



Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)



Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера –
обособленное подразделение ФИЦ КНЦ СО РАН (НИИ МПС)
Кафедра ординатуры и дополнительного профессионального образования



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Стоматологический факультет
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
Стоматологический факультет



ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Под редакцией
профессора В. Г. Галонского,
профессора Е. В. Мокренко*

*Учебное пособие для врачей-ординаторов,
обучающихся по специальностям:
31.08.75 – «Стоматология ортопедическая»,
31.08.72 – «Стоматология общей практики»*

Красноярск, 2024

УДК 616.314-084(075.8)

ББК 56.6

Д48

Авторы: д-р мед. наук, проф. В. Г. Галонский; д-р мед. наук, проф. Е. В. Мокренко; канд. мед. наук, доц. И. Г. Алёшкин; д-р мед. наук, проф. В. Г. Изатулин; канд. мед. наук, доц. Н. М. Диденко; Д. С. Бессчастный; И. Ю. Кострицкий; Е. А. Алексеева; И. С. Гончаров; канд. мед. наук О. А. Карабинская

Редакторы: д-р мед. наук, проф. В. Г. Галонский; д-р мед. наук, проф. Е. В. Мокренко

Рецензенты: заведующий кафедрой терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова», д-р мед. наук, проф. И. Д. Ушницкий; заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Читинский государственный медицинский университет», д-р мед. наук, проф. Ю. Л. Писаревский

Д48 Диспансеризация в стоматологической практике: учебное пособие для врачей-ординаторов, обучающихся по специальностям: 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая» и 31.08.72 – «Стоматология общей практики» / В. Г. Галонский, Е. В. Мокренко, И. Г. Алёшкин [и др.]; под ред. проф. В. Г. Галонского, проф. Е. В. Мокренко. – Красноярск: тип. «Литера-Принт», 2024. – 196 с.

ISBN 978-5-907558-97-7

В учебном пособии рассмотрены отдельные актуальные вопросы диспансеризации в стоматологической практике. Освещены нормативно-правовые аспекты организации диспансеризации различных групп населения. Описаны особенности диспансеризации пациентов молодого возраста с заболеваниями пародонта и взрослых пациентов с аномалиями и деформациями зубных рядов, осложнённых дисфункцией ВНЧС. Выделены особенности диспансерного наблюдения за гигиеническим состоянием полости рта пациентов, пользующихся съёмными зубными и сложными зубочелюстными ортопедическими стоматологическими конструкциями. Представлена проблема профилактики профессионального стресса и синдрома выгорания в рамках диспансерного наблюдения у врачей-стоматологов. Учебное пособие предназначено для врачей-ординаторов, обучающихся по специальностям: 31.08.75 – «Стоматология ортопедическая» и 31.08.72 – «Стоматология общей практики».

Утверждено к печати решением Учёного совета НИИ МПС от 02.04.2024 г., протокол № 3.

ISBN 978-5-907558-97-7

УДК 616.314-084(075.8)

ББК 56.6

© ФИЦ КНЦ СО РАН, 2024

© КНЦ СО РАН, 2024

© НИИ МПС, 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	4
Глава 1. Нормативно-правовые аспекты организации и порядка проведения диспансеризации различных групп населения Российской Федерации при стоматологических и профессиональных заболеваниях (Алексеева Е. А., Мокренко Е. В., Алёшкин И. Г.)	6
Глава 2. Основополагающие принципы диспансеризации пациентов с заболеваниями тканей пародонта (Гончаров И. С., Мокренко Е. В.)	28
Глава 3. Постурологические аспекты диспансеризации пациентов с аномалиями и деформациями зубных рядов в клинике ортопедической стоматологии (Диденко Н. М., Мокренко Е. В.)	48
Глава 4. Особенности диспансерного наблюдения за гигиеническим состоянием полости рта пациентов, пользующихся съёмными зубными и сложными зубочелюстными ортопедическими стоматологическими конструкциями (Галонский В. Г., Мокренко Е. В., Кострицкий И. Ю.)	90
Глава 5. Вопросы профилактики профессионального стресса и синдрома выгорания в рамках диспансерного наблюдения у врачей-стоматологов-ортопедов (Бессчастный Д. С., Изатулин В. Г., Карабинская О. А., Мокренко Е. В.)	149
Тестовые задания с эталонами ответов.....	172

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

Галонский Владислав Геннадьевич (автор и редактор издания) – д-р мед. наук, профессор кафедры ординатуры и дополнительного профессионального образования Научно-исследовательского института медицинских проблем Севера (НИИ МПС) – обособленного подразделения ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук» (ФИЦ КНЦ СО РАН), адрес: г. Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка, 3Г; профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, адрес: г. Красноярск, 660022, ул. Партизана Железняка, 1; тел. +7(391)-212-89-22; e-mail: gvg73@bk.ru; orcid.org/0000-0002-4795-1722; eLIBRARY Author ID: 543170

Мокренко Евгений Владимирович (автор и редактор издания) – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г. Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания, 1; Президент общественной организации «Ассоциация стоматологов Иркутской области» (АСИО); тел. +7(3952)-24-06-88; e-mail: e.mokrenko@ismu.baikal.ru; orcid.org/0000-0002-4286-3993; eLIBRARY Author ID: 387086

Алёшкин Игорь Германович – канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г. Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания, 1; тел. +7(3952)-24-26-76; e-mail: aig64@mfil.ru; orcid.org/0000-0001-6815-8320; eLIBRARY Author ID: 257838

