

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И КОММУНАЛЬНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ. Современные данные о стоматологической заболеваемости.



ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Д.м.н., профессор кафедры пропедевтической стоматологии

Чиркова Наталия Владимировна

**Стоматология - область
клинической медицины,
изучающая болезни зубов, полости
рта, челюстей и пограничных
областей лица и шеи.**

Термин Стоматология образован слиянием 2-х понятий: греч. stoma — рот и logos — учение).

Стоматология как медицинская дисциплина сформировалась в 20-х годах XIX столетия в результате слияния зубо врачевания и челюстно-лицевой хирургии.

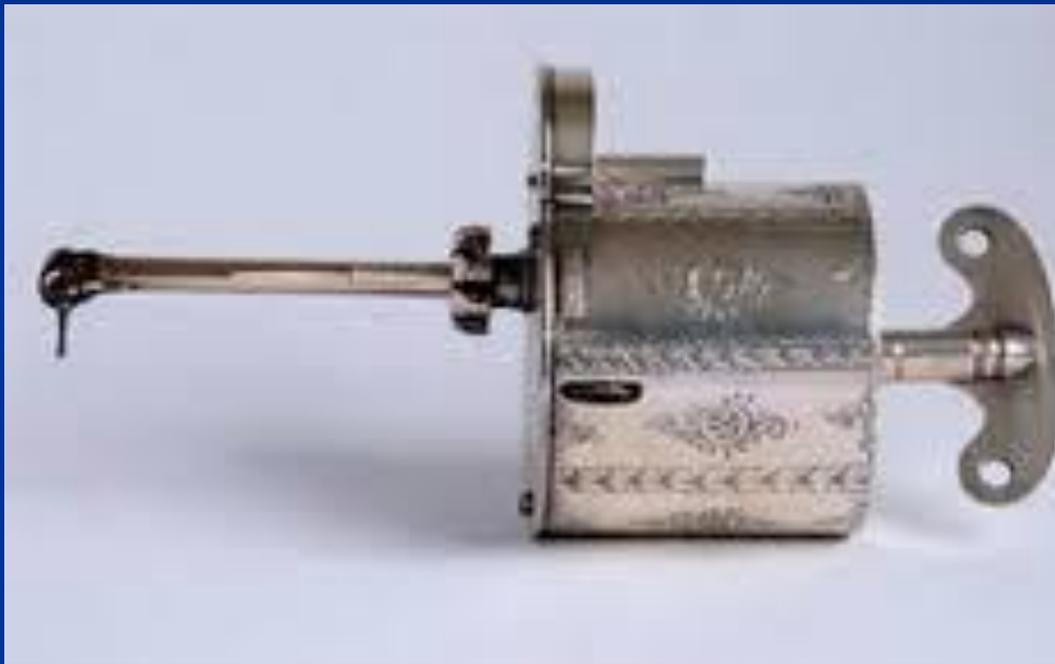


Зубоврачевание 17 века





Во второй половине XVIII - первой половине XIX веков - развитие и внедрение в практику и постоянным совершенствованием специального оборудования (бормашина, зубо врачебное кресло, новые пломбирочные материалы).



1824 г. - французский дантист Дельмонт
предпринял попытку удаления пульпы тонким
зазубренным инструментом после прижигания ее
кислотой,
1836 г. - американский дантист Ш. Спунер описал
способ «умерщвления нерва» мышьяковистой
кислотой.

В конце XIX века были заложены основы современной кариесологии. В 1891 г. немецкий врач В.Д. Миллер изложил свою химико-паразитарную теорию происхождения кариеса, а американский стоматолог Грин Вордимен Блэк разработал стандартизованные правила препарирования кариозных полостей.

В середине XIX века появились исследования, посвященные заболеваниям пародонта.

В 1840 г. североамериканский врач Ригг подробно описал воспалительные заболевания пародонта, которые длительное время называли болезнью Ригга; в 1867 г. он впервые осуществил кюретаж пародонтальных карманов.

В 1892 г. Юнгер усовершенствовал методику кюретажа и ввел его в практику как основной метод лечения воспалительных заболеваний пародонта.

В конце XIX столетия начало
формироваться и профилактическое
направление одонтологии.

