

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 1

Тема занятия: Введение в курс профилактики. Общие вопросы профилактики стоматологических заболеваний, цель, задачи, методы,

Цель: Ознакомить студентов с общими вопросами профилактики, ее целью, задачами.

Конкретная цель: Усвоение студентами методов профилактики и этапов комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний.

Контроль исходного уровня знаний

1. Как вы понимаете термин «профилактика»?
2. Какие основные стоматологические заболевания вы знаете?
3. Назовите основные этапы антенатального и постнатального развития зубочелюстной системы у детей.
4. Как вы понимаете цель профилактики?

Содержание занятия

Профилактика - это система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья населения и предупреждения заболеваний. Студентам необходимо знать, что в понятие «ПРОФИЛАКТИКА» включает в себя два аспекта: социальный и медицинский и включает в себя социальные, государственные, медицинские, санитарно просветительские, гигиенические мероприятия. В зависимости от конечной цели стоматологическая профилактика делится на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика - это система государственных, медицинских, гигиенических, санитарно-просветительских и воспитательных мероприятий, направленных на предупреждение стоматологических заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения, а также повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой сферы.

Первичная профилактика включает в себя:

Санитарное просвещение по вопросам гигиены полости рта

Диспансерное наблюдение

Улучшения условий обучения, работы и проживания

Нормализацию питания

Вторичная профилактика предусматривает мероприятия, направленные на раннее выявление стоматологических заболеваний, предупреждение прогрессирования патологического процесса и возможных осложнений путем своевременного лечения этих заболеваний. Одной из важных составляющих вторичной профилактики стоматологических заболеваний является санация полости рта.

Третичная профилактика - это система мероприятий, направленных на реабилитацию стоматологического статуса путем сохранения функциональных возможностей органов и тканей челюстно-лицевой области, это выполняется преимущественно ортодонтами и хирургами стоматологами. Студенты должны знать, что в зависимости от количества охваченного контингента детского населения, в котором проводится профилактическая работа, выделяют массовую, коллективную и индивидуальную профилактику стоматологических заболеваний.

Преподаватель должен разобрать со студентами задачи профилактики. Для осуществления профилактики необходимо:

1. изучить и оценить эпидемиологическую ситуацию в регионе
2. определить уровень стоматологического здоровья населения
3. разрабатывать регионально-ориентированные программы профилактики стоматологических заболеваний

4. организовать и провести мероприятия, направленные на усиление резистентности к заболеваниям организма в целом и в том числе органов и тканей полости рта
 5. устранить факторы, способствующие развитию стоматологических заболеваний
 6. оценить эффективность программы профилактики стоматологических заболеваний.
- После обсуждения этих вопросов студенты должны усвоить, что основной целью профилактики является формирование здоровых тканей полости рта, устранение причин и условий возникновения и развития стоматологических заболеваний, повышения устойчивости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды. В конце занятия преподаватель со студентами обсуждают медицинскую и экономическую эффективность профилактики кариеса зубов. Студенты должны знать, что медицинскую эффективность профилактических мероприятий оценивают путем сравнения показателей кариеса у определенной группы детей, а также контрольным определением фтора в слюне, моче и эмали в них через два года после проведения профилактических мероприятий.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Что такое первичная профилактика?
2. Дайте определение вторичной профилактики.
3. Какие вы знаете меры профилактики стоматологических заболеваний?
4. Что такое групповая профилактика кариеса зубов у детей?
5. Как осуществляется индивидуальная профилактика кариеса зубов?

Литература:

1. Смоляр Н.И., Масный З. П., Поликанова Л. Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. - Львов. 1995. - С. 132-139.
2. Хоменко Л.А., Шматко В.И. , Остапко А. И. и другие. Стоматологическая профилактика у детей. Навч.посибник-. К.: ИСДО, 1993. - С. 172-199.
3. Стоматология детского возраста (Под редакцией Виноградовой Т. Ф.). - Москва, 1987. - С. 34-57.
4. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. - М.: Медицина, 1982. -С. 197-210.
5. Разумеева Г.И., Удовицкая Е. В., Букреева Н.М. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей. - Москва, 1987. - С. 56.
6. Стоматология, т. 1/Под ред. М.М. Рожка. - Ивано-Франковск: "Новая Заря", 2007. - 520 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 2

Тема занятия: Анатомо-физиологические аспекты строения полости рта в возрастном аспекте. Этапы развития челюстно-лицевой области, формирования зубов, слизистой оболочки полости рта и пародонта.

Цель: изучить основные анатомо-физиологические аспекты строения полости рта в возрастном аспекте и этапы развития челюстно-лицевой области, формирования зубов, слизистой оболочки полости рта и пародонта.

Конкретная цель: 1. вивчити анатомо-физиологические аспекты строения полости рта в возрастном аспекте.

2. изучить основные этапы развития челюстно-лицевой области, формирования зубов, слизистой оболочки полости рта.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Анатомическое строение временных зубов у детей.

2. Анатомическое строение постоянных зубов у детей.
3. Физиологические аспекты полости рта у детей
4. Сроки закладки временных и постоянных зубов.
5. Сроки прорезывания временных и постоянных зубов.
6. Сроки формирования корней временных и постоянных зубов.
7. Признаки физиологического прорезывания.
8. Виды резорбции корней

Содержание занятия

Изучая анатомо-физиологические аспекты строения полости рта в возрастном аспекте необходимо отметить периоды развития ребенка, а также на периодах развития зубоцеллюлозной системы (в частности на периодах прикуса)

Согласно суточного периодизации (П.С. Мощич, 1994) различают два этапа детства: внутриутробный и внеутробный. Внутренне утробный этап включает фазы: эмбрионального развития (до 2 мес весов и гестации) и плацентарного развития (с 3-го до 10-го месяца). Внеутробный этап охватывает следующие периоды:

1. Новорожденности - до 3-4 недель.
2. Грудной (новорожденного) - от 1 мес до 1 года.
3. Молочных зубов - от 1 до 7 лет
 - а) Преддошкольный - от 1 до 3 лет;
 - б) дошкольный - от 4 до 7 лет;
4. Младший школьный возраст - от 7 до 12 лет.
5. Полового созревания (старший школьный возраст) - от 13 до 17 лет.

Рассматривая анатомо-физиологические особенности слизистой, выделяют три возрастные периоды - период новорожденности и грудной, период ранний детский, период первичный и вторичный детский. Каждому возрастному периоду соответствуют присущие только ему возрастные особенности структуры слизистой, что необходимо учесть при анализе патологического состояния. У новорожденных эпителий и соединительная ткань слизистой оболочки полости рта мало дифференцирована, покровы состоят только из базальных и шиповидных клеток. Эпителий имеет большое количество гликогена и РНК, базальная мембрана тонкая и нежная, в подслизистом слое много клеточных элементов. Слизистая в этом возрасте легко уязвима, но обладает способностью к регенерации. В грудном возрасте увеличивается объем и исчезает гликоген в эпителии, снижается уровень иммунобиологических возможностей, которые появились еще в антенатальном периоде. Итак, слизистая полости рта в грудном возрасте устойчива к вирусному и бактериальному поражению и неустойчива к грибковому. В раннем детском периоде снижается уровень реакций иммунитета и снижается проницаемость тканей, способствует более частому поражению вирусной инфекцией. В первоначальном детском периоде увеличивается объем эпителия и содержание РНК и гликогена в нем, уменьшается количество клеточных элементов и кровеносных сосудов в собственном слое слизистой, снижаются обменные процессы в тканях. Во вторичном детском периоде появляется гликоген в эпителии десен и твердого неба. Для этого возраста характерны острые и хронические воспалительные процессы, в основе которых лежат аллергические реакции.

Т.Ф. Виноградова выделяет следующие особенности строения десен у детей: 1) тонкий слой ороговевающих клеток эпителия, 2) более интенсивная васкуляризация десен (ярко-красный цвет, 3) слабая плотность соединительной ткани; 4) менее выраженная зернистость поверхности вследствие незначительного углубления эпителиальных сосочков, 5) глубже десневой борозда; 6) закругленность десневого края с признаками отека, гиперемии в период прорезывания зубов.

Итак, рассматривая строение десны в возрастном аспекте следует отметить, что в период временного прикуса слизистая десен содержит гликоген, эпителий десны тонкий,

недостаточно дифференцированный, десневые сосочки мало углубленные; в период сменного прикуса слой эпителия утолщается, десневые сосочки приобретают более четкой формы, становятся глубже, уплотняются коллагеновые волокна, увеличивается количество клеточных элементов, снижается склонность к диффузным реакциям; в период постоянного прикуса десны становятся зрелой дифференцированной структурой, периодонт состоит из коллагеновых волокон, клеточных элементов, нервных волокон, кровеносных и лимфатических сосудов. В 14 лет завершается формирование периодонта.

Об особенностях альвеолярного отростка у детей, следует отметить, что гребень у детей более плоский, тонкая решетчатая пластинка прилегает к корню зуба, увеличивается пространство губчатого вещества, низкая степень минерализации, усиленный лимфо и кровообращение. В период временного прикуса костная ткань мало дифференцирована. Находится в стадии формирования, периодонтальная щель в 2 раза шире, чем у взрослых; кортикальные пластинки менее четкие; вершины межзубных перегородок имеют разные очертания, в области молочных моляров - всегда плоские. В период сменного прикуса верхушки межзубных перегородок выглядят полностью срезанными в направлении зуба прорезается. К моменту конечного прорезывания зуба они приобретают обычных контуров. В период постоянного прикуса сформирована костная ткань отличается более четкими контурами губчатого вещества и компактной пластинки.

Среди особенностей ротовой полости новорожденного ребенка следует отметить следующее: 1). превалирование верхней губы над нижней, форма губ хоботообразного, поперечно разделенными (валики Пфаундлера-Люшка) с сосательные подушкой на верхней губе - благодаря этому ребенок плотно охватывает сосок. 2). Большой язык, которым ребенок прижимает сосок во время акта сосания 3). Мелкий передсинок и дно полости рта, плохо выраженные переходные складки. 4). Верхняя челюсть состоит из двух симметричных половин, сочетающиеся продольным швом, широкая и короткая, состоит из альвеолярного отростка, который расположен чуть ниже неба.

5). Небо-плоское, с хорошо выраженными поперечными складками, на небе расположены 4-5 поперечных складок, 2-3 пары которых отходят от небного сагиттального шва.

Складки образуют шероховатость, что способствует содержанию соска во время кормления 6).

Нижняя челюсть состоит из двух несросшихся половин, которые соединяются с помощью соединительной ткани. Альвеолярный отросток развит лучше чем базальный, вследствие наличия зачатков временных и постоянных зубов. 7). Ветка нижней челюсти слабо развита, суставной отросток поднимается над уровнем альвеолярного отростка. 8). Кожная челюсть насчитывает 18 фолликулов 10 временных и 8 постоянных зубов (6, 3, 2, 1, 1, 2, 3, 6). Зачатки временных зубов расположены на обеих челюстях с губного стороны, зачатки постоянных зубов-глубже временных из языкового стороны на нижней челюсти и с небной на верхней. 8). Десневой мембрана-двойная складка слизистой оболочки гребнеобразное формы во фронтальном участке верхней и нижней челюстей (складка Робена-Мажита).

Благодаря роста и развития ребенка происходят изменения в зубочелюстной системы, появляется - ются новые функции или происходит перестройка имеющихся.

Развитие зубов. Выделяют следующие стадии развития временных и постоянных зубов:

1. Закладка и образование зачатков зубов. .
2. Дифференциация клеток зачатков.
3. Гистогенез зубных тканей.
4. Минерализация.
5. Прорезывания зубов.

В развитии временных зубов различаем 5 периодов: 1) закладка и внутренне челюстной формирования; 2) прорезание; 3) формирование корня и периодонта, 4) стабилизации, 5) рассасывания (резорбции). Развития постоянных зубов характерны 4 вышеуказанные периоды (кроме периода резорбции).

Закладка и формирование зачатков всех временных зубов происходит с 6-7 недели эмбрионального развития, на 4-5 месяца антенатального периода происходит интенсивный гистогенез и минерализация коронок передних временных зубов, а на 8-9 месяца антенатального периода формируются жевательные поверхности временных моляров и пришеечная часть временных резцов, а также холмы первых постоянных моляров.

С 4 месяца антенатального периода происходит закладка и формирование части постоянных зубов (6, 1, 2, 3, 4). В первых постоянных моляров очага минерализации появляются в 1,5-2 года жизни ребенка. Зачаток второму постоянному премоляра формируется в 2 года, а второго постоянного моляра в 2,5 года. Зачаток третьего моляра формируется в 5 лет.

Развитие постоянных и временных зубов происходит однотипно, но в разный период времени. В период завершения развития временных зубов в челюсти есть зачатки постоянных зубов, которые находятся на более ранних стадиях формирования.

Контроль усвоения уровня знаний:

1. Периоды развития ребенка.
2. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой у детей в различные возрастные периоды.
3. Анатомо-физиологические особенности строения тканей пародонта у детей в различные возрастные периоды.
4. Сроки первичной минерализации временных зубов у детей.
5. Сроки первичной минерализации постоянных зубов у детей.
6. Сроки вторичной минерализации временных и постоянных зубов у детей.

Литература:

1. Н.И. Смоляр «Профилактика стоматологических заболеваний у детей»
 2. Л.А. Хоменко «Стоматологическая профилактика у детей»
 3. О.В.Удовицька "Детская стоматология"
- Т.Г. Заяц, Л.А. Жуковская «Профилактика стоматологических заболеваний»

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 3

Тема занятия: Запись зубной формулы: клинической, анатомической. Методы стоматологического осмотра. Алгоритм обследования. Практическое ознакомление студентов с методикой осмотра один на одном.

Цель: практически ознакомить студентов с методами стоматологического обследования и стоматологическим смотровой инструментарием.

Конкретная цель: научить студентов последовательности и особенностям стоматологического обследования пациента с использованием стоматологического инструментария

Контроль исходного уровня знаний:

1. Какие методы стоматологического обследования?

2. В какой последовательности следует осматривать стоматологического больного?
3. Какой инструментарий при этом используют?
4. Какие вы знаете дополнительные методы обследования детей у стоматолога?
5. Что позволяет определить зондирования и перкуссия?

Содержание занятия

В начале занятия преподаватель подчеркивает, что стоматологическое обследование является важным этапом профилактической работы, дает возможность создать информационную базу для планирования профилактической помощи и оценить ее эффективность.

Основным методом выявления морфологических и функциональных отклонений в развитии зубоцеллюлозной системы является клиническое обследование пациента. Студенты должны усвоить, что методике клинического обследования предусмотрено опрос, осмотр, пальпацию, перкуссию и проведения дополнительных методов исследования - лабораторных и инструментальных.

Опроса.

Студенты должны знать, что целью опроса является определение имеющихся факторов риска возникновения стоматологических заболеваний. В ходе опроса необходимо выявить жалобы пациента, уровень гигиенического ухода за полостью рта, наследственность, физическое развитие ребенка, сроки прорезывания и смены зубов, вредные привычки, перенесенные и имеющиеся заболевания, а также простудные заболевания, их частоту в течение года.

При сборе анамнеза о ребенке у родителей необходимо выяснить как протекала беременность и роды., Особенности раннего развития ребенка, характер вскармливания, перенесенные заболевания, наличие хронических и системных заболеваний. Необходимо оценить знания по гигиене ротовой полости, а также характер ухода за полостью рта.

Пациент должен почувствовать желание врача помочь ему.

С целью уточнения влияния питания на течение болезни необходимо рекомендовать течение месяца вести пищевой дневник. Дальнейший анализ данных дневника позволит выявить продукты, на которые негативно реагирует организм, и исключить их из рациона. После рассмотрения темы субъективного обследования (опрос) преподаватель со студентами изучает объективное обследование стоматологического пациента состоящее из осмотра и инструментальных и дополнительных исследований.

- Обзор делится на общий и стоматологический. Во время общего осмотра обращают внимание на эмоциональное состояние, физическое развитие, осанку

Стоматологическое обследование разделяют на зовнишньоротове и обследование ротовой полости.

Во время стоматологического зовнишньоротового обследования оценивают

- Форму головы и лица, симметрию лица, форму подбородка, функцию смыкания губ, функцию дыхания, функцию глотания, вредные привычки, состояние лимфатических узлов, функцию височно-нижне-челюстной сустава, кожу и видимые слизистые, ушные раковины.

Осмотр ротовой полости проводят в стоматологическом кресле с применением стоматологического инструментария. Стандартный осмотр ротовой полости проводят в следующем порядке: состояние преддверия полости рта, осмотр слизистой оболочки ротовой полости, определения состояния зубов и зубных рядов, прикуса.

При осмотре преддверия полости рта обращают внимание на его глубину, степень выраженности уздечек губ и языка и, место их прикрепления к альвеолярного отростка, цвет слизистой оболочки.

При обследовании зубных рядов обращают внимание на форму зубной дуги, учитывают количество, форму, размер, цвет и положение зубов в зубном ряду. Обнаруживают аномалии зубов и зубных рядов.

Обследуется состояние десен. В норме десневые сосочки хорошо выражены, имеют равный розовый цвет, треугольную или трапецевидную форму, плотно прилегают к зубам. Прикус характеризуют по трем признакам: соотношения челюстей, форма зубных дуг, положение отдельных зубов.

Исследование слизистой оболочки предусматривает определение цвета, консистенции, характеристики и локализации элементов поражения. Обращают внимание на размеры и цвет языка, вид сосочков.

При необходимости пациента направляют на дополнительное обследование: рентгенологическое, лабораторное, цитологическое и другие. К вспомогательным можно отнести физические, рентгенологические, лабораторные и иммунологические методы исследования.

К физическим относятся электроодонтометрия, метод транс иллюминации, люминесцентная диагностика, капилляроскопия реография, термография, полярография, электромиография

Рентгенологические методы используют для исследования костной ткани челюстно-лицевой области. Студенты должны усвоить, что в стоматологии используют такие методы рентгенологических исследований: внутриротовая (близкофокусная контактная), внешне ротовая рентгенография, панорамная рентгенография, компьютерная томография, контрастная рентгенография, телерентгенография.

К лабораторным методам исследования относятся цитологический и микробиологический методы.

Данные, полученные в ходе клинического обследования, а также результаты вспомогательных исследований вносят в медицинскую карту стоматологического больного. Студенты должны знать о необходимости заполнения медицинской карты при каждом посещении пациента. В ней подробно описывают жалобы больного, данные обследования, проведенные лечебные и профилактические мероприятия.