Изатулин Владимир Григорьевич – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры гистологии, эмбриологии, цитологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г. Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания, 1; тел. +7 (3952)- 24-07-72; e-mail: histology@irkgm.ru; orcid.org: 0000-0003-4531-185X; eLIBRARY Author ID: 330841

Диденко Наталья Михайловна – канд. мед. наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г. Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания, 1; тел. +7 (3952)- 24-09-99; e-mail: ortodont.irk@mail.ru; orcid.org: 0000-0003-1440-2484; eLIBRARY Author ID: 234119

Бессчастный Денис Сергеевич – ассистент кафедры ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г. Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания, 1; тел. +7 (3952)-24-09-99; e-mail: denisbes@bk.ru; orcid.org: 009-0000-1392-5203; eLIBRARY Author ID: 668238

Кострицкий Игорь Юрьевич – ассистент кафедры ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г. Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания, 1; тел. +7(3952)-24-06-88; e-mail: kostrit@mail.ru; orcid.org/0000-0002-6062-5155; eLIBRARY Author ID: 907615

Алексеева Елена Анатольевна – зам. главного врача по специальности «Стоматология» Клиник ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г. Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания, 1; тел. +7 (3952)-24-09-99; e-mail: aea567@yandex.ru; orcid.org: 0009-0005-2527-7238; eLIBRARY Author ID: 1223990

Гончаров Иван Сергеевич – ассистент кафедры ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г. Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания, 1; тел. +7 (3952)-24-09-99; e-mail: ivanstom@yandex.ru; orcid.org: 0000-0001-9675-9385; eLIBRARY Author ID: 849633

Карабинская Ольга Арнольдовна – канд. мед. наук, ассистент кафедры симуляционных технологий и экстренной медицинской помощи ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России; адрес: г. Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания, 1; тел. +7 (3952)-20-09-11; e-mail: fastmail164@gmail.com; orcid.org: 0000-0002-0080-1292; eLIBRARY Author ID: 844049

ГЛАВА 1. | НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Диспансеризация представляет собой активное динамическое наблюдение, реализуемое с целью оценки состояния здоровья определённых групп населения и включающее в себя проведение профилактических медицинских осмотров, лечебно-диагностических и оздоровительных мероприятий, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Цели диспансеризации взрослого населения:

1) раннее выявление хронических заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, основных факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления (АД), дислипидемия (ДЛП), повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность (ФА), избыточная масса тела или ожирение, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) определение группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями

(ХНИЗ), факторами риска их развития и с иными заболеваниями (состояниями);

3) проведение краткого профилактического консультирования граждан с выявленными ХНИЗ, факторами риска их развития, индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

4) определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными ХНИЗ и иными заболеваниями (состояниями), с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

В соответствии со ст. 12 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г., приоритет профилактического направления в сфере охраны здоровья обеспечивается на всей территории РФ [1].

Проводится разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни, осуществляются санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, мероприятия по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними, проводятся профилактические и иные медицинские осмотры, диспансеризация, диспансерное наблюдение, мероприятия по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспан-

серизации определённых групп взрослого населения» на территории Российской Федерации в медицинских учреждениях определяет порядок проведения профилактических осмотров и этапы диспансеризации групп взрослого населения (в возрасте от 18 лет и старше) [2]:

- 1) работающие граждане;
- 2) неработающие граждане;
- 3) обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.

Профилактические мероприятия проводятся в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно всем гражданам РФ:

- в качестве самостоятельного мероприятия;
- в рамках диспансеризации;
- в рамках диспансерного наблюдения за пациентами, имеющими хронические заболевания.

Видами медицинских осмотров являются:

- 1) профилактический медицинский осмотр;
- 2) предварительный медицинский осмотр;
- 3) периодический медицинский осмотр;
- 4) предсменные, предрейсовые медицинские осмотры.

Врач-терапевт медицинской организации является ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического профиля.

Основными задачами врача при организации и проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации являются:

1) привлечение населения, прикрепленного к участку, к прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации;

2) информирование граждан о целях, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях;

3) повышение мотивации граждан к регулярному прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе путём проведения разъяснительных бесед на уровне семьи.

Диспансеризация проводится:

1) 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;

2) ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан, включая:

а) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

б) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», лиц, награжденных знаком «Житель осаждённого Севастополя» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

в) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания,

трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

г) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.

Годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

Гражданин проходит диспансеризацию и профилактический медицинский осмотр в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Обязательным предварительным условием проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации является дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьёй 20 Федерального закона № 323-ФЗ.

Гражданин вправе отказаться от проведения профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объём профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации.

Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Помимо диспансеризации и профилактических медицинских осмотров граждане, переболевшие новой коронавирус-

ной инфекцией (COVID-19), проходят углубленную диспансеризацию, включающую лабораторно-диагностические исследования и иные медицинские вмешательства, проводимых в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период.

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесённом заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Углубленная диспансеризация преследует несколько целей:

- 1) повысить охват граждан медицинскими осмотрами. Правительство планирует в срок до 2024 года добиться того, чтобы их проходили не менее 70% населения;
- 2) проконтролировать состояние здоровья россиян. Особенно это важно для лиц, перенёвших COVID-19, чьи отдалённые последствия пока медицинской науке неизвестны;
- 3) повысить эффективность лечения хронических заболеваний за счёт выявления их на ранних стадиях.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации.