А. К. Лимберг первый в России
(1891) защитил диссертацию по
одонтологии на тему «Современная
профилактика и терапия костоеды
зубов». А. К. Лимберг является
основоположником плановой
санации рта школьников.

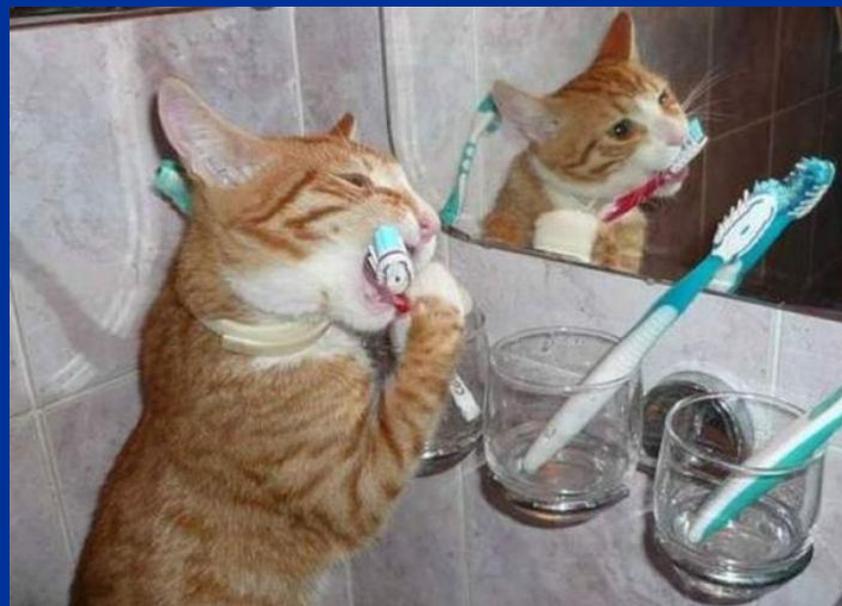
Вопросы профилактики
стоматологических
заболеваний нашли отражение
в работах Е. В. Боровского, Т.
Ф. Виноградовой, Э. М.
Кузьминой, А. Г. Колесник, В. К.
Леонтьева, П. А. Леуса, Г. Н.
Пахомова и др.

ПРОФИЛАКТИКА (от греч. Prophylaktikos – предохранительный, предупредительный) — совокупность предупредительно - оздоровительных мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья и физического развития населения, на предупреждение возникновения и распространения заболеваний, на обеспечение возможно более длительного и лучшего сохранения трудоспособности и развития трудовых ресурсов.

Целью профилактики является снижение уровня стоматологической заболеваемости у детей, подростков, взрослого населения, уменьшение количества осложнений.

Задачи профилактики (реальная величина снижения распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний) определяются с учетом ситуации в регионе: исходного уровня стоматологической заболеваемости детского и взрослого населения разных возрастных групп, социально-экономических особенностей, факторов окружающей среды и др.

Первичная профилактика — система социальных, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды, способных вызвать патологические изменения.



Первичная профилактика основных стоматологических заболеваний – это часть общегосударственной программы профилактики хронических неинфекционных, неспецифических заболеваний человека, неотъемлемой частью которой является пропаганда и воспитание здорового образа жизни у населения.



Задачи первичной профилактики кариеса зубов:

- Создание оптимальных условий для первичной минерализации твердых тканей зубов, которая происходит во время внутричелюстного их развития.
- Обеспечение оптимальных условий для вторичной минерализации зубов, происходящей в условиях гомеостаза полости рта под воздействием ротовой жидкости.
- Устранение кариесогенных условий полости рта в результате воздействия на факторы риска, которые могут вызвать деминерализацию эмали или патологические изменения в тканях пародонта.
- Поддержание оптимальных, физиологических концентраций фтора в организме для обеспечения нормальных процессов первичной и вторичной минерализации твердых тканей зубов.

Различают три уровня первичной профилактики: популяционный, групповой и индивидуальный.

Популяционный уровень профилактики предусматривает получение превентивных мер всем населением независимо от желания, социального положения человека, материального положения семьи, уровня организации здравоохранения и других условий. Классическим приемом популяционного внедрения программ профилактики являются вакцинация населения, фторирование питьевой воды, йодирование соли.

