

**МЕТОДЫ
ОБСЛЕДОВАНИЯ
БОЛЬНОГО
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПАРОДОНТА**

- ▣ Заболевание пародонта, так же как и кариес зубов, получил очень широкое распространение.

По данным ВОЗ, около 95% взрослого населения планеты и 80% детей имеют те или иные признаки заболевания пародонта.

Что же такое пародонт?



- **Пародонт**-это комплекс тканей ,которые окружают зуб и обеспечивают фиксацию в челюстных костях. В этот комплекс включают



-десну

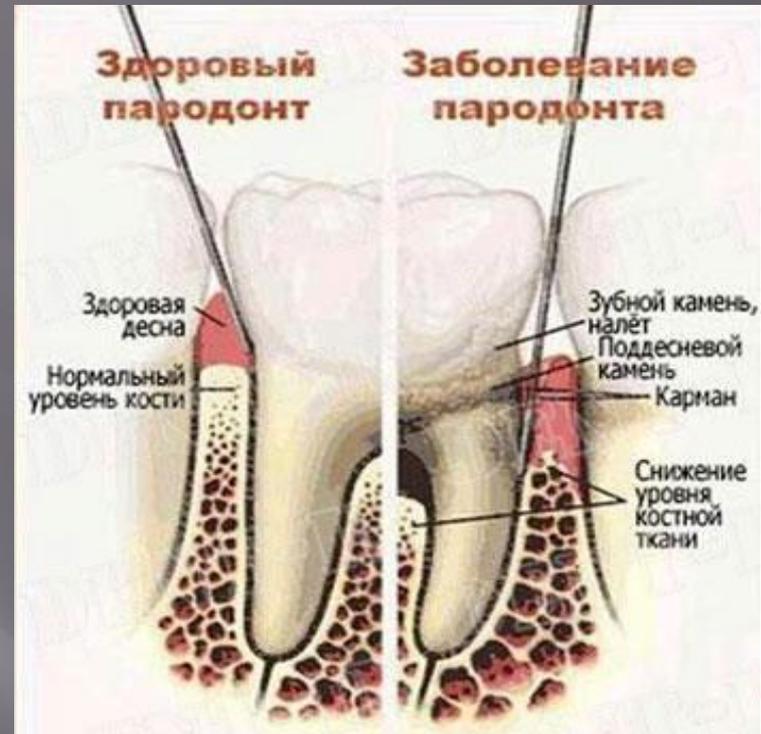
-периодонтальную связку, соединяющую корень зуба с костной лункой

-костную ткань альвеолярных отростков

-цемент корня зуба

При различных заболеваниях пародонта в патологический процесс может вовлекаться какая-либо часть пародонтального комплекса либо весь пародонт в целом. Характер патологического процесса так же бывает различным:

- Дистрофическим
- Воспалительным
- Опухолевым



Методы обследования больного с патологией пародонта делятся на:

- ▣ клинические,
 - ▣ рентгенологические
 - ▣ лабораторно-функциональные.
-
- ▣ **Различают также:**
 - ▣ основные (клинические)
 - ▣ дополнительные (параклинические) методы исследования.

Клинические методы исследования

- **расспрос и осмотр больного.** Расспрос начинают с выяснения возраста, профессии, характера питания (регулярность, преобладание в пищевом рационе углеводов, белков и др.). Уточняют, не страдали ли подобным заболеванием родители больного или другие члены семьи. Важно выяснить, имеются ли другие заболевания внутренних органов и систем. Необходимо помнить о том, что больной может и не знать о наличии общих заболеваний. Для выяснения общего состояния больного, степени тяжести фоновой патологии необходимо заключение терапевта. Кроме того, надо ознакомиться с результатами обследования больного другими специалистами (по показаниям). Важно установить, когда и как больной чистит зубы

Анамнез болезни .

- ▣ Выясняют жалобы, их характер (неприятный запах, кровоточивость десен, подвижность зубов и др.), течение процесса (быстрое, медленное, цикличное). При указании на быстрое прогрессирование заболевания (расшатанность, выпадение зубов) прежде всего следует исключить сахарный диабет, а затем выяснить другие общие и стоматологические признаки (сухость, жжение в полости рта, жажда, изменение массы тела и др.).

Осмотр больного.

- ▣ Различают внешний осмотр и осмотр полости рта. Обращают внимание на настроение, поведение больного (раздражительность, подавленность, замкнутость и т. д.), цвет кожных покровов, состояние регионарных лимфатических узлов, упитанность больного. Определяют пропорции лица в горизонтальной, вертикальной и сагиттальной плоскостях. В результате снижения высоты прикуса (аномалия прикуса, повышенная стертость жевательных зубов, дефекты зубных рядов и др.) отмечается укорочение нижнего отдела лица. Определяют тонус и напряжение жевательных и мимических мышц. Напряжение мышц окологротовой полости нередко появляется в результате вредных привычек и при деформациях зубных дуг. Деформация зубной дуги и окклюзионной поверхности происходит при удалении зубов-антагонистов (феномен Попова — Годона).

Определение местного статуса.

- Слизистую оболочку полости рта лучше осматривать при естественном освещении. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки десны, которую можно условно разделить на три части: межзубный десневой сосочек, десневой край, часть, покрывающую альвеолярный отросток.
- При осмотре обращают внимание на цвет (ярко-красный при остром воспалении, синюшный — при хроническом). Серовато-грязный вид десна может иметь в результате язвенно-некротического процесса. Патологические изменения могут носить локализованный или генерализованный характер.

- ▣ Осмотр зубов имеет большое значение с целью выявления и устранения факторов, отягощающих течение патологического процесса.
- ▣ Выявляют плотность контактов между зубами, наличие диастем, трем, выраженность бугров. Известно, что задержка стираемости бугров патологическая стираемость, являются моментами, отягощающими течение заболевания, и требуют ортопедических мероприятий. При осмотре обращают внимание на наличие зубных отложений. Для оценки качества чистки зубов используют индексы гигиены.

Следующим этапом в оценке местного статуса является определение степени подвижности зубов.

- ▣ Принято условно различать четыре степени подвижности зубов:
- ▣ I степень — подвижность зуба в вестибулооральном направлении меньше 1 мм;
- ▣ II степень — смещение в вестибулооральном и медиодистальном направлении на величину до 1 мм;
- ▣ III степень — смещение зуба в вестибулооральном и медиодистальном направлении на величину более 1 мм;
- ▣ IV степень — полная деструкция костной ткани и смещение зуба во всех направлениях.