Результаты обследования зубов записывают в виде зубной формулы. Клиническую зубную формулу записывают описывая сначала верхнюю челюсть справа налево, а затем нижнюю - слева. Молочные зубы индексируют римскими цифрами, а постоянные - арабскими.

Постоянные зубы Молочные зубы

По методике ВОЗ вся зубоцеллепова система разбита на 4 сектора. При выявлении поражения зубов в зубной формуле отмечают следующим образом: первая цифра означает сектор ротовой полости, а вторая - номер по порядку в зубной дуге.

Постоянные зубы

правая сторона левая сторона

Молочные зубы

правая сторона левая сторона

Анатомическую зубную формулу записывают используя следующие обозначения:

Постоянные зубы

Молочные зубы

Все патологические изменения записывают с помощью условных обозначений

(С - кариес; Р - пульпит; Рt - периодонтит; R - корень; П - пломба;
О - отсутствует).

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Какие существуют этапы обследования стоматологического больного?
2. Деонтология в работе детского стоматолога.
3. Из каких этапов состоит обзор стоматологического больного?
4. В какой последовательности проводится внешне ротовое обследование?
5. Из каких этапов состоит обследования ротовой полости?
6. Назовите методы дополнительных исследований, используемых в стоматологии.
7. Какие вы знаете виды рентгенографии?

Литература:

1. Смоляр Н.И., Масный З. П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей.-Львов, 1995. - С. 28-50.
2. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. - Москва, 1987. - С. 15-22.
3. Хоменко Л.А., Шматко В.И., Остапко А.И. Стоматологическая профилактика у детей. Навч.посибник. - М.: ИСДО, 1993. - С.55-85, 94-102.
4. Стоматология, т. 1/Пид ред. М.М. Рожка. - Ивано-Франковск: "Новая Заря", 2007. - 520 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 4

Тема занятия: Индексы кариеса.

Цель: Изучить основные эпидемиологические показатели кариеса зубов: интенсивность, прирост интенсивности, распространенность, редукция кариеса, активность и степени активности кариеса, уровне интенсивности.

Конкретная цель: Научить определять эпидемиологические показатели кариеса в разных возрастных группах детей.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Что означает термин «эпидемиология стоматологических заболеваний»?
2. Какие Вы знаете этапы проведения эпидемиологического обследования?
3. Назовите основные инструменты для осмотра зубов.
4. Назовите признаки здоровых твердых тканей зубов.
5. Запись зубную формулу и условные обозначения для патологических изменений в зубе?
6. Роль эпидемиологического обследования в стоматологии.

Содержание занятия

Эпидемиологическое обследование включает:

- 1) Определение распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний;
- 2) Значение необходимости в их профилактике и лечении;

- 3) Определение качества стоматологической помощи (качество санации, и эффективность профилактики);
 - 4) Сравнение состояния заболеваемости в различных регионах;
 - 5) Установление реальных целей для составления программы стоматологической службы;
- Преподаватель обращает внимание студентов на то, что пораженность населения кариесом зубов характеризуют путем определения основных эпидемиологических показателей кариеса: интенсивность, распространенность, прирост интенсивности (заболеваемость), уровни интенсивности, редукция кариеса, степень активности кариеса. Распространенность это процент обследованных лиц, у которых выявлены кариес зубов от общего числа обследованных, ее определяют по формуле:

Распространенность кариеса по ВОЗ оценивается:

- 1) низкая - до 30%
- 2) средняя - 31-80%
- 3) высокая - более 80%

Интенсивность кариеса - количество кариозных, пломбированных, и удаленных зубов у одного обследованного (КПВ).

Следует помнить, что интенсивность кариеса постоянных зубов обозначают - КПУ, временных - кп, в сменном прикусе - КПУ + кп.

Преподаватель обращает внимание на то, какой показатель интенсивности кариеса свидетельствует о низком, умеренный, высокий и очень высокий уровень пораженности кариесом, а также какая разница между показателями КПУ зубов и КПУ полостей.

При этом в двенадцатилетних детей выделяют уровни пораженности кариесом (по данным ВОЗ 1980 г.):

очень низкий КПВ 0,0 - 1,1 зуба

низкий 1,2 - 2,6 зуба

умеренный 2,7 - 4,4 зуба

высокий 4,5 - 6,5 зуба

очень высокий 6,6 зуба и выше.

Исходя из значения интенсивности поражения зубов кариесом, определяют степень активности по Виноградовой Т.Ф. (1988)

I. Степень активности кариеса - индекс КПВ, кп или КПУ + кп не превышает показателей средней интенсивности кариеса соответствующей возрастной группы, отсутствуют признаки очаговой деминерализации и начального кариеса, оказываются специальными методами.

II. Степень активности кариеса - такое состояние зубов при котором интенсивность кариеса по индексам КПУ, кп, КПУ + кп больше среднего значения интенсивности для данной возрастной группы на три сигнальных отклонения.

M +3 сигмы.

(K = 6.5)

отсутствуют активно прогрессирующая очаговая деминерализация и начальные формы кариеса.

III. Степень активности кариеса - такое состояние при котором показатели КПУ, кп, КПУ + кп, превышают максимальный показатель (M +3 сигмы). Или при меньшем значении КПУ проявляются активно прогрессирующие очага деминерализации и начальный кариес.

Возраст (лет) Степень активности кариеса Интенсивность поражения

7 - 10 I степень - компенсированная форма

II степень - субкомпенсированная форма

III степень - декомпенсированная форма КПВ + кп ≤ 5

КПВ + кп = 6-8

КПВ + кп > 8
11 - 14 и степень
II степень
III степень КПВ ≤ 5
КПВ = 5-8
КПВ > 8

А также учитывая климатические особенности Прикарпатья (Смоляр Н.И., Жирный З.П., Поликанова Л.Г.):

Дети 7-10 лет: при КПВ + кп 5 зубов степень активности кариеса считается компенсированным (I степень).

при КПВ + кп 6-8 - субкомпенсированным (II степень).

при КПВ + кп 8 - декомпенсированная форма (III степень).

Прирост интенсивности или заболеваемости это разница между показателем КПВ прошлого года и КПУ в настоящее время. Рассчитывается по формуле:

где

показатель интенсивности в настоящее время

показатель интенсивности предварительного обследования (год, два или более назад)

Редукция кариеса: - показатель эффективности профилактических мероприятий, которая рассчитывается по формуле:

Где КПЭ - кариес профилактический эффект;

КПВп1 - пораженность кариесом в профилактической группе;

КПВп2 - пораженность кариесом в контрольной группе.

Начальный кариес диагностируют на основе поздравительное окраску. Студент должен знать методику поздравительное окраски и красители которые при этом используют (2% раствор метиленового синего, йод-йодистокалиевый раствор, бисмарк коричневый, раствор основного фуксина, еретрозин красный и другие).

Во время практической работы студенты обследуют детей, заполняют зубные формулы, определяют интенсивность кариеса. С помощью поздравительное окраски определяют наличие начального кариеса.

В конце занятия преподаватель подводит итог, дает задания для самостоятельной работы.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Как определяют интенсивность кариеса зубов во временном, сменном и постоянном прикусе?
2. Что такое распространенность кариеса?
3. Как определить прирост интенсивности кариеса?
4. Как определить степень активности кариеса.
5. Что такое редукция кариеса?
6. Приветственное окраску как метод диагностики начального кариеса.

Литература:

1. Смоляр Н.И., Масный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. - Львов, 1995. - С. 39-41
2. Удовицкая О.В. Дитяча стоматология. - К.: Здоровье, 2000. - С. 36-41
3. Л.А. Хоменко и соавт. Стоматологическая профилактика у детей ". Киев 1993. С. 23-40
4. Мельниченко Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. - Минск: Высшая школа, 1990. - С. 40-42, 126-131

5. Яковлева В.И., Трофимова Е.К и др. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. - Минск, 1994. - С. 17-22.
6. Стоматология, т. 1/Пид ред. М.М. Рожка. - Ивано-Франковск: "Новая Заря", 2007. - 520 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 5

Тема занятия: Индексы гигиены полости рта (Грина-Вермилльона, Федорова-Володкиной, Silness-Loe).

Цель: Научить студентов определять гигиенические индексы.

Конкретная цель: Усвоить методику определения гигиенических индексов.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Назовите инструменты для осмотра полости рта.
2. Какие виды зубных отложений?
3. Назовите минерализованные и неминерализованные зубные отложения.
4. Что такое пеликула?
5. Что такое зубная бляшка, ее состав?
6. Что такое зубной камень, какие являются его виды?

Содержание занятия

В начале занятия преподаватель подчеркивает, что для оценки гигиены полости рта, эффективности средств гигиены, а также определение роли гигиены в развитии заболеваний твердых тканей зубов и пародонта используют объективные гигиенические индексы, отражающие качество чистки зубов, количество и виды зубных отложений.

Для оценки гигиенического состояния полости рта предложен ряд индексов, которые условно можно разделить на 4 группы:

1. Индексы, которые оценивают площадь зубного налета.
2. Индексы, которые оценивают толщину зубного налета.
3. Индекс, которые оценивают массу зубного налета.
4. Индексы, которые оценивают физические, химические, микробиологические параметры зубного налета.

Определение гигиенических индексов проводят с помощью красителей. Как красители применяют йодсодержащие растворы, раствор бисмарка коричневого, 5% раствор эритрозина, спиртовой раствор фуксина, 2% метиленовый синий, раствор флуоресцеина натрия.

Применение различных индикаторов зубного налета дает возможность выявить зубные отложения и места их наиболее интенсивного накопления.

Преподаватель обращает внимание студентов на то, что зачастую в клинике применяются индексы, которые относятся к 1-й и 2-й группы. Это обусловлено относительно несложной методикой их определения и достаточной информативностью, что дает возможность быстро оценить гигиеническое состояние полости рта.

К 1-й группе гигиенических индексов, которые оценивают площадь коронки зуба, покрытую налетом, принадлежат индекс Федорова - Володкиной, индекс Green-Vermillion, индекс Ramfiord, индекс "Navy-Quigley-Неип индекс Turecky, индекс Arnim ..

Чтобы определить гигиеническое состояние полости рта с помощью гигиенического индекса Федорова-Володкиной, необходимо вестибулярные поверхности шести нижних фронтальных зубов (43,42,41, 33,32,31) смазать раствором йодйодистокалиевым или иным йодсодержащие раствором.

Критерии оценки:

- 1 - отсутствие окраски;
- 2 - окраска 1/4 поверхности коронки зуба;
- 3 - окраска 1/2 поверхности коронки зуба;
- 4 - окраска 3/4 поверхности коронки зуба;
- 5 - окраска всей поверхности коронки зуба.

Оценки всех зубов в баллах грустят и полученную сумму делят на 6 (количество зубов).

Формула для вычисления-. ИГ =

- Сумма значений индекса всех зубов.

Интерпретация результатов:

- 1,1-1,5 - хороший ИГ;
- 1,6-2,0 балла - удовлетворительное ИГ;
- 2,1-2,5 балла - неудовлетворительный ИГ;
- 2,6-3,4 балла - плохой ИГ;
- 3,5-5,0 балла - очень плохой ИГ.

Для определения его гигиенического состояния полости рта с помощью упрощенного индекса гигиены рта с Грин-Вермилльоном. ОНI-S (Oral Hygiene Indices-Simplified Green-Vermillion), красят вестибулярные поверхности 16,11,31 зубов и языковые поверхности 46,36 зубов раствором Шиллера-Писарева или другим йодсодержащие раствором. На исследуемых поверхностях сначала определяют зубной налет Debris-index, а затем зубной камень - Calculus-index.

Критерии оценки

Зубной налет (Ди) Зубной камень (Си)

0 - зубной налет отсутствует 0 - зубной камень не обнаружен

1 - зубной налет покрывает 1/3 поверхности коронки зуба. 1 - надъясенный зубной камень покрывает 1/3 поверхности коронки зуба

2 - зубной налет покрывает 2/3 поверхности коронки зуба 2 - надъясенный зубной камень покрывает 2/3 поверхности коронки зуба, пид'ясенный зубной камень в виде отдельных конгломератов.

3 - зубной налет покрывает более 2/3 поверхности коронки зуба

3 - надъясенный камень покрывает 2/3 поверхности коронки зуба, пид'ясенный зубной камень окружает пришеечную часть зуба.

Формула для вычисления:

ОНI = (

- Сумма значений

зн - зубной налет

зк - зубной камень

n - количество обследованных зубов (обычно 6)

Интерпретация результатов:

Значение ОНI-S Оценка ОНI-S Оценки гигиены полости рта

0-0,6 Низкий Хорошая

0,7-1,6 Средний Удовлетворительное

1,7-2,5 Высокий Неудовлетворительная

более 2,6 Очень высокий Плохая

Индекс Ramfiord (1956) является частью пародонтального индекса, предложенного S.Ramford. С целью определения индекса красят боковые, щечные и языковые поверхности шести зубов (11, 14, 26, 34, 31, 46) раствором бисмарка коричневого.

Критерии оценки:

0 - отсутствие зубного налета;

1 - зубной налет присутствует на некоторых, но не на всех апроксимальных, вестибулярных и языковых поверхностях зубов;

2 - налет присутствует на всех апроксимальных, вестибулярных и языковых поверхностях, но покрывает не более половины зуба;

3 - налет присутствует на всех поверхностях зуба и покрывает более половины коронки;

Индекс вычисляют путем деления общей суммы баллов на количество обследованных зубов ($n = 6$).

В основу индекса Stallard, предложенного K-Stallard (1969), взято индекс гигиены полости рта Green-Vermillion (1964).

Обследуют вестибулярные поверхности 16, 26, 11, 31 и языковые поверхности 36 и 46 зубов. Для выявления зубного налета применяют раствор эритрозином.

Критерии оценки:

0 - отсутствие окраски;

1 - окрашивается не более 1/3 поверхности коронки;

2 - окрашивается более 1/3, но не более 2/3 поверхности коронки;

3 - окрашивается вестибулярной поверхности зубов верхней и нижней челюсти. Перед обследованием рот полощут 0,75% раствором щелочного фуксина.

Критерии оценки:

0 - отсутствие зубного налета;

1 - выявление отдельных участков зубного налета на пришеечной области;

2 - зубной налет в виде тонкой сплошной линии покрывает пришеечную часть зуба у десны;

3 - пришеечная поверхность покрыта зубным налетом;

4 - 2/3 коронки зуба покрыты зубным налетом;

5 - более 2/3 коронки зуба покрыты зубным налетом.

Формула для вычисления:

ИГ =

где - сумма значений индекса для всех зубов.

Индекс Tureski основан на системе подсчета Quigley-tiein, но зубной налет при этом оказывается на вестибулярных и языковых поверхностях все зубного ряда.

Критерии оценки:

0 - отсутствие бляшки;

1 - отдельные пятна зубного налета оказываются на пришеечной поверхности зуба;

2 - тонкая непрерывная полоска зубного налета (до 1 мм) на пришеечной поверхности зуба;

3 - полоска зубного налета шире 1 мм, но она покрывает менее 1/3 коронки зуба;

4 - бляшка покрывает более 1/3, но менее 2/3 коронки зуба;

Индекс Arnim - индекс для изучения гигиенического состояния полости рта, который с большой точностью определяет площадь зубного налета, покрывающего вестибулярные поверхности 11,12,21,22,31,32,41,42 зубов. Для этого налет красят раствором эритрозином, закрашенные участки фотографируют и печатают снимки с увеличением в 4 раза. Контуры соответствующих зубов и окрашенных участков переводят на бумагу и вычисляют с помощью планиметра процента поверхности, покрытой зубным налетом.

До 2-й группы гигиенических индексов принадлежит индекс Silness-Loe (1964,1967), поскольку учитывает толщину зубной бляшки в пришеечной области. При определении этого индекса окрашивания зубного налета не осуществляется. Его толщина определяется

с помощью зонда на 4 поверхностях зуба вестибулярной, языковой и апроксимальных. Обследуют 6 зубов: 11,14,26, 31,34,46.

Критерии оценки:

0 - налет у шейки зуба зондом не определяется;

1 - налет на глаз не заметен, если у шейки зуба, то определяется комочек налета на его кончике;

2 - налет видно глазом

3 - интенсивное отложение налета на поверхностях зуба и в межзубных промежутках.

Формула для вычисления:

а) для одного зуба - придают значения индекса, полученные при обследовании различных поверхностей одного зуба, и делят на 4;

б) для группы зубов - индекс для отдельных зубов (резцов, премолиров и моляров) можно сгруппировать с целью определения гигиенического индекса;

в) для индивидуума - добавить значение индекса для зубов и разделить на количество обследованных зубов.

После теоретической части студенты проводят определение гигиенических индексов на пациентах или друг на друге. Результаты обследования заносятся в карту обследования.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Назовите классификацию зубных отложений.

2. Какие группы гигиенических индексов?

3. Назовите красители для выявления зубного налета.

4. Как определить гигиенический индекс по Федорову - Володкиной?

5. Как определить гигиенический индекс за Грина - Вермильона?

6. Как определить гигиенический индекс по Silness - Loe?

Литература:

1. Стоматологическая профилактика у детей Навч.посибник / Л.А. Хоменко, В.И. Шматко, А.И. Остапко и др.. - М.: ИСДО, 1993.-С. 40 - 51.

2. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии // М.: Медицина, 1982.-С.70 -86.

3. Мельниченко Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний // Минск: Высшая школа. - 1990. - С.125 -130.

4. Смоляр Н.И., Жирный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. - М.: Свит.-1995. - С.86 -96.

5. Смоляр Н.И., Стадник У.О., Крупник Н.М., Чухрай Н.Л., Безвушко Е.В. // Индексная оценка стоматологического статуса. - Методические указания. -Львов, 2007.-С.7-46.

6. Стоматология, т. 1/Пид ред. М.М. Рожка. - Ивано-Франковск: "Новая более 2/3 поверхности коронки.

7. Индекс.М.Navy, E.Quigley, Z.ffein, оценивает площадь зубного налета на Заря ", 2007. - 520

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 6

Тема занятия: Индексная оценка состояния тканей пародонта. Практическое усвоение индексов ПИ, ВОЗ (СРITN), РМА, КПИ, пробы Шиллера - Писарева.

Цель: Научить студентов определять пародонтальные индексы, на основе результатов обследования выделить группу детей для профилактики и лечения заболеваний пародонта.

Конкретная цель: Усвоить методику проведения определения пародонтальных индексов.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Что такое пародонт?
2. Какова его строение в разные возрастные периоды у детей?
3. Назовите функции пародонта.
4. Какие общие факторы, способствующие развитию заболеваний пародонта?
5. Какие местные факторы, способствующие развитию заболеваний пародонта?
6. Которые пародонтальные индексы Вы знаете?