1. Первый этап углубленной диспансеризации проводится в целях выявления у граждан, перенёвших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, признаков развития хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации и включает в себя:

а) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;

б) тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95% и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отёки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);

в) проведение спирометрии или спирографии;

г) общий (клинический) анализ крови развёрнутый;

д) биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

е) определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенёвших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

ж) проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

з) приём (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).

2. Второй этап диспансеризации проводится в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

а) проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94% и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

б) проведение компьютерной томографии лёгких (в случае показателя сатурации в покое 94% и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

в) дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

По результатам проведения диспансеризации врач-терапевт определяет и устанавливает группу здоровья гражданина, прошедшего этапы обследования:

I группа здоровья – не установлены ХНИЗ, отсутствуют ФР или имеются ФР при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске. Не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Тактика. Краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска врачом-терапевтом, медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

II группа здоровья – не установлены ХНИЗ, имеются ФР заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске. Не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Тактика. Коррекция ФР ХНИЗ в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты. Подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики.

III группа здоровья – имеются заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Тактика. Подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам с ФР ХНИЗ проводится их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья.

Основные критерии эффективности диспансеризации взрослого населения:

- 1) охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации;
- 2) уменьшение частоты выявления и регистрации ФР ХНИЗ среди граждан, проходящих диспансеризацию;
- 3) уменьшение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития;
- 4) снижение инвалидности и смертности от ХНИЗ среди граждан, проходящих диспансеризацию;
- 5) увеличение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и уменьшение числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья.

Медицинской организацией работающему гражданину выдается справка о прохождении профилактического медицинского осмотра или диспансеризации в день прохождения осмотра (диспансеризации).

Профилактическое обследование доступно всем гражданам РФ от 18 лет, независимо от того, трудоустроен ли человек, получает пенсию, признан безработным или находится в отпуске по уходу за ребёнком. Для направления на диспансеризацию необходимо 2 документа: паспорт и медицинский полис. Обследование проводят в поликлиниках, кабинете медицинской профилактики. Гражданин должен быть прикреплен к медицинской организации.

Диспансеризация – право каждого гражданина заботиться о своем здоровье.

Диспансеризация пациентов с заболеваниями стоматологического профиля

Диспансеризация представляет собой активное, длительное и динамическое наблюдение, проводимое в целях оценки состояния здоровья определённых групп населения, а также для усиления онкологической настороженности врачей стоматологического профиля, включающее в себя проведение профилактических медицинских осмотров, лечебно-диагностических и оздоровительных мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Диспансеризация включает скрининг хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, в том числе онкоскрининг. В перечень неинфекционных заболеваний стоматологические заболевания не входят.

Врачами-специалистами в рамках общей диспансеризации проводится внешний осмотр кожных покровов, слизистых оболочек губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы с целью выявления признаков онкологических заболеваний. По полученным результатам осмотра пациенту устанавливается диагноз, определяется группа здоровья и группы диспансерного наблюдения, а также он может быть направлен на консультативный приём к врачу-онкологу или врачу-стоматологу.

Стоматологи вместе с врачами других специальностей принимают участие в комплексной диспансеризации здоровых людей, проводят по показаниям плановую санацию полости рта, ортопедическое лечение.

Отбор стоматологических больных для диспансерного учёта проводится во время:

1. проведения плановых профилактических осмотров;
2. приёма больных по обращению с целью лечения;

3. по направлению других специалистов.

Диспансеризацию осуществляют врачи-стоматологи-хирурги, врачи-стоматологи-терапевты, врачи-ортодонты, врачи-стоматологи детские, врачи-стоматологи, зубные врачи.

Стоматологическому диспансерному наблюдению подлежат пациенты следующих групп:

1. с активно протекающим кариесом зубов, а также некариозными поражениями зубов;
2. с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки рта;
3. с одонтогенными невралгиями и невритами тройничного нерва;
4. с хроническим одонтогенным гайморитом;
5. с остеомиелитом челюстей;
6. с врождёнными расщелинами губы и нёба;
7. с аномалиями развития и деформациями челюстей;
8. с некоторыми предраковыми и злокачественными заболеваниями лица и органов полости рта.

Основные принципы диспансеризации стоматологических больных

1. Плановость – установление последовательности и оптимальных сроков проведения организационных, лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий.

2. Комплексность:

а) направление лечебных мер не только на ликвидацию локального процесса, но и на общее оздоровление организма;

б) проведение оздоровительных мероприятий совместно с педиатрами, терапевтами, гигиенистами, врачами-стоматологами других специальностей.

3. Выбор ведущего звена из общего комплекса мероприятий (особое внимание уделяется при этом тем лечебно-про-

филактическим мероприятиям, которые при данном виде патологии являются решающими).

4. Дифференцированный подход к назначению оздоровительных мер.

Для анализа эффективности диспансерного наблюдения и учёта лиц, нуждающихся в нем, делят на группы:

1. Здоровые – пациенты, не предъявляющие жалоб, не имеющие хронических заболеваний или нарушении функций отдельных органов и систем (Д-I);

2. Практически здоровые – пациенты, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющие обострения в течение несколько лет (Д-II);

3. Пациенты, нуждающиеся в лечении (Д-III), распределяются на следующие подгруппы:

а) компенсированное течение заболевания (редкие обострения);

б) субкомпенсированное течение (частые и продолжительные обострения);

в) декомпенсированное течение (устойчивые и продолжительные обострения).

Лица первой группы диспансерного учёта подлежат наблюдению один раз в год; второй – 2–3 раза в год; третьей – 3–4 раза.