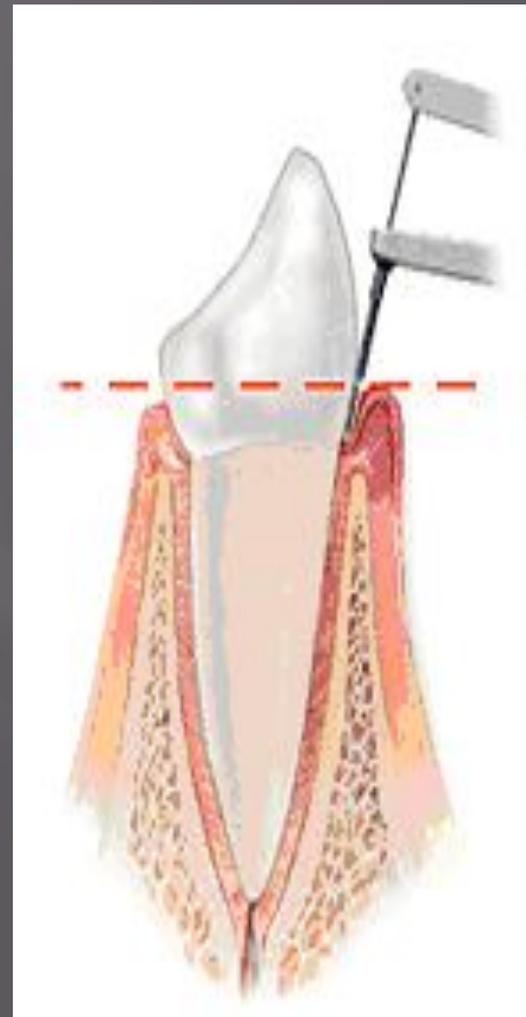
Глубину пародонтального кармана

- измеряют с помощью специального зонда с градуированной шкалой. Измерения следует проводить с четырех сторон зуба во всех стадиях патологического процесса в пародонте. Особое значение этот метод приобретает при исследовании после хирургического лечения.

Компьютерная диагностика пародонта системой «Florida Probe»

- ▣ Программно-аппаратный комплекс «Florida Probe» даёт возможность врачу абсолютно безболезненно, быстро и очень точно проводить обследование тканей пародонта (десен), и автоматически заносить результаты в компьютерную базу данных.

- ▣ Всего за 20-30 мин с помощью данной технологии можно получить исчерпывающую информацию о состоянии дёсен пациента — наличии пародонтальных карманов и их глубине, подвижности зубов, степени воспаления десны, наличии или отсутствии кровоточивости дёсен и т. д.
- ▣ За счёт высочайшей точности измерений глубины патологических карманов (до 0,2 мм), объективности и безболезненности исследования «Florida Probe» выводит качество диагностики на совершенно иной, недоступный ранее уровень.



ФЛОРИДА ПРОУБ» - позволяет с высокой точностью получать следующие данные:

- ▣ Глубина пародонтального кармана;
- ▣ Состояние костной ткани в области расхождения корней многокорневых зубов;
- ▣ Подвижность зубов;
- ▣ Атрофия десны в области шеек зубов;
- ▣ Наличие зубного налета;
- ▣ Наличие воспаления и кровотечений в десневых карманах;



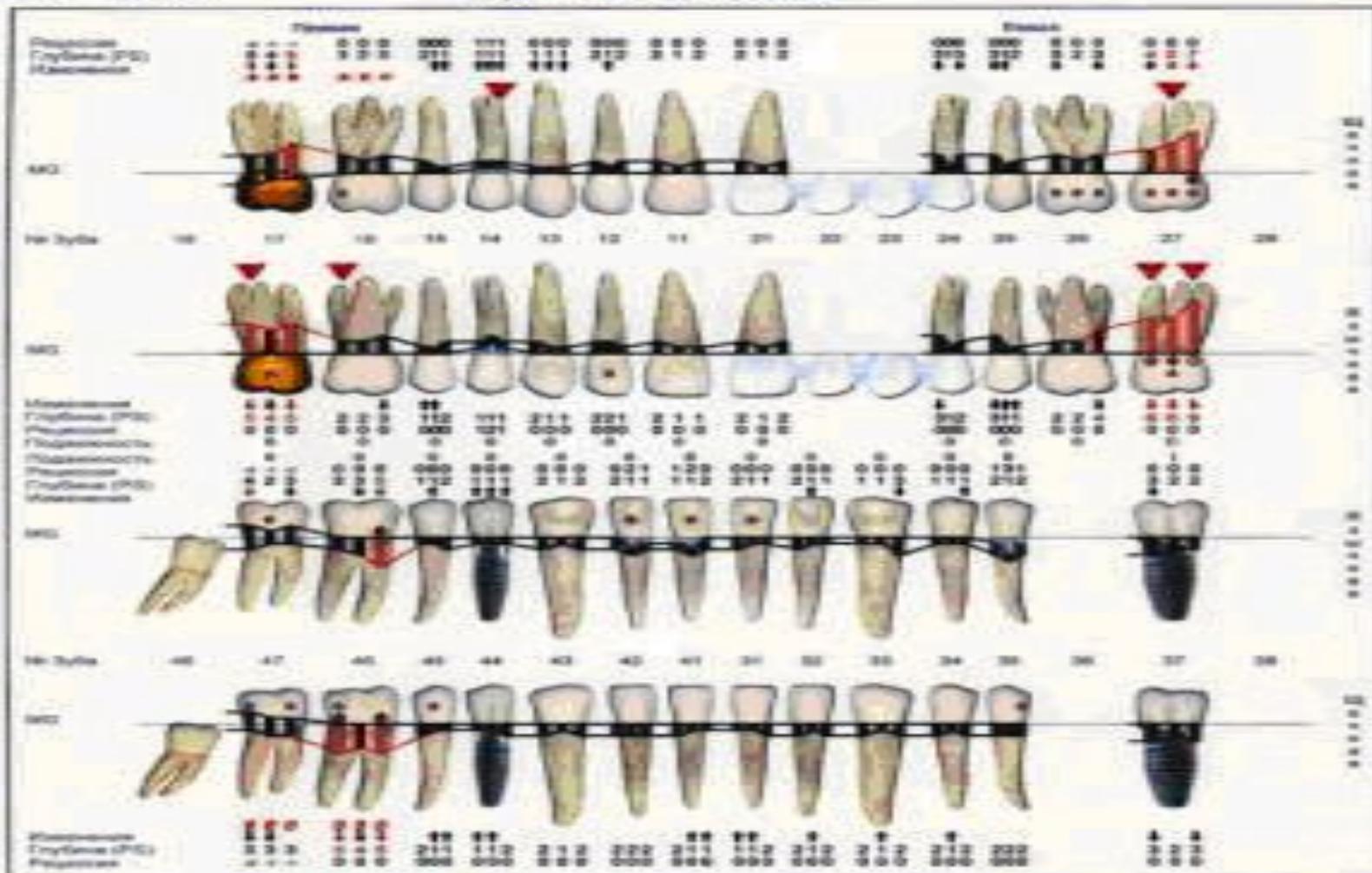
№ карты:

Ф.И.О.: Иванова Елена Петровна

Обследоват:

Дата: 14.08.2008

Сравнимо с данными от:



Диаметр

- Зеркальный
- Гиперметрия
- Пародонтит
- Лесный
- Слезный
- Травматический
- Другое

PD

1"	2"	3"
1"	2"	3"

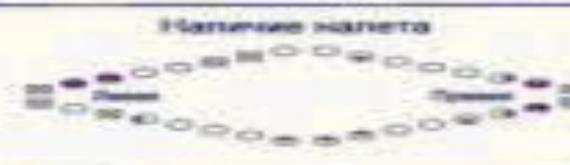
Состояние
Глубина кармана

Величина

- 1 - 1мм и < 1мм
- 2 - 2мм
- 3 - 3мм и < 3мм
- 4 - 4мм

Положение зонда
PD-ГЛУБИНА

- 1 - PD = 1-3мм
- 2 - PD = 4-5мм
- 3 - PD = 6-8мм и > 8мм
- 4 - PD = 4-5мм
- 5 - Рецидив
- 6 - Рецидив = 10мм
- 7 - МИНИМАЛЬНО приростившийся д.
- 8 - НЕ приростившийся д.
- 9 - Коронка и к.
- 10 - Карман
- 11 - Коронка и к. и карман
- 12 - Налет
- 13 - Кариес
- 14 - Мост
- 15 - Коронка



Пародонтальные индексы

- С помощью индексов определяют наличие и интенсивность воспалительных изменений в десне, степень деструкции костной ткани альвеолярного отростка.
- Состояние тканей пародонта можно учитывать с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА). Индекс РМА позволяет судить только о начальных изменениях в пародонте, в связи с чем называется индексом гингивита.