Групповой уровень внедрения профилактики предусматривает получение профилактических мероприятий группами населения, имеющими одинаковые факторы риска заболеваний или легкие, начальные, донозологические признаки патологии.

Индивидуальная профилактика – это комплекс профилактических мероприятий, проводимых каждым человеком самостоятельно; она включает меры по выполнению требований здорового образа жизни, гигиенического ухода за полостью рта, применения индивидуальных превентивных мер.

Основные методы первичной профилактики стоматологических заболеваний:

- стоматологическое просвещение и гигиеническое воспитание населения,
- мотивация к ведению здорового образа жизни;
- рациональное питание, включающее режим питания и ограничение применения легкоферментируемых углеводов;
- обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта;
- профессиональная гигиена полости рта;
- эндогенное использование фторидов — фторирование питьевой воды, пищевых продуктов (молока, соли), прием фторидсодержащих препаратов,
- местное применение реминерализирующих препаратов (покрытие зубов фторлаком, полоскание полости рта фторидсодержащими растворами, использование фторидсодержащих зубных паст, реминерализирующих растворов).
- герметизация фиссур зубов.

Вторичная профилактика нацелена на раннее выявление конкретного заболевания, предупреждение рецидивов, прогрессирования патологических процессов и возможных его осложнений.

К методам вторичной профилактики относятся:

диспансеризация населения с целью выявления детей, подростков и взрослых, имеющих стоматологические заболевания

своевременное проведение санации полости рта для предупреждения осложнений

Диспансеризация – составная часть вторичной профилактики; она представляет собой систему работы лечебно-профилактических учреждений, которая заключается в активном наблюдении за здоровьем определенных контингентов населения, в изучении условий труда, быта и позволяет лечить ранние стадии болезни, предупреждая переход заболевания в хроническую форму.

Третичная профилактика — это предупреждение инвалидности и социальная реабилитация. Третичные превентивные меры состоят в том, чтобы ограничить ущерб, нанесенный ребенку или взрослому болезнью.

К методам третичной профилактики относятся:

- медицинская реабилитация
- медицинская абилитация

Абилитация направлена на воссоздание функций. Эти методы включают реконструктивную и пластическую хирургию, протезирование, обучение и социальную реабилитацию.

Реабилитация – восстановление здоровья и трудоспособности больных или компенсация утраченных или нарушенных функций с помощью медицинских, физических, педагогических, профессиональных мер и средств.

Коммунальная стоматология-наука,
изучающая эпидемиологию
стоматологических заболеваний,
стоматологического здоровья
общества, методы планирования
коммунальных программ
профилактики, стоматологической
помощи и обеспечения здоровья
населения, а также методы оценки
эффективности общественных
программ.

Изучение основ коммунальной стоматологии позволяет узнать вопросы:

- Тенденции стоматологической заболеваемости в своей стране и мире.
- Общественные и альтернативные системы стоматологической помощи на коммунальном уровне.
- Методы эпидемиологических исследований стоматологических заболеваний.
- Методы обобщений и анализа данных массовых стоматологических исследований.
- Составляющие ситуационного анализа в стоматологии.
- Основные компоненты долгосрочного планирования стоматологической помощи на коммунальном уровне.
- Национальные и международные критерии оценки качества стоматологической помощи на индивидуальном и коммунальном уровнях.
- Критерии оценки эффективности коммунальных программ профилактики.

Стоматологические заболевания – это группа заболеваний органов полости рта, зубов, десен.

Стоматологические заболевания относительно «безопасны», так как они редко заканчиваются летальным исходом. Однако это далеко не повод не обращать внимания на состояние полости рта и зубов. Всем известен тот факт, что состояние зубов взаимосвязано и отражает состояние здоровья всего организма в целом. А потому нелеченые заболевания зубов могут привести к другим болезням.

**Наиболее часто встречающееся
заболевание зубов – это, конечно же,
кариес.**



**Пульпит – это довольно болезненное
воспаление пульпы зуба.**

Неприятный запах изо рта (научное название – галитоз) многие вообще не считают заболеванием, пытаются просто заглушить его жвачками и леденцами. Однако это неправильно, медики уже давно определяют его как самостоятельное стоматологическое заболевание, которое, однако, зачастую возникает вследствие других болезней внутренних органов и систем.