Содержание занятия

Пародонт - это комплекс околозубных тканей, которые вместе с зубом анатомически и функционально составляют единое целое, а также воспринимают и трансформируют жевательную нагрузку. В состав пародонта входят:

- ясна;
- периодонт;
- костная ткань альвеолы;
- цемент корня зуба.

Общими факторами, которые влияют на развитие заболеваний пародонта и слизистой оболочки являются:

- Характер питания;
- Общесоматические заболевания;
- Климатические и биогеохимические условия проживания ребенка;
- Физиологические и патологические изменения в общем состоянии организма ребенка.

Местными факторами считаются:

- Неудовлетворительная гигиена полости рта;
- Аномалии и деформации прикуса, зубных рядов, расположение отдельных зубов;
- Аномалии размеров и прикрепления уздечек и тяжелой слизистой оболочки;
- Травмирование слизистой оболочки десны нависающими краями пломб, ортодонтическими аппаратами;
- Неправильный выбор средств гигиены полости рта;
- Изменения химического и ферментного состава слюны.

Преподаватель акцентирует внимание студентов на том, что среди клинических методов оценки пародонтального статуса значительное место принадлежит индексам, которые позволяют провести предварительную оценку состояния тканей пародонта, определить степень распространения патологического процесса и интенсивности его течения.

Интенсивность и распространенность воспаления десен отражает проба Шиллера - Писарева. Интенсивность окраски десен после смазывания йод - йодисто калиевым раствором прямо пропорциональна степени воспалительного процесса, тяжести течения. Данная проба проводится всем детям при определении в них стоматологического статуса. В случае положительной пробы необходимо более углубленное исследование состояния тканей пародонта.

Для оценки состояния тканей пародонта применяют пародонтальный индекс (ПИ), папиллярный-маргинально-альвеолярный (РМА), комплексный пародонтальный индекс (КПИ), индекс гингивита Silness-Loe, комплексный пародонтальный индекс ВОЗ для определения нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРИТН), индекс S. Ramfiord. Проба Шиллера-Писарева.

При скрытом воспалении пародонта иногда его признаки (гиперемия, отек) является скрытыми. В таких случаях проводят пробу Шиллера-Писарева. Для этого ясна в области

нижних фронтальных зубов с помощью небольшой ватный шарик смазывают раствором, который содержит:

Jodi puri - 1,0;

Kalii jodidi - 2,0;

Aquae destillatae - 40,0.

При наличии скрытого воспаления в деснах увеличивается количество гликогена раствор придает им желто-коричневую окраску различной интенсивности. При светло-желтом окраске проба отрицательная, а при темно-коричневом - положительная. В случае положительной пробы необходимо более углубленное исследование состояния тканей пародонта.

Индекс РМА (папиллярные-маргинально-альвеолярный).

Индекс РМА предложенный Masser (модифицированный Parma в 1960 году) позволяет визуально определить наличие воспалительного процесса десен у каждого зуба.

Критерии оценки:

Воспаление десневого сосочка (Р) - 1 балл;

Воспаление края десны (М) - 2 балла;

Воспаление слизистой десны (А) - 3 балла.

Формула для вычисления:

$РМА = \cdot 100\%$

Сумма баллов состоит из наивысших оценок состояния десен у каждого зуба. Например, если у одного зуба есть воспаление сосочка (1 балл) и воспаление слизистой десен (3 балла), то оценка будет равна 3 балла (самый высокий показатель). Число зубов в возрасте: до 6 лет - 20; 6-11 лет - 24; 12-14 лет - 28, 15 лет и старше - 30.

Интерпретация результатов:

до 25% - легкая степень гингивита;

25-50% - средняя степень гингивита;

выше 51% - тяжелая степень гингивита.

Индекс гингивита (ИГ)

Индекс ИГ предложен в 1967 году Silness-Loe и характеризует интенсивность воспалительного процесса десен. Исследуются конечно в области

Критерии оценки:

0 - воспаление отсутствует;

1 - легкое воспаление без кровоточивости при прикосновении, изменение цвета, незначительный отек;

2 - умеренное воспаление, конечно красные, отечные, кровоточат при прикосновении;

3 - тяжелая форма воспаления, выраженная гиперемия, отек, тенденция к спонтанного кровотечения, язвы.

Формула для вычисления:

$ИГ =$

Критерии оценки:

0,1 - 1,0 - легкая степень гингивита;

1,1 - 2,0 - гингивит средней тяжести;

2,1 - 3,0 - тяжелая степень гингивита.

Индекс РИ

Индекс РИ предложенный Russel в 1956 году и позволяет регистрировать и оценивать развитые формы патологии десен. Оценивается состояние пародонта у каждого зуба. Учитывают степень воспаления, глубину десневого кармана, подвижность зубов.

Критерии оценки:

0 - воспаление отсутствует;

1 - легкий воспалительный процесс, который не охватывает полностью десну вокруг зуба;

2 - воспаление охватывает все десну вокруг зуба без повреждения круговой связи, патологической кармане нет;

4 - воспаления вокруг зуба, начальная степень резорбции верхушек межзубных перегородок, диагностирован рентгенологически;
6 - воспаление десен с образованием патологической карманы и резорбцией кости альвеолы до 1/2 длины корня, функция зуба не нарушена;
8 - зуб подвижен, вследствие резорбции кости альвеолы более чем на 1/2 длины корня, наличие патологической кармане, функция зуба нарушена.

Формула для вычисления:

РИ =

Интерпретация результатов:

0 - 0,1 - патологические изменения отсутствуют;
0,1 - 1 - начальная стадия заболевания пародонта;
1,5 - 4,0 - средняя степень заболевания;
4,5 - 8 - тяжелая степень заболевания.

Индекс КПИ

На кафедре профилактики стоматологических заболеваний Московского медицинского стоматологического института в 1987 г. разработан комплексный пародонтальный индекс.

Критерии оценки:

1 - мягкий зубной налет;
2 - кровоточивость десен;
3 - зубной камень;
4 - патологическая карман;
5 - подвижность зуба.

Обследуются зубы, в зависимости от возраста:

3-4 года - 55, 51, 65, 75, 85

7-14 лет - 16, 11, 26, 36, 31, 46

свыше 15 лет - 17/16, 11, 26 (27), 47 (46), 31, 36 (37)

Формула для вычисления:

КПИ инд. = Сумма баллов

количество зубов, которые исследовались

КПИ средний = сумма КПИ индивидуальных

количество зубов, которые исследовались

Интерпретация результатов:

0,1-1,0 - риск возникновения патологий пародонта;
1,1-2,0 - легкая форма заболевания;
2,1-3,5 - средняя форма заболевания;
3,6-6,0 - тяжелая форма заболевания.

Индекс S.Ramfiord

Предложенный S.Ramfiord в 1956 году. Оценивают два показателя - воспаление десен различной степени и глубину патологических зубодесневых карманов со всех сторон обследуемых зубов.

Индекс S.Ramfiorda применяют у детей и подростков после полного прорезывания зубов.

Исследуется пародонт в области зубов:.

Критерии оценки:

1 - легкая степень воспаления десны с какой-либо одной стороны зуба;
2 - воспаление десен средней тяжести (гиперемия, отек);
3 - гингивит с гиперемией, кровоточивость, язвы, патологическая пародонтальный карман отсутствует;
4 - пародонтальный патологическая карман до 3 мм;
5 - пародонтальный патологическая карман глубиной 3 ... 6 мм;
6 - пародонтальный патологическая карман глубиной более 6 мм.

Формула для вычисления:

$1 =$

C_i - сумма оценок;

n - количество обследуемых зубов.

Коммунальный пародонтальный индекс (СРІ, ВОЗ)
(Community Periodontal Index).

Ткани пародонта обследуют методом зондирования для выявления кровоточивости, наличия под-и наддесневых зубных камней, патологического кармана с помощью специального калиброванного (гудзикуватого) зонда с нанесенными на его рабочую часть миллиметровых отметок.

Зубные ряды делят на шесть участков (секстантов): правые и левые, боковые и центральные на обеих челюстях. В каждом участке осматривают один-два зуба: 17/16, 11, 26/27, 31, 36/37, 47/46

Однако, состояние пародонта регистрируют лишь у того зуба с каждого участка, где наиболее выражена патология. Осмотр начинают с правого верхнего секстанта на верхней челюсти справа налево, а на нижней - слева направо. Осторожно продвигают зонд до упора, плотно прижимая его к поверхности зуба для определения глубины зубодесневое соединение по всему периметру зуба, начиная от щеки.

Например, если в области 17 зуба выявлено кровоточивость, а в области 16 - зубной налет, в клетку заносится код, который означает кровоточивость (1). Если какой-либо из указанных зубов отсутствует, осматривают зуб, расположенный рядом. При отсутствии и этих зубов клетку зачеркивают диагональной чертой и не учитывают в сводных результатах.

Зубы, которые исследуются в зависимости от возраста:

до 15Р. - Наличие патологических карманов не регистрируют,

до 19 р. - 16, 11, 26, 36, 31, 46.

После теоретической части студенты переходят к практической части занятия, в которой проводят обследование детей и друг друга, определяют пробу Шиллера - Писарева и всех пародонтальных индексов. Результаты обследования заносятся в карту обследований.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Методика проведения пробы Шиллера - Писарева.
2. Оценка состояния тканей пародонта по индексу РМА.
3. Методика определения РИ.
4. Методика определения и оценка индекса КПИ.
5. Методика определения и оценка индекса СРІ.
6. Методика определения и оценка индекса ИГ.
7. Оценка состояния тканей пародонта по индексу S. Ramfiord.

.

Литература:

1. Стоматологическая профилактика у детей Науч. пос. / Л.А. Хоменко, В.И. Шматко, А.И. Остапко и др. - М.: ИСДО, 1993.-С. 40 - 51.
2. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии // М.: Медицина, 1982.-С.70 -86.
3. Мельниченко Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний // Минск: Высшая школа. - 1990. - С.125 -130.
- Смоляр Н.И., Масный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. - М.: Свит.-1995. - С.86 -96

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 7

Тема занятия: Методика стоматологического обследования по ВОЗ. Карта регистрации стоматологического статуса. Заполнение карты.

Цель: Ознакомить студентов с картой обследования ВОЗ, методике эпидемиологического обследования больных и регистрацией индексов в карте.

Конкретная цель: усвоение студентами методики эпидемиологического обследования больных и регистрации стоматологических индексов в карте ВОЗ.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Методика обследования стоматологического больного.
2. Какие стоматологические инструменты используются для обследования ребенка?
3. Составные части субъективного обследования стоматологического больного.
4. Составные части объективного обследования стоматологического больного.
5. Какие дополнительные исследования Вы знаете?

Содержание занятия

В начале занятия преподаватель со студентами выясняет цель и этапы эпидемиологического обследования, содержание каждого из них, последовательность заполнения карт ВОЗ.

Цель эпидемиологического обследования:

- Изучение уровня стоматологической заболеваемости;
- Сравнение уровня заболеваемости в разных районах;
- Выявление потребности в лечении;
- Планирование лечебно-профилактической работы;
- Разработка региональных профилактических программ;
- Определение заболеваний для предприятий, производящих стоматологическое оборудование, материалы и инструменты;
- Расчет средств для первичной профилактики;
- Оценка эффективности стоматологической помощи.

Преподаватель обращает внимание студентов на этапы эпидемиологического обследования по методике ВОЗ

I этап подготовительный:

- Формирование досмотровой группы, которая усвоила методику обследования и ознакомлена с критериями поражения;
- Выбор района обследования и контингента населения с учетом климато-географических условий, социально-экономического уровня, окружающей среды и этнических групп;
- Включение равенстве лиц мужского и женского пола определенной возрастной группы (по 20 человек в 10-15 районах). Возрастные группы согласно рекомендации ВОЗ
- 5-6 лет - обследование молочных и первых постоянных моляров;
- 12 лет - обследование постоянных зубов;
- 15 лет - обследование тканей пародонта;
- 35-44 лет - стандартная группа, полная оценка кариеса, состояния тканей пародонта, потребности в протезировании.
- Комплектование инструментов, медикаментов и материалов необходимых для обследования: зонд, стоматологическое зеркало, пуговичный зонд, емкость для стерилизации инструментов, концентрированный раствор антисептика, раствор для мытья рук, ватные тампоны для удаления зубного налета;

II этап, непосредственное обследование:

Заполнение карты оценки стоматологического статуса предложенной ВОЗ.

III этап, оценка результатов эпидемиологического обследования:

- Определение уровня заболеваемости;
- Уровень оказания стоматологической помощи;
- Определение возможных причин, которые влияют на отклонение заболеваемости по сравнению с другими районами.

Студентам необходимо знать карту ВОЗ для оценки стоматологического статуса.

Стандартная карта для оценки стоматологического статуса разработана для сбора всей информации, необходимой для планирования стоматологической помощи, мониторинга и коррекции уже существующей стоматологической службы.

Разделы стандартной карты:

- Идентификация информации об обследовании;
- Общая информация;
- Зовнишньоротовий осмотр;
- Оценка височно-нижнечелюстного сустава;
- Состояние слизистой оболочки;
- Пятнистость / гипоплазия эмали;
- Флюороз зубов;
- СРИТН (состояние тканей пародонта, который раньше называли индексом нуждаемости в лечении заболеваний пародонта-СРИТН)
- Потеря зубо-десневого прикрепления;
- Состояние зубов и необходимость лечения;
- Ортопедический статус;
- Потребность в ортопедическом лечении;
- Примечание.

Зубная формула по ВОЗ

Постоянные зубы

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

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

Правая сторона Левая сторона

Молочные зубы

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

Правая сторона Левая сторона

Стандартная карта применяется для обследования взрослых и детей.

При заполнении карты не разрешается вносить дополнения или исправления. В случае ошибочной записи его зачеркивают и записывают данные в ячейкой.

Исследователь должен печатными прописными буквами написать название страны, в которой осуществляется обследование, в исходной карте, с которой в дальнейшем будут делать копии.

При планировании исследования необходимо составить список населенных пунктов, где оно будет проходить и каждому из них присвоить двузначный код. Кроме этого, необходимо составить и список исследователей и регистраторов, каждому из которых присваивается определенный номер. Если есть информация об этнических группах, или если предполагается регистрация другой информации например о содержании фторидов в воде или использованию фторсодержащих таблеток, то необходимо внести соответствующие коды в общий список кодов.

Для заполнения всех разделов карты применяются стандартные коды. Если это требование не будет выполнено, ВОЗ в дальнейшем будет не в состоянии обработать полученные данные и проанализировать их, так как компьютерная система автоматически отбрасывает карты с нестандартным заполнением. Если любая оценка не может быть выполнена или данный код не соответствует освидетельствованному возрастной группе, то неиспользованную ячейку перечеркивают по диагонали или записывают в код 9 (не регистрируется). Карточки разработаны так, чтобы облегчить компьютерную обработку результатов.

Литература:

1. Стоматология, т. 1/Пид ред. М.М. Рожка. - Ивано-Франковск: "Новая Заря", 2007. - 520 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 9

Тема занятия: кариесогенная ситуация в полости рта. Методы определения и устранения.

Цель занятия: Изучить со студентами кариесогенных факторов общего и местного действия, специфические и неспецифические факторы резистентности.

Конкретная цель: Научить студентов дифференцировать понятия о кариесогенных факторов общего и местного характера, понятие клеточных и гуморальных факторов как специфической так и неспецифической резистентности.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Назвать кариесогенных факторов местного действия.
2. Назвать кариесогенных факторов общего действия.
3. Слюна, ее состав и свойства.
4. Что такое ротовая жидкость?
5. При каком значении рН слюна теряет свои минерализуемые свойства?
6. Роль микроорганизмов полости рта в возникновении кариеса зубов.
7. Что такое гомеостаз эмали и как он поддерживается?

Содержание занятия

После проверки начального уровня знаний студентов, преподаватель обращает внимание на то, что кариес - это дистрофический процесс твердых тканей зуба, который возникает под влиянием комплекса экзогенных и эндогенных факторов, действующих на зубы в течение длительного времени. Кариес характеризуется в начале своего развития очаговой деминерализацией неорганической части эмали, разрушением ее органического матрикса и заканчивается, как правило, деструкцией твердых тканей зуба с образованием полости в эмали и дентине, а при отсутствии лечения - воспалительными осложнениями со стороны пульпы и периодонта.

Различают следующие кариесогенных факторов:

А) общего характера -

- Неполноценное питание;
- Низкое содержание фтора в питьевой воде;
- Болезни и нарушения функционального состояния внутренних органов ребенка;
- Экстремальные воздействия;

- Социальные и экологические воздействия.

Б) местные -

- Неудовлетворительная гигиена полости рта;
- Патогенная микрофлора зубных отложений;
- Изменение количественного и качественного состава слюны;
- Употребление пищевых продуктов с большим содержанием рафинированных углеводов;

В) нарушение резистентности зубных тканей -

- Неполноценная структура твердых тканей;
- Отклонения в химическом составе;
- Наследственная предрасположенность зубных тканей к кариесу.

Из определения причин возникновения кариеса следует тактика врача-стоматолога в процессе лечения, а главное в профилактике кариеса.

Преподаватель также обращает внимание на то, что слизистая оболочка полости рта имеет многокомпонентную систему защиты от патогенных факторов окружающей среды. Устойчивость слизистой оболочки первую очередь зависит от состояния ее эпителия, который является активно функционирующим барьером для макромолекул микробного происхождения.

Резистентность (устойчивость) зубов к кариесу обусловлена многими факторами и определяется на многих уровнях:

- На молекулярном уровне - от типа гидроксиапатита эмали, правильности формирования и закладки белковой матрицы, степени минерализации;
- На уровне тканей - от регулярности структуры эмали, наличия и количества дефектов в ней, формирования волокон и их пучков;
- На уровне зубов и органа - от рельефа поверхности эмали, формирование на ней пеликула, глубины и форм фиссур и слепых ямок;
- На системном уровне (зубочелюстная система) - от типа строения черепа лицевого скелета, прикуса, межзубных промежутков, размещение зубов;
- На функциональном уровне - от функционирования слюнных желез, степени омовения и очищения зуба слюной, концентрации и силы воздействия противомикробных и иммунологических факторов в ней.

Для выявления индивидуального риска возникновения кариеса необходимо определить:

- Состояние твердых тканей зубов и наличие начального кариеса;
- Качественный и количественный состав бактериального налета в полости рта;
- Характеристику ротовой жидкости;

особенности питания, в первую очередь частоту и количество употребления сахара и других углеводов

Клиническое обследование состоит в оценке количества и размеров пломб, выявлении очагов деминерализации и степени активности кариозного процесса (КпПВ).

