеспечения стоматологического здоровья пациента, кроме правильно установленного диагноза, необходим скоординированный комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Планирование лечебно-профилактической помощи является обязательным при оказании любого вида стоматологического вмешательства, поэтому стоматолог на протяжении всей своей профессиональной деятельности должен развивать и совершенствовать навыки планирования оказания специализированной помощи. Владение основными принципами планирования позволит врачу выбирать оптимальные методы лечения и профилактики различных стоматологических заболеваний, избежать ряда ошибок и осложнений в работе, определять приоритеты в оказании специализированной помощи и объем необходимых вмешательств у каждого пациента индивидуально с последующим обязательным контролем эффективности и качества проведенных мероприятий.

Несмотря на то, что планирование лечения является одной из первостепенных функциональных обязанностей стоматолога у нас на сегодняшний день этому разделу стоматологии не уделяется должное внимание, также эта тема недостаточно освещена в специальной литературе. Поэтому материал, изложенный в данном учебно-методическом пособии, является актуальным при изучении всего курса «Терапевтической стоматологии».

Мотивационная характеристика темы

Успех лечения зависит не только от правильности установленного диагноза, но и от рационально спланированных лечебно-профилактических мероприятий. Поэтому знание и использование стоматологом в своей повседневной практике принципов и последовательности планирования лечения необходимы для проведения эффективного лечения и для оценки его качества. Кроме того, обсуждение с пациентом плана лечения способствует сотрудничеству пациента с врачом и изменению его отношения к своему здоровью, что в значительной мере повышает результат лечения и ответственность за состояние здоровья.

Цель занятия: научиться составлять индивидуальный план лечения пациента на основании результатов его обследования.

Задачи занятия:

1. Научиться:
 - на основании результатов обследования определять приоритетную проблему стоматологического здоровья пациента;
 - составлять индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий при первичном обращении пациента;

- проводить детальное планирование лечения основных стоматологических заболеваний в зависимости от состояния общего здоровья пациента;
- правильно оформлять план лечения в стоматологической амбулаторной карте;
- обсуждать план лечения с пациентом.

2. Освоить критерии оценки качества лечения в терапевтической стоматологии.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы необходимо знать:

- устройство и оснащение стоматологического кабинета;
- основные принципы асептики и антисептики в стоматологии;
- медицинский инструментарий для обследования пациента;
- основные методы и этапы обследования;
- эргономику в стоматологии;
- факторы риска возникновения основных стоматологических заболеваний.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомическое строение органов и тканей челюстно-лицевой области и полости рта.
2. Морфологическое строение органов и тканей челюстно-лицевой области и рта.
3. Физиологические особенности органов и тканей челюстно-лицевой области и рта.
4. Назначение и устройство стоматологических инструментов, оборудования.
5. Этика и деонтология в отношениях с пациентом.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Дайте определение понятиям «планирование лечения», «неотложные состояния».
2. Назовите цель, задачи и основные принципы планирования лечения.
3. Перечислите основные этапы планирования лечения, последовательность оказания стоматологической помощи, обоснуйте взаимосвязь всех видов стоматологической помощи.
4. Определите показания к неотложной и плановой помощи. Назовите основные состояния, требующие проведения неотложной помощи.
5. Перечислите критерии оценки качества лечебно-профилактических мероприятий при кариесе, его осложнениях, заболеваниях тканей маргинального периодонта, заболеваниях СОПР.
6. Обоснуйте необходимость информирования пациента о результатах обследования и обсуждения с ним плана лечения.
7. Деонтологические аспекты планирования лечения.

Планирование лечения в терапевтической стоматологии. Цель, задачи, основные принципы и последовательность

Для обеспечения стоматологического здоровья пациента, кроме правильно установленного диагноза, необходим скоординированный комплекс лечебно-профилактических мероприятий. В связи с этим определены цель, задачи, основные принципы, последовательность и объем оказания специализированной помощи при составлении плана лечения.

Владение основными принципами планирования позволит врачу выбирать оптимальные методы лечения и профилактики различных стоматологических заболеваний, определять приоритеты в оказании специализированной помощи и объем необходимых вмешательств у каждого пациента индивидуально с последующим обязательным контролем эффективности и качества проведенных мероприятий.

Такой подход позволит максимально улучшить результат оказываемой помощи и предотвратить возможные ошибки и осложнения на этапах лечения.

Планирование лечения (ПЛ) — это определение оптимальных, заранее намеченных, объединенных общей целью медицинских лечебно-профилактических мероприятий у конкретного индивидуума на данный промежуток времени.

Целью планирования лечения является оптимизация лечебно-профилактического процесса для обеспечения высокого уровня стоматологического здоровья пациента.

Задачами планирования лечения являются:

- установка приоритета в выборе лечебно-профилактических мероприятий;
- составление общего плана лечения пациента при первичном обращении;
- детальное планирование лечения каждой нозологической формы заболевания при последующих посещениях;
- обсуждение и согласование с пациентом составленного плана лечения;
- мониторинг качества лечения (оценка эффективности).

Основные **принципы планирования** лечения отражены на рис. 1.

Последовательность оказания лечебно-профилактических мероприятий, прежде всего, зависит:

- от нозологической формы стоматологического заболевания, степени его тяжести, скорости и характера течения;
- наличия других стоматологических заболеваний;
- наличия факторов риска;



Рис. 1. Основные принципы планирования лечения

- общесоматического статуса и возраста пациента;
- технического оснащения лечебно-профилактического учреждения, рабочего места;
- профессионализма врача (знаний, умений).

Следует отметить, что на ПЛ кроме состояния местного и общего здоровья больного оказывает влияние социальный статус пациента, его отношение к своему здоровью, желание сотрудничать с врачом, а также социально-экономические условия. При этом немаловажную роль в планировании лечения любой нозологической формы заболевания играет и компетентность врача.

Также врач должен помнить, что оценку эффективности лечения (мониторинг) следует проводить на всех клинических этапах работы с пациентом, начиная с этапа диагностики, в процессе лечения и при динамическом наблюдении во время контрольных визитов.

Все вышеизложенное обуславливает комплексный индивидуальный подход к планированию лечения каждого пациента.

На базе этих принципов разрабатывают алгоритм планирования лечения. Следует отметить, что схема (алгоритм) действия при ПЛ, т. е. по-

следовательность, объем вмешательств в различных странах могут иметь некоторые отличия, в зависимости от вида системы стоматологической помощи (общественная, страховая, частная), материально-технического оснащения стоматологического учреждения и финансового состояния пациента. Однако основные положения являются общепринятыми.

Основанием для составления плана лечения является *нуждаемость в различных видах специализированной лечебно-профилактической помощи*. План лечения может быть представлен в виде различных схем, карт, в том числе и с цифровой кодировкой как стоматологического статуса, так и объема вмешательств. Например, ВОЗ предлагает различные варианты схем нуждаемости в лечении. Так, при кариесе зубов результаты обследования пациента отражаются в специальной карте с использованием цифровых кодов. При этом одновременно можно оценить не только состояние зубной дуги, зуба в целом, но и состояние твердых тканей зуба в области коронки и корня и спланировать конкретный вид лечения, используя также цифровые коды (рис. 2).

																55 54 53 52 51 61 62 63 64 65					18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28					Состояние: 0 — здоровый. 1 — кариес, его осложнения. 2 — пломбированный с кариесом. 3 — пломбированный. 4 — удаленный по причине кариеса. 5 — удаленный по другой причине. 6 — силанты. 7 — опора мостовидного протеза. 8 — непрорезавшийся зуб. 9 — исключенные зубы	Нуждаемость в лечении: 0 — не требуется. 1 — пломбирование 1 пов. 2 — пломбирование >2 пов. 3 — коронка. 4 — винир. 5 — эндодонтическое лечение. 6 — удаление. 9 — другое												
коронка																																							
корень																																							
лечение																																							
																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																		
коронка																																							
корень																																							
лечение																																							

Рис. 2. Нуждаемость в лечении

Аналогично, на основании результатов обследования, планируется и нуждаемость в протезировании по следующим кодам:

- 0 — не нуждается;
- 1 — один мостовидный протез;
- 2 — два и более мостовидных протезов;

- 3 — частичный съемный протез;
- 4 — комбинация мостовидного и съемного протеза;
- 5 — полный съемный протез на в/ч;
- 6 — полный съемный протез на н/ч;
- 7 — полные съемные протезы на обе челюсти.

Далее представлен **алгоритм плана лечения**, разработанный на 1-й кафедре терапевтической стоматологии, в основу которого положен международный опыт планирования лечения и рекомендации ВОЗ. Этот алгоритм включает:

I. Оказание неотложной помощи:

- устранение боли, воспаления, очагов одонтогенной инфекции.

II. Профилактические мероприятия (устранение факторов риска стоматологических заболеваний):

- профессиональная гигиена полости рта (мотивация пациента, нормализация гигиены до 0,6 и менее по индексу ОНI-S, коррекция метода чистки зубов, удаление зубных отложений и др.);

- применение фторидов;

- коррекция питания;

- устранение ятрогенных факторов (некачественных пломб, протезов, коронок и др.);

- устранение вредных привычек (курение, употребление раздражающих напитков, жевание слизистой и др.);

- применение силантов и др.

III. Оказание всех видов стоматологической помощи:

- терапевтической — лечение тканей маргинального периодонта, кариеса, его осложнений, некариозных заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР);

- периодонтологической (включая оперативное лечение и избирательное пришлифовывание зубов);

- хирургической;

- ортодонтической;

- ортопедической и др.

IV. Динамическое наблюдение (диспансеризация): поддерживающая терапия (проведение профилактических мероприятий); оценка качества лечения.

V. Консультация и лечение у других специалистов: терапевта, дерматолога, эндокринолога, гематолога и др. по показаниям.

На основании данного алгоритма планирования лечения в Республике Беларусь был **предложен общий план лечения пациента по результатам обследования при первичном обращении**, который включен в стоматологическую амбулаторную карту (САК), утвержденную приказом

МЗ РБ от 22.08.2006 за № 658 «Об утверждении форм первичной медицинской документации в стоматологии».

Общий план лечения по результатам обследования пациента при первичном обращении, утвержденный МЗ РБ от 22.08.2006 за № 658:

1. Оказание неотложной помощи _____
2. Профилактические мероприятия:
мотивация по факторам риска стоматологических заболеваний, обучение гигиене

- профессиональная гигиена _____
- другие _____
3. Терапевтическое лечение:
замена пломб _____
- лечение кариеса и некариозных поражений _____
- периодонтологическое лечение _____
- лечение заболеваний слизистой оболочки рта _____
- другое _____
4. Хирургическое лечение:
удаление зубов, корней _____
- амбулаторно-хирургические операции: _____
- на мягкий тканях _____
- на костях лицевого скелета _____
- другое _____
5. Ортопедическое лечение _____
6. Ортодонтическое лечение _____
7. Дополнительные диагностические мероприятия _____
8. Консультация других специалистов _____

Необходимо обратить внимание на то, что принятый план лечения при первичном обращении пациента отражает только общую схему, т. к. он не учитывает данных ортопантограммы, других рентгенологических и лабораторных методов исследования (анализ дневника питания, результат диагностического препарирования, обследование у других специалистов), и основанием для его составления служат данные первичного визуального и инструментального исследования, т. е. предварительный диагноз. Последовательность оказания различных видов стоматологической помощи носит также рекомендательный характер. Это означает, что план

лечения требует конкретизации, т. е. составления детального плана лечения каждой нозологической формы заболевания.

В отличие от алгоритмов планирования лечения, принятых в других странах, в нем нет акцента на лечение приоритетной проблемы, т. е. того стоматологического заболевания, которое доминирует у данного пациента над другими имеющимися стоматологическими проблемами, и без устранения которого затруднительно оказать качественно другие виды помощи. Также в нем не прослеживается тесная взаимосвязь учета общесоматического заболевания пациента с выбором объема и метода вмешательства. Например:

– при обращении пациента с жалобами на наличие кариозных полостей в центральных резцах верхней челюсти и при наличии у него хронического гингивита в результате неудовлетворительной гигиены полости рта приоритетной проблемой является заболевание тканей периодонта. Без нормализации гигиены и ликвидации воспаления десны качественное и эстетическое пломбирование кариеса фронтальных зубов композиционными материалами невозможно;

– наличии периодонтального абсцесса у пациента со сложным периодонтитом и сахарным диабетом даже при наличии ортопантограммы в первичное посещение возможно только оказание неотложной помощи (снятие болевого синдрома, дренирование гнойного очага). Планирование дальнейшего лечения возможно только после получения данных о характере течения сахарного диабета (компенсации, осложнениях, принимаемых препаратах и др.), учитывая состояние костной ткани альвеолярного отростка (минеральная плотность кости, величина, ее убыль и резорбция), чувствительность микроорганизмов к антибиотикам и др.

Детальное планирование стоматологической помощи

После определения приоритетов и составления общей схемы оказания стоматологической помощи врач приступает к **детальному планированию** лечения на основании окончательного диагноза каждой из выявленных у пациента нозологических форм заболевания, т. е. определяет окончательный объем вмешательств, их последовательность, метод и методику лечения. При этом врач также учитывает прогноз заболевания, наличие факторов риска, техническое оснащение лечебной базы, желание пациента лечиться, его отношение к своему здоровью, а также компетентность врача и платежеспособность пациента. Пример детального планирования лечения рассмотрим на нижеследующей ситуационной задаче.

Задача: у пациента 55 лет без хронических заболеваний и вредных привычек, без патологии ВНЧС, СОПР, с уровнем гигиены по индексу

ОНИ-S = 2,1; GI = 1,3; КПИ = 2,0. Клинически и на основании ортопантомограммы челюстей выявлено:

1. Отсутствие жевательных зубов на н/ч справа и слева.
2. Качественная металлокерамическая искусственная коронка на зубе 17, разрушение твердых тканей зуба 27 более 80 %.
3. Очаги просветления на контактных поверхностях зубов 11 (в пределах средних слоев дентина), 26 (в пределах глубоких слоев дентина).
4. Качественное на всем протяжении пломбирование корневых каналов зуба 17 до рентгенологической верхушки с равномерным расширением периодонтальной щели в периапикальной области.
5. Неравномерное пломбирование корневых каналов зуба 27 на $\frac{2}{3}$ их длины, с наличием очага деструкции с нечеткими контурами в области верхушек корней, размером 0,3 × 0,5 мм.
6. Горизонтальный тип резорбции кости в/ч и н/ч с уровнем деструкции межзубных перегородок до $\frac{1}{3}$ длины корней.
7. Незначительная резорбция альвеолярного отростка нижней челюсти в области жевательных зубов с обеих сторон с достаточным расстоянием до нижнечелюстного канала.

После детального обследования пациента были выставлены диагнозы:

- хронический простой периодонтит;
- хронический апикальный периодонтит зуба 17;
- периапикальный абсцесс без свища зуба 27;
- кариес дентина зуба 11 (средний), зуба 26 (глубокий);
- ЧВА на н/ч 1 класс по Кенеди.

На основании окончательного диагноза и определения благоприятного прогноза для зуба 27 и состояния тканей маргинального периодонта, пациенту предложен следующий **план лечения**:

- коррекция гигиены (тщательная, регулярная чистка зубов по стандартной методике фторсодержащей зубной пастой с использованием зубных ершиков и чистка языка);
- проведение профессиональной гигиены (удаление зубных отложений с помощью ручного и ультразвукового методов), использование «Вектор» системы;
- эндодонтическое лечение зуба 27 с применением методики Crown-down с последующим пломбированием к/к гуттаперчей с использованием системы «Термафил»;
- лечение кариеса зубов 11, 26 (зуб 11 — реставрация фотокомпозиционным материалом Filtek Supreme XT по методике тотального протравливания; зуб 26 — пломбирование амальгамой с использованием адгезивной техники);

- восстановление коронки зуба 27 с помощью литой культевой штифтовой вкладки с последующим изготовлением металлокерамической коронки;
- восстановление дефектов в области жевательной группы зубов нижней челюсти с помощью имплантатов и последующим протезированием металлокерамическими мостовидными протезами;
- динамическое наблюдение (поддерживающая терапия) — проведение профессиональной гигиены 2 раза в год, прицельный внутриротовой рентгенологический снимок зуба 27 через год, проведение ортопантомографического исследования челюстей 1 раз в 2 года.

Однако при согласовании плана лечения с пациентом, последнего не устроили стоимость и сроки предлагаемого лечения. План лечения был скорректирован с учетом платежеспособности пациента: пломбирование зуба 11 фотокомпозиционным материалом Charisma, постановка пломбы из амальгамы на зуб 26 по классической методике, пломбирование к/к зуба 27 гуттаперчей методом латеральной конденсацией, изготовление литой коронки на зуб 27 и изготовление ЧСПП на н/ч.