- Воспаление оценивают следующим образом: воспаление десневого сосочка — 1 балл; воспаление маргинального края десны — 2 балла;
- воспаление альвеолярной десны — 3 балла.
- Проводят оценку состояния десны у каждого зуба. Цифровое значение индекса РМА — сумма показателей состояния маргинального пародонта имеющихся зубов — всегда выражается целым числом.

Индекс гингивита = Сумма показателей ■ $100 / 3$ ■ Количество зубов

- где 3 — наивысшая оценка суммы (получается при сложении всех наивысших оценок состояния маргинального пародонта у каждого зуба).
- Количество зубов берут в зависимости от возраста обследуемого: от 6 до 11 лет число зубов принимают равным 24, от 12 до 14 лет — 28, с 15 лет — 30.

Оценка степени тяжести гингивита по индексу РМА:

- Оценка степени тяжести гингивита по индексу РМА, оценить степень тяжести гингивита следующим образом:
- до 25% - легкая степень тяжести гингивита.
- 25-50% - средняя степень тяжести гингивита.
- выше 50% - тяжелая степень тяжести гингивита.

Упрощенный гигиенический индекс ОНТ-S [Greene, Vermillion, 1969]

- позволяет оценить количество зубного налета в области 6 рядом стоящих зубов или по 1 – 2 из других групп зубов (моляры, премоляры, резцы) нижней и верхней челюстей с вестибулярной и оральной поверхностей. Наличие мягкого налета определяют зондом или при помощи красящих веществ.
- Если мягкий налет покрывает не более $1/3$ поверхности коронки зуба, его количество оценивают 1 баллом,
- наличие налета на $1/2$ поверхности площади коронки – 2 баллами, на $2/3$ поверхности – 3 баллами.
- В отсутствие налета на всех обследуемых поверхностях зубов ставится 0.

- Затем цифровые значения суммируются и делят на общее число обследованных зубов, т. е. на 6.
- В норме он не должен превышать 1;
- индекс больше 1 является показателем плохого гигиенического состояния полости рта.

Вид прикуса, наличие первичной или вторичной травматической ОККЛЮЗИИ.

- ▣ Окклюдограмму составляют на основании отпечатков, полученных на контактных восковых пластинках или специальных подковообразных полосках с прокладкой из фольги, что предотвращает их деформацию и позволяет сохранять их длительное время. Восковую пластинку вводят в полость рта и предлагают больному сомкнуть челюсти в состоянии центральной, сагиттальной, трансверсальной (правой и левой) окклюзии. Полученные на пластинке отпечатки переносят в зубную формулу с использованием обозначений: (+) — наличие контактов, (—) —

Для расчета индекса полученной при помощи бюгельного воска окклюдограммы пользуются трёхбалльной системой оценки каждой пары антагонистов.

- Индекс окклюдограммы определяется с учетом 14 пар зубов-антагонистов:
 - 7-4 3-1 1-3 4-7
7-4 3-1 1-3 4-7
- 1 балл — на окклюдограмме отсутствуют отпечатки.
2 балла — нечеткие отпечатки.
3 балла — четкие или сквозные отпечатки.
- Индекс окклюдограммы рассчитывается по формуле: индекс ОКГ (%) = x
- Числитель = сумма баллов (S) × 100. Знаменатель = наибольшая балльная оценка, умноженная на количество пар зубов-антагонистов (n).
- Для ортогнатического (физиологического) прикуса (рис. 95) индекс ОКГ = 100%. Меньшее значение индекса свидетельствует о неравномерной нагрузке и наличии супраконтактов.

Специальные методы исследования:

- ▣ Рентгенологический метод является обязательным для обследовании больного с патологией пародонта. Он позволяет определить степень выраженности патологических изменений в костной ткани альвеолярных отростков челюстей, а также характер этих изменений. При оценке состояния костной ткани в динамике следует использовать одинаковые параметры рентгенограммы. Наиболее распространенной методикой обследования больного с патологией пародонта, несмотря на ряд недостатков, продолжает оставаться внутриротовая рентгенография.
- ▣ Для наиболее полного представления о состоянии пародонта следует производить рентгеновские снимки всего прикуса (5—8 снимков — фронтальные зубы, премоляры и моляры обеих челюстей).
- ▣ Наилучшими методами рентгенологического исследования являются панорамная рентгенография и ортопантомография.

Биопотенциалометрия.

- Показатель биоэлектрического потенциала отражает физико-химические свойства обмена веществ, участвующих в основных жизненных процессах и характеризующих особенности их метаболизма.
- В полости рта существуют два вида потенциалов — био- и электропотенциалы.

- Возникновение суммарных биопотенциалов связано с движением ионов натрия и калия и зависит от уровня электрохимического равновесия тканей.
- Электропотенциалы связывают с движением электронов при наличии в полости рта металлических включений. В. Ф. Куцевляк (1979) установили, что у практически здоровых людей с интактным зубным рядом и пародонтом в случае отсутствия металлических включений, независимо от пола и возраста, предел средних величин суммарного биопотенциала составляет 4,9 – 5,3.

- При патологии пародонта эти показатели увеличиваются. При изменениях легкой степени они составляют $8,2 \pm 0,4$, при тяжелой — $9,8 \pm 0,4$.
- Снижение уровня разности потенциалов после хирургического лечения наступает после ликвидации воспалительного процесса. Прекращение повышения разности потенциалов и выравнивание показателей свидетельствуют о стабилизации процесса в пародонте.

Определение стойкости капилляров

- проводят методом дозированного вакуума по В. И. Кулаженко (1960) с применением вакуумного аппарата (ВАК) и комплекта стеклянных трубок разной формы и размеров. О стойкости капилляров десны судят по времени образования гематом.
- Гематома в области фронтальных зубов в норме образуется за 50 – 60 с.
- При различных формах патологии пародонта время образования гематомы на десне уменьшается в 5 – 12 раз. Следует учитывать, что стойкость капилляров зон альвеолярного отростка неодинакова: в области фронтальных зубов она составляет 30 – 50 с, у моляров – 60 – 80 с. Метод позволяет объективно оценить эффективность лечения.

Реопародонтография

- ▣ метод, позволяющий судить о состоянии кровоснабжения тканей пародонта. РПГ регистрируют с помощью реоплетизмографа РПТ-202, самописца Н-338 — 4 и усилителя биопотенциалов УБФ-4РЗ.
- ▣ Комплексный анализ РПГ заключается в визуальной оценке конфигурации кривой, а также количественной оценке реографического индекса (РИ) и показателя тонического напряжения сосудов (ПТС).