Исследование слюны включает определение:

- Количественного и видового состава бактерий, в первую очередь *Str.mutans* и *Lactobacillus*;
- Некоторых характеристик слюны (количество слюны, рН слюны, буферная емкость).

Для оценки кариесрезистентных твердых тканей зубов и прогнозирования прироста кариеса в постоянном прикусе можно проводить ТЭР-тест (Р.В. Окушко).

Методика ТЭР-теста заключается в следующем:

- Проводим профессиональную гигиену полости рта;
- Промываем коронки зубов дистиллированной водой и высушиваем их ватными валиками;
- Наносим на вестибулярную поверхность центрального верхнего резца 1 каплю ИН раствора соляной кислоты, диаметром не более 2 мм;
- Через 5 сек. сливаем кислоту дистиллированной водой и высушиваем коронки зубов ватными валиками;

- Наносим ватным шариком на поверхность зуба 1% водный раствор метиленового синего;
- Снимаем краситель одним движением ватным шариком;
- Оцениваем окраски пятна по специальной 10-балльной шкале;
- На зону деминерализации носим фторсодержащий лак.

Шкала оценки:

1-3 балла (бледно-голубой цвет) - значительная структурно-функциональная резистентность и высокая устойчивость зубов к кариесу;

4-5 баллов (голубой цвет) - средняя структурно-функциональная устойчивость эмали к кариесу, возможны единичные поражения;

6-10 баллов (синий цвет) - низкая структурно-функциональная устойчивость эмали и высокая степень риска возникновения кариеса (возможны поражения 2-4-х зубов в год).

Устойчивость (резистентность) зубов к кариесу обеспечивается:

- Правильным формированием зачатков и развитием зубов;
- Своевременным и полноценным созреванием эмали после прорезывания зубов;
- Полноценным химическим составом и структурой тканей зубов;
- Оптимальным химическим составом слюны и ее минерализующими свойствами;
- Низким уровнем проницаемости эмали зуба;
- Достаточным жевательной нагрузкой;
- Хорошим уровнем гигиены полости рта;
- Полноценной диетой;
- Специфическими и неспецифическими факторами защиты полости рта;
- Оптимальным содержанием фтора в воде.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Назвать критическое значение pH при котором начинается растворение эмали.
2. Какие факторы влияют на изменение pH зубной бляшки?
3. Назвать приблизительное количество видов бактерий, содержащихся в полости рта.
4. Что влияет на количественный и видовой состав микрофлоры полости рта?
5. Назвать неспецифические факторы резистентности (клеточные и гуморальные).
6. Назвать специфические факторы резистентности (клеточные и гуморальные).

Литература:

1. Смоляр Н.И., Масный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. - М.: Мир, 1995. - С. 23-30.
2. Стоматологическая профилактика у детей: Учеб. Пособие / Л.А. Хоменко, В.И. Шматко, А.И. Остапко и др.. - М.: ИСДО, 1993. - С. 55-102
3. Терапевтическая стоматология детского возраста (Под ред. Л.А. Хоменко). - Киев: "Книга-плюс", 2007. - С. 198-210.
4. Л.А. Хоменко, А.В. Савичук и соавт. Профилактика стоматологических заболеваний. - М.: Книга плюс, 2007. - С. 80-91.
5. Заяц Т.И., Жуковская Л.А. Профилактика стоматологических заболеваний: учеб. пособие. - Львов.: "Новый мир-2000", 2008. - С. 165-169.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 10

Тема занятия: Структура и биологические свойства эмали и дентина. Созревания эмали после прорезывания зуба.

Цель: Ознакомить студентов со структурой и биологическими свойствами эмали и дентина, созреванием эмали после прорезывания зуба.

Конкретная цель: Усвоение студентами структуры и биологических свойств эмали и дентина, процесса созревания эмали после прорезывания зуба.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Что такое эмаль зуба, ее строение?
2. Что составляет минеральную основу эмали?
3. Что составляет органическую основу эмали?
4. Что такое дентин, его строение?
5. Сроки прорезывания молочных зубов.
6. Сроки прорезывания постоянных зубов.
7. Что такое «первичная минерализация эмали»?

Содержание занятия

Преподаватель со студентами дают характеристику структуре и свойствам эмали и дентина зубов. В частности, эмаль - твердая ткань зуба, покрывающая его коронку в пределах анатомической шейки. Толщина эмали неравномерная от 0,1 мм в пришеечной области до 1,5-2 мм на холмах.

В состав эмали входят 96-97% неорганических веществ и 1-2% органических вода - 1-2%.

Минеральную основу эмали составляют кристаллы апатитов:

гидроксиапатит - 75%

карбонатапатит - 19%

хлорапатит - 4,4%

фторапатит - 0,66%

углекислый кальций - 1,3%

В незначительных количествах как следы в эмали являются соли натрия, железа, цинка, свинца и других микроэлементов.

Органическую основу эмали составляют:

- Нерастворимые белки;
- Растворимые белки;
- Липиды;
- Полисахариды.

Необходимо обратить внимание студентов на свойства эмали

Основные физиологические свойства эмали - это:

- 1) растворимость - процесс изменения формы, размера, ориентации кристаллов апатита с предыдущим снижением содержания кальция и фосфора.
- 2) проницаемость - способность пропускать воду и растворенные в ней вещества от пульпы через дентин к эмали и наоборот;
- 3) резистентность - способность противостоять влиянию кариесогенных факторов.

Преподаватель отмечает, что в минерализации эмали различают две фазы: первичную, которая проходит при внутришньющелепного развития зуба; вторичную (или созревания), которая продолжается в течение 3-5 лет после прорезывания. Таким образом, под созреванием эмали понимают увеличение содержания кальция, фосфора, фтора и др. .. минеральных компонентов и совершенствование структуры эмали. Сначала минерализуются холмы моляров и пре моляров, режущие края фронтальных зубов, далее боковые поверхности. Позже происходит минерализация фиссур, слепых ямок и шеек зубов.

Студенты дают характеристику структуре и свойствам дентина.

Дентин - это минерализованная ткань, утворюет основную массу зуба и определяет его форму. К основным свойствам дентина относятся:

- 1) происходит из ектомезенхимы;
- 2) восстанавливается и видоизменяется на протяжении всей жизни индивидуума;
- 3) не содержит клеток и кровеносных сосудов;
- 4) образование и минерализация органической основы происходят с участием одонтобластов.

В состав дентина входят 70-72% неорганических веществ (гидроксиапатит, углекислый кальций, натрий, фтористый кальций и др.). Органические вещества и вода составляют 28-30% дентина. Структура дентина-неоднородная: коллагеновые волокна, расположенные ближе к полости зуба имеют преимущественно перпендикулярно направлению к стенкам канальцев и параллельный к стенкам полости зуба - это биляпульпарный дентин (предентин), участок постоянного образования дентина.

Ближе к поверхности зуба коллагеновые волокна имеют направление перпендикулярно к поверхности и параллельный к дентинным канальцам. Такой дентин называется плащевой. На границе с эмалью дентин заканчивается многочисленными выступлениями, заходящих в эмаль.

Преподаватель акцентирует внимание студентов на том, что дентин является первичный - образуется в процессе развития зуба, вторичный - образуется после прорезывания зуба и третичный (репаративный, иррегулярный, заместительный), образующийся в области поражения зуба кариесом, патологическим стертостью тканей зуба. Дентин не имеет кровеносных сосудов, питание его происходит посредством дентинных канальцев и волокон Томса.

После прорезывания зуба происходит окончательная минерализация - созревания. Сроки этого процесса в среднем составляют 2-2,5 года после прорезывания молочного зуба и 3-4 года после прорезывания постоянного зуба. Определяющую роль в этом процессе играет ротовая жидкость.

Студенты называют сроки созревания зубов молочного и постоянного прикуса.

Преподаватель подводит итог занятия.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Структура эмали молочных и постоянных зубов.
2. Свойства эмали.
3. Структура дентина молочных и постоянных зубов.
4. Свойства дентина.
5. Сроки созревания эмали молочных зубов.
6. Сроки созревания эмали постоянных зубов.

Литература:

1. Смоляр Н.И., Масный Жирный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. - Львов, 1995. - С. 18-20.
2. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. Медицина, 1991. - С.5-20.
3. Окушко В.Р. Физиология эмали и проблема кариеса зубов. Кишинев, «Штиница», 1989. - С. 13-36.
4. Трезубов В.Н., Арутюнов С.Д. Стоматология. - Москва: Медицинская книга, 2003. - С. 16-17.
5. Терапевтическая стоматология детского возраста // Под ред. проф. Л.А. Хоменко - Киев. Книга плюс. - 2007. - С. 46-54, 184.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 11

Тема занятия: Резистентность эмали зуба к кариозного поражения. Влияние на процессы формирования, минерализации и созревания эмали с целью профилактики кариеса. Биологические свойства пульпы зуба. Современные представления об обменных процессах в эмали и пульпе зуба ..

Цель: Изучить со студентами значения обменных процессов в твердых тканях зубов и резистентность эмали к кариозного повреждения.

Конкретная цель: Усвоение студентами знаний о обменные процессы в эмали для проведения профилактики

Контроль исходного уровня знаний:

1. Сроки закладки и минерализации временных зубов.
2. Сроки закладки и минерализации постоянных зубов.
3. Факторы, влияющие на формирование и минерализацию зубов до прорезывания.
4. Факторы, влияющие на формирование и минерализацию зубов после прорезывания.
5. Строение эмали.
6. Физико-химические свойства эмали.

Содержание занятия

В начале занятия преподаватель определяет исходный уровень знаний студентов, объясняет значение терминов закладки, формирования и минерализации зубов для профилактических мероприятий.

Особое внимание необходимо обратить на особенности строения эмали, ее физико-химические свойства. В химическом отношении она состоит из неорганических веществ (96%), органических (1-2%) и воды (1-2%), которая находится в свободном и связанном виде. Количество органических и неорганических веществ есть непостоянная величина которая зависит от возраста ребенка, характера питания, общего состояния организма ребенка, от состава и свойств питьевой воды. Проводя профилактические мероприятия мы можем влиять на химический состав эмали и менять соотношение органических и неорганических компонентов. Соотношение органических и неорганических компонентов в эмали молочных зубов по сравнению с эмалью постоянных зубов увеличено в сторону органических веществ. Поэтому молочные зубы наиболее часто поражаются кариесом. В зубах, только прорезались больше содержится органических веществ, чем в зубах, функционирующих на протяжении 2-3 лет. Таким образом, с возрастом ребенка в эмали идет замена органических веществ неорганическими. Неорганическая структура эмали обеспечивает такое важное свойство эмали как резистентность.

В течение первых 2 лет после прорезывания зубов идет интенсивное замещение органических компонентов неорганическими. Необходимо обратить особое внимание студентов, что именно в течение этих 2-3 лет после прорезывания зуба важны по проведению профилактических мероприятий. Ведь обменные процессы в эмали в этот период протекают наиболее интенсивно и мы можем этими процессами управлять. Суть обмена в эмали рассматривается как биологический процесс в высокоспециализированной ткани, которая является напивнопроницаемой мембраной между дентином и слюной, избирательно пропускает ионы. Некоторые ионы и жидкости свободно диффундируют через нее, а для других она служит барьером.

Обменные процессы в эмали протекают очень медленно. Поэтому эффективность профилактических мероприятий можно наблюдать не ранее чем через 5 лет.

Обратить внимание студентов на пути поступления минеральных компонентов в эмаль. Благодаря чему можно использовать экзогенную и эндогенную профилактику. Доказано, что в основе кариозного процесса лежат нарушения обменных процессов в твердых тканях зуба. Особое внимание надо обращать на состояние поверхностного слоя эмали от которого зависит устойчивость к кариесогенным факторам.

Минеральную основу зубов составляют изоморфные кристаллы апатитов: гидроксилapatита (75%), карбонатапатиту (19%), фторапатита (0,66%), хлорапатиту (4,4%), далитов и др.. В незначительном количестве (0,1 ... 10 мг / кг сухой массы) в эмали содержатся микроэлементы (фтор, свинец, олово, марганец, железо, алюминий, стронций, натрий, хлор, цинк, бром, медь, золото, серебро, хром, кремний и т.д.) - всего более 40 элементов таблицы Менделеева. Количество их зависит от характера питания, наличия их в окружающей среде, пищевых продуктах.

Необходимо рассмотреть со студентами следующие основные физиологические свойства эмали как резистентность, растворимость и проницаемость. Обратить внимание на важный показатель резистентности эмали - соотношение Са / Р. В норме это соотношение составляет 1,67. Этот показатель уменьшается при начальных признаках деминерализации эмали.

Проницаемость эмали - сложный процесс, основанный на физико-химическим свойствам, диффузии и сорбции органических и минеральных компонентов эмали. Эти свойства играют существенную роль в поддержании оптимального состава этой ткани.

Проницаемость эмали зависит от возраста, рН среды, основных свойств ротовой жидкости, структуры и состава самой эмали.

Другим источником поступления в эмаль минеральных компонентов является пульпа зуба-обильно васкуляризирована и нервная рыхлая соединительная ткань, которая содержит клетки, волокна и аморфное основное вещество. Наибольшей клеточной популяцией является одонтобласты. Они и их отростки играют важную роль в питании зуба и поставке минеральных солей к эмали и дентина.

Во время практической части занятия студенты собирают анамнез жизни и заболевания детей, изучающих стоматологический статус, выделяя общие и местные факторы, которые могли влиять на формирование твердых тканей зубов.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Проницаемость эмали, ее характеристика.
2. Пути попадания минеральных веществ в эмаль.
3. Что такое резистентность зубов к кариесу?
4. Значение обменных процессов в эмали для проведения профилактических мероприятий.
5. Понятие де-и реминерализации.
6. Эмаль «живая» или «мертвая» структура?

Литература:

1. Стоматологическая профилактика у детей. Науч.пос. // Л.А. Хоменко, В.И. Шматко, А.И. Остапко и др.. - М. ИСДО, 1993. - С. 20-23, 51-55.
2. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. - М.: Медицина, 1982. - С. 58-65.
2. Мельниченко Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний // Минск: Вышэйшая школа, 1990. - С.46-54.
3. Смоляр Н.И., Масный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. М.: Мир, 1995. - С.42-48.
4. Данилевский Н.Ф., Вишняк Г.Н., Политун А.М. Пародонтология детского возраста. - К.: Здоровье, 1983. - С. 86-207.

5. Терапевтическая стоматология детского возраста. // Под ред. профессора Л.О.Хоменко Киев: Книга плюс, 1999. - С. 384 - 391.
6. Заболевания пародонта // Под ред. Н.Ф. Данилевского. - М.: Медицина, 1993. - С. 68-75.
7. Смоляр Н.И, Стадник У.О., Крупник Н.М., Чухрай Н.Л., Безвушко Е.В. Индексная оценка стоматологического статуса. - Методические указания. - Львов, 2007. - С.7 - 46.
8. Стоматология, т. 1/Под ред. М.М. Рожка. - Ивано-Франковск: "Новая Заря", 2007. - 520 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 12

Тема занятия: Состав и свойства ротовой жидкости, ее роль в процессах созревания эмали, деминерализации, ре минерализации. Защитные механизмы полости рта.

Цель: Изучить со студентами состав и свойства ротовой жидкости, специфические и неспецифические факторы резистентности.

Конкретная цель: Усвоение студентами состава и свойств ротовой жидкости, их влияния на процессы созревания эмали после прорезывания.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Которые слюнные железы Вы знаете?
2. Что такое первичная и вторичная минерализация эмали.
3. Сроки первичной и вторичной минерализации молочных и постоянных зубов.
4. Чем отличается слюна от ротовой жидкости?

Содержание занятия

В начале занятия преподаватель акцентирует внимание студентов на том, что ротовая жидкость - это смешанная слюна со секрета трех пар крупных слюнных желез (околоушных, подъязычных, подчелюстных) и многих мелких желез, расположенных в различных участках ротовой полости. В ротовой жидкости в отличие от слюны, которая выделяется непосредственно из слюнных желез, есть много слущенных клеток эпителия, остатков пищи, микроорганизмов и так называемые слюнные тельца. Последние представляют собой нейтрофильные лейкоциты, мигрирующие через слизистую оболочку в полость рта. Слюна - это сложный секрет в виде слегка опалесцирующей жидкости, содержащей органические и неорганические вещества. Они образуют сухой остаток слюны (0,5-1,5%), в котором органические вещества составляют 2/3, а неорганические 1/3. Неорганические вещества слюны - это хлориды, фосфаты, бикарбонаты, бромиды, йодиды, родонит и целый ряд микроэлементов-фтор, кальций, цинк, медь и т.д.. Из органических соединений в слюне есть белок и птиалин, около 20 свободных аминокислот и почти 50 ферментов, из которых наиболее важные физиологии ротовой полости - кислая и щелочная фосфатазы, амилаза, гиалуронидаза, протеолитические ферменты, лизоцим, диастаза.

Удельный вес слюны 1002 - 1008, рН в среднем равен 6,9 есть слюна имеет слабокислую реакцию. В течение суток она может варьироваться от 6,3 до 8,0. Реакция слюны может способствовать насыщению эмали зуба кальцием, а значит повышению ее резистентности к кариозного процесса (при рН - 7,0 - 8,0), или наоборот выведению кальция из эмали (при рН - 6,5 - 6,0) и развития кариеса. Кроме того, от уровня рН зависит активность ферментов слюны. Как буфер слюна способствует нейтрализации возможных оползней рН на поверхности зуба.

В слюне содержится значительное количество микроорганизмов как патогенных, так и непатогенных, которые в обычных условиях ведут себя в полости рта как сапрофиты. При заболевании различных систем организма изменяются качественные показатели слюны, и

микроорганизмы могут вызывать развитие заболеваний полости рта. В то же время слюна обладает антибактериальными свойствами за счет лизоцима, липазы, Лейкин, секреторных иммуноглобулинов.

Преподаватель отмечает, что ротовая жидкость имеет важное значение для всего организма, в частности для состояния слизистой оболочки полости рта и зубов. Слюна играет важную роль в процессе созревания, минерализации эмали, в образовании пелликула на поверхности зуба. Кроме этого, она обеспечивает вкусовое восприятие пищи, влияет на защитную, трофическую, гидрофилизующую свойства слизистой оболочки полости рта.

Различают три функции ротовой жидкости, участвующих в процессах минерализации, деминерализации и реминерализации эмали зубов и поддержания гомеостаза минеральных компонентов в ней:

- Минерализующую функцию, благодаря которой осуществляется минерализация зубов, созревания эмали после прорезывания, поддерживается оптимальный состав эмали, происходит его восстановление после повреждений и заболеваний;
- Защитную функцию - защиту органов полости рта от вредного воздействия факторов внешней среды;
- Очищающее, которая заключается в постоянном механическом и химическом очищении полости рта от остатков пищи, микрофлоры, детрита и другое.