Диспансеризацию пациентов стоматологического профиля проводят в три этапа:

1 этап – выявление больных, осуществляется путём отбора пациентов, нуждающихся в диспансерном стоматологическом наблюдении, реализуется при проведении профилактических осмотров (предварительных, периодических, целевых); при обращении пациентов в стоматологические учреждения. Каждый осмотр необходимо завершать составлением заклю-

чительного акта с приложением списка больных, подлежащих диспансерному наблюдению, и указанием числа лиц, которым была проведена санация полости рта.

2 этап – взятие больных на диспансерный учёт с заполнением «Контрольной карты диспансерного наблюдения» (форма №30/у), «Медицинской карты стоматологического больного» (формы №43/у). Сведения передаются в стоматологическое учреждение по месту жительства или работы диспансеризуемого. Врач составляет план лечебно-оздоровительных мероприятий.

3 этап – проведение динамического наблюдения с выполнением лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

План лечебно-оздоровительных мероприятий пациентов стоматологического профиля включает:

1. углубленное обследование больного;
2. плановую санацию полости рта;
3. методы лечения и оздоровления (медикаментозное, хирургическое, физиотерапевтическое, санаторно-курортное, а также диетическое питание и т. д.);
4. методы личной профилактики;
5. режим труда и отдыха, рациональное трудоустройство и т. д.;
6. периодически оформляется этапный эпикриз и оценивается эффективность диспансеризации.

Перевод пациентов из одной группы в другую является показателем эффективности диспансерного наблюдения и осуществляется врачебной комиссией. Критерием эффективности диспансеризации является снятие с диспансерного учёта, когда показатель интенсивности кариеса (КПУ) констатирует преобладание константы П (пломба).

Основания для прекращения диспансерного наблюдения:

1. выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесённого острого заболевания (травмы);
2. стойкая компенсация физиологических функций или стойкая ремиссия хронического заболевания (состояния);
3. устранение (коррекция) факторов риска;
4. снижение степени риска развития хронических заболеваний и их осложнений.

Регулярный осмотр пациента позволяет провести своевременную санацию полости рта: проведение профессиональной гигиены, восстановление контактных пунктов между зубами, смена устаревших пломб, лечение кариеса и его осложнений на фоне местной и общей реминерализующей терапии, лечение болезней пародонта.

Диспансеризация пациентов по факторам риска имеет ряд преимуществ. Во-первых, она позволяет врачу уделять больше внимания больным с наиболее тяжёлым течением заболевания. Во-вторых, освобождает врача от нерациональной затраты времени на осмотр больных, не нуждающихся в частом наблюдении. В-третьих, даёт возможность использовать оценку эффективности диспансеризации – удельный вес больных, переведённых из одной группы учёта в другую.

**Вопросы диспансеризации специалистов
стоматологического профиля**

Врач-стоматолог в своей практической деятельности ежедневно подвергается воздействию вредных производственных факторов, неблагоприятных производственных процессов, которые приводят к появлению заболевания или ухудшению уже имеющейся патологии. Для проведения сво-

временного высококвалифицированного и качественного стоматологического лечения, врачу-стоматологу необходима современная материально-техническая база, профессиональная квалификация, а также важным является состояние здоровья самого специалиста. Многие производственные факторы, такие как опасность передачи инфекции, контакт с аллергенами, токсическими веществами, шум, вибрация, зрительное и эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая поза, нерациональное освещение, рентгеновское и лазерное излучение имеют неблагоприятное влияние на состояние здоровья врача-специалиста.

Факторы риска в работе врача-стоматолога:

1. биологические,
2. химические,
3. физические,
4. физиологические.

Биологические факторы

К врачу-стоматологу ежедневно на приём обращаются пациенты, которые могут быть источником бактериальной инфекции (ОРЗ, ОРВИ, грипп в лёгкой форме, ветряная оспа, корь в инкубационной фазе, стафилококковые и стрептококковые инфекции, в том числе полости рта, туберкулез и др.), основным механизмом передачи которой является воздушно-капельный путь. Микрокапли слюны диаметром 5–20 мкм попадают в воздух (при разговоре, кашле, чихании, препарировании зубов и ультразвуковым методе удаления зубных отложений) и в течение нескольких минут находятся в воздушном пространстве рядом с пациентом, затем оседают на медицинское оборудование и инструменты.

В целях соблюдения санитарно-эпидемиологических требований врач-стоматолог в обязательном порядке на приёме

должен использовать одноразовые перчатки, защитные маски и экраны. Для снижения вирусной и бактериальной нагрузки в лечебных помещениях следует регулярно проветривать помещения и проводить бактерицидную обработку всех поверхностей.

Химические факторы

На приёме врач-стоматолог ежедневно использует стоматологические материалы, которые в своём составе содержат многочисленные химические соединения, такие как акрилаты и анестетики, антисептики, наночастицы кремния, цинка и пр. Они попадают в воздух при испарении или в виде твёрдых взвесей, например, при препарировании ортопедических конструкций и пломб. Постоянный контакт с химическими агентами, гаптенами может привести к формированию в организме врача аллергической сенсибилизации и развитию острых или замедленных форм аллергических реакций (дерматит, экзема, крапивница и др.).

Физические факторы

Врач-стоматолог, работая с фотополимеризационной лампой, имеющей световое излучение в ультрафиолетовом диапазоне, увеличивает нагрузку на органы зрения. Свет от такой лампы может способствовать помутнению хрусталика и вызывать ожог роговицы. Также при препарировании зубов мельчайшие частицы твёрдых тканей зубов, попадая в глаза врача, могут вызвать механическое повреждение роговицы и слизистой оболочки окружающих глазное яблоко мягких тканей и привести к развитию кератита и конъюнктивита.