Важно отметить, что составление детального плана лечения без обзорной ортопантограммы (ОПТГ) и рентгенограммы bite-wing считается ошибкой, т. к. только эти методы обследования позволяют врачу точно оценить состояние твердых тканей зубов (как коронок, так и корней), периодонта и кости челюстей, детально планировать лечение, а также контролировать его качество и эффективность в динамике, и при необходимости проводить коррекцию. Периодичность использования этих рентгенологических методов обследования у пациента зависит от интенсивности кариозной болезни, наличия и характера течения болезней тканей маргинального и апикального периодонта. Обычно ОПТГ проводится раз в 2–3 года.

Таким образом, план лечения пациента составляется на основании результатов его обследования как после постановки предварительного диагноза при первичном обращении (общий ПЛ), так и после детального обследования, постановки окончательного диагноза и составления прогноза заболевания при повторных посещениях (детальный ПЛ).

Важно подчеркнуть, что план лечения должен быть обсужден и согласован с пациентом, а также внесен в стоматологическую амбулаторную карту. Однако в некоторых ситуациях даже после детального обследования и в процессе оказания пациенту стоматологической помощи, в силу различных обстоятельств, план лечения может подвергаться коррекции. Например, при получении результатов дополнительных методов обследования, появлении новых симптомов заболевания, изменении общего состояния больного, неэффективном лечении, невозможности выполнения отдельных лечебных мероприятий, вследствие непредвиденного осложне-

ния и др. В этих случаях любое изменение ПЛ обсуждается и согласовывается с пациентом, а изменения вносятся в САК.

Неотложная стоматологическая помощь

Общие принципы планирования неотложной помощи

Наиболее часто встречающимся состоянием, требующим оказания неотложной помощи пациенту, является боль в челюстно-лицевой области в результате различных нозологических заболеваний, таких как пульпит, острый апикальный периодонтит, периодонтальный абсцесс, травматический отлом коронки зуба и другие. Также, помимо состояний, сопровождающихся болью в результате воспаления и травмы, к неотложным относят состояния, угрожающие жизни пациента или заболевания, при дальнейшем развитии которых может появиться такая угроза. Например, аллергическая реакция на введение анестетика, флегмона дна полости рта в результате несвоевременного и некачественного лечения различных форм хронического апикального периодонтита.

Объем вмешательств при оказании неотложной помощи зависит:

- от нозологической формы заболевания, вызывающего боль и осложнения, степени его тяжести и формы течения;
- наличия общесоматической патологии и состояния пациента;
- наличия других стоматологических заболеваний;
- состояния гигиены полости рта и других факторов риска;
- адекватности поведения пациента и готовности к сотрудничеству;
- профессионализма врача-стоматолога;
- специализированности лечебного учреждения.

Например, оказание неотложной помощи:

- при периапикальном абсцессе без свища от зуба 46 у молодого здорового пациента с интактным периодонтом (маргинальным) мы планируем оказание ему неотложной помощи в виде эндодонтического лечения с временным пломбированием корневого канала (к/к) и с проведением периостотомии;

- в подобной ситуации у пожилого пациента без соматических заболеваний и хорошо проходимых к/к также возможно проведение эндодонтического лечения, однако, при настоятельном его отказе от консервативного лечения зуб подлежит удалению;

- у пациента с хроническим ревматоидным артритом и поражением тканей периодонта в аналогичной ситуации мы сразу планируем удаление данного зуба, даже если он будет являться дистальной опорой мостовидного протеза и пациент будет настаивать на сохранении данного зуба.

Стоматолог-терапевт должен помнить, что гнойно-воспалительные заболевания ЧЛЮ могут вызвать развитие состояний опасных для жизни,

поэтому этап планирования оказания неотложной помощи должен проводиться совместно с челюстно-лицевым хирургом. В данной ситуации необходимо точно определить целесообразность консервативного лечения причинного зуба, объем хирургического вмешательства (удаление зуба, периостотомия и др.), а также при необходимости следует решить вопрос о госпитализации пациента.

При патологических состояниях, угрожающих жизни пациента, таких как шоковые состояния (кардиогенный, анафилактический шок и др.), от врача требуются:

- быстрые и точные действия по купированию угрожающего жизни состояния (вплоть до реанимационных мероприятий);
- привлечение других специалистов (реаниматолога, кардиолога, аллерголога и др.);
- решение вопроса о реанимационных мероприятиях и госпитализации пациента.

При оказании такого вида помощи врач должен неукоснительно соблюдать **алгоритм оказания помощи (протокол или стандарт лечения)**, который утверждается МЗ РБ. В протоколе оказания неотложной помощи содержится информация о необходимых вмешательствах, их объеме и последовательности проведения, а также о медикаментозных препаратах, их дозах, последовательности и кратности введения. Например, имеются общепринятые схемы оказания неотложной помощи при обмороке, гипертоническом кризе и других неотложных состояниях.

Некоторые стоматологические заболевания, сопровождающиеся выраженным изменением общего состояния пациента в результате инфекции и интоксикации организма, также требуют от врача оказания неотложной помощи и привлечения других специалистов. Например, при тяжелом течении язвенно-некротического стоматита стоматолог, по возможности, устраняет местные факторы, вызвавшие заболевание, подбирает необходимые в данной ситуации средства по уходу за полостью рта, проводит местную медикаментозную обработку полости рта раствором антисептика, направляет пациента к инфекционисту или терапевту для назначения общего лечения (антибиотикотерапии и других препаратов в зависимости от степени тяжести заболевания и состояния пациента).

Таким образом, общими принципами планирования неотложной помощи являются:

- точное определение степени тяжести заболевания и общего состояния пациента;
- прогнозирование осложнений, угрожающих жизни;
- оказание адекватного общему и местному состоянию пациента объема помощи;
- соблюдение протокола лечения (алгоритм оказания помощи).

Следует отметить, что, несмотря на наличие выраженной боли, после устранения или ослабления болевого синдрома и выполнения мероприятий неотложной помощи в первое посещение иногда возможно проведение профилактических мероприятий. Возникшее же патологическое состояние, необходимо использовать как веский довод при проведении мотивации пациента.

Приводим алгоритмы планирования оказания неотложной помощи при ряде стоматологических заболеваний с выраженным болевым синдромом.

Алгоритм планирования неотложной помощи при острых формах необратимого пульпита

1. Постановка окончательного диагноза.
2. Выбор метода лечения:
 - витальная экстирпация;
 - девитальная экстирпация;
 - удаление зуба.
3. Выбор метода обезболивания:
 - выбор анестетика (дозы, наличия, вида и концентрации вазоконстриктора);
 - выбор методики анестезии (инфильтрационная, проводниковая, и др.).
4. Выбор метода защиты от слюны:
 - система коффердам;
 - другое.
5. Выбор:
 - а) методики препарирования к/к:
 - инструментальное препарирование корневого канала (ручным, машинным, ультразвуковым, комбинированным способами);
 - использование техники Crown down;
 - использование техники Step back;
 - б) раствора антисептика для ирригации к/к (вида, его объема, концентрации);
 - в) метода пломбирования к/к:
 - временное;
 - постоянное;
 - г) силера;
 - д) методики (способа) obturation к/к:
 - латеральная конденсация;
 - система «Термафил» и др.
6. Планирование организации рабочего места для обеспечения протокола лечения выбранного метода на всех этапах лечения.

Необходимо отметить, что отсутствие этапа организации рабочего места в планировании лечения является ошибкой, поскольку от адекватно организованного места во многом зависит успех лечения. Примером тому служит значительная разница в оборудовании, инструментарии и материалах при реставрационной терапии и эндодонтическом лечении и др. Разумеется, что в практике положено принимать пациента в условиях полностью подготовленного рабочего места.

Алгоритм планирования неотложной помощи при острых формах апикального периодонтита

1. Постановка окончательного диагноза.
2. Выбор метода лечения:
 - консервативное лечение (препарирование и obturation к/к);
 - хирургическое лечение (периостотомия, гемисекция, резекция верхушки корня, удаление зуба);
 - комбинирование консервативного и хирургического лечения.
3. Выбор метода обезболивания:
 - выбор анестетика (дозы, наличия, вида и концентрации вазоконстриктора);
 - выбор методики анестезии (инфильтрационная, проводниковая, и др.).
4. Выбор метода защиты от слюны:
 - система коффердам;
 - другое.
5. Выбор способа оттока воспалительного экссудата:
 - через корневой канал;
 - надкостницу (периостотомия);
 - лунку удаленного зуба;
 - сочетание способов.
6. Выбор:
 - а) методики препарирования к/к:
 - инструментальное препарирование корневого канала (ручным, машинным, ультразвуковым, комбинированным способами);
 - с использованием техники Crown-down;
 - с использованием техники Step back;
 - б) раствора антисептика для ирригации к/к (его вида, объема, концентрации);
 - в) метода пломбирования корневого канала:
 - временное;
 - постоянное;
 - г) силера;
 - д) методики (способа) obturation к/к:

- латеральная конденсация;
 - система «Термафил»;
 - другое.
7. Назначение общей медикаментозной терапии (антибиотики, обезболивающие, противовоспалительные и др.).
 8. Консультация челюстно-лицевого хирурга.
 9. Решение вопроса о госпитализации пациента (по показаниям).
 10. Планирование организации рабочего места для обеспечения протокола выбранного метода лечения на всех этапах.

Алгоритм планирования оказания неотложной помощи при остром периодонтальном абсцессе

1. Постановка окончательного диагноза.
2. Выбор метода обезболивания:
 - выбор анестетика (дозы, наличия, вида и концентрации вазоконстриктора);
 - выбор методики анестезии (инфильтрационная, проводниковая и др.).
3. Выбор способа оттока воспалительного экссудата:
 - через разрез;
 - периодонтальный карман;
 - лунку удаленного зуба;
4. Устранение местной причины (фактора риска).
5. Консультация других специалистов (периодонтолога, ортопеда, врача-интерниста) для решения вопроса дальнейшей тактики лечения.
6. Назначение общей медикаментозной терапии (антибиотики, обезболивающие, противовоспалительные и др.).

Алгоритм планирования неотложной помощи при остром язвенно-некротическом стоматите и других острых заболеваниях СОПР

1. Постановка предварительного диагноза.
2. Устранение местных причинных факторов:
 - а) профессиональная гигиена:
 - подбор средств и методов индивидуальной гигиены;
 - максимально возможное удаление зубных отложений;
 - б) устранение острых краев зубов и других травмирующих факторов;
 - в) вредных привычек, другое.
3. Выбор медикаментозных средств для местного применения, обладающих этиологическим, патогенетическим и симптоматическим действием, в зависимости от нозологической формы заболевания.

4. Местное применение медикаментозных препаратов согласно стандарту лечения (антисептиков, обезболивающих, противовоспалительных, стимулирующих регенерацию СОПР).

5. Консультация интерниста по показаниям (дерматолога, инфекциониста и других) с целью уточнения диагноза и назначения общей терапии или решения вопроса о госпитализации пациента.

6. Выполнение назначений врача-интерниста.

Планирование профилактических мероприятий при стоматологических заболеваниях

При отсутствии неотложных состояний и болевых синдромов, требующих оказания неотложной помощи, первым этапом ПЛ является *планирование профилактических мероприятий*. В Республике Беларусь с 1998 г. действует Национальная программа профилактики кариеса и болезней пародонта, в рамках которой стоматолог должен планировать пациенту индивидуальный комплекс профилактических мероприятий. Поскольку **цель профилактики** — обеспечение стоматологического здоровья, то достижение этой цели возможно лишь при раннем выявлении факторов риска и начальных стадий заболеваний. Следует отметить, что на данном этапе мы говорим о первичной профилактике стоматологических заболеваний — мероприятиях, направленных на сохранение здоровья, т. е. на устранение и/или уменьшение влияния всех факторов риска.

Напоминаем, что основными факторами риска развития кариозной болезни являются:

- микроорганизмы зубного налета;
- недостаток фторидов;
- нерациональное питание (состав и частота приемов пищи).

Основными факторами риска развития болезней тканей пародонта являются:

- а) микроорганизмы зубного налета;
- б) местные травмирующие факторы:
 - травмирующая чистка зубов, неправильный флоссинг;
 - ятрогенные факторы (нависающие края пломб, протезов и др.);
- в) аномалии прикуса, архитектоники полости рта (глубокий прикус, мелкое преддверие, короткая уздечка губ, языка и др.);
- г) вредные привычки (курение, накусывание инородных предметов и др.);
- д) наличие парафункций (бруксизм);
- е) наличие соматической патологии:
 - заболевания и дисбаланс эндокринной системы;
 - аутоиммунные заболевания (ревматоидный артрит, болезнь Шегрена и др.);

- иммунодепрессивные состояния (ВИЧ, онкологические заболевания, состояние после облучения и др.);
- некоторые генетически обусловленные заболевания (ювенильный периодонтит, синдром Папийона-Лефевра и др.);
- ж) прием некоторых лекарственных препаратов (противосудорожных, др.).

Поскольку основным общим фактором риска развития кариозной болезни и болезней периодонта являются микроорганизмы зубного налета, то, прежде всего, выработка у пациента гигиенических навыков по тщательному уходу за полостью рта, наряду с устранением других факторов, является залогом профилактики стоматологических заболеваний. Немаловажную роль при этом играют:

- мотивация пациента по основным *факторам риска* возникновения заболеваний;
- регулярные контрольные визиты пациента к стоматологу;
- формирование у пациента ответственности за свое здоровье.

Поэтому при назначении пациенту методов индивидуальной профилактики, врач-стоматолог прежде всего должен решить:

- какие индивидуальные методы и средства гигиены необходимо назначить или рекомендовать;
- какие профилактические мероприятия нужны данному пациенту и как часто.

Таким образом, проводя детальное планирование индивидуальных профилактических мероприятий у конкретного пациента необходимо учитывать все имеющиеся у него факторы риска, а также интенсивность стоматологических заболеваний по данным КПУ, СРІТN и другим диагностическим критериям, результативность ранее проведенных профилактических мероприятий, возраст пациента, его образование, социально-экономический статус и другое.

При планировании следует принимать во внимание методы профилактики, внедренные на коммунальном уровне в данном регионе, стране. Также следует учитывать и взаимоотношения между врачом и пациентом. Без доверия к врачу не может быть достигнуто сотрудничество, а следовательно, и выполнение всех рекомендаций, обеспечивающих здоровый образ жизни — основу профилактики.

Например, уже в первое посещение врач планирует и проводит мотивацию пациента, инструктаж, подбирает индивидуальные средства гигиены, обучает соответствующим методам ухода за полостью рта. При каждом последующем визите эти навыки корректируются, закрепляются и контролируются.

Таким образом, общими принципами планирования профилактических мероприятий являются:

- выявление и устранение факторов риска развития стоматологических заболеваний;
- мотивация пациента по факторам риска и необходимости совместного сотрудничества;
- индивидуальное детальное планирование профилактических мероприятий;
- динамический контроль выполнения профилактических мероприятий и состояния здоровья полости рта (диспансеризация).

Напоминаем, что мероприятия планируются в комплексе и отражаются в стоматологической амбулаторной карте.

Кариозная болезнь у взрослого населения

На сегодняшний день в мире на основании существования многофакторности в возникновении кариеса; длительности взаимодействия факторов риска; многостадийности развития кариозного процесса; многообразия клинических проявлений принято *кариес зубов* рассматривать не только как деминерализацию твердых тканей зуба, сопровождающуюся наличием полости в зубе, а как **кариозную болезнь**, которая требует комплексного подхода в планировании лечебно-профилактической помощи.

План профилактических мероприятий зависит от риска возникновения кариеса, который может быть низким, средним, высоким.

При *низком риске* возникновения кариеса можно ограничиться мероприятиями, предусмотренными Национальной программой профилактики: нормализация гигиены, применение фторидов (фторированная зубная паста и фторированная соль), коррекция питания (снижение частоты употребления пищи, включая перекусы, до 5–6 раз в день, а также уменьшение количества углеводов) и посещение стоматолога 1–2 раза в год.

Для пациентов с *высоким риском* возникновения кариеса такая программа профилактики будет недостаточной. Рассмотрим пример профилактической программы для пациентов с высоким риском.

