1. Профилактика: понятие, виды, методы.

Профилактика – эта система организационных и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья населения, предупреждение болезней. В нашей стране она является основным направлением здравоохранения.

На современном уровне знаний выделяют три вида профилактики: первичную, вторичную и третичную. Первичная профилактика имеет своей целью предупреждение любого заболевания, травмы, отравления и других патологических состояний. Вторичная профилактика направлена на предупреждение осложнений возникшей болезни, перехода ее в хроническую форму, третичная — на предупреждение инвалидизации и смертности.

К методам первичной профилактике относятся:

1. Меры по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха и др.)
2. Меры по формированию здорового образа жизни, в том числе:
3. Меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, первичной инвалидности и смертности.
4. Выявление в ходе проведения профилактических медицинских осмотров вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению.
5. Проведение иммунопрофилактики различных групп населения.
6. Оздоровление лиц и групп населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

К вторичной профилактике относят лечение кариеса зубов (пломбирование, эндодонтические процедуры), терапевтическое и хирургическое лечение заболеваний пародонта, лечение других заболеваний полости рта.

Третичная профилактика рассматривается как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью: социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности); трудовую (возможность восстановления трудовых навыков); психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию. Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни.

2. Первичная профилактика заболеваний пародонта.

Первичная профилактика - использование методов и средств для предупреждения возникновения стоматологических заболеваний.

Если начальные признаки поражения появились, то в результате проведения профилактических мероприятий они могут стабилизироваться или подвергнуться обратному развитию.

К методам первичной профилактике относятся:

- индивидуальная гигиена полости рта;

- профессиональная гигиена полости рта;

- применение средств местной профилактики;

- стоматологическое просвещение населения.

3. Профессиональная гигиена полости рта.

Профессиональная гигиена полости рта выполняется обычно врачом или специалистом-гигиенистом.Основная ее задача состоит в тщательном удалении зубных отложений с помощью специальных инструментов иультразвуковой аппаратуры, особенно вместах скученности зубов и в других ретенционных участках. После удаления зубных отложений поверхность зубов и корней шлифуют и полируют с использованием ершиков, щеточек и полировочных паст, чтобы обработанные участки были гладкими, что уменьшает возможность быстрого формирования новых зубных отложений. Однако профессиональная гигиена окажется неэффективной без последующей ежедневной личной очистки зубов пациентом. Поэтому в процессе общения с пациентом необходима психологическая мотивация ее важности с элементами обучения гигиеническим навыкам, которые должен применять сам человек ежедневно.

4. Индивидуальный подбор средств гигиены полости рта в зависимости от состояния органов и тканей полости рта.