Многое о состоянии здоровья организма скажет и язык, ведь по наличию налета на языке, по его цвету и характеру также можно предположить нарушения в работе внутренних органов.



К стоматологическим заболеваниям относятся также такие менее распространенные болезни, как:

- пародонтит и пародонтоз (заболевание пародонта),
- гингивит (заболевание десен),
- периодонтит,
- флюороз,
- стоматит (воспаление слизистой оболочки рта),
перикоронарит (воспалительное заболевание капюшона десны) и т.д.

Стоматологическая помощь, которая включает терапевтическую, ортопедическую и хирургическую стоматологию, относится к наиболее массовым видам медицинской помощи:

- удельный вес стоматологических заболеваний среди общей заболеваемости населения по обращаемости достигает 20 - 25% (третье место), составляя 345 - 550 случаев на 1000 жителей;
- обращаемость за стоматологической помощью занимает второе место после обращаемости к врачам – терапевтам;
- в 99% случаев больные обслуживаются в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- пораженность населения Российской Федерации заболеваниями зубов и полости рта в настоящее время достигает 95 -99 %;
- в возрастных группах старше 35 лет проблемы, связанные с болезнями зубов, выходят на первое место, причем потребность в зубопротезировании достигает 60 - 100% .

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, англ. World Health Organization, WHO) — специальное учреждение Организации Объединённых Наций, основная функция которого лежит в решении международных проблем здравоохранения населения мира.

Задачи ВОЗ

- предоставление международных рекомендаций в области здравоохранения
- установление стандартов здравоохранения
- сотрудничество с правительствами стран в области усиления национальных программ здравоохранения
- разработка и передача соответствующих технологий, информации и стандартов здравоохранения

Сферы деятельности ВОЗ

- Укрепление и совершенствование национальных служб здравоохранения
- Предупреждение неинфекционных и инфекционных заболеваний и борьба с ними
- Охрана и оздоровление окружающей среды
- Охрана здоровья матери и ребёнка
- Подготовка медицинских кадров
- Развитие медико-биологических исследований
- Санитарная статистика

Основная роль ВОЗ в достижении поставленных целей — консультативная, экспертная и техническая помощь странам, а также предоставление необходимой информации, чтобы научить страны помогать самим себе в решении ключевых проблем охраны здоровья. На сегодня ВОЗ определила наиболее важные направления деятельности национальных систем здравоохранения как: ВИЧ/СПИД, туберкулёз, малярия, содействие безопасной беременности — здоровье матери и ребёнка, здоровье подростков, психическое здоровье, хронические заболевания.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2012 г.) во всем мире:

- у 60-90% детей школьного возраста и почти у 100% взрослых людей имеется зубной кариес;
- пародонтит тяжелой степени обнаруживается у 15-20% людей среднего возраста (35-44 года);
- основными причинами выпадения зубов являются кариес и пародонтит;
- полная потеря естественных зубов у 30% людей в возрасте 65-74 лет отсутствуют естественные зубы;
- распространенность рака полости рта относительно выше среди мужчин (основными причинными факторами являются табак и алкоголь);
- почти у половины (40-50%) ВИЧ-позитивных людей развиваются грибковые, бактериальные или вирусные инфекции полости рта; зачастую это случается на ранних стадиях ВИЧ-инфекции;
- 16-40% детей в возрасте от 6 до 12 лет в мире получают травмы зубов на игровых площадках, в школах, а также в результате дорожных аварий или насилия
- врожденные дефекты - заячья губа и волчья пасть, встречаются примерно в одном из 500-700 случаев рождения..

Основополагающие ценности программы ВОЗ «Здоровье для всех в 21-м столетии» (Копенгаген, Дания, 1998 г.):

- Здоровье как одно из важнейших прав человека
- Справедливость в вопросах здоровья и его охраны и действенная солидарность стран, групп и контингентов людей внутри стран и представителей полов
- Участие в охране здоровья и ответственное отношение к этой деятельности подотчетных отдельных людей, групп населения (общин), учреждений и организаций.