Пациентка Н., 20 лет, обратилась к врачу-стоматологу для профилактического осмотра. Из анамнеза установлено, что она работает на кондитерской фабрике. КПУ зубов = 14, ОНI-S = 2,4. При клиническом осмотре также было выявлено большое количество активных кариозных поражений эмали. Врач дополнительно провел экспресс-тесты слюны, которые выявили высокий уровень колонизации полости рта кариесогенными микроорганизмами (более 1 млн КОЭ/мл *Str. mutans*). В данном случае можно предложить следующий план профилактических мероприятий:

- а) мотивация:
 - беседа о причинах, вызывающих развитие кариеса (факторах риска кариеса);
 - о роли фторидов в профилактике кариеса;

- б) коррекция гигиены полости рта до ОНI-S менее 0,6:
 - подбор средств гигиены (зубная щетка, зубная паста со фтором, флоссы, чистка языка);
 - обучение методам гигиены полости рта;
- в) контролируемая чистка зубов (при необходимости) во время повторных визитов;
- г) ведение дневника питания;
- д) профессиональная гигиена полости рта каждые 3 месяца (4 раза в год):
 - контроль и коррекция гигиены;
 - удаление зубных отложений;
 - полировка зубов;
 - аппликация фторидов (фтор-лак «Цервитек», содержащий хлоргексидин);
- е) дополнительное использование экзогенных методов фторирования (это может быть полоскание полости рта 1 раз в неделю 0,2%-ным фторсодержащим раствором; использование различных ополаскивателей со фтором; гели для домашнего использования и др.; концентрация фтора, частота и длительность применения рекомендуется врачом индивидуально);
- ж) динамическое наблюдение (осмотр стоматолога 4 раза в год).

Кроме вышеперечисленных мероприятий, пациентке необходимо планировать проведение вторичной и третичной профилактики кариеса, заключающейся в качественном пломбировании кариозных полостей и протезировании зубов.

Следует отметить, что индивидуальный план профилактики кариозной болезни корректируется в зависимости от полученных результатов. Например, в нашем случае, если в течение нескольких лет у пациентки не образуются новые кариозные полости, и удалось устранить факторы риска, связанные с питанием, гигиеной полости рта и использованием фторидов, то можно уменьшить кратность визитов к стоматологу до 2 раз в год.

Конечная цель лечения кариеса зубов у пациента — стабилизация кариозного процесса, снижение или отсутствие прироста новых кариозных поражений зубов в течение определенного периода времени, а также длительное качественное функционирование реставраций и зубов в целом. В связи с этим, в первую очередь необходимо воздействовать на ранние, обратимые формы кариеса, что позволит врачу предотвратить дальнейшее развитие кариозного процесса и надолго сохранить пациенту здоровье зубов. Для достижения этой цели необходимо решить следующие задачи:

- снизить риск возникновения кариеса;
- уменьшить прирост кариеса (снизить УИК) за счет проведения комплекса профилактических мероприятий;

- произвести качественную реставрационную терапию для восстановления функции зуба и предотвращения перехода заболевания на следующую более тяжелую стадию.

При планировании лечения кариозной болезни тактика врача и объем лечебно-профилактических мероприятий, прежде всего, зависит:

- от стадии кариозного поражения (субклинические, клинические полостные и безполостные поражения эмали, дентина и цемента корня);
- риска возникновения кариеса.

В свою очередь риск заболевания, кроме основных вышеописанных факторов, определяется сочетанием следующих условий:

- интенсивностью кариеса (КПУ, КПП);
- активностью кариозного процесса (прирост кариеса — УИК, наличие активных кариозных поражений);
- наличием аномалий прикуса, ятрогенных факторов;
- наличием факторов риска, связанных со свойствами слюны (низкая буферная емкость слюны и скорость слюноотделения и др.);
- состоянием общего здоровья пациента и его возрастом;
- социально-экономическим фактором (например, желание пациента сотрудничать с врачом, уровень образования, материального состояния пациента);
- тенденцией кариеса в регионе, где проживает пациент.

Осложнения кариеса зубов

Первичные профилактические мероприятия, направленные на предупреждение развития пульпита и апикального периодонтита заключаются:

- 1) в предупреждении развития кариеса зубов и болезней периодонта, т. е. в исключении коронального и ретроградного пути проникновения инфекции в эндодонт;
- 2) раннем выявлении начальных форм кариеса, что позволит врачу предотвратить дальнейшее развитие кариозного процесса и его осложнений;
- 3) качественном лечении (пломбировании и протезировании) развившегося кариеса зубов.

Вторичная профилактика заключается в предупреждении осложнений, возникающих при лечении пульпита и апикального периодонтита, т. е. — в качественном эндодонтическом лечении с соблюдением стандартов каждого этапа лечения.

Третичная профилактика основана на расширении показаний к хирургическим методам лечения осложнений кариеса (гемисекция, коронарно-радикулярная сепарация, резекция верхушки корня, удаление зуба) при некачественно проведенном эндодонтическом лечении, что позволит радикально устранить очаг одонтогенной инфекции, вызывающий гнойно-

воспалительные заболевания ЧЛЮ и очагово обусловленные заболевания организма, такие как пиелонефрит, миокардит и др.

Некариозные поражения твердых тканей зубов

Следует отметить, что планирование профилактических мероприятий при некариозных заболеваниях твердых тканей зубов зависит от времени возникновения заболевания — до или после прорезывания зубов.

Так, основными профилактическими мероприятиями, направленными на предотвращение развития некариозных заболеваний, возникающих до прорезывания зубов, является мотивация женщины, планирующей рождение ребенка, устранение возможных факторов риска, приводящих к нарушению развития и формирования зубов, как во время беременности, так и у ребенка в период закладки и формирования постоянного прикуса. При этом важное значение имеет:

- общее и стоматологическое здоровье матери;
- физиологическое протекание беременности;
- отсутствие кариеса и его осложнений в молочном прикусе у ребенка.

При проживании матери и ребенка в эндемическом очаге повышенного содержания фтора в воде необходимо рекомендовать использование ими бутилированной воды с нормальной концентрацией фтора. Мотивацию матери по влиянию некоторых лекарственных препаратов (антибиотики тетрациклинового ряда и другие) на зубочелюстную систему ребенка необходимо проводить совместно с гинекологом и педиатром.

Основные профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития некариозных заболеваний, возникающих после прорезывания зубов, заключаются:

- а) в устранении факторов риска, связанных:
 - с травматической чисткой зубов;
 - вредными привычками;
 - питанием (употребление кислых продуктов и напитков);
- б) устранении парафункции (бруксизм);
- в) нормализации окклюзионных соотношений (при ЧВА, заболеваниях тканей периодонта);
- г) коррекции гормонального баланса при некоторой эндокринной патологии (поражение щитовидной железы, надпочечников).

Следует отметить, что выполнение последнего пункта возможно лишь при совместном наблюдении пациента с эндокринологом или терапевтом.

Болезни периодонта

Цель профилактики — обеспечение периодонтального здоровья, которое достигается:

- а) при регулярном проведении профессиональной гигиены:

- мотивации по факторам риска возникновения болезней периодонта;
- обучении и контроле гигиены полости рта;
- качественном удалении зубных отложений;
- б) устранении других местных и общих факторов риска заболевания;
- в) контроле окклюзии (избирательное пришлифовывание зубов);
- г) регулярных контрольных визитах пациента к стоматологу.

Вышеназванные мероприятия относятся к первичной профилактике болезней периодонта, т. к. они способны предотвратить развитие гингивита и периодонтита. Также они являются и вторичной профилактикой периодонтита, поскольку эффективны при лечении хронического простого маргинального гингивита. Что же касается развившихся стадий периодонтита, как простого, так и сложного, то вторичная и третичная профилактика невозможна без проведения хирургического и других видов лечения.

Необходимо отметить, что профилактические мероприятия при всех нозологических формах стоматологических заболеваний неразрывно связаны с выполнением лечебных манипуляций и поэтому они планируются и проводятся у пациента практически одновременно. Как правило, профилактические мероприятия являются одним из этапов лечения и только при отсутствии стоматологического заболевания они проводятся как самостоятельный отдельный этап. Например:

- профессиональная гигиена — это одновременно профилактика и лечение болезней ткани периодонта;
- местное использование фторидов является методом профилактики возникновения новых кариозных поражений и одновременно стабилизируют уже возникший кариес.

Заболевания слизистой оболочки полости рта

Планирование профилактики заболеваний СОПР зависит от того, являются ли эти заболевания самостоятельной нозологической формой заболевания слизистой оболочки рта или проявлением общих соматических заболеваний на СОПР (согласно классификации МКБ-С 10, 1997). Например:

- травматическая (декубитальная) язва слизистой оболочки на боковой поверхности языка возникает в результате хронической травмы острыми краями разрушенного кариозным процессом зуба или в результате некачественно изготовленной ортопедической конструкции и относится к самостоятельному заболеванию слизистой оболочки языка;
- язва на той же боковой поверхности языка может быть элементом поражения при сифилисе, туберкулезе, заболеваниях крови, и в таком случае является проявлением в полости рта общих заболеваний организма.

Следует отметить, что микроорганизмы зубного налета как в первом, так и во втором случае приводят к присоединению вторичной инфекции, усугублению степени тяжести заболевания и замедлению процессов регенерации.

Значит, основными мероприятиями профилактики заболеваний СОПР, зависящими от стоматолога, являются:

- нормализация гигиены полости рта;
- устранение травмирующих, в том числе и ятрогенных факторов (разрушенные зубы, некачественные пломбы, протезы, ортодонтические конструкции, использование стоматологических материалов, вызывающих аллергическую реакцию и разность потенциалов);
- устранение вредных привычек (курение, накусывание, жевание слизистой, употребление слишком горячей и острой пищи и др.);
- раннее выявление:
- отклонений процесса ороговевания и регенерации СОПР;
- других элементов поражения.

Важно помнить, что стоматолог играет огромную роль в раннем выявлении патологии СОПР, поскольку он при осмотре слизистой на основании критериев оценки ее состояния может заподозрить такие грозные общие заболевания, как заболевания крови, инфекционные, аллергические и другие и направить пациента к врачу-интернисту для постановки окончательного диагноза и назначения общего лечения.

Детальное планирование лечения основных стоматологических заболеваний

Кариозная болезнь

Как было сказано в разделе планирования профилактических мероприятий, при кариозной болезни грамотное планирование лечения кариеса зубов основано на устранении факторов риска и/или уменьшении их влияния на развитие кариозного процесса.

При проведении **этапа детального планирования лечения кариеса** у врача возникает ряд практических вопросов:

- а) какой объем лечебно-профилактических мероприятий должен проводиться у конкретного пациента в зависимости от риска возникновения заболевания;
- б) определение целесообразности оперативного лечения (пломбирования) с учетом стадии заболевания, функциональной ценности зуба, доступа к кариозной полости, наличия патологии периодонта и др.;
- в) выбор метода лечения:
 - назначение комплекса профилактических мероприятий;

- неинвазивная терапия (неинвазивная герметизация фиссур, использование аппарата Ozona);
- малоинвазивное лечение (инвазивная герметизация фиссур, туннельное препарирование с сохранением краевого гребня, ART-методика, профилактическое пломбирование и др.);
- инвазивное лечение (классическое препарирование и свободный дизайн кариозной полости);
- г) выбор методики оперативного лечения:
 - классическое пломбирование с использованием изолирующей прокладки до эмалево-дентинной границы;
 - «сэндвич»-техника;
 - тотальное протравливание (влажный бондинг);
- д) выбор пломбировочного материала;
- е) планирование динамического наблюдения и оценки качества лечения;
- ж) организация рабочего места.

Вышеизложенное рассмотрим на примерах:

1. У пациента 25 лет, при ОНІ-S = 0,6, КПУ = 2, регулярном использовании флосса для очистки межзубных промежутков и низком риске кариеса планируется восстановление кариозной полости II класса по Блеку в зубе 25 с использованием композиционного материала. Следует только решить, какой композиционный материал выбрать — химического или светового отверждения, макрофил, наноуполненный материал или ормокер;

2. У пациента 25 лет, с ОНІ-S= 1,8, КПУ=25, с высоким риском кариеса и наличием большого количества активных поражений (меловидных пятен с потерей блеска, шероховатых при зондировании), даже при нормализации гигиены на момент лечения необходимо отсроченное пломбирование аналогичного дефекта с использованием СИЦ, а также введение дополнительных методов фторпрофилактики и наблюдение за активностью кариозного процесса в динамике.

При планировании методики препарирования твердых тканей зуба врачу в зависимости от риска кариеса, выбора пломбировочного материала, состояния гигиены и других факторов необходимо решить, будет ли он использовать классические принципы препарирования по Блеку, принципы биологической целесообразности, ART-метод или туннельное препарирование. Напоминаем, что применение туннельной техники препарирования кариозной полости, расположенной на аппроксимальной поверхности зуба, целесообразно только при низкой или средней интенсивности кариеса, т. к. при высоком КПУ велика вероятность развития вторичного кариеса.

Результаты инвазивного лечения кариеса во многом зависят:

- от адекватно выбранного метода лечения;

- правильного выбора пломбировочного материала;
- соблюдения технологии реставрации на каждом этапе;
- уровня организации рабочего места;
- сотрудничества пациента с врачом (выполнение рекомендаций по уходу за полостью рта и реставрациями).

Следует отметить, что **выбор методики реставрации и пломбировочного материала** осуществляется в зависимости:

- от групповой принадлежности зуба;
- класса кариозной полости по Блэку;
- глубины кариозной полости, степени разрушения твердых тканей зуба и вовлечения в кариозный процесс цемента корня;
- уровня гигиены полости рта;
- состояния тканей, окружающих зуб (болезней периодонта);
- наличия ортопедических конструкций (протезов) на зубах-антагонистах;
- сопутствующих общих заболеваний (сопровождающихся нарушением функции слюнных желез, эндокринной системы, влияющих на структуру зубов);
- другой сопутствующей патологии (повышенное стирание зубов, бруксизм, аллергия на стоматологические материалы, анестетики);
- возраста пациента;
- материально-технической базы и финансовых возможностей пациента.

Из этого следует, что:

- планируя реставрацию зубов по поводу кариеса, при его высокой интенсивности и низком уровне гигиены целесообразно остановить свой выбор на амальгаме или стеклоиономерных цементах;
- при выборе материала для кариозных полостей V класса по Блэку следует отдать предпочтение материалам с низким модулем эластичности (жидкотекучие композиты и микрогибриды);
- если врач планирует выполнение высокоэстетичных реставраций для фронтальной группы зубов, рекомендуется использовать, прежде всего, микрогибриды и нанокомпозиты;
- для нагруженных реставраций в области жевательной группы зубов лучше применять амальгаму, ормокеры или пакуемые композиционные материалы;
- при локализации кариозного процесса на медио-окклюзионно-дистальной поверхности жевательной группы зубов с истончением стенок и поражением бугров целесообразно изготовить вкладку, или реставрировать данный зуб с перекрытием бугров и применением упроченных композиционных материалов.

Приводим алгоритм планирования лечения при инвазивных методиках лечения кариеса:

1. Постановка окончательного диагноза, определение прогноза.
2. Выбор метода, материала и техники реставрации.
3. Выбор способа обезболивания и защиты от слюны.
4. Очистка зуба, секстанта.
5. Препарирование и пломбирование кариозной полости в зависимости от выбранного метода и методики лечения (соблюдение технологии).
6. Финишная обработка реставрации в зависимости от пломбировочного материала.
7. Оценка качества проведенного лечения (в ближайшие и отдаленные сроки).
8. Организация рабочего места.
9. Динамическое наблюдение.

Необходимо отметить важность проведения динамического наблюдения. Благодаря этому этапу врач может диагностировать изменения в течении кариозного процесса, выявлять ранние признаки нового поражения, появления дефектов пломбы, оценивать состояние поверхности реставрации и качество лечения в целом и, в случае необходимости, произвести его коррекцию. При этом частота вызова пациента определяется риском возникновения кариеса, классом выбранного материала, качеством проведенного лечения и осуществляется в ближайшие и отдаленные сроки во время контрольных визитов пациента.

Некариозные поражения зубов

Объем мероприятий планируемый при лечении некариозных поражений, возникающих до прорезывания зубов, зависит в первую очередь:

- от предъявляемых пациентом жалоб;
- степени тяжести заболевания;
- наличия дефектов твердых тканей зубов.

Если клинические проявления заболевания ограничиваются единичными пятнами на различных участках зуба и пациент не предъявляет жалоб, то врач планирует обычное динамическое наблюдение.

При наличии жалоб пациента на неэстетичный вид зубов, выраженное изменение их цвета, и в случае дефектов твердых тканей зубов, планирование помощи включает в себя отбеливание зубов и микрообработку, а также восстановление дефектов зубов (реставрация, виниры, вкладки, коронки).