На состав и свойства ротовой жидкости влияют многочисленные факторы. Они определяются общим состоянием организма, функциональной полноценностью слюнных желез, скоростью секреции слюны, наличием пищевых остатков во рту, гигиеническим состоянием полости рта.

Преподаватель также обращает внимание студентов на то, что слизистая оболочка полости рта имеет многокомпонентную систему защиты от патогенных факторов окружающей среды. Устойчивость слизистой оболочки первую очередь зависит от состояния ее эпителия, который является активно функционирующим барьером для макромолекул микробного происхождения.

Защитные механизмы полости рта

Неспецифические факторы резистентности Специфические факторы резистентности

Клеточные гуморальные клеточные гуморальные

Фагоцитоз

Оксидазная

система

фагоцитов;

клетки

десневого

желобка;

внутренне

эпителиальные

лимфоциты;

миелопероксидазная система лейкоцитов бактерицидные

субстанции

слюны:

лизоцим;

комплемент;

система пропердина;

β -лизины;

миелопероксидазы, лактоферрин, интерферон,

катионные белки В-лимфоциты

Т-лимфоциты

иммуноглобулины:
секреторный IgA
сывороточные IgA
IgG, IgM, IgE

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Назвать критическое значение рН при котором начинается растворение эмали.
2. Какие факторы влияют на изменение рН ротовой жидкости?
3. Что влияет на кислородный видовой состав микрофлоры полости рта?
4. Назвать неспецифические факторы резистентности (клеточные и гуморальные).
5. Назвать специфические факторы резистентности (клеточные и гуморальные).

Литература:

1. Курякина Н.В., Савельева Н.А. Стоматология профилактическая. Н.Новгород. - 2003. - С. 55-62.
2. Смоляр Н.И., Масный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. Львов. - 1995. - С. 23-25.
3. Терапевтическая стоматология детского возраста. Под ред. проф. Хоменко Л.О. Киев. - Книга плюс. - 2007. - С. 105-121, 200-208.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 13

Тема занятия: Микрофлора полости рта, ее участие в развитии основных стоматологических заболеваний. Поверхностные образования на зубах. Классификация зубных отложений

Цель: ознакомить студентов с количественным и качественным составом микрофлоры полости рта. Изучить виды, классификацию, состав и методику определения поверхностных образований на зубах.

Конкретная цель: научить студентов дифференцировать различные виды зубных отложений, усвоить методику определения поверхностных образований на зубах, усвоить состав микрофлоры полости рта.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Роль питания в возникновении кариеса зубов.
2. Роль ротовой жидкости в возникновении кариеса зубов.
3. Что такое резистентность зубов к кариесу?

4. Что такое деминерализация эмали?

5. Этапы обследования стоматологического больного.

Содержание занятия

Видовой состав микрофлоры полости рта в норме довольно постоянен, однако количество микроорганизмов постоянно меняется. Состав микрофлоры зависит от слюноотделения, консистенции и характера питания, а также от гигиенического состояния полости рта, состояния тканей и органов полости рта и наличия соматических заболеваний.

Микрофлора в полости рта крайне разнообразна и включает бактерии, актиномицеты, грибы, простейшие, спирохеты, риккетсии, вирусы.

Значительную часть микроорганизмов полости рта составляют анаэробные виды.

Большой группой микроорганизмов, заселяющих полость рта, является коки (85-90% от всех видов), которые имеют высокую биохимическую активность и участвуют в расщеплении углеводов и белков. Стрептококки являются основными микроорганизмами полости рта. При их участии происходит брожение углеводов по типу молочно-кислого брожения с образованием значительного количества молочной кислоты. Микрофлора полости рта достаточно устойчива к антибактериальному действию слюны, ее количество находится в динамическом равновесии с антибактериальными свойствами слюны.

Практически все виды микроорганизмов полости рта могут принимать участие в возникновении патологических процессов - кариеса зубов, стоматита, гингивита, пародонтита, а также воспалительных процессов одонтогенного происхождения.

Кариозный процесс создает возможность попадания микробов через дентинные канальцы пульпы, что приводит к развитию пульпита. Дальнейшее распространение микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности вызывает развитие периодонтита, перюститита, остеомиелита. При распространении патологического процесса на мягкие ткани возникают абсцессы и флегмоны.

Микрофлора полости рта принимает участие в образовании зубных отложений. Для выявления зубных отложений на поверхности зуба используется ряд индексов, которые предусматривают использование красителей, а именно: раствор Люголя, йод-йодистокалиевый раствор, 2% раствор метиленового-синего, фуксина, бисмарк коричневый и другие.

Зубные отложения - это неминерализованные, или мягкие (пелликула, мягкий зубной налет, зубная бляшка, остатки пищи) и минерализованные, или твердые (надъясенный и подъясенный зубной камень) образования на поверхности зубов, коронок и корней, состоящие из органических и неорганических веществ. Контакт с твердыми тканями зуба, слизистой десен, окружающих зуб, зубные отложения способствуют развитию кариеса, заболеваний пародонта и слизистой оболочки, при определенных обстоятельствах вредно влияют на организм человека. Наряду с зубным налетом есть налет на деснах, языке.

Первичный субстрат зубных отложений составляет зубной налет - органическую основу, которую процесс минерализации превращает в зубной камень.

Этапы образования зубного налета:

- Формирование тонкой (1-10 мкм) бесклеточной органической пленки на поверхности эмали-пелликула, в пределах времени - от нескольких минут до нескольких часов;
- Адсорбция на поверхность пелликула белков, микроорганизмов и эпителиальных клеток. Основным компонентом зубного налета - осаждаемые углеводы, продуцируемые стрептококками из пищевой сахарозы;
- Стадия зрелой зубной бляшки, толщина которой около 200 мкм;
- Преобразование зубной бляшки в зубной камень.

Зубной налет образуется на поверхности коронки зуба преимущественно в местах труднодоступных для механической очистки: пришеечная область, межзубные промежутки, ямки и фиссуры, апроксимальные поверхности.

Интенсивность образования зубного налета зависит от:

- Характера микрофлоры полости рта;
- Вязкости и состава слюны;
- Отшелушивания эпителия слизистой оболочки;
- Местных воспалительных процессов;
- Самоочищение полости рта;
- Индивидуальной формы зубов и зубных дуг;
- Особенности жевания и типа прикуса;
- Состава и консистенции пищи.

Зубной налет созревает до окончания 9-го дня с неравномерной скоростью: большой - в течение первых суток, позже скорость замедляется, а с 5-го дня до 9-й сохраняется на минимальном уровне.

В белом зубном налете под воздействием микроорганизмов происходят процессы брожения и гниения. Токсичные продукты, образующиеся при этом, обнаруживают разрушительное воздействие на твердые ткани зуба и вызывают разной степени раздражения и воспаления слизистой оболочки десны.

Белый налет чаще встречается у лиц, которые не соблюдают правил гигиены полости рта и довольно легко удаляется с помощью зубной щетки и пасты.

Коричневый зубной налет проникает в эмаль, дентин, вследствие чего плохо поддается удалению. Он встречается у курильщиков и некурящих, особенно у женщин. Темно-коричневый налет может встречаться и у детей, слюна которых содержит много невозобновленного железа, в полости рта, соединяясь с серой из гниющих белковых веществ, приводит к коричневой окраске налета.

Зеленый налет возникает преимущественно у детей и у молодых лиц. Располагается тонким слоем на губной поверхности фронтальных зубов, порой проникает в эмаль. Зеленый цвет налета в основном связывают с действием гриба *Zichendentalis*. С помощью микроскопических исследований выявлены мелкие отверстия, густо заселены грибами, которые, поражая органическую основу эмали, способствуют возникновению кариеса. Минерализация зубного налета происходит через несколько недель после начала его образования и сопровождается импрегнацией кристаллов фосфата кальция. Время, необходимое для затвердевания мягкой основы - около 12 дней. Консистенция зубного камня зависит от количества органических и неорганических (минеральных) веществ.

Химический состав зубного камня

Консистенция зубного камня Органические вещества,% Минеральные вещества,%
мягкая

средняя

Твердая 43,5

23,73

13,12 56,5

76,27 86,88

Виды зубного камня:

1. Надьясенный

2. Пид'ясенный.

Надьясенный зубной камень в основном располагается на языковых поверхностях нижних резцов и щечных поверхностях первых моляров верхней челюсти. Пид'ясенный камень находится в зубодесневых карманах.

Микроэлементы зубного камня и налета в процессе их взаимодействия и окисления могут образовывать различные токсичные соединения, которые, наряду с токсинами микробного

происхождения, вредно влияют на мягкие ткани пародонта, нарушая местный обмен веществ.

Интенсивность отложения зубного камня зависит от:

- общего состояния организма;
- частоты удаления;
- скорости накопления;
- ухода за полостью рта.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Который видовой состав микрофлоры полости рта?
2. Какое значение стрептококков в развитии кариеса зубов?
3. Какие зубные отложения Вы знаете?
4. Механизм образования зубной бляшки.
5. Роль зубных отложений в развитии кариеса зубов.
6. Методы определения зубных отложений.
7. Какие красители используют для определения зубных отложений?

Литература:

1. Смоляр Н.И., Масный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. - Львов, 1995. - С. 86-96.
2. Стоматологическая профилактика у детей: Учеб. пособие / Л.А. Хоменко, В.И. Шматко, А.И. Остапко и др.. - К., 1993. - С. 63-73.
3. Терапевтическая стоматология: Учебное пособие / Под ред. Проф. Л.А. Дмитриевой. - М., 2003. - С. 200-203.
4. Стоматология, т. 1/Под ред. М.М. Рожка. - Ивано-Франковск: "Новая Заря", 2007. - 520 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 14

Тема занятия. Средства гигиены полости рта, их состав и свойства, показания к применению зависимости от стоматологического статуса.

Цель: Изучить со студентами средства гигиены полости и их выбор в зависимости от стоматологического статуса.

Конкретная цель: Научить студентов правильному выбору средств гигиены в зависимости от возраста и стоматологического статуса.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Какие виды зубных отложений?
2. Какие индексы гигиены Вы знаете?
3. Строение зубной щетки.
4. Стандарт зубной щетки для детей и взрослых.

5. Зубные пасты, их характеристика.

6. Зубные эликсиры, как средства гигиены полости рта.

Содержание занятия

В начале занятия преподаватель подчеркивает, что гигиена полости рта является одним из основных звеньев профилактики стоматологических заболеваний. В настоящее время выпускается большое количество разнообразных средств по уходу за полостью рта. Это дает возможность обеспечить дифференцированный подход к выбору средств гигиены зависимости от стоматологического статуса, возраста и индивидуальных особенностей каждого пациента. Благодаря индивидуальному подбору средств гигиены повышается эффективность гигиенического стоматологического ухода.

Преподаватель отмечает, что врач-стоматолог должен свободно ориентироваться в современном арсенале гигиенических средств для полости рта и целенаправленно назначать основные и вспомогательные средства в каждом конкретном случае. Студент должен знать основные и вспомогательные средства гигиены полости рта. Знать их состав, свойства и особенности применения.

Средства гигиены полости рта:

- Основные (зубные пасты, гели для чистки зубов);
- Вспомогательные (зубные порошки, ополаскиватели полости рта, жевательные резинки без сахара).

Зубные пасты является наиболее распространенным средством ухода за полостью рта. Появление зубных паст является результатом улучшения и совершенствования зубных порошков. В конце XIX в .. появились первые зубные пасты в тюбиках и постепенно вытеснили из употребления зубные порошки. Зубные пасты имеют весомые преимущества над зубными порошками (компактность, портативность, пластичность, лучшие вкусовые, гигиенические и лечебно-профилактические свойства).

Классификация зубных паст:

- Гигиенические - предназначены исключительно для удаления зубных отложений и частично дезодорации полости рта;
- Лечебно-профилактические - предназначены для устранения факторов, способствующих возникновению заболеваний зубов и тканей пародонта;
- Лечебные - содержат активные компоненты, воздействующие непосредственно на определенные патологические процессы в полости рта.

В свою очередь лечебно-профилактические зубные пасты по составу и способу действия подразделяют на:

- Те, влияющие на минерализацию тканей зуба (противокариозный) содержат: соединения F, Ca, фосфаты, комплексы макро-и микроэлементов;
- Те, что влияют на ткани пародонта и СОПР (противовоспалительные); содержат: противовоспалительные агенты, кровоостанавливающие средства, ферменты, антисептики, минеральные соли, биологически активные вещества (витамины, биостимуляторы, экстракты лекарственных растений).
- Те, снижающие образование зубной бляшки; содержат: антисептики, ферменты, минеральные соли, соединения F.
- Те, снижающие образование зубного камня; содержат: абразивные вещества, ингибиторы кристаллизации.
- Те, снижающие чувствительность твердых тканей зуба; содержат: соединения калия и стронция.
- Имеющие отбеливающий эффект; содержат: абразивные вещества, перекисные соединения, ингибиторы кристаллизации.
- Имеющие дезодорирующий эффект; содержат: антисептики.

Кроме того, лечебно-профилактические пасты подразделяются на:

- Комбинированные, в состав которых входит два или более лечебно-профилактических компонентов, направленных на лечение и / или профилактику одной и той же патологии;
- Комплексные, в составе которых содержится один или несколько лечебно-профилактических компонентов, влияющих на различные виды патологии.

Требования к зубным паст:

- Высокие очищающие свойства отношении неминерализованных зубных отложений и остатков пищи;
- Хорошие дезодорирующие и освежающие свойства;
- Приятный вкус;
- Стабильность состава;
- Отсутствие аллергическими и местно раздражающего эффекта;
- Отсутствие условий для роста и размножения микроорганизмов.

Состав зубных паст: вода, абразивные вещества, гелеутворюющие и связующие агенты, пенообразующие вещества, увлажняющие агенты, антисептики-консерванты, активные агенты, вспомогательные вещества (отдушки, красители, вкусовые добавки).

Абразивные наполнители: абразивные вещества очищают и полируют поверхности зубов, обеспечивают вязкость пасты. Пасты с высокой абразивностью имеют очищающие свойства, с низкой абразивностью - полироли. Также высоко абразивными могут быть и пасты с отбеливающим эффектом и те, препятствующие образованию зубного камня. К абразивным наполнителям относятся:

- Соединения кальция (химически осажденный мел). В настоящее время используют мало, потому что плохо сочетается с лечебными добавками и имеет значительные стиральные свойства.
- Соединения кремния - совместимые с соединениями фтора и другими активными компонентами, имеют контролируемую абразивность и нормализуют кислотнощелочные баланс. Чаще всего используют гидратированный диоксид кремния.
- Комбинация нескольких абразивных веществ - бентонитовые глины, бикарбонат натрия.

Кроме абразивных паст являются так называемые безабразивные (желеобразные, прозрачные) зубные пасты, созданные на основе оксида кремния, обработанного специальным методом. Данные пасты (гели) обладают высокой пенообразующей способностью, имеют приятный вкус и вид. Благодаря образованию водных внутренних структур гель содержит химически несовместимые соединения. Однако, очистительная способность этих паст ниже. Это позволяет использовать их в период незрелой эмали или при повышенной чувствительности и стираемости зубных тканей.

RDA (Radioactive dentine abrasion) - степень радиоактивной абразивности дентина - метод определения абразивности зубных паст, используется в США и некоторых европейских странах для сертификации данного продукта.

Значение RDA Показы

30-50 Рекомендуются в период созревания эмали и непосредственно после него.

Оптимально для детских зубных паст и при повышенной чувствительности зубов.

60-100 Рекомендуются для эффективного и безопасного удаления бактериального налета при нормальной и сложившейся зубной эмали. Оптимально для зубных паст постоянного и временного применения у взрослого населения.

120-200 Рекомендуются только для паст кратковременного применения с целью механического отбеливания зубов. При длительном использовании возможно разрушение тканей зубов.

Увлажняющие (глицерин, полиэтиленгликоль) агенты:

- Сохраняют влагу;
- Увеличивают стабильность пены при чистке зубов;
- Улучшают вкусовые свойства;

- Улучшают пластичность массы.

Связующие гелеутворюющие агенты - гидрокортикоиды (используют для получения однородной пастообразной консистенции):

- Натуральные: на основе морских водорослей (натриевая соль, Альгин кислоты, альгинат натрия), пектин (из плодов и соков), декстране (продукт расщепления сахара);
- Синтетические: производные целлюлозы хлопчатника или древесины (целлюлозная масса выполняет функции уплотнителя и стабилизатора лечебного эффекта других компонентов).

Пенообразующие вещества или поверхностно-активные вещества (ПАВ) - ализариновое масло, лаурилсульфат натрия, натриевая соль Тауриды жирных кислот имеют:

- Смачивающие, пенообразующие свойства;
- Равномерно распределяют во время чистки зубов компоненты пасты;
- Диспергированных твердые частицы абразивной вещества;
- Снижают прикрепления зубной бляшки к поверхности зубов;
- Способствуют десорбции уже образованного зубного налета.

Антисептики-консерванты (пропилпарабен, натрия бензоат, параформальдегид, раствор цетавлону). В течение двух лет после выпуска зубная паста не должна быть питательной средой для развития микроорганизмов, в свою очередь антисептик не должен нарушать равновесие сапрофитной флоры полости рта.

Вспомогательные вещества: отдушки (мятное масло, кориандр, эвкалипт, лимонное масло, ментол), заменители сахара (сахарин, сорбит, ксилит), улучшают вкусовые свойства зубных паст, стимулируют выделение слюны, снижают способность микроорганизмов прикрепляться к пеликула, подавляют рост и размножения кариесогенных бактерий.

Активные агенты:

- Фториды;
- Соединения кальция
- Фосфаты;
- Комплексы микро-и микроэлементов;
- Противовоспалительные вещества;
- Кровоостанавливающие средства; - биологически активные вещества;
- Ферменты;
- Антибактериальные агенты;
- Ингибиторы кристаллизации;
- Соединения, которые снижают чувствительность твердых тканей зуба.

Фториды (фторид натрия, натрия монофторфосфат, аминофторид,) имеют высокую местную противокариозный действие.