Глобальные цели ВОЗ по стоматологическому уровню здоровья в мире, который должен быть достигнут к 2020 г.:

- Дети в возрасте 5-6 лет: 90% не будут иметь кариеса.
- Дети 12 лет: КПУ будет составлять не более 1.
- Подростки в возрасте 15 лет: не менее 5 здоровых секстантов (код 1 или 2 индекса CPITN) пародонта.
- Молодые люди в возрасте 18 лет: не будет зубов, удаленных по поводу осложнений кариеса или заболеваний пародонта.
- Люди в возрасте 35-44 г.: не более 2% беззубого населения, у 90% - будет сохранено не менее 20 функционирующих зубов, а количество секстантов с глубокими зубодесневыми карманами будет не более 0,1 (CPITN).
- Пожилые люди в возрасте 65-74 г.: не более 5% беззубых, 75% населения будет иметь 20 и более функционирующих зубов, а секстантов с глубокими зубодесневыми карманами составит не более 0,5 (CPITN).

Зубные отложения - это разные по структуре образования на поверхности зуба.

На основе литературных данных о характере приобретённых зубных отложений их можно сгруппировать следующим образом (классификации Г. Н. Пахомова):

1. Неминерализованные зубные отложения:

- а) пелликула;
- б) зубная бляшка;
- в) белое вещество (мягкий зубной налёт);
- г) пищевые остатки

2. Минерализованные зубные отложения:

- а) наддесневой зубной камень;
- б) поддесневой зубной камень



Кутикула, или рецидивированный эпителий эмалевого органа, теряется вскоре после прорезывания, поэтому существенной роли в физиологии зубов не играет.



Пелликула - это приобретённая тонкая (от 1,5 до 50 мкм) прозрачная органическая плёнка, пришедшая на смену насмитовой оболочке.



Известно, что пелликула предохраняет эмаль от растворения. Под влиянием пелликулы растворимость эмали снижается в 4-8 раз.

Пелликула придаёт эмали избирательную проницаемость. Эта биологическая мембрана может регулировать диффузию различных растворов из слюны в зуб и из зуба в слюну

Красители для обнаружения пелликулы:

- Бисмарк коричневый,
- раствор Люголя,
- раствор флюорисцирующего натрия,
- 75% и 6% раствор основного фуксина,
- 4-5% спиртовой раствор эритрозина,
- эритрозин в таблетках,
- раствор Шиллера-Писарева,
- 2% раствор метиленового синего.

Зубной налет - это скопление патогенных микроорганизмов, которые плотно фиксируются на поверхности зуба.



До чистки



После чистки



До чистки



После чистки

Белый налет – образуется каждый день в повседневной жизни при приеме в пищу сахаров и визуально незаметен.



Налёт осаждается на поверхности зубов, пломб, камня и на десне. Белое вещество может образовываться на ранее очищенных зубах в течение нескольких часов в то время, когда пища не принимается. Налёт может быть смыт струёй воды, но требуется механическая чистка, для того чтобы обеспечить его полное удаление.

Зелёный налёт на зубах чаще наблюдается у детей и молодых людей (у 0,8-4 %).

Обычно он располагается тонким слоем на губной поверхности фронтальных зубов. Наиболее интенсивно окрашивается пришеечная часть зуба. Налёт довольно плотно спаян с зубной поверхностью. Обычному удалению щёткой этот налёт не поддаётся и с большим трудом удаляется инструментально.



Коричневый налёт чаще наблюдается у курильщиков.

Цвет отложений зависит от никотина и продуктов сгорания табака. Налёт чаще покрывает нёбные и язычные поверхности зубов. Он особенно вреден для дёсен.



Зубная бляшка - это скопление патогенных микроорганизмов, которые плотно фиксируются на поверхности зуба.

Зубная бляшка располагается над пелликулой зуба, бляшка бесцветна, поэтому для её обнаружения применяют окрашивающие растворы.



**Зрелая бляшка содержит около 325 видов
микробов и представлена 4 слоями:**

1. Приобретённая пелликула.
2. Полисадно расположенные волокнистые микроорганизмы.
3. Густая сеть волокнистых микроорганизмов.
4. Поверхностный слой кокков.

1,2,3 слои - составляют структурированную часть бляшки, 4 слой – свободно расположенные скопления микроорганизмов.

В зависимости от симбиоза отдельных групп микроорганизмов и пищевых остатков образуются кислые и щелочные зубные бляшки:

Щелочная зубная бляшка – образуется при метаболизме белкового субстрата и небольшого количества углеводов.