Полярографию

- проводят специальным датчиком открытого типа, который фиксируют с помощью адгезивного покрытия. Многокатодный датчик позволяет значительно сократить время исследования, повысить точность и достоверность измерений, расширить область исследования. Контактный способ полярографии дает возможность, используя одну электродную систему, одновременно изучать гемодинамику и кислородный режим в одном и том же участке полости рта. В стоматологической практике применяют стандартную отечественную аппаратуру: микровольтмикроамперметр типа Ф-166/1, автоматический самописец КСП-4 и реоплетизмограф РПТ-202. Доступность аппаратуры позволяет создавать многоканальные установки, сокращать время исследования регионарного кровотока и кислородного режима в тканях пародонта.

Остеометрия

- метод исследования плотности костной ткани нижней челюсти на основании времени прохождения ультразвука.
- Физические особенности распространения ультразвука характеризуются определенной зависимостью скорости прохождения ультразвука от плотности костной ткани: чем больше плотность, тем меньше время проведения ультразвука. Основанием для ее применения является тот факт, что заболевания пародонта сопровождаются нарушением минерального обмена и остеопорозом, что приводит к уменьшению плотности костной структуры альвеолярного отростка.

Показатели неспецифической защиты тканей пародонта

- ▣ (количество лизоцима смешанной слюны и десневой жидкости, качественный и количественный состав лейкоцитов в смывах полости рта) являются объективным тестом, дополняющим клинические исследования.
- ▣ Содержимое десневого кармана берут стерильными ватными турундами (8 x 1 мм), которые помещают на дно зубодесневого кармана на 2—3 мин, предварительно максимально высушив окружающие ткани стерильными тампонами. Ватные турунды, извлеченные из зубодесневой бороздки стерильным пинцетом, укладывают в виде плотного кольца на поверхности агара. После суточной инкубации при 37°С измеряют зоны лизиса микрококка вокруг турунд и определяют концентрацию лизоцима по соответствующим градуированным кривым.

Морфологическое исследование

- ▣ биопсийного материала (биоптаты десны, содержимое пародонтальных карманов) дает информацию для постановки более точного диагноза.

С целью обнаружения язв в пародонтальном кармане (проба Котшке)

- каплю состава (раствор формальдегида — 5 мл, глицерин — 20 мл, дистиллированная вода — до 200 мл) вносят на турунде или пинцетом в пародонтальный карман. Появление мгновенной боли указывает на наличие изъязвлений. Тест следует проводить при выборе препарата для лечения пародонтальных карманов.

ПРОФИЛАКТИКА ПАРОДОНТА



Среди всех заболеваний пародонта **90-95%** приходится на воспалительные, такие как гингивит и пародонтит.



- Поэтому профилактические меры должны быть дифференцированы !!!

**Поэтому, для того ,что бы
предотвратить заболевание
пародонта, существуют
специальные меры
профилактики.**



Профилактика болезней пародонта бывает:

- I. По этапам (ВОЗ, 1980):
 - 1) первичная (преимущественно социальная);
 - 2) вторичная (социально-медицинское);
 - 3) третичная (преимущественно медицинская);
- II. По способу действия:
 - 1) эндогенная (общая);
 - 2) экзогенная (местное).
- Профилактические мероприятия условно делятся:
 - 1) массовые социально-профилактические (государственные)
 - 2) лечебно-профилактические (специальные);
 - 3) индивидуальные профилактические.

Профилактика заболеваний пародонта направлена на устранение причин и факторов риска. Основное внимание должно быть направлено на

- рациональное питание
- применение препаратов **фтора**
- устранение аномалий строения и расположения некоторых мягких тканей и органов полости рта
- наличие болезней зубов
- функциональные перегрузки челюстно-лицевой области
- недостаточной гигиены полости рта
- генетическая предрасположенность.

В зависимости от возраста, профилактика заболеваний пародонта складывается из определенных мероприятий

Профилактика заболеваний пародонта у детей

1.Первый год жизни.

Обеспечение нормальной функции:

-сосания

-глотания

-обеспечение нормального

смыкания губ

2. Возраст 4 года (в этом возрасте должны быть тремы и нормальное соотношение челюстей):

**-Санация полости рта (восстановление нормальной формы коронки зубов
пломбирование и восстановление нормальной окклюзии)**

-Устранение вредных привычек (облизывание губ, кусание ногтей и т. д.)

-Правильный прием пищи (тщательное разжевывание, не запивая)

3. Возраст 6-7 лет:

- Устранение вредных привычек
- Формирование функций глотания (следить за правильным произношением звуков и т.д.)
- Употребление жесткой пищи
- Гигиена полости рта
- Укрепление здоровья

4. Возраст старше 7 лет

:

-Профилактика и
своевременное
лечение аномалий
прикуса

Окклюзиография
(регулярное
определение
жевательной
нагрузки)

-Устранение
аномалий уздечки



Причины заболеваний пародонта

- Хроническая механическая травма встречается чаще, чем острая, и обусловлена различными факторами: кариозные поражения и нарушения принципов пломбирования зубов аномалии положения отдельных зубов и прикуса; ошибки при проведении ортодонтического и ортопедического лечения; неравномерное жевательную нагрузку на зубы аномалии уздечек языка, губ, плоский преддверие полости рта; ротовое дыхание.

- При ортопедическом или ортодонтическом лечении аномалий возможные травмы пародонта нерационально сконструированными аппаратами и их активными элементами (кламмером, дугой, пружинкой и др.).. Применение большой силы при ортодонтическом лечении нарушает кровообращение в пародонте, травмирует перемещаемые зубы.