Стоматологическое оборудование создаёт многочисленные шумы и вибрацию, что приводит к повышенной шумовой и вибрационной нагрузке. Это может способствовать ослаблению внимания и памяти, удлинит время двигательной реакции на

световые и звуковые сигналы, приводит к утомляемости зрительного анализатора врача.

Физиологические факторы

Врач-стоматолог много рабочего времени проводит в вынужденной позе и постоянном физическом и психоэмоциональном напряжении, что приводит к появлению заболеваний опорно-двигательного аппарата, нервной системы и психоэмоциональной сферы. Ограниченные однообразные движения могут вызвать появление таких заболеваний как сколиоз, остеохондроз, локальные неврозы, артриты и др. При работе врача в положении стоя увеличивается нагрузка на шейные и затылочные мышцы, суставы и нервную систему, что приводит к утомлению, головной боли, раздражительности, гиподинамии.

Использование в работе врача неправильно подобранного стоматологического инструментария (слишком тонкая рукоятка или острые грани инструмента) может вызвать спазм мелких мышц и, как следствие, привести к появлению болей в лучезапястном суставе.

Специальная оценка условий труда врачей-стоматологов

Совокупность производственных факторов и процессов труда, оказывающих влияние на работоспособность и здоровье работника представляет собой понятие «условия труда».

По опасности и степени вредности условия труда подразделяются на 4 класса:

1 класс – это оптимальные условия труда, при которых производственные факторы не воздействуют на работника или их уровни не превышают уровни (гигиенические нормативы) безопасных для человека.

2 класс – это допустимые условия труда, при которых производственные факторы воздействуют в пределах нормы и позволяют работнику восстановить состояние организма при соблюдении времени работы и отдыха.

3 класс – это условия труда, при которых производственные факторы превышают уровни нормы (гигиенические нормативы).

Третий класс подразделяется на:

1) подкласс 3.1 (вредные условия труда 1 степени) – это условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, после воздействия которых изменённое функциональное состояние организма работника восстанавливается, как правило, при более длительном, чем до начала следующего рабочего дня (смены), прекращении воздействия данных факторов, и увеличивается риск повреждения здоровья;

2) подкласс 3.2 (вредные условия труда 2 степени) – условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, уровни воздействия которых способны вызвать стойкие функциональные изменения в организме работника, приводящие к появлению и развитию начальных форм профессиональных заболеваний или профессиональных заболеваний лёгкой степени тяжести (без потери профессиональной трудоспособности), возникающих после продолжительной экспозиции (пятнадцать и более лет);

3) подкласс 3.3 (вредные условия труда 3 степени) – условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, уровни воздействия которых способны вызвать стойкие функциональные изменения в организме работника, приводящие к появлению и

развитию профессиональных заболеваний лёгкой и средней степени тяжести (с потерей профессиональной трудоспособности) в период трудовой деятельности;

4) подкласс 3.4 (вредные условия труда 4 степени) – условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, уровни воздействия которых способны привести к появлению и развитию тяжёлых форм профессиональных заболеваний (с потерей общей трудоспособности) в период трудовой деятельности.

4 класс – это опасные условия труда, при которых на работника воздействуют вредные и (или) опасные производственные факторы, уровни воздействия которых в течение всего рабочего дня (смены) или его части способны создать угрозу жизни работника, а последствия воздействия данных факторов обуславливают высокий риск развития острого профессионального заболевания в период трудовой деятельности.

По количеству вредных производственных факторов и опасных условий труда работа врачей-стоматологов относится к третьей группе и классифицируется, как «вредная и опасная».

Большую часть вредных производственных факторов компенсируют средства индивидуальной защиты, тщательная профилактика и грамотный подбор используемого стоматологического оборудования и инструментария.

К лечебно-профилактическим мероприятиям по укреплению здоровья и повышения работоспособности врачей-стоматологов можно отнести:

1. обязательный самоконтроль врачей-стоматологов (использование индивидуальных и коллективных средств защиты);
2. контроль за технической исправностью стоматологического оборудования;

3. ежегодное прохождение периодического медицинского осмотра, с целью своевременного выявления профессиональных заболеваний;

4. соблюдение режима труда и отдыха;

5. лечебно-профилактические и общие оздоровительные мероприятия:

а) тепловые процедуры для рук в виде гидропроцедур (ванночки);

б) массаж и самомассаж рук и плечевого пояса;

в) производственная гимнастика;

г) УФО;

д) витаминная профилактика и другие общеукрепляющие процедуры – комната психологической разгрузки, кислородный коктейль и т.д.

Комплекс мероприятий по созданию оптимальных условий рабочей среды, разработанный для профилактики возникновения профессиональных заболеваний у медицинского персонала, рекомендует определённый режим труда и отдыха и является залогом укрепления здоровья и повышения работоспособности врачей-стоматологов.