Кислая зубная бляшка – при метаболизме большого количества углеводов и небольшого количества белка.

Минерализованные зубные отложения (зубной камень) также являются приобретенной структурой полости рта.

Различают :

- наддесневой (слюнной) зубной камень (salivary calculi);
- поддесневой (сывороточный) зубной камень (serumal calculi).

Наддесневой (слюнной) зубной камень располагается над гребнем десневого края, его легко обнаружить на поверхности зубов.



В механизме образования наддесневого камня важную роль играют нерастворимые кальциево-фосфорные соединения из слюны на базе детрита полости рта.

Он состоит из неорганических (70—90%) и органических компонентов.

Неорганическая часть:

- Фосфатами;
- карбонатами кальция,
- др. микроэлементов.

Органический компонент камня, представлен слущившимся эпителием, лейкоцитами, микроорганизмами.

Факторы, влияющие на образование зубных отложений:

Экзогенные факторы:

- аномалии расположения зубов;
- изменения структуры зубов;
- патологический прикус;
- низкокачественные протезы и пломбы;
- изменения саливации и консистенции слюны;
- сдвиг РН ротовой жидкости с щелочной в кислую сторону;
- плохой уход за полостью рта и зубами;
- нарушение режима и характера питания (употребление большого количества углеводов);
- заболевания мягких тканей пародонта;
- некоторые профессиональные вредности.

Факторы, влияющие на образование зубных отложений:

Эндогенные факторы:

**-нарушение обмена веществ, в частности
солевого;**

**-изменения, связанные с перенесёнными острыми
и инфекционными заболеваниями (грипп, ангина,
скарлатина, малярия, тифы, дизентерия), а также с
болезнями внутренних органов и систем (почечно-
каменная болезнь, расстройство функций нервной и
эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и
т.п.);**

-генетическая предрасположенность.

Профилактика возникновения зубных отложений:

- гигиена полости рта (индивидуальная и профессиональная 2 раза в год);
- использование антимикробных средств (полоскание полости рта антисептическими растворами Furacilini, хлоргексидин и др. вызывает уменьшение образования зубного камня).

Профилактика возникновения зубных отложений:

Использование лечебно-профилактических зубных паст:

- -Зубные пасты с ферментами
- - Влияние поверхностно-активных веществ
- -Ингибирующим действием на зубной камень обладают соли цинка, производные карбоновых кислот.
- -Для ослабления патогенных свойств зубного налёта используют антимераболиты, некоторые снижают скорость образования микроорганизмами, кислот, ферментов, ТОКСИНОВ.

Профилактика возникновения зубных отложений:

- Использование ополаскивателей («Колгейт», «Рич», «Орал Би», «Элмекс», «Лесной бальзам» и другие).
- Использование флоссов (зубной нити) («Орал-Би»).
- Снижение кариесогенности зубного налета.

Поддесневой зубной камень образуется в результате коагуляции белковых и минеральных веществ сыворотки крови, воспалительных экссудатов.

Поддесневой камень обычно невидим, так как он располагается под десной в образовавшемся патологическом десневом кармане.



Красители для оценки гигиены полости рта:

- раствор Шиллера-Писарева
- раствор Люголя
- 2% раствор метиленового синего
- 4-5% спиртовой раствор эритрозина
- эритрозин в таблетках
- 0,75% (для полоскания) и 6% (для аппликаций) раствор основного фуксина
- «бисмарк коричневый»

Инструментарий для оценки гигиены полости рта:

- **острые угловые зонды;**
- **стоматологические зеркала;**
- **пинцеты;**
- **ватные стерильные валики;**
- **стоматологические лотки**

Упрощенный индекс гигиены полости рта ОНI-S (индекс «ИГР-У»).

Состоит из двух компонентов:

- индекса зубного налета;
- индекса зубного камня.

Для их определения исследуют щечную поверхность 16 и 26 зубов; губную поверхность 11 и 31; язычную поверхность 36 и 46.