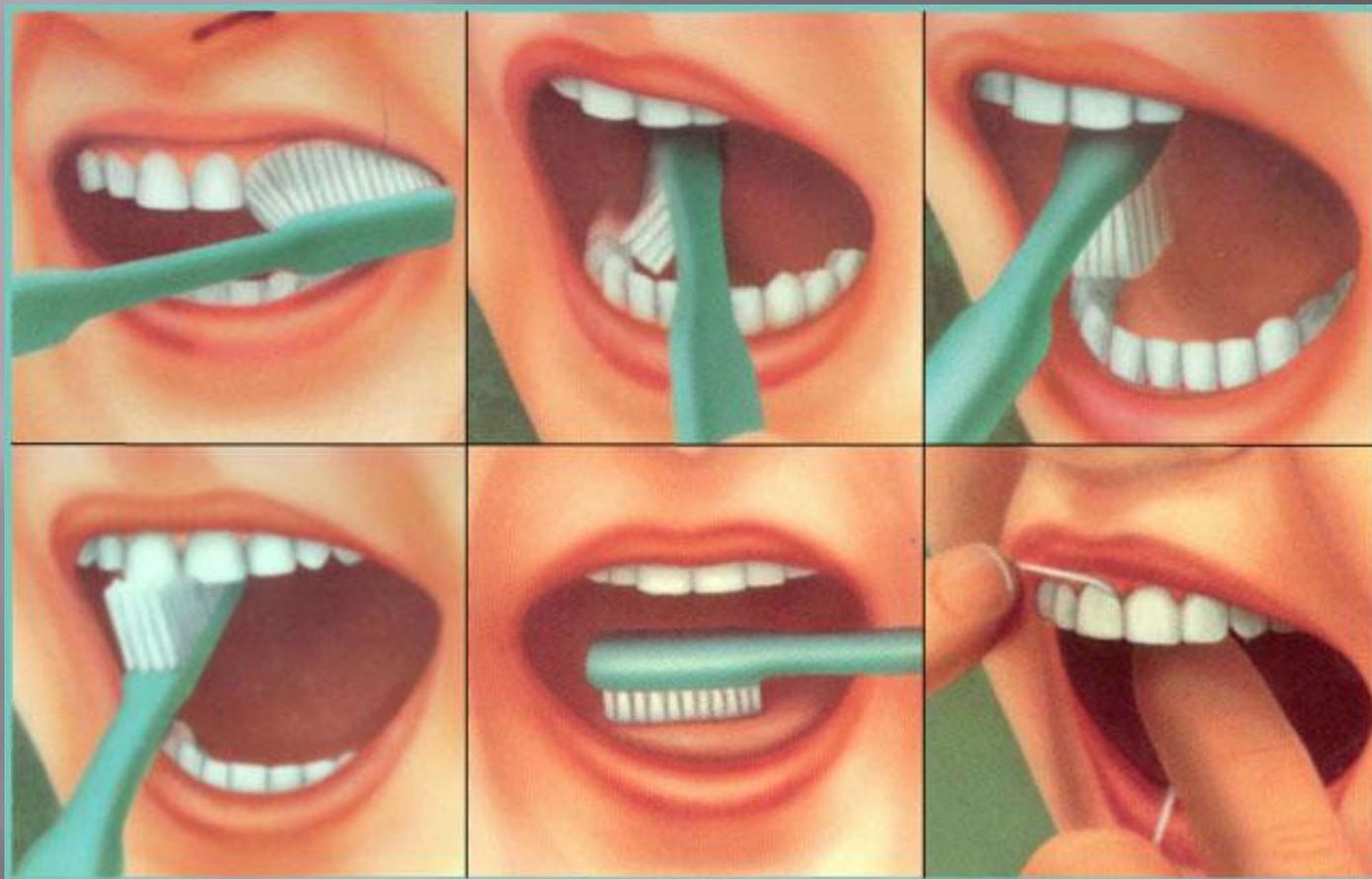
- Действие на ткани пародонта оказывают зубные отложения.
- Предупреждение патогенного влияния на пародонт зубных отложений достигается за счет следующих мероприятий:
 - профилактики образования зубных отложений, снижение их патогенных свойств,
 - удаление зубных отложений.

- Часто заболевания пародонта развиваются после механической травмы - повреждение десен при неосторожном обращении зубочисткой, зубными щетками, ушибы и вывихи зубов, травмы при стоматологических вмешательствах (бором, диском), во время еды (рыбьими костями и др.).
- С целью предупреждения таких травм необходимо обучение пациентов, правильному пользованию зубными щетками, зубочистками и другими гигиеническими приспособлениями;