Федеральные нормативные документы по проведению диспансеризации:

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 // Официальный интернет-портал правовой информации: сайт. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

2. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения: Приказ Министерства здравоохра-

нения Российской Федерации № 404н от 27.04.2021 // Официальный интернет-портал правовой информации: сайт. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

3. Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: Приказ Минздравсоцразвития России № 543н от 15.05.2012 // Официальный интернет-портал правовой информации: сайт. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

4. Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми: Приказ Минздрава России № 173н от 29.03.2019 // Официальный интернет-портал правовой информации: сайт. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

5. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов: Постановление Правительства Российской Федерации № 2497 от 29.12.2022 // Официальный интернет-портал правовой информации: сайт. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

6. Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке: Приказ Минздрава России № 698н от 01.07.2021 // Официальный интернет-портал правовой информации: сайт. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

7. Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства: Приказ Минз-

драва России № 1051н от 12.11.2021 // Официальный интернет-портал правовой информации: сайт. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

8. Об утверждении учётной формы медицинской документации № 131/у «Карта учёта профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка её ведения и формы отраслевой статистической отчётности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения», порядка её заполнения и сроков представления: Приказ Минздрава России № 1207н от 10.11.2020 // Официальный интернет-портал правовой информации: сайт. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

9. Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях: Приказ Минздрава России № 683н от 30.09.2015 // Официальный интернет-портал правовой информации: сайт. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

10. О специальной оценке условий труда (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023) Федеральный закон от 28.12.2013 N 426-ФЗ (ред. От 24.07.2023). Статья 14. Классификация условий труда // Официальный интернет-портал правовой информации: сайт. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

Глава 2. | ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Диспансеризация является оптимальной формой организации работы с пациентами, у которых в анамнезе имеются заболевания пародонта. Эта процедура включает в себя различные профилактические и лечебные мероприятия, направленные на поддержание здоровья полости рта. Сам термин «диспансеризация» происходит от французского слова «dispenser», что означает «распределять». Она представляет собой систему комплексных действий, включающих раннюю диагностику заболеваний, их предотвращение и лечение, а также постоянное наблюдение за состоянием здоровья пациентов, входящих в определённую группу риска или имеющих уже выявленные проблемы [2, 4].

Главная цель диспансеризации – предупредить развитие серьёзных осложнений и своевременно обнаружить любые изменения в состоянии полости рта. Это позволяет проводить необходимые лечебные мероприятия раньше, когда проблемы ещё не достигли критической стадии. Кроме того, диспансеризация помогает обеспечить постоянное наблюдение и контроль за состоянием здоровья пациентов, что особенно важно в случае заболеваний пародонта [6].

Одним из ключевых аспектов диспансеризации является проведение регулярных профилактических осмотров и консультаций. В ходе таких осмотров врачи могут выявить ранние признаки пародонтита или других заболеваний полости рта и принять меры по их лечению. Кроме того, пациенты получают рекомендации по уходу за полостью рта и профилактике возможных проблем [12].

Диспансеризация также предусматривает разработку индивидуального плана лечения для каждого пациента. Этот план может включать процедуры профессиональной гигиены полости рта, удаление зубного налёта и зубных отложений, лечение воспалительных процессов и другие необходимые мероприятия. Важно отметить, что диспансеризация направлена не только на лечение уже выявленных проблем, но и на предотвращение их в будущем [10].

Таким образом, диспансеризация является эффективным инструментом в борьбе с заболеваниями пародонта. Она позволяет рано выявлять и лечить проблемы полости рта, а также обеспечивает постоянное наблюдение и контроль за состоянием стоматологического здоровья пациентов. Регулярные профилактические осмотры и индивидуальный план лечения помогают сохранить здоровье зубов и тканей пародонта на долгие годы [6, 11].

Приступая к проведению диспансеризации, врач ставит перед собой ряд задач:

1. Выявление лиц с отсутствием патологии в пародонте, но с наличием условий для её возникновения и развития, и взятие этого контингента на диспансерный учёт. В эту группу должны войти лица с патологией прикуса, с патологией внутренних органов и систем организма, которым часто сопутствует патология пародонта. Выполнить эту задачу довольно сложно и участвовать в её разрешении должны все специалисты стоматологического профиля, независимо от их узкой специализации.

2. Выявление лиц с имеющейся патологией пародонта и взятие их на диспансерный учёт для систематического наблюдения и своевременного лечения. Выполнение этой задачи входит в обязанности врачей пародонтологических отделений и кабинетов.

Для разрешения этих задач стоматологическая служба планирует комплекс мероприятий:

- Профилактические меры, направленные на предупреждение возникновения и развития патологии в пародонте у лиц с наличием предрасполагающих факторов. К таким мерам относятся: коррекция патологии прикуса, хирургическое устранение аномалий полости рта (уздечки и складки преддверия, мелкое преддверие полости рта и другие), замена нерационально изготовленных протезов, пломб, улучшение гигиены полости рта, рекомендации по режиму питания, труда, отдыха.
- Мероприятия, направленные на устранение патологии пародонта путём соответствующей патогенетической и симптоматической терапии.
- Меры, направленные на предупреждение развития осложнений и стабилизацию патологического процесса в пародонте.

**Основные принципы системы диспансеризации
пациентов стоматологического профиля**

1. Плановость – установление последовательности и оптимальных сроков проведения организационных, лечебно-профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий.
2. Комплексность: а) направление лечебных мер не только на ликвидацию локального процесса, но и на общее оздоровление организма; б) проведение мероприятий по оздоровлению окружающей среды; в) проведение оздоровительных мероприятий совместно с педиатрами, терапевтами, гигиенистами, врачами других специальностей, средним медицинским персоналом и общественностью.
3. Выбор ведущего звена из общего комплекса мероприятий (особое внимание уделяется тем лечебно-профилактическим мероприятиям, которые при данном виде патологии являются решающими).

4. Дифференцированный подход к назначению оздоровительных мер с учётом: уровня и структуры стоматологической заболеваемости и обуславливающих их факторов; степени обеспеченности населения врачами и состояния материально-технической базы стоматологической службы; оптимального использования имеющихся сил и средств.