Используют следующие системы оценок

ЗН:

0 – отсутствие зубного налета

1 – зубной налет покрывает не более $1/3$ поверхности зуба;

2 – зубной налет покрывает более $1/3$, но не более $2/3$ поверхности зуба;

3 – зубной налет покрывает более $2/3$ поверхности зуба

Используют следующие системы оценок ЗК:

0 – отсутствие зубного камня

1 – зубной камень покрывает не более 1/3 поверхности зуба;

2 – зубной камень покрывает более 1/3, но не более 2/3 поверхности зуба и (или) имеется поддесневой зубной камень в виде отдельных конгломератов;

3 – наддесневой зубной камень покрывает более 2/3 поверхности зуба и (или) имеется поддесневой зубной камень, который окружает пришеечную часть зуба.

Индекс зубного налет (ИЗН) определяется по формуле:

ИЗН= Сумма показателей 6-ти зубов / 6

Индекс зубного камня (ИЗК) определяется по формуле:

ИЗК= Сумма показателей 6-ти зубов / 6

Индекс ОНI-S (ИГР-У)= ИЗН+ИЗК

Интерпретация:

- 0 - 0.6 – хорошо;
- 0.7 – 1.6 – удовлетворительно;
- 1.7 – 2.5 – не удовлетворительно;
- 2.6 и более – плохо.

**Индекс Грин-Вермиллиона - индекс
ОHI-S является его модификацией.**

**Стандартный индекс
гигиены
полости рта.**

**Мягкий зубной налет выявляется
зондом. Для этого исследуют щечную
поверхность 16 и 26 зубов, губную
поверхность 11 и 31, язычную
поверхность 36 и 46.**

Используют следующие системы оценок ЗН:

0 – отсутствие зубного налета

1 – зубной налет покрывает не более 1/3 поверхности зуба;

2 – зубной налет покрывает более 1/3, но не более 2/3 поверхности зуба;

3 – зубной налет покрывает более 2/3 поверхности зуба

Индекс зубного налет (ИЗН) определяется по формуле:

ИЗН= Сумма показателей 6-ти зубов / 6

Интерпретация:

0 - 0.6 – хорошо;

0.7 – 1.6 – удовлетворительно;

1.7 – 2.5 – не удовлетворительно;

2.6 и более – плохо.

Индекс Федорова – Володкиной.

Рекомендуется применять для оценки гигиенического состояния полости рта у детей до 5-6 лет.

Его определяют по интенсивности окраски вестибулярной поверхности шести нижних фронтальных зубов жидкостью Шиллера – Писарева (определение зубного налета)

Жидкость Шиллера – Писарева :

- **Йодистый калий 2,0**
- **Йод кристаллический 1,0**
- **Вода дистиллированная до 40,0**

Оценка результатов окрашивания ведется
по следующим критериям:

5 – вся поверхность коронки

4 – $\frac{3}{4}$ поверхности коронки

3 – $\frac{1}{2}$ поверхности коронки

2 – $\frac{1}{4}$ поверхности коронки

1 – отсутствие окрашивания коронки

Расчет ведется по формуле:

$$K_{\text{ср}} (\text{индекс гигиены}) = \frac{\text{Сумма показателей 6-ти зубов}}{6}$$

Затем оценивают данный показатель следующим образом:

- 1.1 – 1.5 – хороший индекс гигиены;
- 1.6 – 2 – удовлетворительный индекс гигиены;
- 2.1 – 2.5 – неудовлетворительный индекс гигиены;
- 2.6 – 3.4 – плохой индекс гигиены;
- 3.5 – 5 – очень плохой индекс гигиены.

Индекс эффективности гигиены полости рта (РНР) Podshadley, Haley, (1968)

Для количественной оценки зубного налета окрашивают 6 зубов:

16, 26, 11, 31— вестибулярные поверхности;

36, 46 — язычные поверхности.

Коды и критерии оценки зубного налета

0 — отсутствие окрашивания

1 — выявлено окрашивание

Расчет индекса проводят, определяя код для каждого зуба путем сложения кодов для каждого участка. Затем суммируют коды для всех обследованных зубов и делят полученную сумму на число зубов:

Индекс рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{РНР} = \frac{\text{сумма кодов всех зубов}}{\text{количество обследованных зубов}}$$



Оценочные критерии

Значение индекса

Уровень гигиены

0

отличный

0, 1 - 0, 6

хороший

0, 7- 1, 6

удовлетворительный

1, 7 и более

неудовлетворительный

Спасибо за внимание!