Гигиена полости рта, как средство профилактики кариеса



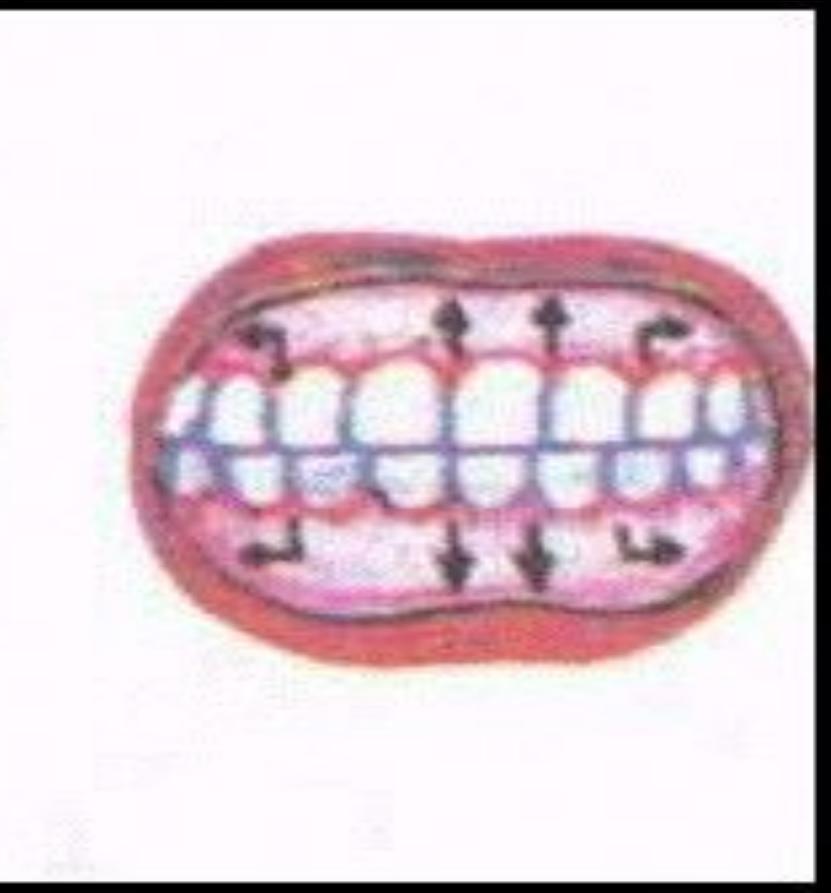
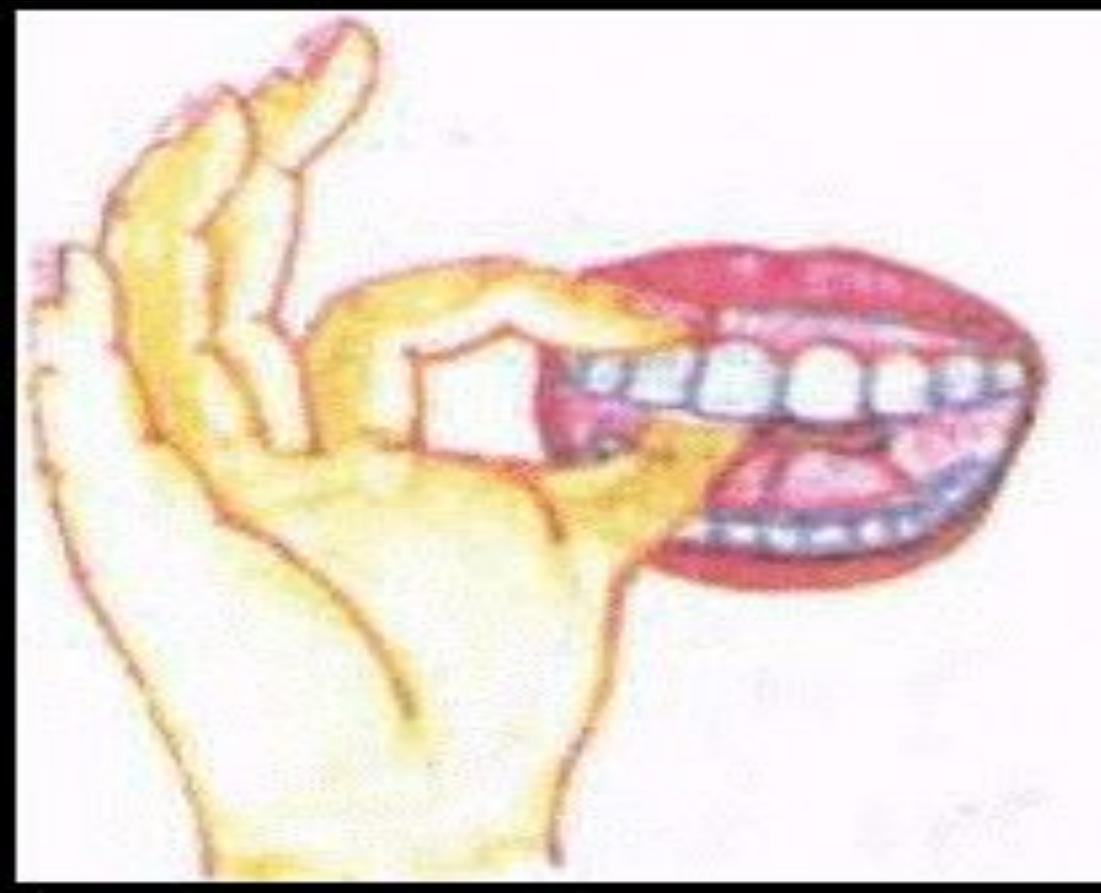
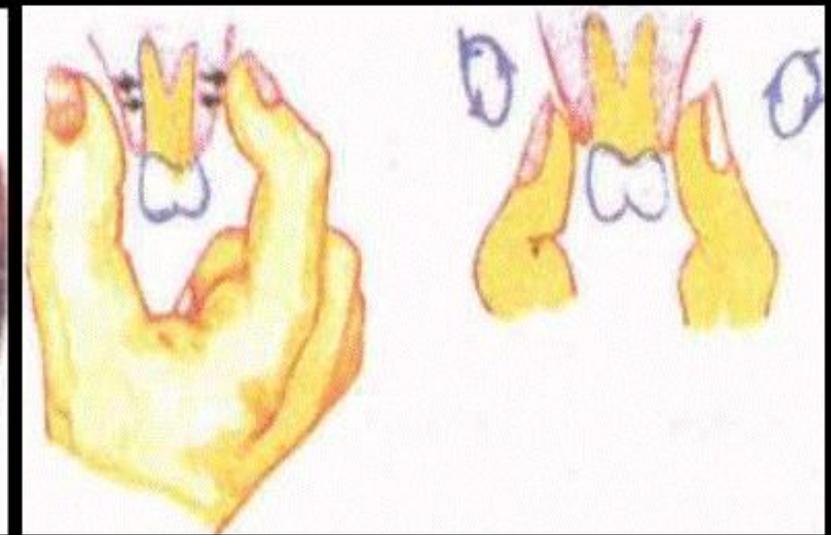
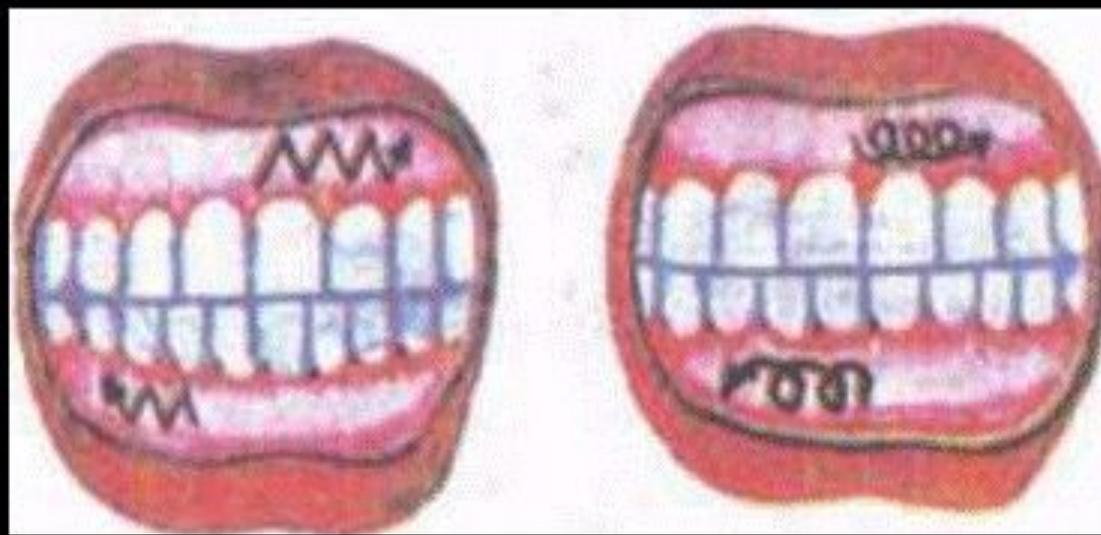
Учитывая индивидуальные особенности полости рта, целесообразно чистить зубы так называемым «стандартным методом», который сочетает горизонтальные, вертикальные и круговые движения. Точность и тщательно выполненная процедура чистки зубов являются определяющими факторами эффективности гигиены полости рта. И следовательно, вы должны выполнять следующие правила чистки зубов.



Чистку обеих челюстей целесообразно проводить по определенной схеме. Визуально, каждая челюсть делится на шесть сегментов: по 2 фронтальных(резцы,клыки), премоляры, моляры + справа и слева. Чистку зубов можно начинать с вестибулярной стороны моляров справа или слева на верхней челюсти и продолжать до противоположной стороны, затем очистить жевательную поверхность зубов и завершить чистку на небной поверхности зубов. В той же последовательности чистят зубы нижней челюсти. Все поверхности зубов каждого сегмента челюсти необходимо чистить не менее чем 10-ь раз парным движением щетки. Время чистки зубов должно составлять не



- ▣ В домашних условиях очень эффективны массаж и аутомасаж десен, ротовой душ или ротовые орошения. Для полоскания полости рта рекомендуются отвары лекарственных трав (в зависимости от формы болезни), лечебно - профилактические пасты, содержащие хвойные, хлорофилловые, витаминные, солевые добавки и др.. Их рационально совмещать с пальцевым массажем.



- ▣ При хроническом воспалении пародонта антисептические полоскания, эликсиры, лечебно-профилактические зубные пасты назначают с учетом стадии воспаления. В начальных стадиях используются гигиенические средства, обладающие выраженным противовоспалительным, антисептическим действием. В дальнейшем можно рекомендовать зубные пасты, содержащие солевые добавки и обладают выраженной осмотической действием на слизистую оболочку рта. При интенсивном образовании зубных отложений, высоком индексе гигиены показаны слабощелочные полоскания.
- ▣ При кровоточивости десен, неприятный запах изо рта назначаются полоскания растворами антисептиков, содержащих дубящие вещества в слабых концентрациях, препаратами и эликсирами действия, дезодорирующий. При грибковых поражениях рекомендуются пасты, обладающие противогрибковым действием.
- ▣ Для очистки съемных зубных протезов применяются специальные очищающие средства, жидкости, пенящиеся зубные пасты. Большое влияние на гигиеническое состояние полости рта оказывает употребление твердых свежих овощей и фруктов (морковь, капуста, редис, репа, яблоки, груши и др.).. В процессе жевания усиливается слюноотделение, способствующее самоочищению зубов от клейких остатков пищи, которые подвергаются брожению и распаду, участвующих в образовании зубного камня, травмирует мягкие ткани и поддерживает воспалительный процесс.