Организация лечебно-профилактической помощи больным с заболеваниями пародонта

Значительные достижения при изучении местных и эндогенных факторов в этиологии и патогенезе заболеваний пародонта, разработка новых методов их лечения и профилактики создали предпосылки для организации квалифицированной помощи больным с различными видами патологии пародонта [4, 5].

Весьма важным при организации специализированной пародонтологической помощи является комплексный подход к обследованию и лечению больных, который требует участия стоматологов всех профилей (терапевта, хирурга, ортопеда, ортодонта, стоматолога детского), а также врачей других специальностей [1, 7].

Начальные признаки поражения пародонта в виде кровоточивости десны встречаются уже у детей 6–7 лет. С возрастом распространённость и интенсивность заболеваний пародонта увеличивается. По данным ВОЗ, высокий уровень заболеваний пародонта отмечен, как в молодой возрастной группе 15–19 лет (55–99%), так и в возрасте 35–44 года (65–98%) [2, 5].

Хроническое течение болезней пародонта, их тенденция к обострениям диктуют необходимость длительного активного диспансерного наблюдения как наилучшего варианта лечебно-профилактической помощи для этой группы больных.

Существуют три организационных формы специализированной пародонтологической помощи:

1. выделение врача для оказания помощи лицам с заболеваниями пародонта на обычном стоматологическом приёме;
2. создание специализированного кабинета;
3. организация специализированного пародонтологического отделения.

Пародонтологическое отделение целесообразно создавать в крупном стоматологическом учреждении (районная, городская, областная, краевая, республиканская поликлиника), имеющем площади для размещения отделения, обладающего штатными и финансовыми возможностями.

В состав отделения должны входить следующие кабинеты:

- лечебный – для обследования, активного наблюдения и лечения больных с заболеваниями пародонта;
- хирургический – для оперативного вмешательства на пародонте;
- ортопедический с зуботехнической лабораторией – для ортопедической стоматологической реабилитации больных;
- процедурный;
- физиотерапевтический;
- рентгенологический;
- клиническая лаборатория;
- кабинет гигиены полости рта.

Врачи-пародонтологи, которые работают в специализированных отделениях и кабинетах по оказанию помощи больным с болезнями пародонта, имеют следующие обязанности:

1. оказание квалифицированной специализированной помощи больным;

2. консультативная помощь врачам-стоматологам-терапевтам в выборе методов и средств лечения пациентов с болезнями пародонта;

3. организация активного наблюдения больных в условиях пародонтологического кабинета;

4. внедрение в практику достижений науки в вопросах профилактики и лечения болезней пародонта.

Учитывая перечисленные требования, все врачи, которым предстоит работать в пародонтологическом кабинете (отделении), должны пройти либо специализацию на рабочем месте, либо усовершенствование по данному разделу специальности на факультетах усовершенствования врачей.

Организация приёма больных с заболеваниями пародонта имеет некоторые особенности. Запись к врачу-пародонтологу проводится непосредственно после осмотра дежурным (смотровым) врачом или по направлению стоматолога терапевтического профиля после лечения и удаления зубов. При тяжёлом патологическом процессе в пародонте и значительных кариозных повреждениях твёрдых тканей зубов больного лечат одновременно врач-пародонтолог и врач-стоматолог-терапевт, что позволяет сократить сроки лечения [8, 12].

Хирургическую помощь может оказывать либо врач-пародонтолог по принципу выделения фиксированных операционных дней, либо специально подготовленный врач-стоматолог-хирург, владеющий всеми видами оперативных вмешательств на пародонте.

Врач-стоматолог-ортопед, привлечённый к работе с пациентами с заболеваниями пародонта, должен не только владеть методами восстановительного протезирования, но и уметь нормализовать окклюзию и артикуляцию, устранять парафункции и травматические ситуации. При разборе сложных клинических случаев организуется консилиум с одновремен-

ным привлечением стоматологов терапевтического, хирургического и ортопедического профиля, при необходимости приглашают физиотерапевта и рентгенолога [3, 6].

Много времени врач-пародонтолог уделяет осмотру первичных и находящихся под активным наблюдением больных. Врач проводит подробное обследование больного с определением пародонтальных индексов (РМА, PI), индексов гигиены, пародонтологического статуса (глубина пародонтальных карманов, степень подвижности зубов и т.д.), направляет больного на консультацию к врачу-терапевту и другим специалистам (клинический анализ крови, анализ крови на содержание глюкозы и др.), рентгенологическое исследование челюстей. После обследования больного врач ставит окончательный диагноз и намечает план лечения. В это же посещение в определённом объёме проводят лечебные манипуляции (удаление зубных отложений, антисептическая обработка полости рта, обучение гигиеническим навыкам и контролю за правильной чисткой зубов, избирательное шлифование зубов и др.). Все полученные данные должны быть отражены в истории болезни и диспансерной карте пациента [8].

Весьма важным при организации специализированной пародонтологической помощи является комплексный подход к обследованию и лечению больных. Принцип комплексности лечения включает ряд воздействий местного и общего характера: коррекцию окклюзионных и артикуляционных дефектов, восстановление функции органов и тканей челюстно-лицевой области, устранение пародонтальных карманов и костных дефектов хирургическим путём, использование средств патогенетического лечения и физиотерапии [4, 6].

При излечении больных гингивитом, лёгкими формами пародонтита и достижении ремиссии при среднем и тяжёлом пародонтите они передаются от врача-пародонтолога участково-

му врачу-стоматологу-терапевту для дальнейшего активного наблюдения (диспансеризации) 2 раза в год.