Планирование лечебных мероприятий при некариозных поражениях, возникающих после прорезывания зубов направлено:

- на стабилизацию начальных поражений путем укрепления твердых тканей зуба препаратами фтора (для противостояния механической

нагрузке, действию эрозивного фактора при эрозиях и клиновидных дефектах);

- устранение факторов риска (коррекция методов чистки зубов, питания, устранение вредных привычек и др.);
- снятие гиперчувствительности дентина;
- восстановление дефектов зубов (различные виды реставраций);
- восстановление фиссурно-бугоркового контакта между зубами;
- восстановление высоты прикуса и др.

Например:

- планирование лечения клиновидных дефектов предполагает: мотивацию пациента, направленную на коррекцию методики чистки зубов (исключение горизонтальных движений и чрезмерного давления на щетку, использование мягкой зубной щетки, своевременная замена щетки и чистка зубов до приема пищи для снижения воздействия эрозивного фактора пищи на развитие абразии); реставрацию дефектов твердых тканей зубов, расположенных в дентине; устранение гиперчувствительности дентина вплоть до эндодонтического и ортопедического лечения; выверение окклюзии с последующим восстановлением фиссурно-бугорковых контактов; покрытие зубов фтор-препаратами (лаки, гели) для укрепления тканей и противостояния их абразивному сошлифовыванию зубной щеткой; консультация ортодонта для коррекции анатомо-морфологических изменений в полости рта (аномалии положения зубов, прикуса и др.); динамическое наблюдение;

- при эрозиях *диетического происхождения*, когда основным эрозивным фактором являются кислоты пищи, целью планируемых лечебных мероприятий является стабилизация заболевания, т. е. прекращение прогрессирования путем:

- устранения факторов риска (уменьшение частоты приема кислой пищи и напитков, употребление кислых напитков через соломинку и в охлажденном виде, проведение гигиены полости рта с применением мягкой щетки и низкоабразивной зубной пасты, чистка зубов перед приемом пищи);

- укрепление тканей зуба препаратами фтора (домашнее и профессиональное);

- восстановление дефектов зубов путем пломбирования и ортопедического лечения;

- устранение гиперчувствительности дентина;

- динамическое наблюдение.

Следует обратить внимание на **выбор пломбировочных материалов** для восстановления дефектов зубов при некариозных поражениях.

Так, при реставрации *клиновидных дефектов и эрозий зубов*, расположенных в пришеечной трети зуба, рекомендуется использовать пломбировочные материалы с низким модулем Юнга (модуль эластичности). В

этих случаях при реставрации фронтальных зубов необходимо учесть эстетические свойства композиционных материалов.

Для восстановления дефектов на окклюзионных поверхностях при чрезмерном стирании лучшим выбором кроме амальгамы, будут ормомеры и пакуемые композиционные материалы.

Эндодонтическое лечение

Приступая к планированию эндодонтического лечения зубов необходимо учитывать:

- нозологическую форму заболевания (пульпит, апикальный периодонтит, травма зуба, депульпирование по ортопедическим показаниям);
- степень выраженности воспалительного процесса, наличие болевого синдрома, общее состояние пациента;
- групповую принадлежность и степень разрушения твердых тканей зуба;
- наличие и размеры деструкции у верхушек корней;
- анатомо-морфологические особенности строения зубов, корней, корневых каналов с учетом возрастных изменений;
- состояние гигиены полости рта и окружающих зуб тканей (болезни периодонта);
- наличие общесоматических заболеваний.

Цель лечения пульпита и апикального периодонтита — сохранение зуба и его функции, а также устранение очага одонтогенной инфекции.

Задачи лечения:

1. Диагностика жизнеспособности (витальности пульпы).
2. Защита здоровой пульпы (поддержание жизнеспособности).
3. Ликвидирование боли.
4. Устранение воспаления пульпы и тканей апикального периодонта.
5. Лечение инфицированных корневых каналов.
6. Предупреждение распространения инфекции (воспаления) на окружающие ткани.
7. Устранение очага одонтогенной инфекции и очаговообусловленных заболеваний.

Выбор рационального метода лечения осложненного кариеса является одним из важнейших условий для успешного лечения и зависит:

- от состояния пациента;
- состояния пульпы и периапикальных тканей;
- особенностей анатомии корневого канала;
- профессионализма врача;
- адекватно организованного рабочего места и наличия времени, достаточного для качественного эндодонтического лечения;
- желания пациента сохранить зуб.

Приступая к выбору метода лечения стоматог, в первую очередь, должен оценить возможность сохранения зуба, помня о пределах консервативного лечения.

Например, 33-летнему пациенту без общесоматической патологии поставлен диагноз денто-альвеолярный абсцесс от зуба 25. На рентгенограмме: корневой канал зуба 25 не плотно запломбирован на $\frac{2}{3}$ длины корня, в области верхушки имеется очаг деструкции костной ткани размером 3×4 мм с нечеткими контурами. Пациенту рекомендовано:

- проведение эндодонтического лечения к/к по методике Crown Down с временной пломбировкой кальций содержащим материалом;
- периостотомия;
- после купирования воспаления пломбировка к/к методом латеральной конденсации гутаперчей с использованием Arxita;
- динамическое наблюдение с рентгенологическим контролем каждые 3–6 месяцев;
- в аналогичном случае у пациента такого же возраста, но с хронической почечной недостаточностью, находящемуся на гемодиализе, рекомендовано удаление зуба в условиях стационара.

Следует учесть, что независимо от выбранного метода эндодонтического лечения существует определенная последовательность проведения лечения осложненного кариеса. В табл. 1 приведена схема ориентировочного действия (алгоритм) при планировании лечения пульпита и апикального периодонтита.

Таблица 1

Схема ориентировочного действия при планировании лечения пульпита и апикального периодонтита

Этапы лечения	План лечения
1. Подготовительный этап лечения	<ul style="list-style-type: none"> • организация рабочего места; • гигиеническое очищение зуба, секстанта; • подготовка коронки зуба к эндодонтическому лечению (удаление кариеса, временное восстановление)
2. Постановка диагноза	<ul style="list-style-type: none"> • диагностика; • дифдиагностика; • консультация у других специалистов по показаниям;
3. Прогноз и план лечения	<ul style="list-style-type: none"> • предвидение результата лечения; • выбор метода и методики лечения
4. Обсуждение плана лечения с пациентом	<ul style="list-style-type: none"> • разъяснение (мотивация); • согласование
5. Оказание неотложной помощи	<ul style="list-style-type: none"> • устранение боли; • удаление зуба и др.

Этапы лечения	План лечения
6. Проведение самого лечения (сохранение или удаление пульпы и ее распада)	<ul style="list-style-type: none"> • покрытие пульпы; • эндодонтическое препарирование к/к; • медикаментозная обработка к/к; • obturation корневых каналов
7. Восстановление анатомической формы и функции зуба	<ul style="list-style-type: none"> • пломбирование; • протезирование; • выверение окклюзии
8. Профилактика осложнений (на каждом этапе)	<ul style="list-style-type: none"> • соблюдение стандартов лечения; • качественное выполнение манипуляций; • повышение ответственности врача за исход лечения
9. Динамическое наблюдение за очагом одонтогенной инфекции	<ul style="list-style-type: none"> • клиническое 6–12 месяцев, 1 раз в 2–3 года; • Rh-логическое (аналогично)
10. Ведение документации	<ul style="list-style-type: none"> • подробная запись в САК всех этапов диагностики, планирования, лечения; • финансовый отчет

Таким образом, для достижения высокого качества лечения, предотвращения осложнений и ошибок при планировании эндодонтического лечения стоматолог должен:

- предусмотреть прогноз заболевания и возможные осложнения;
- соблюдать осторожность при выборе метода и методики лечения, при этом учитывать состояние общего и стоматологического здоровья пациента;
- планировать проведение лечения без боли, в асептических условиях с использованием коффердама;
- обеспечить строгое соблюдение технологии методик лечения для качественного выполнения каждого этапа лечения;
- предусмотреть оценку качества проведенного лечения в ближайшие и отдаленные сроки.

Заболевания периодонта

После установления окончательного диагноза и прогноза заболевания переходят к планированию лечения.

Цель планирования — координация всех лечебно-профилактических мероприятий, направленных на достижение здорового периодонта.

Целью же лечения является восстановление структуры и функций периодонта.

Перед врачом ставятся следующие **задачи**:

- нормализация гигиены и устранение других местных и общих факторов риска;

- устранение воспаления и предотвращение его перехода на глубже лежащие ткани;
- устранение кровоточивости;
- устранение периодонтального (патологического) кармана;
- прекращение образования гноя;
- замедление резорбции кости;
- уменьшение подвижности зубов;
- нормализация окклюзионных соотношений;
- восстановление периодонтальной ткани и контура десны;
- стабилизация процесса и профилактика рецидивов.

Следует отметить, что при заболеваниях периодонта чрезвычайно важен индивидуальный подход к планированию и проведению лечебных мероприятий. Лечение при этом должно быть комплексным и долгосрочным, включающим оказание всех видов помощи (этиологической, хирургической, ортопедической, ортодонтической), т. е. должно проводиться в несколько этапов (фаз). Очень важно при этом динамическое наблюдение и проведение поддерживающего лечения. Подчеркиваем, что лечение должно быть адекватным степени тяжести изменений в периодонте с учетом возраста и общесоматического состояния пациента. Врач также должен помнить, что без обсуждения плана лечения с пациентом, без мотивации его к сотрудничеству с врачом невозможно добиться хороших результатов.

Для выполнения вышеизложенного и составляется план лечения. При этом необходимо отметить, что во время первого посещения даже при детальном обследовании пациента трудно наметить весь объем лечебно-профилактических мероприятий и составить окончательный план лечения, поскольку в полной мере невозможно сразу определить прогноз для каждого зуба и степень сотрудничества пациента с врачом.

При планировании лечения данной патологии следует также учитывать профессионализм врача, материально-техническую базу лечебного учреждения и платежеспособность пациента, т. к. на многие виды оказания лечебной помощи (шинирование зубов, лоскутные операции, имплантология и др.) нет бюджетного финансирования. Поэтому пациенту необходимо разъяснить объем и цели лечения, альтернативные варианты, возможности функционального и эстетического дискомфорта на каждом этапе лечения. Очень важно для достижения успеха не только подробно разъяснить цели и содержание процедур, но и акцентировать внимание на зависимость успеха лечения от действия самого пациента и на его ответственность за исход заболевания и здоровье в целом.

Учитывая вышеизложенное, приводим *алгоритм планирования лечения болезней тканей периодонта*:

1. Предварительное лечение (оказание неотложной помощи).

Включает лечение острых случаев болезни, таких как:

- острый язвенно-некротический гингивит;
- острый перикоронарит;
- острый герпетический гингивостоматит;
- острый или хронический десневой или периодонтальный абсцесс;
- удаление зубов, которые не могут быть использованы в дальнейшем под опору мостовидных протезов;
- временное протезирование (иммедиат протезы).

2. Этиологическое лечение (основное, начальное или подготовительное):

а) исключение этиологических факторов и факторов риска:

- проведение профессиональной гигиены;
- контроль налета;
- коррекция пломб и протезов;
- нормализация окклюзионных контактов (избирательное пришлифовывание зубов);
- устранение вредных привычек, парафункций;

б) эндодонтическое лечение зубов ранее некачественно леченных по поводу осложненного кариеса или их удаление;

в) противомикробная, медикаментозная терапия (местная и общая);

г) временное шинирование.

д) использование «Вектор»-системы, других — по показаниям.

Повторная оценка состояния. После проведенного лечения периодонта повторно оценивают:

- состояние гигиены полости рта;
- степень воспаления десны;
- глубину карманов и потери прикрепления;
- степень деструкции альвеолярной кости (по данным ортопантомограммы).

После этого решается вопрос о необходимости следующего этапа лечения.

3. Хирургическое (корректирующее) лечение.

Цель — устранить периодонтальный карман или уменьшить его глубину, поскольку он является основным источником поддержания воспаления.

Лечение включает:

- периодонтальную хирургию, в том числе имплантанты;
- лоскутные операции с остеопластикой;
- зубосохраняющие операции (гемисекция, резекция верхушки корня и др.);
- френуло- и вестибулопластику;
- постоперативное лечение;

– эндодонтическое лечение зубов, утративших витальность (жизнеспособность пульпы) во время хирургического лечения тканей периодонта.

4. Восстановительное (ортопедическое) лечение.

Цель — восстановить целостность зубного ряда, нормализовать окклюзионное соотношение.

Лечение включает:

- постоянное шинирование;
- окончательное протезирование фиксированными или съемными протезами;

5. Поддерживающее лечение (реабилитационное).

Цель — закрепить успех лечения, добиться стойкой ремиссии путем регулярных визитов пациента к стоматологу:

- для контроля гигиены;
- проведения регулярной профессиональной гигиены;
- оценки воспаления, определения кармана, подвижности зуба;
- коррекции окклюзии;
- физио- и других видов лечения по показаниям.

Следует отметить, что повторная оценка состояния периодонтального статуса проводится в конце каждого этапа лечения. При этом врач получает информацию об изменениях в тканях периодонта, произошедших в процессе лечения, и решает вопросы о необходимости следующего этапа терапии.

Важно подчеркнуть, что медикаментозное лечение при заболеваниях тканей периодонта применяется только в комплексе с другими видами лечения и состоит из местного и общего применения:

- антимикробных препаратов (антисептиков, антибиотиков, метронидазола, их комбинирования);
- патогенетических средств, воздействующих на воспалительный процесс в периодонте;
- других препаратов, стимулирующих регенерацию и повышающих местный иммунитет.

При назначении групп препаратов следует учитывать: показания и противопоказания к их применению; вид и степень тяжести заболевания; общесоматическое состояние пациента; чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам; дозы и способы введения лекарственных средств.

Хотелось напомнить, что планирование лечения в каждом конкретном случае должно проводиться строго индивидуально.

Например, у молодых, практически здоровых пациентов, можно добиться полного излечения хронического простого маргинального гингивита путем проведения только гигиенических мероприятий (индивидуальной и профессиональной гигиены, контрольных визитов). Назначение же им

антибактериальных препаратов не обосновано. Применение самых современных, широкого спектра действия антибиотиков без должной гигиены и устранения других местных факторов риска будет неэффективным мероприятием, наносящим вред здоровью пациента.

Лечение тканей периодонта будет неуспешным и без нормализации окклюзионных соотношений, устранения преждевременных контактов.

Устранение периодонтального кармана (более 6 мм) в апроксимальных промежутках без восстановления кости и создания нового прикрепления эпителия, а также мотивации пациента по каждодневному использованию ершиков, суперфлоссов ставит под сомнение хирургическое лечение.

Периодонтальная хирургия будет неэффективна при показаниях ОНI-S > 0,6.

Беременность не всегда является предрасполагающим фактором в развитии гиперпластического гингивита. Прежде всего пациентке следует нормализовать гигиену рта, а не назначать склерозирующую терапию тканей десны.

Заболевания слизистой оболочки полости рта

Планирование лечения заболеваний СОПР зависит, прежде всего, от того, к какой группе (первой или второй) относится данное поражение, т. е. — это самостоятельно возникшее заболевание слизистой оболочки рта или проявление на ней общих заболеваний. Например, по классификации ВОЗ к **1-й группе** заболеваний относятся травматические поражения СОПР такие как декубитальная язва, некоторые виды хейлитов, лейкоплакия и другие. Во **2-ю группу** заболеваний входят поражения слизистой при заболеваниях крови (лейкозах и др.); инфекционных заболеваниях (корь, герпетическая инфекция и др.); дерматозах (плоский лишай, синдром Стивенса-Джонсона и др.).

Следует отметить, что стоматолог, как правило, не может самостоятельно без специальных методов обследования установить диагноз целого ряда заболеваний СОПР и не имеет право самостоятельно назначать общее лечение без консультации соответствующих специалистов. Он должен согласовывать план лечения с интернистом и выполнять его рекомендации. В данной ситуации планирование лечения заключается:

- в устранении местных травмирующих и других факторов риска;
- нормализации гигиены полости рта;
- лечении основных стоматологических заболеваний, усугубляющих поражения СОПР;
- местном использовании антисептических препаратов и других медикаментозных средств, например, улучшающих регенерацию, разрешенных к применению в стоматологии МЗ РБ.