Правильная чистка зубов с самого детства-залог здоровой улыбки



Предметы гигиены полости рта



Зубные щетки

Без зубной щетки не проводится эффективно гигиеническое мероприятие. В настоящее время существует множество моделей зубных щеток. Лучше всего использовать зубные щетки с искусственными щетинками, для этого сравним зубные щетки с искусственными волокнами и натуральной щетиной.

Натуральная щетина

- Имеет срединный канал; Щетина с заусеницами, поверхность пористая; Конец щетины при обработке

ИСКУССТВЕННАЯ Щетина

- Канал отсутствует ; Гладкая поверхность ; Конец волоска закруглен

Эффективность их использования, а следовательно и правильный их выбор зависят от так называемой жесткости щетинок: очень жесткие, жесткие, средней жесткости, мягкие и очень мягкие. Важное значение в конструкции щетки имеет частота кустопосадки. Оптимальное расстояние между кустами считают **2,2 – 2,5**. Параллельная форма кустопосадки – наиболее простая и эффективная. Щетки с густой кустопосадкой затрудняют их гигиеническое содержание, а так же снижает очищающую эффективность. Главная функциональная часть зубной щетки – головка. Поэтому необходимо учитывать размер головки. Для детей длина рабочей части щетки **18-25мм.**, ширина **7-9 мм.**, а для взрослых длина **23-30 мм.**, ширина **-7,5 – 11мм.**

Зубная щетка легко загрязняется , поэтому её нужно содержать в абсолютной чистоте.

После чистки зубов , щетку промыть тщательно в проточной воде с мылом. После - поставить в стакан щетинками вверх.

Щетку необходимо менять раз в месяц, так как сама щетка изнашивается , что уменьшает чистящий эффект и ведет к накоплению микроорганизмов – рассадник эффектов. Однако , даже тщательное соблюдение гигиены полости рта с использованием лишь зубной щетки не позволяет добиться хорошего очищения от налета боковых поверхностей зубов и межзубных промежутков. Поэтому необходимо использовать и другие средства :зубные нити(флоссы), зубочистки , специальные стоматологические зубные щетки , межзубные стимуляторы, ирригаторы полости рта , ершики.

Зубные нити (флоссы)



- Для более тщательного удаления остатков пищи применяют воощенные или не воощенные нити. Рекомендуется следующий способ применения. Нить длиной **35-40 см** накручивают вокруг фаланги средних пальцев каждой руки. Медленно и осторожно вводят в межзубной промежуток, а затем натягивают у основания междесневой борозды. С помощью нескольких движений нити **(6-7 раз)** назад –вперед, вверх-вниз удаляют мягкие зубные отложения с дистальной поверхности зуба. Затем очищают медиальную поверхность зуба. Для этого осторожно двигают нить, плотно прижав к поверхности, и с помощью движений, изложенных выше, через контактный пункт удаляют зубной налет. Не следует продвигать нить с большим усилием, так как можно травмировать десну. Можно использовать нить, пропитанную **2% раствором фторида натрия** для профилактики кариеса

Зубные порошки

Основным чистящим компонентом для любого зубного порошка является химический осаждённый мел, к которому добавлена отдушка (комплекс освежающих пахучих веществ). **В состав отдушки входят: мятное, анисовое, гвоздичное, эвкалиптовое масло, ментол. Соотношение мела и отдушки 1:3**



Некоторые зубные порошки оказывают более выраженное абразивное действие. «Особый», «Мятный», они хорошо очищают поверхность зубов от мягкого зубного налета и пищевых остатков, полирует эмаль зубов.

Но зубные порошки имеют ряд недостатков.

- Быстрое загрязнение микроорганизмами*
- Не имеет лечебного эффекта*
- Нельзя часто использовать*
- Невозможно ввести терапевтические добавки*

Зубные пасты



Состав зубной

Зубные пасты, **обычно, состоят** из абразивного наполнителя (химически осаждённый мел, декальций фосфат, пирофосфат), связующего компонента (глицероль, натриевая соль), поверхностного активного вещества (ализариновое масло, обладающее высоким пенообразующим эффектом), антисептики и отдушки. Кроме того, в их составе могут быть лечебно-профилактические добавки: соли, экстракты лекарственных растений, микроэлементы, ферменты.

Зубные пасты можно разделить на гигиенические и лечебно профилактические!



Гигиенические зубные пасты

- Оказывают только очищающее и освежающее действие и не содержат специальных лечебных и профилактических компонентов. Наиболее распространённые-это «Апельсиновая», «Мятная», «Семейная». Так же выпускают пасты с усиленным антисептическим действием, такие как «Олимп» , «БАМ». Детские –это «Ну погоди» , «Карлсон», «Буратино», обладающие хорошими вкусовыми качествами за счет приятных отдушек, и это помогает приучить детей к чистке зубов.

Лечебно-профилактические зубные пасты

- В их состав, кроме выше сказанных компонентов, так же входят БАД: витамины, экстракты, настои и т.д. Эти пасты предназначены для повседневного ухода + профилактика кариеса и заболеваний пародонта.

- ▣ *ВСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ДЕЛЯТСЯ НА 5 ГРУПП:*
- ▣ -содержащие растительные препараты
- ▣ -солевые зубные пасты
- ▣ -содержащие ферменты
- ▣ -содержащие различные БАД-ы
- ▣ -противокариозные пасты

1. Содержащие растительные препараты

- ▣ Эта группа паст улучшает обменные процессы, регенерацию тканей, способствует уменьшению кровоточивости, обладает прекрасным дезодорирующим эффектом.
- ▣ **Зубная паста «Лесная»** содержит 5% хвойно-каротиновой массы. В ней содержится хлорофилл, каротин, аскорбиновая кислота, токоферол, бальзамические смолы. Оказывает благоприятное влияние на десна, снижает кровоточивость, активизирует процессы регенерации слизистой полости рта.

- ▣ **Зубная паста «Ромашка»** содержит водно-спиртовые настои зверобоя и ромашки, оказывает противовоспалительное, антисептическое и вяжущее действие, имеет хорошие вкусовые свойства.
- ▣ **Зубная паста «Спутник»** содержит экстракт шпината и водно-спиртового настоя эвкалипта. Содержит значительное количество витамина С и Р, хлорофилл. В состав настоя эвкалипта входят эфирные масла и дубильные вещества!

2.Солевые зубные пасты

Пасты этой группы содержат в себе различные соли и минеральные компоненты, которые улучшают кровообращение, стимулируют обменные процессы в пародонте и слизистой полости рта, вызывают усиленный отток тканевой жидкости из воспалённой десны, оказывает некое обезболивающее действие! Соли способствуют растворению слизи, препятствует образованию мягкого зубного налета, способствует отслаиванию микробов с поверхности зуба.