|  |  |
| --- | --- |
| Дети от 0 до 1 года | Салфетки для удаления остатков пищи с альвеолярных гребней и неба. Щетка-напальчник из силикона для очищения первых временных зубов не менее 1 раза в день. |
| Дети 1-2 лет | Очень мягкая детская зубная щетка, детская гелеобразная зубная паста (тонкий слой пасты на щетке). |
| Дети 2-5 лет | Очень мягкая детская зубная щетка, детские зубные пасты, содержащие кальций и фториды (500 ppm F-) (не более горошины пасты на щетке). |
| Дети 6-11 лет | Детская зубная щетка с мягкой щетиной, детские противокариозные зубные пасты, содержащие кальций и фториды (1000-1450 ppm F-), детские ополаскиватели. |
| Дети с 12 лет и взрослые, проживающие в районах с низким или оптимальным содержание фторида в воде. | Зубная щетка средней жесткости, фторидсодержащие зубные пасты (1450 ppm F-), фторидсодержащие ополаскиватели, зубные нити. |
| Дети и взрослые в районах с повышенным содержанием фторида в воде.  Флюороз зубов. | Зубная щетка мягкая или средней жесткости (соответственно возрасту), зубные пасты и ополаскиватели, не содержащие фторида (для профилактики кариеса – кальцийсодержащие средства), зубные нити. |
| Пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта | Зубная щетка: в период обострения - с мягкой щетиной, затем – средней жесткости, противовоспалительные зубные пасты и безалкогольные ополаскиватели (с экстрактами лекарственных растений, антисептиками, мексидолом), зубные нити, межзубные ершики, ирригаторы. |
| Пациенты с зубочелюстными аномалиями (скученность, дистопия зубов) | Зубная щетка средней жесткости, лечебно-профилактические зубные пасты и ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, зубные нити, межзубные ершики. |
| Пациенты с брекет-системами | Зубная щетка ортодонтическая средней жесткости (с V-образным углублением рабочей части), зубные пасты и ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, межзубные ершики, монопучковые щетки, суперфлоссы, ирригаторы.  Не следует использовать жевательные резинки! |
| Пациенты с несъемными протезами, стоматологическими имплантатами | Зубная щетка средней жесткости, зубные пасты и ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, межзубные ершики, монопучковые щетки, суперфлоссы, ирригаторы.  Пациентам с имплантатами не следует использовать содержащие спирт ополаскиватели, зубочистки и жевательные резинки! |
| Пациенты со съемными протезами и ортодонтическими конструкциями | Средства гигиены полости рта (зубные щетки, лечебно-профилактические зубные пасты, ополаскиватели, зубные нити) – соответственно возрасту. Дополнительно – средства для ухода за протезами: зубные щетки для очищения протезов, очищающие таблетки, пасты и кремы для фиксации протезов. |
| Лица с повышенной чувствительностью зубов | Зубная щетка с очень мягкой или мягкой щетиной, зубные пасты и ополаскиватели для чувствительных зубов (содержащие соли калия, стронция, мелкодисперсный гидроксиапатит, аминофториды), зубные нити. |
| Пациенты со сниженным слюноотделением | Зубная щетка с мягкой щетиной, специальные средства ухода за полостью рта с компонентами, идентичными ферментам слюны (лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза): зубная паста с низким пенообразованием, ополаскиватель без спирта, увлажняющий гель и спрей; зубные нити, специальная жевательная резинка. |

5. Предметы и средства гигиены полости рта у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

При заболеваниях пародонта набор средств гигиены полости рта включает:  
1. профилактическая зубная щетка в острую стадию с мягкой щетиной, в период ремиссии и при выздоровлении - средней степени жесткости щетины;  
2. зубные щетки с очень мягкой щетиной типа "Sensitive" для использования в участке воспаления;  
3. лечебно-профилактическая зубная паста противовоспалительного действия, содержащая экстракты трав и растений, триклозан, хлоргексидин, на период лечения;  
4. лечебно-профилактическая паста типа "Sensitive" при гиперестезии зубов и в послеоперационный период при иссечении гипертрофированных тканей пародонта;  
5. ополаскиватели для полости рта безалкогольные, содержащие хлоргексидин, триклозан, на период лечения;  
6. зубочистки не рекомендуется использовать;  
7. флоссы используют в период обострения с осторожностью;  
8. жевательные резинки использовать при воспалительных и воспалительно-дистрофических процессах в пародонте не желательно;  
9. бальзамы и тоники для десен оказывают благоприятное противовоспалительное воздействие;  
10. однопучковые зубные щетки с закругленным щеточным полем;  
11. ирригаторы использовать в режиме "душа".

6. Особенности обучения гигиене полости рта пациентов различного возраста.

Обучение детей — самый трудоемкий и ответственный этап гигиенического воспитания. Лучше всего его проводить в сочетании с активными и пассивными формами санпросветработы, т.е. чередовать эти мероприятия. Обязательными атрибутами обучения методам гигиены полости рта должны быть крупные игрушки (для младших детей), модели челюстей, рисунки, плакаты, зеркала, раковины. Обучение детей гигиене полости рта проводят с помощью бесед и уроков здоровья. Они должны быть строго дифференцированы по целям и содержанию в зависимости от возраста детей. Эти беседы (занятия) удобнее всего проводить с классом (группой).