Приводим тактику стоматолога при **планировании лечения заболеваний СОПР**:

- собрать анамнез болезни, общемедицинского и стоматологического статуса;
- клинически обследовать ЧЛЮ, СОПР, периодонт, твердые ткани зубов;
- поставить предварительный диагноз (по возможности);
- определить показания для направления к смежным специалистам;
- исключить местные факторы риска;
- нормализовать гигиену;
- оказать неотложную помощь (устранить болевой синдром);
- исключить очаги одонтогенной инфекции;
- провести необходимые мероприятия местного лечения СОПР (антисептическую обработку полости рта, использование других медикаментозных средств по показаниям, согласно протокола лечения);
- направить пациента для постановки окончательного диагноза и составления плана общего лечения к интернисту;
- назначить на повторное лечение для выполнения рекомендаций интерниста и оказания всех необходимых видов стоматологической помощи (после купирования острой формы заболеваний СОПР).

Подчеркиваем, что последовательность алгоритма действия может быть изменена в зависимости от нозологической формы заболевания, степени тяжести и общего состояния пациента.

Оценка качества лечения стоматологических заболеваний

Поскольку целью любого лечения является обеспечение здоровья — то, оценивая качество проведенных лечебно-профилактических мероприятий, мы, в общем, проводим оценку:

- стоматологического здоровья пациента по определенным критериям;
- качества выполнения различных манипуляций;
- сравниваем полученный результат с исходным уровнем здоровья.

По сути дела мы проводим мониторинг лечения, т. е. оцениваем качество лечебно-профилактических мероприятий на всех этапах работы с пациентом, начиная с этапа диагностики, в процессе лечения и при динамическом наблюдении. Кроме этого, принято оценивать эффективность лечения в определенные сроки: после лечения (непосредственно после его проведения); в ближайшие (1–3–6 месяцев) и в отдаленные сроки (1 год и более).

Критерии стоматологического здоровья подробно изложены нами в учебно-методическом пособии «Планирование диагностики в терапевтической стоматологии». Напоминаем, что наряду с клиническими параметрами, в качестве критериев используются также различные индексы (КПУ, КПИ, GI, ОНI-S и др.), и результаты лабораторных методов исследования (рентгенографии, ЭОД, лазерной флюоресценции и др.). Несмотря на то, что применяемые критерии оценки здоровья бывают различными и зависят от вида патологии, они должны быть объективными, чувствительными, универсальными, простыми в применении, обладать определенной специфичностью и воспроизводимостью. Однако со временем они могут меняться, это обусловлено развитием стоматологической науки и появлением новых методов диагностики и лечения.

Прогноз заболевания при оценке качества лечения позволяет определить влияние различных факторов (как общих, так и местных) на течение заболевания и выявить причины, по которым лечение оказалось неэффективным. К таким факторам относят, например, общесоматическую патологию и возраст пациента, наличие других стоматологических заболеваний и их интенсивность (КПУ, УИК), скорость слюноотделения и др. В таких случаях врач должен осознать и проанализировать объективные причины на пути к успешному лечению и уметь объяснить их пациенту (например, недостаточная изученность заболевания при поражениях слизистой оболочки полости рта, неадекватная материально-техническая база при эндодонтическом лечении, наличие сахарного диабета при заболеваниях периодонта и др.).

Важным фактором, оказывающим влияние на качество проведенного лечения, является и четкое **выполнение протокола диагностики и лечения**. Протокол диагностики и лечения представляет собой схему последовательно выполняемых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий в определенном объеме. Они разрабатываются на основании длительного, досконального изучения этиологии и патогенеза заболевания, методов профилактики и лечения в процессе многочисленных научных исследований, учитывая мировой опыт и утверждаются Министерством здравоохранения страны.

Однако в современной стоматологии полное выполнение протокола лечения не всегда позволяет добиться положительного результата. Так, например, при лечении кариеса устранение всех основных его факторов риска невозможно, т. к. на развитие болезни влияют привычки питания, образ жизни, уровень образования, социально-экономическое положение пациента. Кроме того, часть населения любой популяции является носителем более вирулентных штаммов кариесогенных микроорганизмов или они обнаруживаются у них в большем количестве, поэтому эффективность применяемых методов лечения и профилактики значительно снижаются.

В процессе лечения состояние здоровья пациента может улучшаться, ухудшаться и оставаться стабильным. Лечение можно считать успешным, если заболевание стабилизируется или происходит положительная динамика, а также данные результаты сохраняются в течение длительного времени. Например:

- стабилизация или исчезновение очага деструкции костной ткани в области верхушки корня зуба после проведенного эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита;
- снижение скорости прироста кариеса по индексу КПУ на N % за N лет;
- снижение значения индекса GI при лечении заболеваний пародонта на N % за N месяцев;
- заживление целостности слизистой оболочки при декубитальной язве (в течение 7–10 дней);
- длительное отсутствие рецидива при хронических рецидивирующих заболеваниях СОПР и др.

Кариозная болезнь у взрослого населения

Напоминаем, что **целью лечения** кариозной болезни является снижение или отсутствие прироста новых кариозных поражений зубов в течение наблюдаемого периода времени.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при кариозной болезни среди взрослого населения оценивается:

- по динамике и структуре индексов, отражающих интенсивность кариозного процесса (снижение прироста кариеса или стабилизация процесса, т. е. КПУ остается неизменным в течение длительного периода времени или уменьшается прирост кариеса на N %);
- уменьшению действия факторов риска (положительная динамика по индексам гигиены, повышение уровня знаний о причинах и способах предупреждения стоматологических заболеваний и др.);
- длительности функционирования реставраций.

Важным моментом является **динамическая оценка риска** возникновения кариеса с использованием различных методов прогнозирования: метод клинического прогнозирования (П. А. Леус, 1990), модель риска «Кариограмма» (Bratthall, 1997) и ее модификация (С. М. Тихонова, П. А. Леус, 2003), методы прогнозирования на основе экспресс-методов слюны (Dentocult SM, Dentocult LB, Dentobuf Strip фирмы Vivacare и др.) и прочие.

Таким образом, лечение кариозной болезни нельзя считать качественным, если врач не выявляет и не устраняет причины заболевания, а лишь устраняет проявления уже развившегося заболевания — пломбирует образовавшиеся кариозные полости.

Эффективность консервативного лечения кариеса можно оценить:

- по изменению активности кариозного процесса (исчезновению шероховатости при зондировании, появлению блеска кариозного пятна);
- размерам кариозного пятна (уменьшение или стабилизация поражения по площади);
- отсутствию перехода кариозного процесса на следующую стадию (переход кариеса эмали в кариес дентина, переход бесполостного поражения эмали в кариозную полость);
- изменению расположения кариозного поражения относительно десневого края (при прорезывании зуба кариозное поражение «растет» вместе с ним);
- изменению показаний прибора «Диагност»;
- стабилизации кариозного процесса на рентгеновском снимке (отсутствие признаков кариозного процесса в более глубоких слоях дентина).

При **оценке качества оперативного лечения кариеса** (малоинвазивных и инвазивных методик) учитывают:

- жалобы пациента;
- результаты оценки реставраций по критериям Ryge (USPHS, 1971) или Каральника (1979) (прил. 1, 2);
- данные интерпроксимальной (bite-wing) рентгенографии.

При опросе пациента обращают внимание на боль при жевании, повышенную чувствительность от различных раздражителей (кислое, холодное, горячее), попадание пищи в межзубной промежутки, острые края зуба, разволокнение или разрыв зубной нити в процессе проведения флоссинга и др. Следует отметить, что при наличии жалоб на возникновении боли лечение не может считаться качественным, даже при высокой оценке реставрации по критериям Каральника или Ryge.

Акцентируем ваше внимание на то, что применяемые критерии для оценки реставраций Каральника или Ryge не учитывают состояние контактного пункта, тогда как его адекватное восстановление при кариозных полостях 3-, 4- и 2-го классов по Блеку служит залогом их качественного функционирования и имеет большое значение в профилактике травмы тканей периодонта. На нашей кафедре предложен метод оценки контактного пункта, который проводится на основании жалоб, визуально, с помощью зубной нити или с применением матриц различной толщины. Оценка осуществляется по аналогии с критериями оценки реставраций, используя буквенные коды (см. прил. 3).

Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов

Критерии оценки качества лечебно-профилактических мероприятий основных некариозных поражений, возникших до прорезывания зубов, зависят от степени тяжести процесса.

При этой достаточно обширной группе заболеваний с различными установленными и не установленными этиологическими факторами роль стоматолога сводится к основным двум направлениям:

- информирование матерей по факторам риска заболеваний этой группы (о роли избыточного содержания фтора в воде на состояние зубочелюстной системы плода и ребенка, влияние тетрациклина и других медикаментов на цвет зубов, здоровому образу жизни, физиологическому протеканию беременности и др.);

- оценка качества проведенного лечения (реставрационная терапия, микроабразия, отбеливание) твердых тканей зуба при уже развившейся патологии.

Следует отметить, что роль стоматолога в профилактике достаточно значима, однако, он должен работать совместно с педиатрами и гинекологами, а также выполнять ряд мероприятий, описанных нами в разделе «Некариозные поражения твердых тканей зубов».

Поскольку лечение некариозных поражений возникающих до прорезывания зубов обычно заключается в коррекции эстетических проблем, то стоматологи наиболее часто прибегают к реставрационной терапии, качество которой оценивают путем применения критериев Ruge или Каральника. Следует отметить, что современные методы, такие как микроабразия и отбеливание, имеют свои критерии качества, заключающиеся, в основном, в стойком, длительном сохранении полученного цвета зуба.

Следует отметить, что при наиболее распространенных заболеваниях этой группы, таких как эндемическая и неэндемическая крапчатость зубов, критерии качества лечения аналогичны. Мы рассмотрим их на примере критериев качества лечения эндемической крапчатости зубов (флюороза):

- снижение распространенности и интенсивности заболевания, степени его тяжести;

- наличие длительного стойкого эффекта после отбеливания и микроабразии зубов, пораженных флюорозом;

- длительное функционирование качественных реставраций, восстанавливающих дефекты твердых тканей зубов.

Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов

Лечение некариозных поражений, возникающих после прорезывания зубов, зачастую ограничивается постановкой пломб, тогда как достижение высокого эффекта лечения возможно только при комплексном подходе, включающем учет многофакторности возникновения некариозных поражений и исключение факторов риска. Например, при оценке качества клиновидных (V-образных) дефектов зубов важно помнить, что при их появлении поверхность зуба на вестибулярной поверхности покрыта мель-

чайшими дефектами, возникающими в результате нагрузок, которые зуб испытывает во время жевания, и усиливающихся при наличии травматической окклюзии. Кроме того, в развитии клиновидных дефектов несомненную роль играет механическая травма в результате неправильной чистки зубов. Данный факт подтверждается тем, что клиновидные дефекты возникают только у людей, чистящих зубы. Пациенты, имеющие данную патологию, часто предъявляют жалобы на наличие гиперчувствительности дентина. Исходя из этого, при **оценке качества лечения клиновидных дефектов**, необходимо учитывать **следующие критерии**:

- полное или частичное устранение факторов риска, связанных с травматической гигиеной полости рта;
- стабилизация процесса образования клиновидных дефектов — уменьшение скорости прогрессирования или прекращение увеличения и углубления имеющихся дефектов, а также образования новых поражений;
- коррекция преждевременных контактов в области зубов, имеющих клиновидные дефекты;
- уменьшение интенсивности или устранение гиперчувствительности дентина;
- длительное функционирование качественных реставраций зубов, восстанавливающих дефекты твердых тканей зубов.

Критериями качества лечения эрозий зубов являются:

- полное или частичное устранение факторов риска, связанных с местными факторами (питание, гигиена полости рта, и др.);
- коррекция врачом-интернистом общего заболевания, являющегося основной причиной эрозий, вызванных эндогенными факторами (эндокринные заболевания, заболевания слюнных желез, гастро-эзофагальный рефлюкс и регургитация, рвота, сопровождающая нервную булемию и анорексию, рвота беременных при токсикозе и др.);
- стабилизация эрозивного процесса — уменьшение скорости прогрессирования или прекращение увеличения и углубления имеющихся дефектов, а также образования новых поражений
- уменьшение интенсивности или устранение гиперчувствительности дентина;
- длительное функционирование качественных реставраций, восстанавливающих дефекты твердых тканей зубов.

Различные формы пульпита и апикального периодонтита

Для оценки результатов лечения различных форм пульпита и апикального периодонтита существует множество качественных и количественных критериев с использованием различных методов, кодов, индексов и тестов. Однако следует отметить, что оценка качества лечения осложне-

ний кариеса на сегодняшний день в мире проводится в основном на основании клинических и рентгенологических критериев.

Оценка качества проведенного лечения при осложнениях кариеса базируется:

- на субъективных ощущениях пациента (наличие или отсутствие жалоб);
- данных клинического обследования пациента;
- данных рентгенографии.

К клиническим критериям относятся отсутствие в области причинного зуба жалоб:

- на боль, дискомфорт и др.;
- состояние коронковой части зуба (качество выполненной реставрации или ортопедической конструкции);
- симптомы воспаления на слизистой оболочке в области проекции верхушки корня (гиперемия, отек, наличие функционирующего свища, рубцовой ткани);
- наличие признаков деструкции или воспаления в периапикальных тканях (положительной перкуссии причинного и рядом стоящих зубов);
- подвижность зуба и ее степени.

Рентгенологическими критериями оценки результатов лечения данной патологии являются:

- а) наличие пломбировочного материала в к/к;
- б) уровень пломбировки к/к (до рентгенологической, физиологической верхушки, пломбировочный материал не доходит до рентгенологической верхушки, пломбировочный материал выходит в периапикальные ткани);
- в) равномерность и плотность пломбировочного материала, заполняющего к/к;
- г) форма сформированного корневого канала;
- д) наличие или отсутствие очага деструкции костной ткани у апекса:
 - целостность кортикальной пластинки.

При наличии очага поражения оценивают:

- его размеры и четкость контуров;
- структуру образования и наличие включений внутри образования;
- расположение патологического очага по отношению естественных структур (нижнечелюстной канал, полость верхнечелюстной пазухи).

Рентгенологический контроль для оценки качества лечения необходимо производить непосредственно после пломбировки корневых каналов, через 6, 12 и 24 месяца после лечения, затем 1 раз в 2–3 года, а также при появлении жалоб у пациента и при обнаружении признаков неблагоприятного исхода заболевания в результате обследования пациента.

Около полувека назад **Strindberg** разработал схему, согласно которой выделяют три группы возможных исходов эндодонтического лечения:

– **благоприятный** — клинические и рентгенологические симптомы поражения околоверхушечных тканей отсутствуют; допускается наличие небольшого расширения периодонтальной щели вокруг пломбировочного материала, выведенного за пределы верхушечного отверстия;

– **неблагоприятный** — выявляются клиничко-рентгенологические проявления поражения периапикальных тканей или зуб удален;

– **неопределенный** — качество дентального снимка не позволяет интерпретировать произошедшие изменения; очаг просветления меньше 1 см; зуб удален до истечения срока наблюдения по причинам не связанным с эндодонтическим лечением.

Так, исход лечения хронического апикального периодонтита в отдаленные сроки считается благоприятным, если через год после лечения на рентгенограмме происходит уменьшение очага деструкции костной ткани у верхушки корня зуба.

Однако в литературе чаще всего используется следующая терминология в оценке проведенных эндодонтических вмешательств, т. е., лечение может быть:

- качественным;
- удовлетворительным;
- неудовлетворительным;
- сомнительным:

Результат лечения пульпита можно считать **качественным**, если в ближайшее и отдаленное время отсутствуют жалобы пациента на боль или чувство дискомфорта в области данного зуба. На рентгенограмме канал однородно, плотно и равномерно obturирован стоматологическим материалом на всем протяжении, уровень obturации максимально соответствует физиологическому отверстию (индивидуально от 0 до 2 мм от рентгенологического отверстия), периапикальные изменения отсутствуют.

Удовлетворительное лечение апикального периодонтита предполагает кроме отсутствия жалоб, клинических проявлений и адекватной obturации корневого канала уменьшение очага деструкции костной ткани в отдаленные сроки.

Результат лечения считается **неудовлетворительным** при наличии:

- постоянной или периодически возникающей тупой боли в области причинного зуба;
- болезненной перкуссии;
- увеличения и болезненности лимфатических узлов при пальпации;
- изменения слизистой в области проекции корней (отека, гиперемия, может быть свищ или рубцовая ткань);
- реакции со стороны надкостницы (уплотнение в виде «луковичного» периостита и др.);
- подвижности зуба выше физиологической;

- рентгенологических признаках патологического процесса в тканях периодонта и кости;
- некачественной пломбы или ортопедической конструкции, нуждающихся в замене.