Механизм действия фтора:

- Образование в эмали устойчивого к воздействию кислот фторапатита ("стабильный фторид") путем замещения гидроксильной группы гидроксиапатита на фтор;
- Стимуляция реминерализации;
- Образование на поверхности эмали малорастворимого кальция фторида ("лабильный фторид"), медленно диссоциирующ, выделяет ионы фтора для реакции замещения гидроксильной группы в Апатитах эмали;
- Снижение выработки микроорганизмами кислоты;
- Снижение адгезии бактерий к поверхности зуба;
- Предотвращает осаждение на эмали микробных частиц путем изменения электрического потенциала поверхности эмали;
- Блокировка реакции синтеза декстранов и Леванте (полисахариды, фиксирующие зубную бляшку на поверхности зуба);
- Повышение слюноотделения, за счет сосудорасширяющего действия F.

Оптимальная концентрация F в зубных пастах. Исследования показали эффективность концентрации ионов фтора в зубных пастах от 500 до 2500 ч / млн (ppm). Исследования показали, что кариеспрофилактический эффект увеличивается на 6% на каждые 500 ч / млн. выше 1000 ч / млн. фторидов. Относительная эффективность паст, содержащих менее 500 ч / млн. Фтор дев, не установлена. Верхний предел содержания фторидов в пастах, поступающих в свободную продажу - 1500 ч / млн .. Согласно рекомендациям ВОЗ (1984) оптимальная концентрация ионов фтора в зубных пастах - 0,1% (1000 ч / млн). Для взрослых - 1000-1500 ч / млн. (0,11-0,15%), для детей 200-500 ч / млн. (0,02-0,05%).

Данные концентрации ионов фтора - обеспечиваются:

1000-1500 ч / млн. = (NaF) 0,22-0,33% = (Na₂PO₃F) 0,76-1,14%

200-500 ч / млн. = (NaF) 0,04-0,11% = (Na₂PO₃F) 0,15-0,38%

Детям до 3 лет не рекомендуется пользоваться пастами с F, чтобы предотвратить случайное заглатывание пасты.

Фторид натрия (NaF) - легко диссоциирует с выделением ионов F; хорошо фиксируется в зубном налете и СОПР; образует слой фторида, легко смывается и быстро выводится из полости рта. У взрослых зубных пастах содержится от 0,22-0,33% в детских - 0,04-0,11%. Оптимальная весовая концентрация NaF в пастах - 0,243%. Пасты: Colgate junior, Glister, Blend-a-med (Комплит), Colgate (total), Фтородент.

Натрия монофторфосфат (Na₂PO₃F МФФ) - менее активный по сравнению с NaF, быстро выводится из полости рта, не образуя депо. У взрослых зубных пастах содержится 0,76-1,14%, в детских - 0,15-0,38%. Оптимальная весовая концентрация Na₂PO₃F - 0,88%.

Пасты: Colgate junior Super Star fluorid, Colgate Sensation Whitening.

Есть зубные пасты, содержащие в своем составе NaF и Na₂PO₃F. Считается, что при этом создаются оптимальные условия для образования фторапатита. Пасты: Aquafresh, Colgate (maximum cavity protection).

Аминофторид - органические соединения фтора, которые диффундируют в глубь эмали; тормозят образование зубной бляшки; обеспечивают кислую среду (pH - 4,5-5,0), оптимальное для взаимодействия F с эмалью; образуют на поверхности эмали слой кальция фторида, который является более стабильный, устойчивый к воздействию кислот и образуя резерв фторида, способствует медленному высвобождению F в течение длительного времени. Среднее усвоения F значительно выше, чем после применения неорганического фтора. Пасты: Lacalut fluor, Lacalut sensitiv, Elmex, Meridol zahn pasta. Фторсодержащие зубные пасты эффективны при декомпенсированных формах кариеса, имеющих очагах деминерализации эмали зубов, некариозных поражениях зубов, незавершенной вторичной минерализации, массивных отложениях неминерализованого зубного налета, наличия местных и общих кариесогенных факторов.

Минерализуяльни агенты:

- Фосфаты: кальций-фосфатные (кальций глицерофосфат, дигидрат дикальций фосфата), натрий фосфатные (динатрий фосфат);

- Синтетический гидроксиапатит - "замуровывает" микротрещины эмали, уменьшает чувствительность зубов, обладает противовоспалительными свойствами, защищает поверхностные участки эмали;

- Кальций абразивной системы;

- Измельченная скорлупа яиц;

- Ремодент;

- НАМАЦИТ - комплекс макро-и микроэлементов.

Минерализуяльни агенты повышают резистентность эмали, восстанавливают состав гидроксиапатита при деминерализации эмали или при незавершенной вторичной минерализации, повышают реминерализуяльни потенциал слюны, влияющие на буферную емкость слюны. Пасты: Aquafresh, Oral-B Sensitive, Colgate (maximum cavity protection), Жумчуг.

Биологически активные добавки являются источником макро-и микроэлементов, витаминов, влияющих на ткани пародонта, СОПР и зубов, улучшают трофические и защитные процессы в тканях полости рта. Они обладают противовоспалительными, ранозаживляющими, кровоостанавливающими и другие свойства. Широко используют экстракты, вытяжки, настойки, масла, пасты, изготовленные из листьев, цветов, корней, семян плодов, различных растений и деревьев, морских водорослей. Также широко используют продукты пчеловодства.

Спирулина - биомасса получена из сине-зеленых водорослей, богатая белками, витаминами группы В, аминокислоты, минеральные соли - стимулирует функциональную активность слюнных желез, способствует повышению резистентности эмали.

Ламинария - содержит микроэлементы и йод.

Экстракт эхинацеи - стимулятор местного иммунитета, источник микроэлементов (К, Na, Mn, Zn, Cu, Ni и др.).

Препараты облепихи - источник витамина С, К, Р, группы В, провитамина А, 15 микроэлементов, - влияют на обменные процессы и имеют ранозаживляющее действие.

Водно-спиртовой экстракт травы крапивы - способствует улучшению свертываемости крови, стимулирует выработку протромбина.

Препараты аира болотного - имеют дезинфицирующее, обезболивающее, противовоспалительное действие.

Шалфей - антибактериальное, заживляющее и обезболивающее действия.

Препараты ромашки - противовоспалительное, антисептическое, вяжущее действия.

Препараты мяты - стимулируют капиллярное кровообращение в тканях СОПР и пародонта, обладают антибактериальными, освежающими и обезболивающими свойствами.

Экстракт лаванды - бактерицидное действие на стрептококки, стафилококки и грибы рода *Candida albicans*.

Кора дуба - обладает бактерицидными и дубильными свойствами.

В качестве добавок, снижающих кровоточивость десен и обладают противовоспалительными свойствами используют лактат алюминия, алантаин, формальдегид.

Ферменты (протеазы, декстраназа, лактатдегидрогеназа, лизоцим, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза) - растворяют органические вещества зубного налета, утилизируют токсические продукты жизнедеятельности микроорганизмов зубной бляшки, имеют бактериостатическое и бактерицидное действие. Пасты: Biotene, Протодент, First Teeth назначают при гипосаливации, повышенной вязкости слюны, дисбактериозе полости рта, значительном количестве неминерализованных зубных отложений.

Антибактериальные агенты (противомикробные) - влияют на микроорганизмы зубного налета, препятствуя образованию зубной бляшки. В этом качестве используют:

бисбигуаниды, аммонийные соединения, фенолы, хлоргексидин, триклозан, лактат цинка. Триклозан сохраняется на поверхности тканей через 12 часов после чистки зубов.

Компания Colgate соединила триклозан с сополимером и назвала этот продукт Триклогард. Это повысило активность триклозана за счет пролонгированной фиксации на поверхности зубов и СОПР, что обеспечило длительную защиту от бактерий, уменьшило количество налета. Лактат цинка - замедляет рост *Str.mutans*, обладает бактерицидным действием, уничтожает неприятный запах изо рта. Пасты: Borzalino antiplaque, Lacalut - содержат хлоргексидин, Blend-a-med Комплит, Colgate Total - содержат триклозан, Blend-a-med Здоровое дыхание - содержит лактат цинка.

Пасты рекомендованы при большом количестве неминерализованных и минерализованных зубных отложений, наличии общих и местных кариесогенных факторов, заболеваниях пародонта. Однако, чтобы предотвратить развитие дисбактериоза полости рта эти пасты не нужно применять длительное время.

Солевые добавки (морская соль, поваренная соль, минеральные воды, рапа Поморийских лиманов - улучшают кровообращение, растворяют слизь, предотвращают образование

зубного налета, сохраняют кислотно-щелочной баланс, нормализует обменные процессы, стимулируют слюноотделение. Высокая концентрация солей в пастах способствует усиленному оттоку тканевой жидкости с воспаленным деснам и имеет обезболивающее действие. Пасты: Colgate (сода биглюконат, Сафари (натрия бикарбонат), Blend-a-med (сода биглюконат), Жемчуг (поваренная соль), Неопоморин, Фитопоморин, Поморин фтор (минеральные воды).

Данные пасты рекомендованы при хронических воспалительных процессах в пародонте и СОПР, повышенной вязкости слюны, гипосаливации.

Агенты, препятствующие образованию зубного камня (растворимый пирофосфат, цитрат цинка и лимонная кислота, дифосфонаты) - останавливают минерализацию зубного налета. Пасты: Blend-a-med Комплит, Medic White, Сода биглюконата, Sensodyne F.

Агенты, снижающие чувствительность твердых тканей зубов (10% хлорид стронция и калия, 1,4% формальдегид, 5% калия нитрат, алюминия лактат). Хлорид стронция закупоривает дентинные канальцы и препятствует проведению болевого раздражения.

Паста Sensodyne Classic. Соединения калия (нитрат или хлорид) снижают

чувствительность, останавливая движение ионов. Пасты: Protect, Sensodyne F рекомендованы при обнажении шеек зубов, гиперчувствительности, пародонтозе, некариозных поражениях твердых тканей зубов.

Зубные пасты для детей.

Особенностью изготовления зубных паст для детей имеются противоречия, которое обусловлено высокой потребностью низко минерализованных тканей зубов, только прорезались у фторе, и невозможность введения оптимальной концентрации в пасту через риск случайного заглатывания пасты ребенком.

Требования к зубным пастам для детей:

- Низкое содержание (или отсутствие) фтора, предотвращает возможное развитию флюороза при случайном заглатывании пасты (до 6 лет);
- Низкая абразивность, для временных и постоянных зубов, только прорезались рекомендуется безабразивни пасты (гели) RDA - 30-50;
- Отсутствие вкусовых примесей, вызывающих желание есть пасту;
- Удобная для использования форма и привлекательный внешний вид.

Содержание фтора в детских зубных пастах:

- Безфтористи - рекомендуется детям до 3 лет и детям до 12-14 лет, проживающих на территории с высоким содержанием фтора в питьевой воде;
- Содержащие F - рекомендовано детям 3-5 лет - 250 ppm, 5-8 лет - 500 ppm, с 8 лет - 500 ppm и более, после 12 лет - 1450 ppm или 8 лет - 1 раз в неделю.

Зубные порошки.

Зубные порошки относятся к древнейшим средств индивидуальной гигиены полости рта. Состоят из абразивного наполнителя (очищенная мел) и отдушки (ментол, анисовая, ментоловое, эвкалиптовое масло).

Недостатки зубных порошков:

- Сложность введения в их состав лечебно-профилактических составляющих;
- Высокая абразивность;
- Незначительный дезодорирующий эффект;
- Возможность вдыхания во время чистки зубов;
- Легкость загрязнения во время использования.

Ополаскиватели полости рта.

Ополаскиватели (эликсир) полости рта относятся к дополнительным средствам гигиены полости рта. Их разделяют на:

- Дезодорирующие ополаскиватели и спреи;
- Ополаскиватели, которые уменьшают образование зубных отложений за счет антибактериального действия;

- Ополаскиватели с минерализующим свойством (рекомендуется применять через определенные промежутки времени в зависимости от концентрации ионов фтора)
- Ополаскиватели с противовоспалительными, десенсибилизирующими, пластикостимулирующими свойствами (удельный вес их достаточно мала).

Эликсиры выпускают в виде раствора готового к применению, в форме концентрата (сухого или жидкого), что требует разбавления. Эликсиры могут быть спиртосодержащими или безалкогольными. Последние можно рекомендовать детям с момента умения полоскать рот и выплевывать жидкость.

В состав протибляшковых ополаскивателей входят листерин, триклозан, хлоргексидин. Листерин - смесь фенольных эфирных масел, тимола, эвкалипта в сочетании с ментолом и салицилово-метилловым эфиром в 22% водно-спиртовом растворе.

Хлоргексидин, содержащийся в ополаскивателе является долговременным источником антибактериальной активности. Условием использования таких ополаскивателей является обязательное сохранение интервал не менее 30 мин. между чисткой зубов и ополаскиванием. Причиной этого является взаимодействие между лаурилсульфат зубной пасты и хлоргексидином, при которой возможно окрашивание языка и зубов, неприятный вкус, повышенное образование зубного камня.

Триклозан, сангвинарин, компоненты растительного происхождения, витамины, ксилит, соединения Zn, K и другие активные соединения широко используются в ополаскивателе. Показания к применению ополаскивателей такие же, как лечебно-профилактических зубных паст определенного состава.

Ополаскиватели: Biotene, Eludril, Lysoplac, Фитодент, Бальзам Виктория, Биодент-2, Lacalut (sprey), Coolmint Listerine.

Ополаскиватели с минеральными свойствами подразделяют на группы в зависимости от количества F⁻:

- F-230 ч / млн. - Могут применяться ежедневно;
- F-450 ч / млн. - 1 раз в неделю;
- F-900 ч / млн. - 1 раз в 2-3 недели.

Детям до 6 лет не рекомендуют данные ополаскиватели. Школьникам предлагают дозировать не более 5 мл препарата.

Ополаскиватели: Colgate Plax, Fluoxutil (для ежедневного и еженедельного применения), Controgar, Ксидент.

Жевательные резинки без сахара.

Состав: основа, сахарозаменители (ксилит и другие), отдушки, вкусовые добавки, эмульгаторы, красители, смягчители, активные компоненты (фтор, карбамид, натрия бикарбонат, фитозэкстракты).

Действие в полости рта:

- Усиливается слюноотделение;
- Положительное воздействие на свойства слюны;
- Дополнительная нагрузка на жевательные мышцы и пародонт, что способствует лучшему кровоснабжению тканей;
- Дезодорирующие свойства.

Возможные негативные свойства при длительном употреблении жевательной резинки:

- Активное продуцирование желудочного сока;
- Гиперстимуляция слюнных желез;
- Гипертрофия жевательных мышц;
- Застойная гиперемия в тканях пародонта;
- Перегрузка височно-нижнечелюстных суставов.

Жевательные резинки рекомендуется употреблять в течение 5-15 мин. после еды 3-4 раза в день. Близкими по механизму воздействия на полость рта в жевательных резинок являются жевательные драже. Это низкокалорийные драже без сахара, стимулирующие слюноотделение и дезодорирующие полость рта. Драже Lacalut содержит безопасную

концентрацию фторида натрия. Еще один современный средства индивидуальной гигиены - стимулятор образования слюны. Выпускаются в форме жидкости или таблеток (на основе яблочной кислоты, минеральных солей, ксилита), не содержат медикаментов. Жидкость - Proxident Mouth Spray, таблетки SDI. В длань время широко проводятся исследования по розпрацюванню искусственной слюны.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Какие средства индивидуальной гигиены полости рта Вы знаете? Как они делятся?
2. Назовите состав зубных паст.
3. Назовите преимущества зубных паст над зубными порошками.
4. Какие виды зубных паст Вы знаете?
5. Охарактеризуйте комплексные и комбинированные зубные пасты.
6. Классификация лечебно-профилактических зубных паст.
7. Требования к зубных паст для взрослых.
8. Требования к зубным пастам для детей.
9. Что такое RDA?
10. Охарактеризуйте абразивные наполнители зубных паст.
11. Дайте характеристику безабразивних зубных паст.
12. Какова роль антисептиков-консервантов в зубных пастах?
13. Назовите активные агенты зубных паст.
14. Охарактеризуйте соединения фтора, входящие в зубные пасты.
15. Что такое аминофторид?
16. Назовите минерализирующая агенты, входящие в состав зубных паст.
17. Назовите состав зубных паст, которые целесообразно рекомендовать при заболеваниях СОПР и тканей пародонта.
18. Дайте характеристику ополаскивателей полости рта.
19. Назовите особенности применения жевательной резинки.

Литература:

1. Хоменко Л.А., Шматко В.И., Остапко А.И. Стоматологическая профилактика у детей. - Киев, 1993. - С. 143-158.
2. Хоменко Л.А. Стоматологическая профилактика у детей. - Киев, 2001. - С. 20-30.
3. Л.А. Хоменко, А.В. Савичук и соавт. Профилактика стоматологических заболеваний. - М.: Книга плюс, 2007. - С. 92-106.
4. Заяц Т.И., Жуковская Л.А. Профилактика стоматологических заболеваний: учеб. пособие. - Львов.: "Новый мир-2000", 2008. - С. 84-99.
5. Терапевтическая стоматология детского возраста (Под ред. Л.А. Хоменко). - Киев: "Книга-плюс", 2007. - С. 134-157.
6. Стоматология, т. 1/Под ред. М.М. Рожка. - Ивано-Франковск: "Новая Заря", 2007. - 520 с.
7. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии // М.-Медицина.-1982. - С.20-25.
8. Стоматология, т. 1/Под ред. М.М. Рожка. - Ивано-Франковск: "Новая Заря", 2007. - 520 с.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 15

Тема занятия: Предметы гигиены полости рта, показания к применению зависимости от стоматологического статуса.

Цель: Изучить со студентами предметы гигиены полости рта и их выбор в зависимости от стоматологического статуса.

Конкретная цель: Научить студентов правильному выбору предметов гигиены в зависимости от возраста и стоматологического статуса.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Как подразделяются средства гигиены?
2. Назовите классификацию зубных паст.
3. Требования к зубных паст.
4. Что входит в состав зубных паст.
5. Особенности зубных паст для детей.

Содержание занятия

На занятии студенты под контролем преподавателя проводят беседу с детьми о необходимости чистки зубов и важность ее правильной методики. Учат детей правильным мануальным навыкам на фантоме, а затем в полости рта.

Учитывая особенности стоматологического статуса ребенка и его возраст, студенты подбирают соответствующие предметы гигиены и дают рекомендации для их использования.

Предметы гигиены полости рта делятся на основные и вспомогательные. Студент должен знать, что к основным предметам гигиены относятся зубные щетки и зубные нити (флоссы), вспомогательными предметами являются межзубные щетки, зубочистки, межзубные стимуляторы и ирригаторы.

Зубная щетка выполняет основную очищающую функцию при уходе за полостью рта. Ею пользуются для удаления остатков пищи и зубного налета со всех поверхностей зубов и межзубных промежутков.