В различных возрастных группах детей характер обучающих занятий дифференцируется. В возрасте 2—4 лет они носят игровой характер, должны воздействовать на эмоциональную сферу и заинтересованность детей и ни в коем случае не включать поучительные и убеждающие интонации. Беседы и обучение должны быть тесно переплетены между собой в форме игрового обучающего продолжительного, в несколько занятий, спектакля, в котором беседа подана в виде доступной детям игры (на примере «зайки», который хорошо чистит зубы, ест морковку и не любит конфеты), а обучение навыкам носит регулярный последовательный характер с требованием неукоснительного повторения и закрепления навыков путем их усложнения от занятия к занятию. К их окончанию ребенок должен владеть этими навыками полностью, хотя может чисто внешне, поверхностно представлять их необходимость. В соответствии с игровой ситуацией должно быть оформлено помещение. Плакаты и рисунки должны нести в себе определенную смысловую и обучающую нагрузку.

Для детей 5—7 лет в обучение чистке зубов можно внести элементы соревнования, если предварительно или после окончания гигиенических мероприятий покрасить зубной налет (например, эритрозином). В этом случае дети могут наглядно убедиться в качестве ухода за полостью рта и необходимости довольно длительного времени для удаления налета. Учитывая, что в этом возрасте дети уже встречались со стоматологическими вмешательствами и знают азы ухода за полостью рта, беседу с группой следует начать с объяснения о необходимости сохранять зубы здоровыми и что для этого нужно делать. В беседах имеет смысл коснуться значения питания, особенно очищающего полость рта.

В школах санитарно-просветительная работа проводится в форме уроков здоровья и требует иного подхода. Урок здоровья продолжительностью 45 минут обычно включает и элементы второго раздела гигиенического воспитания — обучения методам гигиены полости рта. У школьников обучение гигиеническим навыкам проводится в комнате гигиены перед зеркалами. Группа обучающихся не должна превышать 7—8 человек. Обычно это обучение проводится на втором уроке здоровья и закрепляется на третьем.

На первом уроке целесообразно рассказать о строении, функции и значении зубов в жизни человека, как работают зубы, когда прорезываются и выпадают. Необходимо в популярной форме объяснить причины заболеваний зубов, а также остановиться на роли питания, вредных привычек. На фоне сообщения этих данных нужно объяснить детям, особенно 1—4 классов необходимость гигиены полости рта, когда и зачем нужно обращаться к стоматологу. Преподносимые знания важно проконтролировать путем вопросов и коррекции ответов детей в конце урока.

На втором уроке беседа может быть посвящена средствам и предметам ухода за полостью рта. Детям надо объяснить, как устроена зубная щетка, как ею пользоваться, хранить. Необходимо рассказать и показать зубные щетки, пасты, порошки, правила пользования ими, методику чистки зубов на моделях. В заключение второго урока нужно проверить знания по этому разделу.

На третьем уроке здоровья, который должен быть посвящен практическому обучению ухода за полостью рта, дети знакомятся с методами контроля гигиены.

В средних и, особенно, в старших классах активная санитарно-просветительная работа приобретает черты лекции, которая должна носить научный характер и воздействовать как на эмоции, так и на разум слушателей. Очень сложно проводить обучение гигиене полости рта у старшеклассников, которые в большинстве случаев уверены в правильности проводимых ими гигиенических мероприятий, довольно скептически относятся к словам и действиям стоматолога, стесняются друг друга. Поэтому с данным контингентом детей нужна очень серьезная предварительная разъяснительная работа. Группы обучающихся должны быть минимальными, отдельно юноши, отдельно девушки.Старшеклассники приобретают серьезные знания по физиологии и анатомии полости рта, причинам и механизмам развитиязаболеваний, возможностям и методам профилактики. Важно объяснить и наглядно (фотографии, слайды) показать эстетические аспекты, возможность сохранить зубы здоровыми или улучшить их внешний вид.