Сомнительным считается лечение, если:

- пациент отмечает чувство дискомфорта в области зуба леченного по поводу осложненного кариеса (при накусывании на зуб);
- могут быть признаки гайморита (из анамнеза);
- пломба или ортопедическая конструкция, которыми восстановлен зуб, нуждаются в коррекции или замене;
- дискомфорт при перкуссии зуба и пальпации переходной складки в области проекции корня;
- подвижность зуба превышает физиологическую;
- визуализируется удовлетворительная рентгенографическая картина костных структур у верхушки корня.

Болезни периодонта

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при гингивите и периодонтите определяется целью профилактических и лечебных мероприятий при заболеваниях тканей периодонта и заключается:

- в нормализации гигиены до 0,6 по индексу Грина–Вермиллиона;
- отсутствии или ослаблении действия местных и общих факторов риска;
- нормализации окклюзионных соотношений;
- устранении воспаления в десне по индексу GI (Лос-Силнес);
- отсутствии периодонтальных карманов и других признаков деструкции кости (клинически, рентгенологически);
- восстановлении периодонтальной ткани и контуров десны;
- стабилизации процесса, отсутствии рецидивов;
- динамическом наблюдении и проведении поддерживающей терапии;
- качественном выполнении лечебно-профилактических мероприятий на всех этапах лечения.

Слизистая оболочка полости рта

Результаты лечения слизистой рта зависят, прежде всего, от точности установленного диагноза, нозологической формы заболевания и степени его тяжести, общесоматического состояния пациента, видов проведенного лечения (симптоматическое, патогенетическое или этиологическое). Немаловажную роль при этом играет устранение вредных привычек и других факторов риска, а также нормализация гигиены полости рта. О качестве лечения можно судить:

- по уменьшению тяжести заболевания (например, эрозивно-язвенная форма плоского лишая переходит в типичную);
- уменьшению частоты рецидивов заболевания.

Следует отметить, что качественное лечение других стоматологических заболеваний, поддерживающих патологические процессы слизистой рта, и соблюдение протоколов лечения в значительной мере влияют на конечный результат лечения заболевания слизистой оболочки и снижение осложнений.

Использование вопросников, специальных карт и ортопантограммы при планировании лечения

В мире существует практика использования при планировании лечения специально разработанных **опросников, карт стоматологического статуса, а также ортопантограмм и bite-wing рентгенографии**, которые отражают данные результатов обследования пациента, полученные на основании клинических и дополнительных методов диагностики.

Используя информацию, полученную из **опросников**, стоматолог, прежде всего, учитывает данные **о состоянии общего здоровья** пациента, которые в значительной мере отражаются на планировании объема вмешательств, выборе метода лечения, вида анестетика, дозы и способа анестезии. Например, у больного, постоянно принимающего β -блокаторы планируется использовать анестетик без вазоконстриктора; пациенту, перенесшему инфаркт миокарда менее полугода тому назад, оказываются только неотложные стоматологические вмешательства в стационарных условиях.

Информация же об уровне знаний пациента по **факторам риска** возникновения основных стоматологических заболеваний, полученная на основании **анкетирования**, играет ведущую роль при планировании объема профилактических мероприятий (подборе индивидуальных средств по уходу за полостью рта, использованию фторидов, устранению вредных привычек и др.). Помимо этого, включение в **анкету** ряда вопросов о готовности пациента к сотрудничеству с врачом, уровне его мотивации, отношении к собственному здоровью, может повлиять на планирование лечебных вмешательств. Например:

- пациенту с хорошей гигиеной полости рта ($\text{ОHI-S} = 0,5$), который чистит зубы 2 раза в день фторсодержащей зубной пастой с концентрацией фтора 1500 ppm, использует каждый день зубную нить для очистки межзубных промежутков, регулярно (1–2 раза в год) посещает стоматолога с целью профилактических визитов, при отсутствии признаков воспаления десны планируется восстановление полости 4 класса по Блэку в зубе 11 с использованием фотокомпозиционных материалов;

- пациенту с плохой гигиеной полости рта, нежеланием сотрудничать с врачом, наличием выраженного воспаления десны, большим коли-

чеством перекусов в течение дня (7 и более), в такой же ситуации следует планировать реставрацию с использованием стеклоиономерного цемента или компомера;

– пациенту в возрасте 60 лет с сахарным диабетом, неудовлетворительной гигиеной полости рта, отсутствием мотивации и нежеланием использовать средства гигиены для очистки межзубных промежутков (зубную нить, ершики), с 20-летним стажем курения, невозможно планирование лоскутной операции с остеопластикой.

Применение специальной **карты стоматологического статуса** (рис. 3), которая представляет собой зубную формулу и миллиметровое разлинейвание альвеолярной кости, значительно помогает стоматологу при проведении планирования лечения. Для ее заполнения имеются основные и дополнительные стандартные обозначения (рис. 4). В данной карте можно учитывать как состояние тканей зубов, корней, так и состояние альвеолярной кости челюсти и отображать их графически.

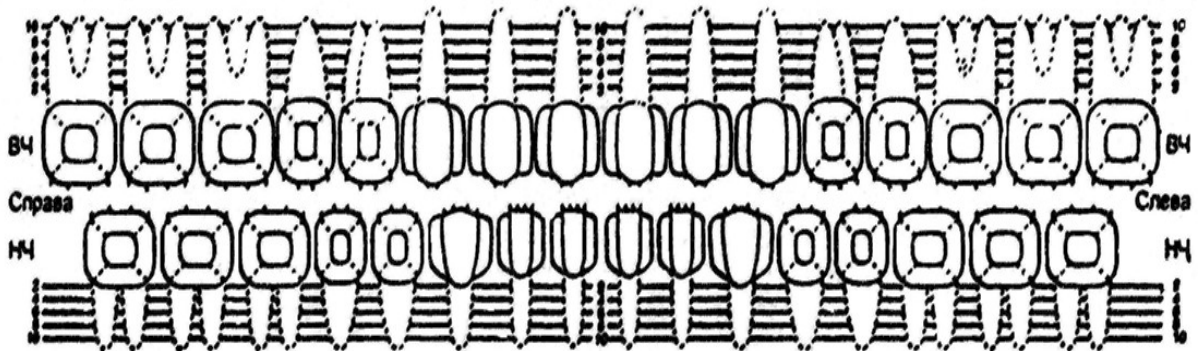


Рис. 3. Пример карты стоматологического статуса пациента
 Рис. 4. Основные стандартные обозначения для заполнения карты стоматологического статуса

Напоминаем, что обязательным условием при планировании лечения является **использование ортопантограммы** (рис. 5), поскольку без ее применения невозможно качественная диагностика, планирование лечения и оценка результатов лечения.

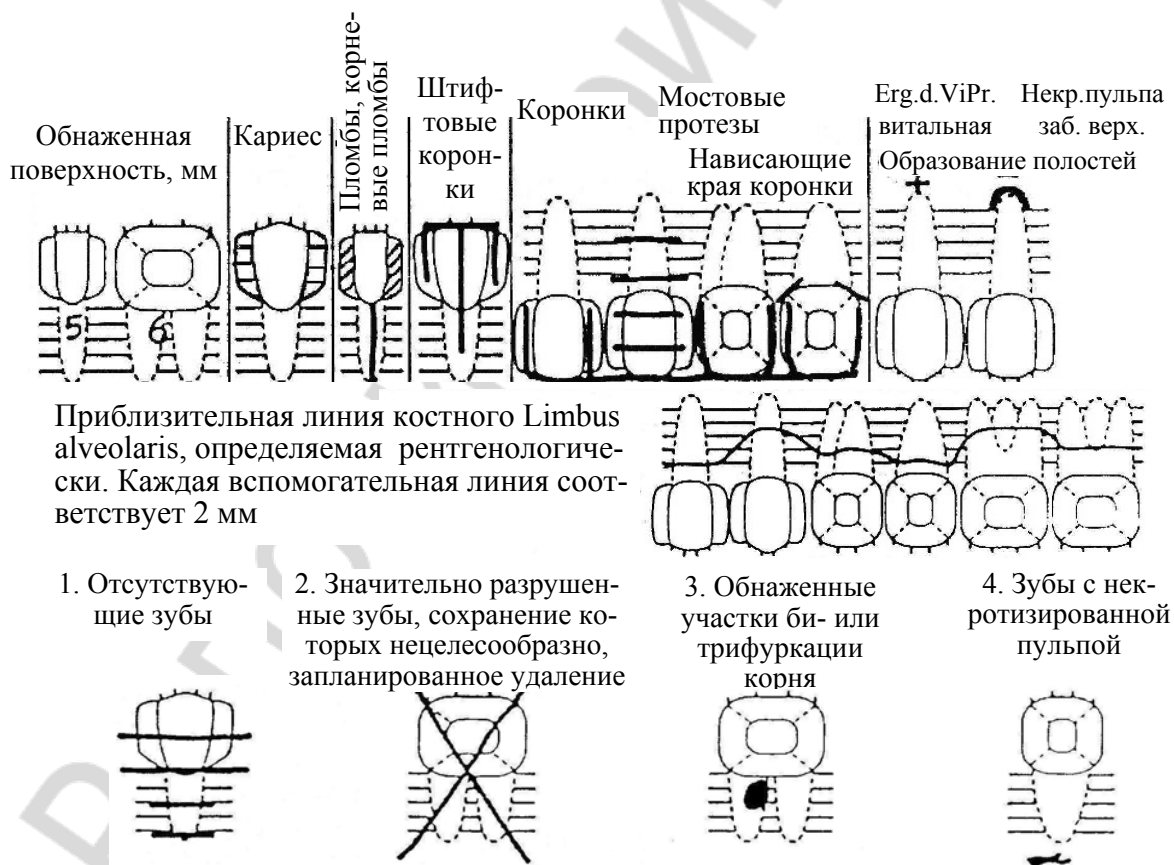
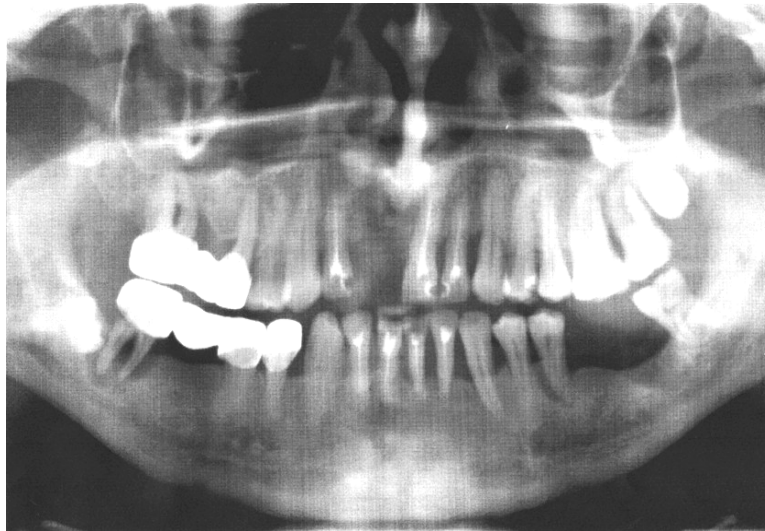


Рис. 5. Ортопантомограмма челюстей

Следует отметить, что не имея клинического опыта студенту и молодому врачу **без графически** отображенных в карте стоматологического статуса данных, полученных при обследовании (клиническом и рентгенологическом), трудно наметить весь объем диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, поскольку они не наглядны. Применение же такой формы работы поможет студентам и врачам в решении ряда проблем комплексного ПЛ, профилактики осложнений и возникающих трудностей при обсуждении плана лечения с пациентом.

Нами разработана модификация (рис. 6, 7) планирования лечения с использованием карты стоматологического статуса (рис. 3) и ортопантомограммы (рис. 5).

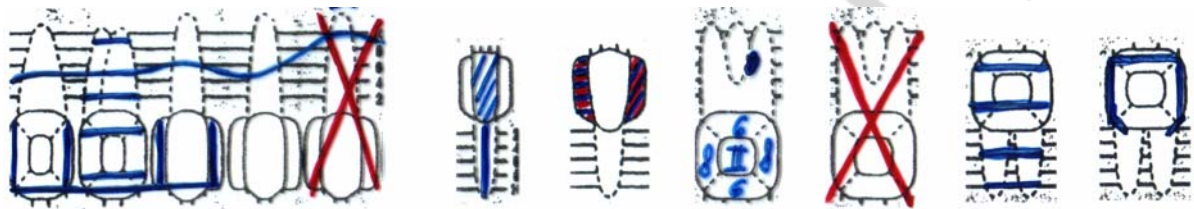


Рис. 6. Модификация условных обозначений при заполнении карты стоматологического статуса

Мы предлагаем:

1. Отображать на одной карте как результаты обследования пациента (состояние твердых тканей зубов, корневых каналов и уровень деструкции костной ткани), так и объем планируемого лечения.
2. Использовать для обозначения два цвета — синий и красный.
3. Синим цветом отображать состояние зубочелюстной системы, а красным — объем планируемых лечебно-профилактических мероприятий.

Приводим пример заполнения карты стоматологического статуса (рис. 7) на основании результатов клинического обследования и ортопантомограммы челюстей.

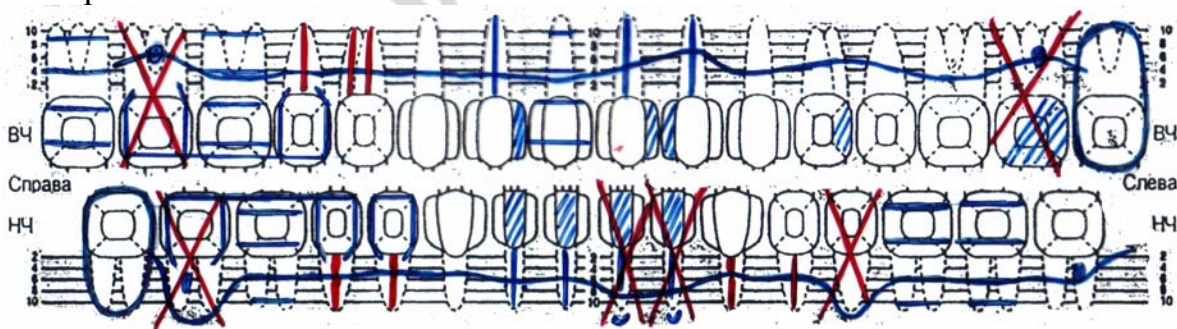


Рис. 7. Пример заполнения карты стоматологического статуса на основании результатов клинического обследования и ортопантомограммы

На наш взгляд, вариант графического отображения планирования лечения позволит:

- информативно и наглядно отобразить состояние стоматологического статуса пациента (основных стоматологических заболеваний);
- планировать качественное, в полном объеме индивидуальное комплексное лечение пациента;
- оценивать, а также отображать качество лечения в динамике;
- улучшить мотивацию пациента по имеющимся у него проблемам здоровья и методам лечения;
- повысить ответственность пациента за состояние его здоровья, что способствует сотрудничеству с врачом;
- сформировать у врача (студента) клиническое мышление.

Следует отметить, что план лечения обязательно обсуждается в пациентом и заносится в стоматологическую амбулаторную карту.

Таким образом, подытоживая вышесказанное, мы считаем, что успех лечения и обеспечение стоматологического здоровья в целом зависит:

- от данных обследования (результатов и полноты объема);
- правильно поставленного (точного) диагноза;
- скоординированного комплексного плана профилактики и лечения;
- качественного, в полном объеме выполнения стандартов лечения на всех этапах;
- индивидуального подхода к пациенту;
- постоянного динамического наблюдения за пациентом;
- сотрудничества пациента с врачом;
- профессионализма и ответственности врача;
- правильной организации рабочего места;
- учета социально-экономических условий.

Терминология (гlossарий) в терапевтической стоматологии

Альвеолярная кость (в периодонтологии) — часть альвеолярного отростка, имеющая ячеистое строение, которая служит местом прикрепления для периодонтальной связки и местом расположения корней.

Альтерация (лат. alteratio — изменение; altero — делать) — структурное изменение, повреждение других тканей, сопровождающееся нарушением их жизнедеятельности, начальная стадия воспаления.

Альтернатива (лат. alternare — чередоваться) — необходимость выбора между взаимоисключающими возможностями.

Аналгезия, анестезия (греч. ana+algesis — ощущение боли — син. — обезболивание) — ослабление болевой чувствительности в результате фармакологического или иного воздействия.

Анализ (греч. analysis — разложение, расчленение) — операция мысленного или реального расчленения целого (вещи, свойства, процесса, состава или отношения между предметами) на составные части, выполняемые в процессе познания или предметно-практической деятельности. Например: анализ эпидемиологический — сопоставление эпидемиологических, клинических, лабораторных и других данных применительно к определенной болезни с целью установления ее причины, распространения и др.