- ▣ **Зубная паста «Бальзам».** В нее входит целебная рапа, известного своими целебными свойствами Куяльницкого лимана. Паста содержит комплекс микроэлементов, которые оказывают положительное действие на ткани пародонта, способствует лучшей очистке полости рта.
- ▣ **Зубная паста «Юбилейная»** содержит рапу Моршинского минерального водоисточника, единственного в мире с высоким содержанием сульфата-магниевых компонентов. Улучшает трофику пародонта и оказывает выраженное противовоспалительное действие.

3. Пасты, содержащие ферменты.

Эти пасты относятся к средствам гигиены с высоким очищающим действием, они растворяют мягкий зубной налет, остатки пищи, никотиновый налет, улучшая состояние полости рта

Зубная паста «Прима». В её состав включен витамин B5, она обладает противовоспалительным и регенерирующим действием!

- ▣ **Зубная паста «Бело-розовая»** содержит комплекс протеолитических ферментов, хорошо растворяющих мягкий зубной налёт, улучшая тем самым гигиеническое состояние полости рта.
- ▣ **Зубная паста «Улыбка»** содержит уродан, сернокислый магний и перекись магния. Все эти компоненты способны растворять мягкие зубные отложения, оказывая хорошее очищающее и противовоспалительное действие!

Диспансеризация!

Существует **2 этапа** в организации активного наблюдения больных:



I этап – отбор для
проведение
активного наблюдения
оздоровительных



II этап –
Лечебно
Мероприятий

На первом этапе диспансеризации

- осуществляют отбор больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении, оформляют документацию: заполняют амбулаторную карту больного и контрольную карту диспансерного наблюдения (форма № 30) составляют план лечения, эпикризы за каждый календарный год.

На втором этапе диспансерного наблюдения:

- ▣ 1. Осуществляют лечебно-профилактические мероприятия.
- ▣ 2. Определяют очередные сроки осмотров и повторных лечебно-профилактических мероприятий.
- ▣ 3. Осуществляют санитарное просвещение.

Отбор на диспансерный учет проводится во время профилактических осмотров, плановой санации, приема больных по обращению. При этом решаются следующие вопросы:

- ▣ 1) наиболее раннее выявление факторов риска у здоровых людей;
- ▣ 2) диагностика ранних, начальных форм заболеваний пародонта;
- ▣ 3) планирование и проведение комплексных лечебно-профилактических мероприятий индивидуально с учетом формы заболевания, характера течения и глубины поражения; 4) определение врачебной тактики, динамического наблюдения, рекомендации по реабилитации с назначением оптимальных повторных курсов терапии.

Активное наблюдение больных

2 группы больных:

1.Получающие
антибактериальное лечение

2.Находящиеся под
наблюдением

Выделяют следующие группы больных

- **1-я группа** – моложе 20 лет с наличием фактора риска
- **2-я группа** – больные гингивитом, пародонтитом, пародонтозом-легкая форма, независимо от возраста.
- **3-я группа** – больные с выраженными деструктивными изменениями пародонта (пародонтит, пародонтоз средней степени тяжести)
- **4-я группа** – больные пародонтозом ,тяжелая форма. Пародонтит и пародонтоз в возрасте моложе 30 лет.
- **5-я группа** – больные тяжелыми формами пародонтита и пародонтоза. Их активно

Согласно существующим законодательным актам определяются следующие диспансерные группы:

- I - здоровые (Д - не требуют лечения);
- II - практически здоровые (Д2), в которых наблюдается стабилизация процесса (при гингивитах - до 1 года, при пародонтит пародонтозе - в течение 2 лет). К этой группе относятся и лица молодого возраста без клинических признаков заболеваний пародонта, но с выявленными факторами риска (общие заболевания, зубо челюстные деформации, аномалии положения отдельных зубов, травматическая окклюзия и др..)
- III - требующих лечения (Д3) - наиболее многочисленная диспансерная группа: больные гингивитом и генерализованным пародонтитом и пародонтозом различных степеней развития, тяжести и характера протекания. Обслуживание каждой из групп имеет свои особенности.

Кратность повторных явок больных должна быть следующей:

- - 1) больные гингивитами - 1 раз в 6 мес;
 - 2) больные пародонтитами - 1 раз в 6 мес;
 - 3) больные пародонтитами с частыми обострениями - 1 раз в 3 мес;
 - 4) больные пародонтозом - 1 раз в 12 мес.

- Больные должны состоять на диспансерном учете у пародонтолога 1 год.
- Если в течение года врач отмечает ремиссию заболевания, то больной должен быть передан для дальнейшего наблюдения участковому врачу-стоматологу.

Оценка первого этапа диспансеризации состоит из:

- ▣ 1. полноты охвата диспансеризацией;
- ▣ 2. своевременности выявления болезни;
- ▣ 3. своевременности постановки на диспансерный учет.

Критериями оценки второго этапа являются:

- ▣ 1. полнота осуществления лечебных и оздоровительных мероприятий;
- ▣ 2. соблюдение сроков осмотров;
- ▣ 3. процент лиц, переведенных из группы активного лечения в группу наблюдения.

Анализ работы проводят с учетом количественных и качественных показателей

- ▣ **Количественные показатели эффективности активного наблюдения больных-это**
- ▣ **А.** Удельный вес вновь взятых на учет
- ▣ **Б.** Кол-во снятых больных с учета за 1 год.
- ▣ **В.** Средняя кратность активных наблюдений на одного больного в год.
- ▣ **Г.** Удельный вес больного, не явившегося на прием.

Снимают с учета таких лиц:

- ▣ 1. Больных, имели острые воспалительные заболевания пародонта, при отсутствии последствий в течение 6 месяцев.
- ▣ 2. Лиц с хроническими гингивита, у которых после лечения не было рецидива в течение года.
- ▣ 3. Здоровых лиц с предрасполагающими факторами, в которых изменения пародонта не наблюдается в течение 1-1,5 лет.
- ▣ 4. Больных с поликованными общесоматическими болезнями, при отсутствии изменений пародонта течение 1,5-2 лет.
- ▣ 5. Снятие с учета больных генерализованным пародонтитом осуществляется при отсутствии устойчивой стабилизации в течение 3 лет, что подтверждено клиническими, рентгенологическими и функциональными исследованиями.

При экспертной оценке состояния пародонта каждого больного используются такие сроки:

- 1. стабилизация - состояние пародонта без признаков активного процесса в течение 2-3 лет;
- 2. ремиссия - кратковременная стабилизация течение 1 года;
- 3. без изменений - состояние, когда процесс не приводит к стабилизации или ухудшения развития заболевания;
- 4. ухудшение - состояние, когда процесс прогрессирует, отмечаются частые рецидивы и осложнения;
- 5. клиническое благополучие - состояние, когда после лечения десны становятся розовыми, плотными, умеренно влажными, отсутствуют кровоточивость и отложения зубного камня, индекс гигиены по Федорову-Володкиной - 1,5, проба Шиллера-Писарева отрицательная; рентгенологически это состояние может не подтверждаться; - улучшение - состояние, которое

Качественные показатели:

- ▣ А. Длительность ремиссии
- ▣ Б. Процент больных с клинико-рентгенологической стабилизацией патологического процесса в пародонте!