Активные формы санпросветработы с неорганизованными детьми проводятся в поликлинике и носят индивидуальный, реже коллективный (группы детей) характер. Основной метод — беседы с детьми по вышеуказанной методике. Среди неорганизованных детей работа по обучению гигиеническим навыкам чаще всего проводится перед лечебным приемом в кабинете поликлиники. После первого приема ребенку рекомендуется на следующий прием (или вывешивается соответствующее объявление) приходить со своей зубной щеткой. Специально обученная медсестра проверяет качество зубной щетки, ее соответствие физиологическим параметрам полости рта ребенка, после чего перед зеркалом проводит весь необходимый комплекс обучающих мероприятий. В это же посещение или в следующее проводится после чистки зубов специальный профилактический сеанс (покрытие зубов фторлаком, обработка ремрастворами, фторидами, гелями и т.д.). В результате этих мероприятий появляется возможность широкого использования индивидуальной первичной профилактики кариеса зубов у детей в условиях поликлинического приема.Перечисленные и широко применяемые методы и формы гигиенического воспитания не являются догмой. В каждом коллективе, проводящем первичную профилактику, найдутся свои оригинальные находки и усовершенствования. Однако, предлагаемая систематизация этих мероприятий позволяет учесть весь необходимый объем санитарно-просветительных и обучающих методов и может явиться базой для дальнейшего совершенствования важнейшего раздела профилактики кариеса зубов.

7. Группы диспансерного наблюдения больных с заболеваниями пародонта.

Диспансеризации подлежат лица:  
а)              в возрасте до 30 лет без клинических признаков заболевания пародонта, но у которых выявлены местные или общие факторы риска. Независимо от возраста при наличии хронического гингивита, начальной степени генерализованного пародонтита;  
б)              в возрасте до 50 лет при наличии развившихся форм I—II—Ш степени генерализованного пародонтита и пародонтоза;  
в)              лица с идиопатическими заболеваниями пародонта, протекающими на фоне общих заболеваний (болезни крови, эндокринные заболевания и др.).

Согласно существующих законодательных актов определяются следующие диспансерные группы: I — здоровые (Д1) - не нуждаются в лечении; II — практически здоровые (Д2), у которых наблюдается стабилизация процесса (при гингивитах — до 1 года, при пародонтите и 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, зубочелюстные деформации, аномалии положения отдельных зубов, травматическая окклюзия и др.); III — нуждающиеся в лечении (Д3) - наиболее многочисленная диспансерная группа: больные гингивитом, генерализованным пародонтитом и пародонтозом различных степеней развития, тяжести и характера течения. Обслуживание каждой из групп имеет свои особенности.  
Группу Д1 осматривают 1 раз в год. При осмотре вручают индивидуальный листок рекомендаций по гигиене полости рта, проводят собеседование деонтологического и медицинского плана.  
Входящих в группу Д2 вызывают для диспансерного осмотра 1 раз в год. Профилактическое лечение включает удаление зубных отложений, лечение  
сопутствующих заболеваний, избирательное пришлифовывание зубов, рекомендации по гигиене полости рта, физиотерапевтические процедуры (ауто- и гидромассаж).  
В группе Д3 выделяют 2 подгруппы: с активным течением заболевания и в фазе ремиссии. Больным 1-й подгруппы проводят полный курс комплексной лечебно-профилактической терапии, 2-й — в основном профилактические мероприятия (санация, удаление зубных отложений, контроль за состоянием гигиены, рекомендации по лечению сопутствующих заболеваний, рациональному питанию и др.).  
При любой форме гингивита (Д3) больных вызывают для повторного курса комплексной терапии через каждые 6 мес (при обострении терапия проводит— ся по обращаемости). При наступлении ремиссии больных из подгруппы активного лечения переводят в подгруппу наблюдения. При значительном улуч— шении и стабилизации процесса в течение года больных переводят в группу Д2.  
При генерализованном пародонтите I—II степени ( Д3) лечение проводят 2 раза в год. Если в течение года сохраняется ремиссия, больных переводят во 2-ю подгруппу. Лиц со стабилизацией процесса в течение 2 лет переводят в группу Д3.

8. Ведение документации диспансерных больных с заболеваниями пародонта.