Анамнез (гр. anamnesis — воспоминание) — мед. — сообщение больного или его близких об условиях жизни, предшествовавших заболеваниям и истории развития болезни.

Анамнез болезни (a. morbi) — часть анамнеза посвященная возникновению и течению данного заболевания и эффективности ранее проведенного лечения.

Анамнез жизни (a. vitae) — часть анамнеза, посвященная физическому, психологическому и социальному развитию обследуемого.

Анамнез профессиональный — часть анамнеза, посвященная характеру и условиям труда, наличию профессиональных вредностей, которые могут прямо или косвенно явиться причиной болезни.

Анкета — способ опроса пациента по факторам риска возникновения основных стоматологических заболеваний, о привычках питания, общем статусе и т. д. Анкета представляет собой ряд конкретных вопросов с ответами или без.

Аномалия (греч. anomalia — отклонение) — отклонение от структуры, функции, развития, формы и др.

Бруксизм (греч. bruxismus — скрежетать зубами) — скрежетание зубами во время сна, относится к парафункциям, приводит к чрезмерному истиранию зубов.

Вегетации (лат. vegetatio) — возбуждение, усиление роста, морфологический элемент в виде неравномерных папилломатозных разрастаний.

Воспаление (лат. inflammatio) — защитно-приспособительная реакция организма на действие раздражителя, проявляющаяся развитием на месте повреждения изменения кровообращения и повышения сосудистой проницаемости в сочетании с дистрофией тканей и пролиферацией клеток.

Гангрена (греч. gangraena) — вид некроза, при котором омертвевшие ткани либо мумифицируются, либо подвергаются гнилоственному распаду.

Геморрагия (греч. haemorrhagia — кровотечение, от гемо + rhagos — разорванный) — кровоизлияние, кровотечение.

Гигиена (гр. hygieinos- приносящий здоровье) — раздел профилактической медицины,

Гигиена полости рта — максимальное уменьшение количества зубного налета на всех поверхностях зубов, которое достигается регулярной, качественной чисткой зубов. Может быть:

– **профессиональной** — удаление зубного налета и камня со всех поверхностей зуба, полирование зубов и пломб, обучение пациента правильному уходу за полостью рта и контроль за гигиеническим состоянием;

– **индивидуальной** — ежедневное механическое удаление зубного налета самим пациентом.

Гингивит — воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения.

Гиперемия (греч. hyperaemia — гипер + haima — кровь) — увеличенное кровенаполнение какого-либо участка периферической сосудистой системы.

Гиперестезия (греч. hyperaesthesia — гипер + aesthesis — ощущение, чувство) — повышенная чувствительность к раздражителям, действующим на органы чувств.

Гиперкератоз (греч. hyperkeratosis = гипер + keratos — рог) — составная часть сложных слов означающих роговой, ороговение.

Гиперплазия десны — (гипер + гр. plasis образование) — увеличение объема десны за счет увеличения числа структурных элементов тканей, их избыточного новообразования.

Гипертрофия — чрезмерное увеличение объема органа, части тела за счет количественного роста тканевых элементов (патологическая — сердце при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, физиологическая — мышцы у атлетов).

Гранулема (лат. granuloma — гранул + ома) — очаг продуктивного воспаления, имеющий вид плотного узелка или бугорка, воспалительное разрастание ткани.

Грануляция (лат. granulum — зерно) — составная часть сложных слов, означающих зернистость структур, образования, мед. — молодая соединительная ткань с зернистой поверхностью, образующаяся при заживлении ран или хроническом воспалении.

Дентин (лат. dentinum от dens — зуб) — твердая ткань зуба, состоящая из основного вещества, пропитанного солями кальция и пронизанного дентинными канальцами и коллагеновыми волокнами.

Деонтология (греч. deontos — должное, надлежащее, logos — учение) — совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Десквамация (лат. desquamatio — снимать чешую) — физиологический или патологический процесс слущивания эпителиальных клеток.

Десна — часть слизистой оболочки полости рта, непосредственно окружающая зубы. Подразделяется на свободную (маргинальную и межзубную) и прикрепленную.

Десневая борозда — щелевидное пространство между поверхностью зуба и прилегающей к ней десне.

Десневой карман (ложный) — образуется при увеличении десны за счет ее воспаления, фиброзного воспаления без разрушения десневого прикрепления.

Деструкция кости (лат. destructio — разрушение, нарушение нормальной структуры чего-либо) синоним — резорбция кости. Различают горизонтальную и вертикальную деструкцию кости альвеолярного края.

Детальное исследование периодонта — исследование состояния тканей периодонта на основании клинических критериев в сочетании с индексной оценкой и использованием дополнительных методов обследования (рентгенографии и др.).

Диагноз (гр. diagnosis — распознавание, определение) — мед. — определение характера и сущности болезни на основании всестороннего исследования больного.

Диагностика (гр. diagnostikos — способный распознавать) — раздел медицины, изучающий признаки болезней, методы и принципы при помощи которых устанавливается диагноз.

Диспансеризация (фр. dispensaire — наблюдение) — систематическое динамическое врачебное наблюдение за состоянием здоровья населения в целях профилактики и лечения.

Дистальный (лат. distalis) — анатомически — дальше отстоящий от срединной линии тела.

Дифференциальная диагностика (лат. differentia — различие) — нахождение различных отличительных форм, признаков болезней.

Зонд (франц. sonde — щуп) — медицинский инструментарий в виде палочки, трубки или желоба, вводимый вглубь тканей или органов для их исследования. Зондировать — исследовать зондом.

Зубной камень — обызвествленный зубной налет. Бывает над- и поддесневой.

Зубной налет (зубная бляшка) — представляет собой мягкий, структурированный, прикрепленный к поверхности зуба налет, который невозможно смыть водой. Различают над- и поддесневой налет.

Зубо-десневое прикрепление (соединение) — включает в себя: прикрепительный эпителий — поверхность зуба — периодонтальную (круговую) связку — цемент корня.

Зубодесневой карман (периодонтальный карман) — это патологическое углубление десневой борозды с нарушением ее целостности, состояние периодонта, диагностируемое с помощью легкого зондирования, когда глубина кармана от десневого края превышает 3 мм.

Кариес (лат. caries — гниение, caries dentis — кариес зуба) — инфекционный патологический процесс с прогрессирующим разрушением твердых тканей зуба и образованием дефекта в виде полости.

Carices dentis complicata — кариес, осложненный воспалительным процессом в пульпе или в периодонте (осложненный кариес).

Критерий (греч. kriterion — мерило) — признак, на основании которого производится оценка, определение или классификация чего-либо.

Лабораторные (лат. laboro — работа) — мед. — научные или прикладные виды исследований, выполняемые с помощью медицинского оборудования (рентгенологические, гематологические, микробиологические и др.) с целью уточнения диагноза, контроля лечения, а также для изучения и исследования при норме и патологии.

Латеральный (lateralis — анат. — боковой) — указывает на расположение какой-нибудь части тела в стороне от средней плоскости.

Лечение — стом. — комплекс последовательных, лечебно-профилактических мероприятий для удовлетворения потребностей во всех видах стоматологической помощи с целью снижения степени тяжести заболевания, устранения этиологических факторов и факторов риска с целью обеспечения стоматологического здоровья.

Медиальный (лат. medialis) — анат. — средний, лежащий ближе к срединной линии тела.

Миграция (патологическая) зубов (лат. migratio — перемещение) — самопроизвольное изменение положения зубов в различных направлениях относительно зубной дуги с изменением оси наклона зуба и сопровождающееся его подвижностью.

Мотивация (фр. *motivire* — обосновывать, приводить доводы) — побуждение к какому-либо действию, обоснование, довод в пользу чего-либо.

Некроз (греч. *necrosis* — омертвление) — необратимое прекращение жизнедеятельности тканей определенной части живого организма.

Обследование больного — комплекс исследований, проводимых для выявления индивидуальных особенностей больного, факторов риска развития заболевания, установления диагноза, подбора рационального лечения, наблюдения за течением болезни, определения прогноза; включает сбор анамнеза, осмотр, инструментальное исследование, физикальное обследование, лабораторное, диагностику.

Окклюзионная травма — изменение тканей периодонта вследствие усиленного, нефизиологического, травматического давления на зубы (прямого или опосредованного) противоположной челюсти, приводящее к разрушению удерживающего аппарата зуба (тканей периодонта). Различают первичную и вторичную окклюзионную травму:

– **первичная** — в результате преждевременных контактов любой этиологии;

– **вторичная** — при уменьшении резервных сил периодонта по различным причинам.

Окклюзия (лат. *occlusio* — запертый, закрывать, замыкать) — характер смыкания зубов верхней и нижней челюстей при различных движениях последней, прикус.

Окклюзия боковая (o. *lateralis*) — трансверзальная, при смещении нижней челюсти вправо или влево, характеризуется смыканием одноименных бугров боковых зубов антагонистов на стороне смещения.

Окклюзия вертикальная, центральная (o. *verticalis*) — патологическая, при которой наблюдается нарушение функций зубочелюстного аппарата (направление жевания или речи).

Окклюзия передняя, сагиттальная (o. *sagittalis*) — при смещении нижней челюсти вперед; характеризуется смыканием резцов, в некоторых случаях и последних моляров.

Окклюзия патологическая, травматическая (o. *traumatica*) — при которой наблюдается чрезмерная нагрузка на ткани периодонта, необычная по величине, по направлению или продолжительности.

Окклюзия физиологическая (o. *physiologia*) — при которой зубочелюстной аппарат функционирует нормально, характеризуется множественными бугорково-фиссурными контактами зубов и отсутствием препятствий для перехода одного вида окклюзии в другой.

Пальпация (лат. *palpatio* — поглаживание, ощупывание) — метод диагностического исследования путем ощупывания определенной части тела.

Пальпация бимануальная — производимая одновременно обеими, т. е. двумя руками в области дна полости рта и щек.

Пальпация глубокая — с надавливанием пальцами рук вглубь пальпируемого участка.

Пальпация поверхностная (ориентировочная) — производимая без давления на ткани.

Пальпация проникающая — с надавливанием кончиком одного пальца для определения болевых точек.

Папула (лат. papula — синоним узелок) — морфологический элемент сыпи, безполостное образование, возвышающееся над уровнем слизистой оболочки.

Пара (греч. para — приставка) — означающая нахождение, расположение вблизи, возле чего-либо, отступление от чего-либо, отклонение, несоответствие внешних проявлений сущности данного явления.

Паракератоз (греч. parakeratosis) — нарушение процесса ороговения клеток эпидермиса, наличие в роговом слое клеток, содержащих ядро и отсутствие зернистого слоя.

Периодонт (греч. periodontium: пери + odontos — зуб) — плотная соединительная ткань, заполняющая периодонтальную щель.

Периодонтальная связка — это соединительно-тканная структура, заполняющая периодонтальную щель, с кровеносными сосудами и нервными окончаниями, которая окружает корень зуба и связывает его с надкостницей альвеолярной лунки.

Периодонтальная щель — пространство между компактной пластинкой альвеолы и цементом корня зуба.

Периодонтальный карман — патологическое углубление десневой борозды за счет деструкции окружающих тканей и апикальной пролиферации десневого эпителия.

Периодонтит (греч. periodontitis — периодонт + ит) — воспаление, характеризующееся прогрессирующей деструкцией тканей периодонта и кости альвеолярного отростка челюстей с разрушением зубодесневого соединения.

Периодонтит апикальный (верхушечный) (греч. periodontitis apicalis) — локализующийся вокруг верхушки корня зуба.

Периодонтит маргинальный (прилежащий) (греч. periodontitis marginalis) — локализующийся в области десны.

Перкуссия (лат. percussio — выстукивание) — метод исследования, основанный на постукивании по поверхности тела или органа для определения его состояния и оценки характера возникающих при этом звуков, боли.

План лечения — это определение оптимальных, заранее намеченных, объединенных общей целью медицинских лечебно-профилактических

ких мероприятий у конкретного индивидуума на данный промежуток времени обеспечения высокого уровня здоровья.

План обследования — заранее намеченный, индивидуальный комплекс медицинских исследований для установления окончательного диагноза.

Подвижность зубов — изменение положения зуба при незначительном усилии относительно центральной оси в вестибулярном, оральном, медиальном, дистальном и вертикальном направлениях.

Позиция десны (десневой край, уровень десневого края) — расположение десны относительно уровня эмалево-цементного соединения.

Полиморфизм (греч. — polymorphos — многообразный) — встречающийся в нескольких формах.

Приоритет (нем. — prioritat), (лат. prior — первый) — преимущественное, первенствующее значение чего-либо, **наиболее важная проблема**.

Причинные комплексы в этиологии воспалительных заболеваний тканей периодонта:

– **основные (первичные)** — зубной налет и вызванные им воспалительные реакции в тканях периодонта;

– **предрасполагающие (вторичные)** — местные и системные факторы, оказывающие влияние на составные первичного комплекса.

Проблема (греч. problema — задача) — сложный теоретический или практический вопрос, требующий разрешения.

Прогноз (греч. prognosis — предсказание, основанное на определенных данных), мед. — предвидение исхода заболевания на основании взаимосвязанных объективных и субъективных данных.

Пролиферация (лат. proliferatio, prolis — потомство + fero — несу) — в гистологии увеличение числа клеток какой-либо ткани, вследствие их размножения, стадия воспаления.

Профилактика — совокупность мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения заболеваний, на охрану и укрепление здоровья пациента:

– **первичная** — комплекс социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на предотвращение заболеваний, путем устранения фактора риска (условий) и причин возникновения заболеваний, а также путем повышения устойчивости (резистентности) организма к воздействию факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды, способных вызывать патологические реакции;

– **вторичная** — совокупность мер, направленных на пресечение или ослабление вторичного патологического процесса и его осложнений.

Профилактика индивидуальная — осуществляемая индивидуумом и основанная на соблюдении правил личной гигиены в быту и труде.

Профилактика общественная (коммунальная) — направленная на охрану и укрепление здоровья коллектива и всего общества.

Пузырек (синоним лат. vesicula — уменьшительное от пузырь) — относящийся к пузырьку, везикуле, морфологический элемент до 5 мм в диаметре с серозным экссудатом.

Пузырь (лат. bulla) — морфологический элемент в виде тонкостенной полости, заполненной экссудатом, более 5 мм в диаметре.

Пульпа зуба (лат. pulpa dentis — мясистая часть) — рыхлая соединительная ткань, заполняющая полость зуба; коронковая пульпа — заполняющая полость коронки зуба; корневая пульпа — заполняющая канал (корень) зуба, отличается преобладанием пучков коллагеновых волокон над клеточными элементами.

Пульпит (лат. pulpitis — пульпа + ит) — воспаление пульпы зуба.

Пустула (лат. pustula — синоним гнойничок, гнойник) — морфологический элемент — пузырек наполненный гноем.

Реактивность (лат. re + activus — действенный) — биологическое свойство организма реагировать определенным образом на воздействие какого-либо фактора окружающей среды.

Регенерация (лат. re + generatio — возрождение, восстановление) — биологическая способность организма к восстановлению тканей.

Рецессия десны — прогрессирующее смещение десневого края в апикальном направлении.

Рубец (лат. cicatrix — рубцовая ткань) — плотное образование, состоящее из гиалинизированной, богатой коллагеновыми волокнами соединительной ткани, возникающее в результате репаративной регенерации, как исход воспалительного процесса.

Семиотика (греч. semiotos — знак) — мед. — наука о признаках болезни, раздел диагностики.

Скейлинг (scaling) — процесс очищения коронки зуба от зубного налета и камня. Различают наддесневой скейлинг (с коронки зуба) и поддесневой. Root planing — сглаживание корня.

Скрининг — мед. — массовое обследование населения с целью выявления лиц с определенной болезнью.

Специальное исследование периодонта — комплексное обследование, включающее оценку состояния гигиены полости рта, клиническое (в том числе индексное), рентгенологическое и микробиологическое исследования.

Стоматит (греч. stoma- рот, отверстие + ит) — воспаление слизистой оболочки полости рта.

Ткани маргинального периодонта — анатомически взаимосвязанные образования, комплекс тканей, окружающих зуб и тесно связанных между собой генетически, морфологически и функционально. Этот мор-

фофункциональный комплекс включает десну, костную ткань альвеолы, периодонт и ткани зуба.

Уровень клинического прикрепления десны — расстояние от эмалево-цементного соединения до дна кармана.

Физикальные (греч. physis — природа, природные свойства) — составная часть сложных слов, означающая относящийся к природе, к природным свойствам, к физическим факторам.