Зубная щетка состоит из головки (рабочей части), на которой закреплены пучки синтетической или природной щетины, ручки и шейки, соединяющей их.

Существует пять степеней жесткости зубных щеток:

- Очень жесткие - № 1 (0,25 мм);
- Жесткие - № 2 (0,23-0,24 мм);
- Средней жесткости - № 3 (0,22 мм);
- Мягкие - № 4 (0,2 мм);
- Очень мягкие - № 5 (0,15-0,18 мм).

Мягкие щетки предназначены для чистки временных зубов с недостаточной минерализацией эмали, а также при воспалительных заболеваниях пародонта и слизистой оболочки. Жесткую щетину используют при зрелой эмали и тенденции к повышенному образованию минерализованных и неминерализованных зубных отложений.

Эффективность зубной щетки оптимальна, если размер его головки позволяет одновременно охватить 2-3 зубы. Рациональная зубная щетка для взрослых имеет головку длиной 25-30 мм и шириной 10-12 мм. Ряды щетинок должны располагаться редко, на расстоянии 2-2,5 мм друг от друга и не более трех в ряду. Высота щетинок не должна превышать 10-12 мм. Детям 2-5 лет рекомендуется зубная щетка, размер рабочей части которой до 2 см, 5-7 лет - 2,5 см, 7-10 лет до 3 см.

Модификации головки зубной щетки:

- форма прямоугольная, эллипсовидные, торпедообразной (для эффективной очистки последних моляров);
- гибкая основа щетинок (для приспособления к различной формы зубов и зубного ряда);
- раскрытие периферических рядов щетинок при движениях вправо-влево);
- «тройная» головка, которая охватывает зубной ряд со всех сторон.

Шейка зубной щетки

- Прямая, расположена под углом к рабочей части;
- Гибкая.

Ручка зубной щетки должна быть достаточно широкой и длинной для обеспечения удобства и крепкого захвата. Они могут иметь различную форму и размеры:

- Плоские, прямоугольные, гладкие;
- Круглые или полукруглые;
- рифлением или с выступами;
- С прессованным резиновым захватом.

Детские зубные щетки должны иметь:

- маленькую головку, которая бы соответствовала размерам зубного ряда ребенка;
- мягкую или очень мягкую щетину для временного или сменного прикуса;
- большое, выгодное для захвата и привлекательную для ребенка ручку.

Современные представления о гигиене ротовой полости обуславливают необходимость чистки зубов с момента их прорезывания (6-7 месяцев). С этой целью выпускают специальные салфетки для ухода за зубами - мембраны с неплетеные целлюлозного бумаги или бумага с рыхлой переплетом и пропитанной отрывной частью.

Детям до 4-х лет фирма «Miradent» предлагает зубную щетку, расположенную на кольце. Специальное приспособление для чистки первых зубов и мягкого массажа десен у маленьких детей Infa-Dent представляет собой щетку, которая надевается на палец взрослого.

Для детей также предназначены щетки "Colgate", "Aquafresh", "Oral-B", "Butler", "Zactona."

Хранение зубной щетки и уход за ней:

- Замена щеток должна производиться один раз в три месяца. Однако, скорость износа щетки может меняться в зависимости от силы давления на нее, частоты применения, качества зубных паст, индивидуальных особенностей зубного ряда. Определить сроки замены щетки можно с помощью цветных индикаторов износа щетины.
- Хранить зубную щетку необходимо в абсолютной чистоте. Она предмет только индивидуального пользования. После использования щетку тщательно промывают под проточной водой и хранят в стакане обращенной головкой вверх.
- Новую зубную щетку хорошо моют и наклоненной оставляют на ночь в стакане.
-

Еще одним основным предметом гигиены является зубная нить или флосс - эффективный предмет гигиены для вичищивания контактных поверхностей и пришеечной участков.

Зубные нити делятся на следующие группы:

1. По форме поперечного сечения:

- Круглые;
- Плоские.

2. По толщине.

3. За обработкой поверхности:

- Воощенные - удобны в использовании, легко проникают в межзубные промежутки, из них рекомендуют начинать осваивать использование нитей;
- Невоощенные - более сложны в использовании, но имеют лучшие очищающие свойства;
- Со специальным покрытием тефлона.

4. При наличии пропитки:

- Без специальной пропитки;
- Проникнуты лечебно-профилактическими веществами (фтористыми соединениями, прополисом и др. ..).

5. По назначению:

- Индивидуального назначения;
- Для применения врача.

Студенты также должны знать, что в комплекс ухода за полостью рта входит использование дополнительных средств гигиены:

□ зубочистки, которые используют в основном для удаления остатков пищи, при широких межзубных промежутках, по форме бывают плоскими, треугольными, круглыми, изготавливаются из пластмассы или дерева;

□ ершики или межзубные щетки - используются для вычищения контактных поверхностей. Их используют при лечении несъемными ортодонтическими аппаратами, а также при заболеваниях пародонта;

□ межзубные стимуляторы - это эластичные конусы из резины или мягкого пластика различной степени жесткости, а также мягкого дерева. Они предназначены для массажа десневых сосочков и очистки межзубных промежутков.

При повышенном образовании налета на языке следует чистить и его. Для этого применяют скребки различной формы:

□ в виде пластмассовой петли (Halita, "Dentaid");

□ равна зигзагообразная поверхность (Zanque-net "Gencibrosse");

□ круглые или серповидные щетки с короткой или жесткой щетиной (щетка Enfrest).

Для чистки поверхности языка могут применяться и обычные зубные щетки и марлевые тампоны.

Дополнительным предметом ухода за полостью рта также ирригаторы. Разнообразные их модификации обеспечивают промывки различных зон рта постоянным или пульсирующей струей воды (можно с лекарственными добавками) под давлением. Ирригацию полости рта можно осуществлять только после интенсивного и правильной чистки зубов.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Классификация предметов гигиены. Классификация зубных щеток.
2. Критерии выбора зубной щетки для детей разного возраста.
3. Гигиенический уход за зубной щеткой и ее хранения.
4. Использование зубных нитей и зубочисток.
5. Требования к детским зубным паст.
6. Классификация флоссов, методика использования.
7. Предметы интердентальными использования.

Список литературы

1. Смоляр Н.И., Масный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей // Львов. - 1995.-С.86-99.
2. Хоменко Л.А., Чайковский Ю.Б., Савичук А.В. [И др.] Терапевтическая стоматология детского возраста // Киев. - "Книга плюс".-2007.-С.157-179.
3. Сайфуллина Х.М. Кариес зубов у детей и подростков // Москва.-2001.-С.82-85.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 16

Тема занятия. Методы гигиенического ухода за полостью рта. Индивидуальная гигиена. Усвоение чистки зубов. Контролируемая чистка зубов.

Цель: Разобрать со студентами на практике методики обучения чистке зубов и методики контроля самостоятельной чистки зубов.

Конкретная цель: Усвоить со студентами методику чистки зубов.

Контроль исходного уровня знаний:

1. С какого возраста ребенок должен чистить зубы?
2. Какие средства гигиены рекомендуют детям?
3. Зубная щетка, как средство гигиены полости рта, ее характеристика.
4. Гигиенический уход за щеткой и ее хранения.
5. Как разделяют зубные пасты по назначению, свойствам и составу?
6. Как должен быть оборудован кабинет гигиены?

Содержание занятия

Занятие проводится в кабинетах гигиены. Преподаватель знакомит студентов с порядком проведения занятия. Студенты проводят беседу с детьми о необходимости чистки зубов и важность ее правильной методики. Учат детей правильным мануальным повамкам на фантоме, а затем во рту.

Методы чистки зубов с помощью мануальной зубной щетки:

- стандартный метод чистки зубов Г.Н.Пахомова, которым пользуются в большинстве случаев;
- метод вращения щетки - круговые движения от слизистой оболочки десны окклюзионной поверхности зубов, по 10-12 движений в каждом сегменте;
- метод Леонарда - зубную щетку располагают перпендикулярно к поверхности зубов, осуществляют только вертикальные движения от десны к коронке зуба;
- методы Баса, Чартера, Стилмана - используют при заболеваниях пародонта.
- Требования к методике чистки зубов с Пахомовым Г.Н.
- зубы чистят два раза в день - утром после завтрака и вечером перед сном;
- процедуру чистки зубов начинают с полоскания полости рта водой или ополаскивателем и промывание зубной щетки;
- зубной ряд верхней и нижней челюстей условно делят на шесть сегментов
- (на четыре сегмента - для временных зубов)
- зубы чистят последовательно, сначала на верхней челюсти, а позже на нижней;
- для чистки зубов применяют "подметая", круговые и возвратно-поступательные движения щетки. Подметая движения (от слизистой оболочки десны окклюзионной поверхности зубов) необходимы для очистки небных, языковых и вестибулярных поверхностей всех зубов. Возвратно-поступательные движения применяют для чистки жевательных поверхностей премоляров и моляров. Круговые и поступательные-круговые движения осуществляют при чистке всех поверхностей зубов, кроме окклюзионных, после "подметающих" движений.
- каждую поверхность сегмента чистят 8-10 движениями щетки, соответственно на очистку всех поверхностей зубов необходимо выполнить 300-400 движений, составляет в среднем 2,5-3,5 минуты.
- после окончания чистки зубов полость рта ополаскивают водой или одним из жидких средств гигиены, зубную щетку тщательно моют теплой водой с мылом и ставят в стакан головкой вверх.

Кроме метода чистки зубов с Пахомовым Г.Н. студенты должны уметь владеть и дополнительными методами гигиены с помощью флоссов и зубочисток.

На занятии необходимо акцентировать роль гигиены полости рта, которую оценивают с помощью гигиенических индексов Федорова-Володкиной, Грина-Вермилион, Guigley-Hain.

Для определения зубного налета используют индикаторы гигиены - готовые лекарственные таблетированные формы или красители (метиленовый синий, фуксин, йодисто-калиевый раствор).

После теоретической части студенты под контролем преподавателя обучают детей чистке зубов, качество которого проверяется с помощью красителей.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Какие методы чистки зубов Вы знаете?
2. В чем заключается методика стандартного чистки зубов?
3. В чем контролируемая чистка зубов?
4. Какие Вы знаете красители для выявления зубного налета?
5. Как определить GI Федорова-Володкиной?
6. Как определить GI Грина-Вермилльона?
7. Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний?

Литература:

1. Смоляр Н.И., Масный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей // Львов. - 1995. - С. 86-96.
2. Хоменко Л.А., Шматко В.И., Остапко А.И. Стоматологическая профилактика у детей // Киев.-1993.-С.143-158.
3. Сайфуллина Х.М. Кариес зубов у детей и подростков // Москва. - 2001. - С.82-85.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 17

Тема занятия: Профессиональная гигиена полости рта. Методы и оборудование.

Цель: ознакомить студентов со средствами и методами проведения профессиональной гигиены полости рта.

Конкретная цель: рассмотреть со студентами методику проведения профессиональной гигиены полости рта в условиях стоматологического кабинета.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Какие средства гигиены рекомендуются детям?
2. Назвать вспомогательные средства гигиены полости рта.

3. Как проводится контроль качества чистки зубов?
4. Что входит в состав абразивных полировальных паст?
5. Какие Вы знаете гигиенические индексы?

Содержание занятия.

В начале занятия преподаватель проверяет исходный уровень знаний студентов. При этом акцентирует их внимание на том, что профессиональная гигиена полости рта состоит из тщательного обследования полости рта, регистрации состояния зубов, санитарного образования (гигиенического обучения и воспитания), осуществление выбора предметов и средств гигиены, коррекции качества гигиены. Ассистент врача-стоматолога объясняет необходимость систематического удаления мягких и твердых зубных отложений, удаляет зубные отложения, проводит эндогенных и экзогенных профилактику основных стоматологических заболеваний.

Студенты должны знать, что количество посещений стоматолога для проведения курса профессиональной гигиены полости рта, продолжительность курса и интервалы между посещениями зависят от индивидуальных особенностей ребенка. Учитывается состояние пародонта, наличие факторов риска и умение ребенка поддерживать гигиену ротовой полости. Конечно, для проведения курса профессиональной гигиены достаточно 4-5 посещений с интервалом 2-3 дня. При необходимости осуществляется контроль эффективности проведенного курса через месяц, а курс можно повторять каждые 3-4 месяца в зависимости от состояния пародонта и гигиены рта.

Во время первого посещения гигиенист проводит осмотр ротовой полости, определяет стоматологический статус, объясняет пациенту влияние зубного налета на развитие заболеваний зубов и тканей пародонта, демонстрирует зубной налет на зубах пациента перед зеркалом с помощью инструментов и индикаторов зубного налета (раствор Шиллера-Писарева, фуксин, эритрозин, метиленовый синий, "Колор-тест № 1" и др.), дает рекомендации по правильному выбору предметов, средств индивидуальной гигиены полости рта и рационального и сбалансированного питания, удаляет зубные отложения с последующей полировкой зубов и пломб с использованием абразивных паст.

Преподаватель отмечает, что профессиональное очищения зубных отложений включает:

- Чистка зубов циркулярными щетками с абразивной пастой для удаления неминерализованных плотных зубных отложений (при отсутствии зубного камня);
- При наличии зубного камня - его удаление с применением растворяющих веществ, ручных и ультразвуковых инструментов, и только после этого очищения зубов циркулярными щетками с абразивной пастой;
- При наличии пигментированных отложений и отсутствия зубного камня - удаление пигментации с применением ультразвуковых, воздушно-абразивных инструментов и циркулярных щеток с абразивной пастой;
- Во всех случаях - завершающая полировка поверхности зубов полировальными мелкодисперсными пастами в полировальных чашках.

Средства, применяемые для профессиональной гигиены полости рта:

- Стоматологические или гигиенические наконечники;
- Циркулярные щетки для стоматологического наконечника;
- Ручные инструменты для удаления зубных отложений;
- Ультразвуковые системы для удаления зубных отложений (не применяются у детей);
- Воздушно-абразивные системы для удаления зубных отложений (не применяются при незрелой эмали);
- Химические средства для удаления зубных отложений;
- Полироли чашечки;
- Пасты для удаления зубных отложений и полировки поверхности зубов.

Во время второго посещения пациент приходит на прием с рекомендованными средствами индивидуальной гигиены полости рта. Ассистент врача-стоматолога

демонстрирует чистки зубов на фантоме, подчеркивая правильное положение и движения зубной щетки, при необходимости проводит тщательное удаление остатков зубных отложений, полировка пломб и зубов. Далее пациент чистит зубы самостоятельно, ассистент определяет качество чистки и демонстрирует с помощью красителя зубной налет, оставшийся в труднодоступных участках зубного ряда. Также обучает пациента применять зубочистки, нитки-флоссы, щетки-ершики, ирригаторы и прочее.

В дальнейшем пациент демонстрирует умение чистить зубы и межзубные промежутки. Ассистент врача-стоматолога проводит контроль качества чистки зубов с помощью красителей, вносит коррективы, дает рекомендации.

Ассистент врача-стоматолога должен помнить, что устного обучения гигиене полости рта недостаточно. Даже демонстрации техники чистки зубов не всегда дает положительный результат. Пациент должен почувствовать самостоятельно, насколько качественно проведена гигиена полости рта, критерием контроля которого есть чувство гладкости зубов.

Параллельно с проведением полноценной профессиональной гигиены полости рта, ассистент врача-стоматолога дает рекомендации по рациональному питанию, употребление твердых овощей и фруктов, ограничение в рационе сладостей, мучных изделий, объясняет механизм самоочищения полости рта при приеме сырых овощей и фруктов, действие питательных элементов пищи на ткани зуба. Желательно усвоить правило: после приема пищи, особенно сладкой, нужно съесть яблоко, морковь или другие чистящие полость рта продукты.

Профессиональная гигиена полости рта является важным и неотъемлемым этапом как гигиены полости рта, так и любых других стоматологических мероприятий. Она должна предшествовать терапевтическим, хирургическим и ортопедическим вмешательствам, а при необходимости и ортодонтическим.

После теоретической части занятия студенты приступают к осмотру тематических больных, обосновывают подбор необходимого инструментария, % медикаментов и материалов для профессиональной гигиены полости рта, заполняют амбулаторные истории болезни.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. От чего зависит количество посещений пациентом стоматологической клиники при проведении профессиональной гигиены полости
2. Назвать и охарактеризовать инструменты, используемые для полировки поверхности зуба.
3. Выделить особенности профессиональной чистки зубов с помощью ручных инструментов.
4. Назвать основные принципы проведения профессиональной гигиены полости рта.
5. Указать критерии выбора метода удаления зубных отложений.
6. Назвать последовательность снятия зубных отложений.
7. Какие правила удаления зубного камня Вы знаете?

Литература:

1. Курякина Н.В., Савельева Н.А. Стоматология профилактическая. Н.Новгород. 2003. - С. 224-242.
2. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. Н.Новгород. 2001. - С. 740-743.

3. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. Москва. - 2007. - С. 852 - 858.
4. Смоляр Н.И., Масный З.П., Поликанова Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. Львов. - 1995. - С. 103-107.
5. Терапевтическая стоматология детского возраста. Под ред. проф. Хоменко Л.О. Киев. - Книга плюс. - 2007. - С. 134 - 182.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 18

Тема занятия: Гигиеническое стоматологическое обучение и воспитание детей в организованных коллективах. Проведения урока здоровья.

Цель занятия: Подчеркнуть студентам о важности гигиенического стоматологического обучения в профилактике стоматологических заболеваний. Научить студентов принципам организации и оформления уголков или комнат гигиены полости рта в детских учреждениях и поликлиниках. Усвоить методику проведения урока гигиены и здоровья для педагогов, родителей и детей разного возраста.

Содержание занятия

В начале занятия преподаватель подчеркивает, что важным разделом работы детского стоматолога является гигиеническое обучение и воспитание детей разного возраста с целью формирования у них гигиенических навыков и осознание потребности в стоматологическом уходе за полостью рта.

Гигиеническое воспитание состоит из:

- Санитарно-просветительной работы;
- Обучение методам гигиены полости рта.

Санитарно-просветительную работу проводят среди детей разных возрастных групп, медицинских работников детских учреждений, педагогов и родителей. Учитывая важность антенатальной и постнатальной стоматологической профилактики, санитарно-просветительную работу проводят также в женских консультациях и среди кормящих матерей.

Уроки гигиены полости рта проводят ассистенты врача-стоматолога или врачи-стоматологи при содействии педагогов. Они входят в общий комплекс занятий. В 1-3 классах занятия целесообразно проводить дважды в месяц, в 4-11 классах - один раз в месяц (соответственно по 16 и 8 занятий в течение года).