1. Амбулаторная история болезни стоматологического больного (форма № 43). В нее вносятся все материалы первичного осмотра и последующего наблюдения за больным, результаты рентгенологического и лабораторных исследований. В этой же карте подробно освещаются все диагностические, лечебные и профилактические мероприятия, а также консультативные заключения других специалистов. Эти карты можно хранить в общей регистратуре, но на отдельной полке. Удобнее их держать непосредственно в пародонтологическом кабинете в специальной картотеке. Если карты находятся в общей регистратуре, то на их лицевой стороне необходимо сделать пометку в виде линии цветным маркером, указывающую на принадлежность карт к диспансерной группе. Существующая амбулаторная история болезни стоматологического больного мало удовлетворяет врача-пародонтолога из-за небольшого объема (всего 2 листа).

В нее постоянно проходится вклеивать вкладыши, а это, в свою очередь, не позволяет излагать сведения о больном и динамике процесса а строгой последовательность. Из-за неудовлетворительности такой формы учета работы целый ряд пародонтологов нашей страны (Т.И.Лемецкая и П.М.Егоров, 1981 и другие) разработали амбулаторную карта пародонтологического больного.

Карта позволяет отразить все сведения о больном, включает консультации других специалистов и дает возможность отразить динамику процесса в пародонте в течение многих лет.

2. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма №30). В эту карту заносятся краткие паспортные данные, диагноз заболевания, сроки явки и отметки о посещении врача. Указывается также номер диспансерной группы. Целесообразнее каждую диспансерную группу отмечать спец. цветными метками, чтобы легче отыскивать карты больных, принадлежащих к этой группе. Контрольные карты не заменяют истории болезни, они необходимы лишь для выявления  периодичности вызовов больного к врачу.

Контрольные карты собирают по диспансерным группам и хранят в специальном ящике, где каждая группа располагается в отдельном гнезде. Для более удобной обработки карт их можно подразделять на подгруппы по срокам явки на контрольный осмотр. В конце каждого контрольного срока медсестра просматривает картотеку и делает выборку контрольных карт на тех больных, которые должны быть приглашены на прием в следующем месяце. По этим картам выписываются открытки и направляются больным. Не явившиеся в назначенный срок больные вызываются повторно. В настоящее время современные компьютерные технологии позволяют значительно упростить все этапы рутинной работы для медперсонала.

Амбулаторные истории болезни можно подобрать заранее накануне приглашения больного к врачу, и доставить их из картотеки по прибытии больного на контрольный осмотр. После внесения в них соответствующих записей карты возвращаются в картотеку. Если больной нуждается в курсе поддерживающей терапии, то карты хранятся в папке врача до окончания курса лечения.

Отчетная форма ведется врачем-пародонтологом ежедневно. В конце месяца, после выведения суммарных показателей, она передается заведующему отделением.

9. Сроки динамического наблюдения диспансерных групп.

Больным I диспансерной группы проводятся плановая санация, повышение неспецифической резистентности и общее оздоровление организма, обучение правилам гигиены. Их достаточно осматривать 1 раз в год.  
Больных II группы с пародонтозом осматривают через 6 мес, а при стабилизации процесса - 1 раз в год. Лица III группы проходят повторные курсы лечения на реже чем через 6 мес.

10. Последовательность лечебных  и профилактических мероприятий при воспалительных заболеваниях пародонта.

1. Проведение профессиональной гигиены полости рта с последующей психологической мотивацией регулярного ухода за зубами.

2. Обучение рациональной гигиене полости рта, периодически контролируемой и мотивируемой врачом.

3. Применение специальных лечебно-профилактических зубных паст и составов, содержащих природные БАВ, в том числе витамины, хлорофилл, макро и микроэлементы.

4. Устранение травматической окклюзии путем щадящей пришлифовки зубов и ортодонтического лечения.

5. Улучшение процессов трофики и прежде всего микроциркуляции в тканях полости рта путем тренировки сосудов методом массажа, энергичными полосканиями и т. п.

6. Рациональное питание, обеспечивающее поступление в организм необходимого количества белка, углеводов, витаминов, макро- и микроэлементов.

7. Здоровый образ жизни, периодический контроль за уровнем здоровья, состоянием органов и тканей полости рта.