Цемент зуба (лат. cementum) — минерализованная, плотная, лишенная сосудов соединительная ткань, мезенхимального происхождения, покрывающая дентин корня зуба. Состоящая из основного вещества, пронизанного беспорядочно расположенными коллагеновыми волокнами. Служит местом прикрепления периодонтальной связки.

Экссудация (лат. exsudatum — экс + suda, sudatum — потеть) — выход в окружающие ткани из сосудов богатой белком жидкости, содержащей форменные элементы крови, процесс образования экссудата, стадия воспаления.

Эмалево-цементное соединение — область контакта эмали и цемента. В зависимости от вовлечения цемента выделяют:

- цемент перекрывает эмаль (60–65 % случаев);
- край цемента непосредственно граничит с краем эмали (около 30 %);
- край цемента не доходит до эмалевого края (10–15 %).

Эмаль зубная (лат. enamelum — эмаль) — твердая ткань зуба, покрывающая дентин коронки зуба и состоящая на 96–97 % из неорганических веществ, главным образом кристаллов гидроксиапатита.

Эпикриз (эпи. + греч. krisis — решение) — мед. — окончательное заключение по поводу какого-либо законченного случая лечения, помещаемое в конце истории болезни.

Эпителизация (лат. epitheliasio) — образование эпителия в месте поражения кожи или слизистой оболочки, приводящее к восполнению дефекта — заживлению.

Эритема (греч. erythema — красный, краснота) — ограниченная гиперемия кожи, слизистой оболочки.

Эрозия (лат. erosio — разъедание) — мед. — поверхностный дефект слизистой оболочки или эпидермиса.

Язва (лат. ulcus) — дефект кожи или слизистой оболочки и подлежащих тканей, процессы заживления которых (развитие грануляций, эпителизация) нарушены, существенно замедлены.

Тесты

- 1. При каких состояниях пациенту требуется неотложная помощь?**
 - а) состояние пациента, сопровождающееся болью;
 - б) состояние пациента, угрожающее жизни или сопровождающееся острой болью;
 - в) состояния, вызывающие жалобы.
- 2. При выборе метода лечения необходимо учитывать:**
 - а) диагноз;
 - б) давность заболевания;
 - в) прогноз;
 - г) вредные привычки;
 - д) уровень гигиены полости рта;
 - е) наличие сопутствующих заболеваний;
 - ж) степень тяжести заболевания
 - з) финансовые возможности пациента и желание пациента лечиться;
 - и) все вышеперечисленное.
- 3. Назовите порядок осуществления различных видов лечения при оказании плановой помощи пациенту:**
 - а) хирургическая;
 - б) ортопедическая;
 - в) профилактическая;
 - г) ортодонтическая;
 - д) периодонтологическая;
 - е) терапевтическая.
- 4. На каком основании врач-стоматолог планирует периодичность осмотров пациента?**
 - а) произвольно;
 - б) на основании диагноза, степени тяжести и активности патологического процесса;
 - в) на основании желания пациента;
 - г) все вышеперечисленное.
- 5. Прогноз заболевания составляется:**
 - а) до лечения;
 - б) в процессе лечения;
 - в) после лечения;
 - г) после установления окончательного диагноза.
- 6. Оценка качества лечения заболеваний в терапевтической стоматологии подразумевает:**
 - а) оценку индексов гигиены, КПУ, десневых и периодонтальных индексов;
 - б) оценку состояния пломб, протезов по критериям качества;

- в) контроль уровня гигиенических знаний пациента по факторам риска стоматологических заболеваний;
- г) рентгенологический контроль в динамике;
- д) все вышеперечисленное.

7. Может ли врач приступать к планированию лечения пациента до постановки диагноза?

- а) да;
- б) нет;
- в) может, в случае, если пациент настаивает.

8. В каком случае возможна коррекция плана лечения?

- а) неэффективность лечения;
- б) появление осложнений со стороны общего здоровья пациента;
- в) появление новых симптомов заболевания;
- г) получение данных дополнительных методов обследования;
- д) отсутствие сотрудничества пациента с врачом;
- е) все вышеперечисленное.

9. С какой целью осуществляется планирование лечения?

- а) для облегчения работы врача;
- б) для увеличения эффективности лечебно-профилактических мероприятий;
- в) для обеспечения стоматологического здоровья пациента.

10. Какой из перечисленных критериев оценки реставраций не входит в критерии, предложенные Ryge (USPHS) в 1971 г.?

- а) краевая пигментация;
- б) краевое прилегание;
- в) контактный пункт;
- г) все вышеперечисленное.

11. От наличия каких факторов зависит последовательность лечебно-профилактических мероприятий при составлении плана лечения?

- а) нозологической формы заболевания;
- б) наличия факторов риска стоматологических заболеваний;
- в) тяжести и скорости течения заболевания;
- г) возраста пациента;
- д) всего вышеперечисленного.

Литература

1. *Борисенко, Л. Г.* Болезни зубов некариозного происхождения : учеб.-метод. пособие / Л. Г. Борисенко, Е. В. Шумакова, А. Г. Третьякович. Минск : БГМУ, 2005. 56 с.
2. *Боровский, Е. В.* Терапевтическая стоматология / Е. В. Боровский // Медицинское информационное агентство. М., 2003. 798 с.
3. *Горегляд, А. А.* Диагностика. Клиника и лечение кариозных полостей V класса. Кариес цемента : учеб.-метод. пособие / А. А. Горегляд, С. Н. Храмченко. Минск : БГМУ, 2007. 34 с.
4. *Диагностика* стоматологических заболеваний / В. И. Яковлева [и др.]. Минск : Выш. шк., 1986. 207 с.
5. *Артюшкевич, А. С.* Клиническая периодонтология : практ. пособие / А. С. Артюшкевич, Е. К. Трофимова, С. В. Латышева; под ред. А. С. Артюшкевича. Минск : Ураджай, 2002. 303 с.
6. *Луцкая, И. К.* Практическая стоматология : справ. пособие / И. К. Луцкая. 3-е изд. Минск : Белорусская наука, 2001. 359 с.
7. *Методы* клинических лабораторных исследований / под ред. В. С. Комышников. Минск, 200. 695 с.
8. *Красильников, А. П.* Микробиологический словарь-справочник / А. П. Красильников, Т. Р. Романовская. Минск, 1999. 400 с.
9. *Петрикас, А. Ж.* Пульпэктомия / А. Ж. Петрикас. Тверь : НТП «Фактор», 2000. 368 с.
10. *Агиевцева, С. В.* Планирование и оценка эффективности в стоматологии : учеб.-метод. пособие / С. В. Агиевцева, А. Г. Третьякович, П. А. Матропляс. Минск : МГМИ, 2001. 19 с.
11. *Рабухина, Н. А.* Рентгендиагностика в стоматологии / Н. А. Рабухина, А. П. Аржавцев. М. : Мед. информ. агентство, 1999. 451 с.
12. *Кабак, Ю. С.* Рентгенологические методы исследования в эндодонтии : учеб.-метод. пособие / Ю. С. Кабак. Минск : БГМУ, 2007. 23 с.
13. *Александрова Л. Л.* Схема написания истории болезни по разделу «Терапевтическая стоматология» (для пациентов с заболеваниями тканей маргинального периодонта) : учеб.-метод. пособие / Л. Л. Александрова, Е. Б. Баранова. Минск : БГМУ, 2003. 36 с.
14. *Терапевтическая* стоматология : учеб. пособие для студ. 5-го курса стом. фак. : в 2 ч. / А. Г. Третьякович [и др.]; под ред. А. Г. Третьякович, Л. Г. Борисенко. 2-е изд. Минск : БГМУ, 2006. Ч. 1. 296 с.
15. *Флюороз* зубов (эндемическая крапчатость эмали) : учеб.-метод. пособие / Н. П. Руденкова [и др.] Минск : БГМУ, 2004. 22 с.
16. *Фэлэйс, Д.* Экстренная помощь в стоматологии / Д. Фэлэйс; пер. с англ; под ред. А. С. Артюшкевича, Е. К. Трофимовой. М. : Медицинская литература, 2001. 448 с.
17. *Хельгиг, Э.* Терапевтическая стоматология / Э. Хельгиг, Й. Климек, Т. Аттин; под ред. А. М. Полутич, Н. И. Смоляр; пер. с нем. Львов : ГалДент, 1999. 409 с.
18. *Carranzas's clinical periodontology. Tenth edition* / M. G. Newman [et al.] // Saunders Elsevier. 2006. 1286 p.
19. *Dental caries/The Disease and its clinical management* / O. Fejerskov, E. Kidd // Blackwell Munksgaard. 2003. 350 p.
20. *Grenby, T. H.* Methods of assenssing erosion and erosive potential // Eur. J. Oral. Sci. 1996. Vol. 104. P. 207–214.
21. *Cohen, S.* Pathways of the pulp / S. Cohen, R. C. Burns // Seventh Edition. Mosby, 1998. 892 p.

Оценка качества пломб по Ruge (Usphs, 1971)

Производится по определенным кодам и критериям, визуально с помощью зеркала и зонда и предполагает определение следующих критериев:

1. Анатомическая форма:

- А — точное восстановление анатомической формы;
- В — реставрация не соответствует анатомической форме, но при этом не обнажен дентин или прокладка;
- С — выраженное нарушение анатомической формы с обнажением прокладки или дентина.

Критерии А и В соответствуют удовлетворительному качеству, С — говорит о необходимости замены реставрации.

2. Краевое прилегание:

- А — реставрация плотно прилегает к поверхности зуба по всему периметру пломбы, переход пломбы визуально не определяется, трещины отсутствуют;
- В — визуально, и с помощью зонда, определяется щель между реставрацией и стенкой зуба, но оголения дентина или прокладки нет;
- С — инструмент проникает в щель, оголен дентин или прокладка;
- D — реставрация сломалась, подвижна или отсутствует.

Критерии А, В соответствуют удовлетворительному краевому прилеганию. Критерии С, D требуют замены реставрации.

3. Краевое окрашивание:

- А — изменение цвета по краю пломбы отсутствует;
- В — изменение цвета не идет по направлению к пульпе;
- С — изменение цвета идет по направлению к пульпе.

Код С требует замены пломбы.

4. Вторичный кариес (оценивается с помощью зеркала и зонда):

- А — нет проявлений кариеса в тканях зуба прилежащих к реставрации;
- В — кариес по краю пломбы.

Критерий В требует замены реставрации.

5. Цвет пломбы (оценивается визуально с расстояния 45 см. Критерий не применяется для пломб из амальгамы и реставраций, которые можно увидеть только в зеркало):

- А — реставрация соответствует по цвету и прозрачности тканям зуба;
- В — несоответствие цвету и прозрачности зуба в допустимых пределах;

– С — несоответствие цвета и прозрачности реставрации выходит за пределы допустимого.

Код А соответствует удовлетворительному качеству, код В требует обсуждения с пациентом, оценка С предполагает замену пломбы.

6. Качество поверхности реставрации:

– А — поверхность реставрации гладкая;
– В — поверхность слегка шероховатая, можно устранить полировкой;

– С — поверхность глубоко изрыта, неровности нельзя устранить финишной обработкой;

– D — поверхность разрушена или расслаивается.

Критерии А и В — реставрация удовлетворительная. С — требуется наблюдение или профилактическая замена пломбы. D — требуется замена пломбы.

Оценка качества пломб по Каральнику (1979)

Функциональное качество реставраций оценивается по пяти критериям. Пломба считается качественной, если по всем предложенным критериям ее оценивают кодом А.

1. Краевое прилегание.

Определяют путем скольжения острого зонда поперек края пломбы. Оценка критерия:

- А — видимой щели нет, пломба прилегает к тканям зуба по всему периметру;
- Б — имеется видимая щель, зонд задерживается при движении его поперек края пломбы, однако прокладка и дентин не обнажены;
- В — зонд проникает в щель на такую глубину, что достигает прокладки или дентина;
- Г — отмечается отлом части пломбы, включая нарушение контактного пункта, ее подвижность, частичное или полное выпадение.

2. Рецидивный кариес.

Диагностируют с помощью зеркала и зонда. Зонд при движении задерживается и для извлечения необходимо усилие. При этом в области щели отмечается меловидная окраска (деминерализация) и размягчение твердых тканей зуба. Различают 2 стадии:

- А — отсутствие рецидивного кариеса между пломбой и внутренней стенкой зуба;
- Б — имеется рецидивное поражение тканей зуба на границе с пломбой.

3. Анатомическая форма пломбы.

Оценка производится визуально по следующим стадиям:

- А — первоначальная анатомическая форма сохранена;
- Б — имеется убыль пломбы, но прокладка и дентин не обнажены;
- В — отмечается существенная убыль пломбировочного материала, с обнажением прокладки или дентина.

4. Изменение цвета между пломбой и стенкой зуба.

Осуществляется визуальная оценка по следующим критериям:

- А — отсутствие изменения цвета по всему краю между пломбой и зубом;
- Б — небольшое изменение цвета между пломбой и краем тканей зуба;
- В — значительное изменение цвета между пломбой и краем тканей зуба.

5. Соответствие цвета пломбы тканям зуба.

Определяют на основании визуальной оценки:

- А — пломба не отличается от окружающих ее тканей зуба по цвету и по прозрачности;
- Б — имеется несоответствие в цвете и прозрачности пломбы и тканей зуба в пределах их обычной variability;
- В — наблюдается резкое несоответствие в цвете и прозрачности реставрации и тканей зуба.

Репозиторий БГМУ

**Критерии оценки качества контактного пункта 1-й кафедры
терапевтической стоматологии БГМУ (2007)**

Оценка качества восстановления контактного пункта проводится на основании жалоб пациента, визуального осмотра, с использованием зубной нити. Качество контактного пункта оценивается следующими критериями:

А — при визуальном осмотре зубы контактируют друг с другом, восстановленный контакт локализуется в зоне, где должен располагаться физиологический контакт в зубах данной групповой принадлежности и нить проникает в межзубной промежуток с незначительным усилием.

В — при осмотре определяется визуальный контакт между зубами, зубная нить проникает в межзубной промежуток без усилия, или контактный пункт восстановлен выше или ниже зоны физиологического контакта зубов.

С — при визуальной оценке определяется промежуток между зубами, зубная нить проникает в межзубной промежуток совершенно свободно, не встречая сопротивления.

Если выставлены коды:

А — контактный пункт восстановлен качественно;

В — удовлетворительное восстановление контактного пункта, возможна коррекция пломбы;

С — контактный пункт не восстановлен, необходима коррекция или полная замена пломбы.

Оглавление

Введение	3
Мотивационная характеристика темы	3
Планирование лечения в терапевтической стоматологии. Цель, задачи, основные принципы и последовательность	5
Детальное планирование стоматологической помощи	10
Неотложная стоматологическая помощь	13
Общие принципы планирования неотложной помощи	13
Алгоритм планирования неотложной помощи при острых формах необратимого пульпита	15
Алгоритм планирования неотложной помощи при острых формах апикального периодонтита	16
Алгоритм планирования неотложной помощи при остром периодонтальном абсцессе	17
Алгоритм планирования неотложной помощи при остром язвенно-некротическом стоматите и других острых заболеваниях СОПР	17
Планирование профилактических мероприятий при стоматологических заболеваниях	18
Кариозная болезнь у взрослого населения	20
Осложнения кариеса зубов	22
Некариозные поражения твердых тканей зубов	23
Болезни периодонта	23
Заболевания слизистой оболочки полости рта	24
Детальное планирование лечения основных стоматологических заболеваний	25
Кариозная болезнь	25
Некариозные поражения зубов	28
Эндодонтическое лечение	30
Заболевания периодонта	32
Заболевания слизистой оболочки полости рта	36
Оценка качества лечения стоматологических заболеваний	37
Кариозная болезнь у взрослого населения	39
Некариозные поражения, возникающие до прорезывания зубов	40
Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов	41
Различные формы пульпита и апикального периодонтита	42
Болезни периодонта	45
Слизистая оболочка полости рта	45
Использование вопросников, специальных карт и ортопантограммы при планировании лечения	46
Терминология (гlossарий) в терапевтической стоматологии	50
Тесты	59
Литература	61
Приложение 1	62
Приложение 2	64
Приложение 3	66

Учебное издание

Александрова Людмила Львовна
Пустовойтова Наталья Николаевна
Юрчук Елена Николаевна

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко
Редактор О. В. Иванова
Компьютерный набор Н. Н. Пустовойтовой
Компьютерная верстка О. Н. Быховцевой

Подписано в печать 28.06.07. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 3,95. Уч.-изд. л. 3,40. Тираж 200 экз. Заказ 620.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004;
ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.
Ул. Ленинградская. 6. 220030, Минск