Урок здоровья состоит из трех частей:

- санитарно-просветительная;
- обучение методам гигиены полости рта и контроль;
- контроль за устойчивостью приобретенных навыков.

Санитарно-образовательная часть длится 10-15 мин и предусматривает беседу с детьми о строении зубов, их значении в жизни человека, о роли зубного налета в возникновении заболеваний, о значении рационального питания для укрепления тканей зубов, о вреде сладостей, о гигиеническом уходе за полостью рта и принципе выбора и хранения зубных щеток, зубных паст, ополаскивателей и т.д..

Вторая часть (20 мин.) Посвящена обучению методам гигиены полости рта (рассказ и показ на муляжах и плакатах как нужно чистить зубы). Если это проводили в дошкольных учреждениях и ученики знают правила чистки зубов, то проводят контроль и коррекцию гигиенического ухода за зубами непосредственно у каждого школьника.

В третьей, заключительной части урока гигиены (15 мин.) Проводят оценку эффективности усвоения материала и закрепления навыков. Для этого предлагают ребенку почистить самостоятельно зубы под контролем ассистента врача-стоматолога и исправляют допущенные ошибки, определяют индексы гигиены (Федорова-Володкиной или Грина-Вермильёна). Такие занятия должны проводиться этапами с усвоением

теоретического и практического материала от простого к сложному. Тема урока может варьироваться в зависимости от условий его проведения - есть класс гигиены полости рта или нет.

При отсутствии класса гигиены ассистент врача-стоматолога, проводит такое занятие в обычном классе, холле или столовой, используя иллюстративный и методический материал (слайды, плакаты, буклеты, модели, муляжи и т.п.). Практическая часть построена в виде демонстрации чистки зубов и оценки эффективности.

Беседу с родителями целесообразно проводить перед родительским собранием, причем не следует объединять несколько групп или классов. Беседа с родителями по профилактике стоматологических заболеваний должна решить две задачи:

- заинтересовать родителей состоянием зубов и органов полости рта своих детей;
- вызвать непосредственную заинтересованность в проведении и поддержке профилактических мероприятий в детском коллективе.

Беседу нужно проводить активно, интересно, со многими примерами, иллюстрациями. Длительность ее не должна превышать 15-20 минут, чтобы такой же промежуток времени оставить для ответов на вопросы. Родителям также нужно показать, как правильно чистить зубы, чтобы в домашних условиях они контролировали продолжительность, кратность и правильность ухода за полостью рта у своих детей. Здесь еще раз заостряют внимание родителей на их ответственности за культуру употребления углеводов детьми. Завершая беседу, ассистент врача-стоматолога должен призвать родителей быть его помощниками и подчеркнуть зависимость успеха профилактических мероприятий от совместных усилий. Для закрепления полученных знаний целесообразно вручить каждому из родителей печатные памятки - открытки.

Беседы для детей должны быть строго дифференцированным по цели и содержанию в зависимости от возраста детей и проводиться с небольшим количеством детей (классом, группой). В возрасте 2-4 лет они носят игровой характер, должны влиять на эмоциональную сферу и заинтересованность детей. Обязательными атрибутами должны быть большие игрушки. Обучение должно проходить несколько занятий в форме выставки, игры, а обучение навыками имеет регулярный последовательный характер с требованием их неуклонного повторения и закрепления путем усложнения от занятия к занятию. В возрасте 5-7 лет беседы нужно начинать с объяснения необходимости сохранять зубы здоровыми и что для этого необходимо делать. В обучение чистки зубов можно внести элементы соревнования. В средних и старших классах активная санитарно-просветительная работа приобретает форму лекций, которые должны носить научный характер и влиять как на эмоции, так и на разум слушателей, иметь разъяснительный характер. В этом возрасте дети достаточно скептически относятся к словам стоматолога, смущаются, стесняются друг друга. Поэтому, целесообразно проводить беседы отдельно юноши, отдельно девушки.

Как активные, так и пассивные формы следует применять в организованных детских коллективах (детских садах, школах, лицеях, колледжах и т.д.) так и среди неорганизованных детей, посещающих стоматологические учреждения с родителями или без них (индивидуальный метод проведения). Причем среди организованного населения эта работа осуществляется более эффективно, поскольку охватывает все четыре основные звенья, среди неорганизованного - менее эффективно, поскольку в работе участвуют только два звена, однако благодаря этому можно широко осуществлять индивидуальную первичную профилактику кариеса зубов у детей.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Какие задачи и методика проведения уроков здоровья в детском саду?
2. Какие задачи и методы проведения уроков здоровья в школе?
3. Какой иллюстративный материал используют при проведении уроков здоровья с различными возрастными группами детей?

4. Как следует использовать санитарный актив класса при проведении уроков здоровья в процессе гигиенического обучения и воспитания?
5. Формы и методы гигиенического стоматологического обучения.
6. Методика медико-педагогического убеждения детей дошкольного возраста.
7. Методика медико-педагогического убеждения детей школьного возраста.
8. Направленность санитарно-просветительной работы среди родителей, педагогов, воспитателей.
9. Средства и методы, используемые для гигиенического стоматологического обучения.
10. Оборудование класса (комнаты) гигиены и профилактики стоматологических заболеваний.
11. Проведения семинарских занятий средним медперсоналом и педагогами (воспитателями).
12. Образцовая тематика лекций и бесед для детей и их родителей.
13. Какие задачи среднего медперсонала, педагогов, воспитателей в гигиеническом обучении и воспитании.

Литература:

1. О.В. Удовицкая. Детская стоматология. - Киев, 2000.
2. Л.А. Хоменко, В.И. Шматко и пел. Стоматологическая профилактика у детей. - Киев, 1993. - С. 143-159.
3. Н.И. Смоляр, З.П. Масный, Л.Г. Поликанова. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. - Львов, 1995. - С. 86-97.
4. Л.А. Хоменко, А.В. Савичук и соавт. Профилактика стоматологических заболеваний. - М.: Книга плюс, 2007. - С. 28-49.
5. Заяц Т.И., Жуковская Л.А. Профилактика стоматологических заболеваний: учеб. пособие. - Львов.: "Новый мир-2000", 2008. - С. 100-111, 264-294.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 19

Тема занятия: Санитарная образование составляющая первичной профилактики стоматологических заболеваний. Организация стоматологической санитарного просвещения, ее формы, методы, средства.

Цель занятия: Изучить основные формы и методы санитарно-просветительной работы среди различных групп населения. Уметь проводить организацию и оформление комнаты

или уголка гигиены полости рта в детских дошкольных учреждениях, школах, женской консультации. Усвоить методику проведения урока гигиены и здоровья, составление текстов и памятных для родителей, педагогов и школьников.

Конкретная цель: Научить проводить индивидуальные и групповые беседы, лекции для родителей разного возраста по вопросам стоматологической профилактики.

Контроль исходного уровня знаний:

1. Санитарное просвещение, ее структура, цели, задачи.
2. Что вмещает в себя понятие медико-педагогическое убеждения?
3. Роль алиментарного фактора в профилактике стоматологических заболеваний.
4. Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний.
5. Какие критерии выбора средств гигиены полости рта?

Содержание занятия

Санитарно-просветительную работу проводят не только среди детей, различая дошкольный молодой возраст (3-5 г.), старший возраст (6-7р.), Возраст школьный младший (1-3 классы), средний возраст (4-7 классы), и старший возраст (8-12 классы), но санитарно-просветительской работой охватывают также медицинских работников дошкольных учреждений, школьных воспитателей и педагогов, родителей детей, начиная с ясельного возраста. Учитывая важность антенатальной и постнатальной стоматологической профилактики, санитарно-просветительную работу проводят среди детей, беременных женщин в женских консультациях и среди кормящих матерей в детских консультациях.

В процессе санитарно-просветительной работы надо доступно для каждой возрастной группы и категории слушателей ознакомить их со значением зубов для организма, с причинами заболевания зубов и других органов и тканей ротовой полости и с возможными их осложнениями и последствиями. Необходимо указать на роль гигиенического ухода за зубами и полостью рта, для предупреждения стоматологических заболеваний, осветить роль вредных привычек и неправильного питания в возникновении этих заболеваний. Беседы должны иметь целевую направленность для разных аудиторий. Поскольку санитарно-просветительная работа является составной частью систем комплексной профилактики у детей, то она должна иметь профилактическую направленность. Основной и конечной целью санитарно образовательной работы является воспитание у детей осознание возможности и целесообразности предупреждения основных стоматологических заболеваний путем систематического гигиенического ухода за зубами и полостью рта, а также важности правильного образа жизни и усвоения этого путем соответствующего обучения.

Основные задачи санитарно образовательной работы:

1. Воспитание устойчивых навыков систематического гигиенического ухода за зубами и полостью рта у детей и подростков.
2. Обучения правильному режиму дня, правильному образу жизни.
3. Убеждение контингента, среди которого проводится работа, в важности сохранения здоровой зубочелюстной системы, постоянного наблюдения и лечения у стоматолога.

Существуют два основных метода проведения санитарно-просветительной работы: групповой (массовый) и индивидуальный. Выбор метода работы зависит от того, с каким контингентом ее проводят, какую цель при этом преследуют и которые ставят задачи, от условий, в которых проводится работа, сил и средств, обеспечивающих ее выполнение. Различают активные и пассивные формы санитарно-просветительной работы. К активным формам относятся методы непосредственного общения стоматологов, ассистентов врачей-стоматологов с населением: уроки здоровья, беседы, выступления, лекции, доклады.

Высокая действенность активных форм зависит от непосредственного общения медицинских работников с аудиторией, которая обеспечивает

- Максимальный психологический контакт;

- Условия взаимопонимания.

Этапы активных форм санитарного просвещения:

Первый этап - разговоры или семинары с педагогами и медицинскими работниками детского учреждения, медработниками женских консультаций, при проведении которых освещают цели, задачи, мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний, объясняют роль воспитателей и медицинских работников в ее осуществлении. Главная цель этого этапа - привлечь педагогов, воспитателей и медработников к активному участию в санитарно-просветительной работе.

Второй этап активной санитарно-просветительной работы в организованных детских коллективах и женской консультации проводятся в форме беседы с родителями и будущими матерями, которые должны заботиться о состоянии зубов и органов ротовой полости своих детей, быть в проведении профилактических мероприятий.

К третьему этапу активных форм санитарно-просветительной работы принадлежат разговоры и уроки здоровья, которые проводят с учетом возрастных особенностей детей. Для малышей в возрасте 2-4 года они должны быть в форме игры. Начиная с 3 лет и до младшего школьного возраста (1-3-й классы), у детей преобладает реакция подражания взрослым. В этот период очень важны личный пример членов семьи и показ элементов ухода за полостью рта воспитателем или медработником детских учреждений. В средних и старших классах лекция по вопросам гигиенической культуры должна носить научный характер и влиять на эмоции и разум слушателей.

Пассивные формы санитарного просвещения:

Пассивные формы санитарно-просветительной работы главным образом адресованы родителям и детям, будущим матерям, частично - медицинским работникам и педагогам. В школах, дошкольных учреждениях и поликлиниках средства наглядной агитации (стенды, плакаты, Санбюллетень, экспозиции выставок, витражи и т.д.) целесообразно располагать в комнатах гигиены, а при отсутствии таковых - в холлах или коридорах. Таким образом, весь комплекс санитарно-просветительных мероприятий должен быть направлен на сохранение здоровья населения, профилактику стоматологических заболеваний. Объем этой работы схематически можно изобразить так: информация => знания => убеждения => поступки (навыки).

Дальнейшим важным этапом санитарно-просветительной работы является обучение методам гигиены полости рта. Этой работой также надо охватить основные группы населения: педагогов (воспитателей), медицинских работников детских учреждений, родителей и детей. Работа с каждой из названных групп должна быть четко дифференцированной и проводиться поэтапно.

В системе первичной комплексной профилактики основных стоматологических заболеваний у детей используют такие формы санитарно-просветительной работы:

- Циклы лекций для беременных женщин, для детей, для родителей;
- Беседы с беременными женщинами, кормящими матерями, с детьми, с родителями;
- Уроки гигиены для детей;
- Индивидуальное обучение гигиеническому уходу за зубами и полостью рта;
- Семинарские занятия с медицинским персоналом женских консультаций, с педагогами и воспитателями;
- Наглядная агитация-выпуск санбюллетеней, плакатов, брошюр, буклетов, различного иллюстрированного материала (кино-и видеофильмов, модели, муляжи и т.д.).

Оформление комнаты или уголка гигиены полости рта.

Успешное проведение санитарно-просветительной работы и обучение методам гигиены полости рта требует создания специальных центров - комнаты гигиены и профилактики. В зависимости от площади, которая выделяется, есть возможность компоновать несколько вариантов таких комнат. При достаточной площади (25-30м²) создается типичная

комната гигиены и профилактики, которая состоит из нескольких функционально-ориентирующих отделений.

1. Кабинет активного обучения рациональным методам гигиены оснащается в обязательном порядке 8-10 мойками на высоте 70 см от уровня пола и соответствующим количеством больших зеркал над мойками. Над зеркалами должны быть вывешены таблицы с правилами ухода за полостью рта, на видном месте - демонстрационная зубная щетка больших размеров и увеличенные модели челюстей.

2. Кабинет активной информации предусматривает установление в центре комнаты гигиены диапроектора (киноустановки) и экрана. Эта зона предназначена для проведения активных форм санитарно-просветительной работы.

3. Кабинет пассивной информации располагается на свободных стенах комнаты гигиены и предусматривает создание постоянно действующих выставок средств, предметов гигиены и профилактики, стендов, таблиц, витражей с подсветкой, плакатов, памяток для различных групп населения предназначен для осуществления пассивных и активных форм санитарно-просветительной работы.

4. Профилактически-гигиеническое кабинет предусматривает установление шкафов с полками для размещения индивидуальных средств и предметов гигиены полости рта.

5. Кабинет обследования и контроля эффективности гигиены и профилактики состоит из рабочего места стоматолога или его ассистента, где можно качественно обследовать ротовую полость до и в процессе специальных гигиенических и профилактических мероприятий.

При создании комнат гигиены в детских дошкольных учреждениях и школах целесообразно сочетать их вместе с лечебным стоматологическим кабинетом на 1-2 кресла. Для этого нужна комната, которая имеет размеры обычного класса. Создание оптимального графика проведения санационной, профилактической, гигиенической работы позволяет на небольшой площади компактно проводить все разделы лечебно-профилактических мероприятий.

Если в детском саду или школе нет возможности выделить отдельную большую комнату, то всю наглядную агитацию можно располагать в одном из холлов помещения, а практические навыки по гигиене полости рта и применение специальных средств профилактики проводить в умывальной или приспособленной комнате. Можно использовать мойки с зеркалами, по проектам устанавливаются в количестве 7-10 перед столовой. Зубные щетки для обучения гигиене полости рта удобно хранить в химических штативах щетиной вверх. Такие штативы с соответствующей маркировкой должны быть в каждом классе или группе и храниться в шкафах с закрытыми полками.

Уроки гигиены полости рта проводят ассистенты врача-стоматолога или врачи-стоматологи при содействии педагогов. Они входят в общий комплекс занятий. В 1-3-х классах занятия целесообразно проводить дважды в месяц, в 4 - 11-х - один раз в месяц (соответственно по 16 и 8 занятий в течение года).

Составить текст беседы в организованных группах населения.

Беседа с родителями по профилактике стоматологических заболеваний должна решить две задачи:

- Заинтересовать родителей состоянием зубов и органов полости рта своих детей;
- Вызвать непосредственную заинтересованность в проведении и поддержке профилактических мероприятий в детском коллективе.

Беседу нужно проводить активно, интересно, со многими примерами, иллюстрациями. Длительность ее не должна превышать 15-20 минут, чтобы такой же промежуток времени оставить для ответов на вопросы. Завершая беседу, ассистент врача-стоматолога должен призвать родителей быть его помощниками и подчеркнуть зависимость успеха профилактических мероприятий от совместных усилий. Для закрепления полученных знаний целесообразно вручить каждому из родителей печатные памятки - открытки.

Беседы для детей должны быть строго дифференцированным по цели и содержанию в зависимости от возраста детей. В возрасте 2-4 лет они носят игровой характер, должны влиять на эмоциональную сферу и заинтересованность детей в возрасте 5-7 лет беседы нужно начинать с объяснения необходимости сохранять зубы здоровыми и что для этого необходимо делать. В средних и старших классах активная санитарная - образовательная работа приобретает форму лекций, которые должны носить научный характер и влиять как на эмоции, так и на разум слушателей.

Контроль уровня усвоения знаний:

1. Какие задачи и методики проведения уроков здоровья в детском саду?
2. Какие задачи и методики проведения уроков здоровья в школе?
3. Который иллюстрированный материал используют при проведении уроков здоровья с различными возрастными группами детей?
4. Как следует использовать санитарный актив класса при проведении уроков здоровья в процессе гигиенического обучения и воспитания?
5. Организация санитарно-просветительной работы детского стоматолога на участке, в саду, в школе.
6. Формы и методы санитарно просветительной работы.
7. Методика медико-педагогического убеждения детей дошкольного возраста.
8. Методика медико-педагогического убеждения детей школьного возраста.
9. Направленность санитарно-просветительной работы среди родителей, педагогов, воспитателей.
10. Средства и методы, используемые в санитарно-просветительной работе и контингент лиц для ее проведения.
11. Оборудование класса (комнаты) гигиены и профилактики стоматологических заболеваний.
12. Проведения семинарских занятий средним медперсоналом и педагогами (воспитателями).
13. Образцовая тематика лекций и бесед для детей и их родителей.
14. Какие задачи среднего медперсонала (педагогов, воспитателей) в гигиеническом обучении и воспитании.
15. Как определяют эффективность санитарно-просветительной работы стоматолога-педиатра.

.

Литература:

1. О.В. Удовицкая. Детская стоматология. - Киев, 2000.
2. Л.А. Хоменко, В.И. Шматко и соавтор - Стоматологическая профилактика у детей и Киев, 1993. - С. 143-159.
3. Н.И. Смоляр, З.П. Масный, Л.Г. Поликанова Профилактика стоматологических заболеваний у детей. - Львов, 1995. - С.86-97.
4. Стоматология детского возраста. Под ред. Т.Ф. Виноградовой. - М.: 1987. - С. 34-57
5. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов. - М: 1980. - С. 122-138.
6. Г.В.Пахомов Первичная профилактика в стоматологии. - М.: Медицина, 1982. - С.197-210.
7. Удовицкая Е.Д. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей. - Киев, 1989. - С.57-84.
8. Стоматология, т. 1/Под ред. М.М. Рожка. - Ивано-Франковск: "Новая Заря", 2007. - 520 с.