Диспансеризации у врача-пародонтолога 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 лёгкой, средней и тяжёлой степени тяжести генерализованного пародонтита и пародонтоза;

в) лица с идиопатическими заболеваниями пародонта, протекающими на фоне общих заболеваний (болезни крови, эндокринные заболевания и др.).

Выделяют два этапа в организации активного наблюдения больных:

1. отбор для активного наблюдения;
2. проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий.

Согласно существующим законодательным актам, определяются следующие диспансерные группы:

I – здоровые (Д) – 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, генерализо-

ваным пародонтитом и пародонтозом различных степеней развития, тяжести и характера течения.

Обслуживание каждой из групп имеет свои особенности:

Группу Д, осматривают 1 раз в год. При осмотре вручают индивидуальный листок рекомендаций по индивидуальной 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 шлифование 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 месяцев (при обострении – терапия проводится по обращаемости). При наступлении ремиссии больных из подгруппы активного лечения переводят в подгруппу наблюдения. При значительном улучшении и стабилизации процесса в течение года больных переводят в группу Д2.

При генерализованном пародонтите лёгкой и средней степени тяжести (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 Д2.

При генерализованном пародонтите тяжёлой степени (Д3) курсы лечения проводят 3–4 раза в год. Лишь при ремиссии в течение 2-х лет больных переводят во 2-ю подгруппу. При стабилизации патологического процесса в течение более 3-х лет больных переводят в группу Д2, а профилактическое лечение проводится 1 раз в год.

На втором этапе активного наблюдения выделяют две группы больных: получающих активное лечение и находящихся под наблюдением.

Результаты активного наблюдения больных оценивают спустя 2–3 года от начала его проведения. Анализ работы проводят с учётом количественных и качественных показателей.

Контрольные вызовы пациентов преследуют следующие цели:

- 1) наблюдение за динамикой процесса;
- 2) корригирующее лечение;
- 3) профилактические мероприятия;
- 4) советы по рациональной гигиене полости рта;
- 5) рекомендации по специальной диете.

Опыт показывает, что необходимость в поддерживающих курсах лечения в первый год диспансерного наблюдения возникает у всех больных, во второй год в них нуждаются $\frac{2}{3}$ больных, в третий год – $\frac{1}{3}$ наблюдаемых лиц, а в четвёртый год – отдельные лица. Причём объём вмешательства с каждым повторным курсом всё более суживается, и для проведения таких курсов требуется всё меньшее количество времени.

Больной может быть снят с диспансерного учёта при условии, если у него наступила стойкая стабилизация процесса, и в течение 2-х лет не было ни одного обострения, а рентгенологически не наблюдается прогрессирования деструктивных процессов в тканях челюстей.

Во время проведения диспансеризации, как правило, наблюдается отсев некоторой части взятых на учёт пациентов. Подобное явление связано с недостаточностью проводимой среди больных разъяснительной работы о последствиях патологии пародонта без должного лечения [1, 10].

При хорошо налаженной диспансерной работе, при правильном отборе контингента для диспансеризации можно успешно предотвратить появление тяжёлых развившихся форм болезни, приводящих к необратимой потере опорных структур, нарушению жевательной функции зубов и целому ряду неблагоприятных сдвигов со стороны общего состояния организма. Кроме того, в рамках диспансеризации можно успешно решить проблему профилактики начальной стадии поражения пародонта [3, 11].

Правильно организованная работа по активному наблюдению больных с заболеваниями пародонта позволяет добиться значительного успеха в лечении и профилактике этой патологии, обеспечить функциональную полноценность органов и тканей челюстно-лицевой области, нормальное физиологическое состояние полости рта, устранить очаги хронической инфекции.

Оснащение и оборудование пародонтологического кабинета для диспансеризации пациентов стоматологического профиля

Наиболее приемлема в настоящее время форма организации пародонтологического подразделения в рамках кабинета при стоматологической поликлинике.

Оборудование и оснащение пародонтологического кабинета должно обеспечивать проведение всех диагностических и лечебных мероприятий на современном уровне развития стоматологической науки и включать:

- 1) стоматологическую установку;
- 2) вакуумный аппарат;

- 3) ультразвуковой аппарат и набор инструментов для удаления твёрдых зубных отложений;
- 4) аппарат электроодонтометрии;
- 5) термометр типа ТПМ;
- 6) шприцы-пульверизаторы для гидромассажа и орошения полости рта;
- 7) стоматоскоп;
- 8) микроскоп и предметные стекла для цитологического и бактериологического исследования, определения фагоцитарной активности лейкоцитов;
- 9) набор реактивов для функциональных проб;
- 10) одноразовые шприцы и тонкие иглы для внутри- и подслизистых инъекций;
- 11) прибор рН-метр или индикаторные полоски для определения рН слюны;
- 12) набор инструментов для забора биопсийного материала;
- 13) инструменты для кюретажа;
- 14) миллиамперметр;
- 15) криозонд или аппарат криогенный универсальный;
- 16) аппарат для вибрационного вакуум-компрессионного массажа;
- 17) шприцы с затупленным концом иглы для введения лечебных паст и смесей;
- 18) зонды пародонтальные градуированные для измерения глубины зубодесневых карманов;
- 19) набор медикаментов (защитные повязки и плёнки) для консервативной терапии болезней пародонта;
- 20) средства для окрашивания зубного налета (2% раствор фуксина или таблетки для индикации зубного налёта, раствор Шиллера-Писарева);

21) набор инструментов для хирургического лечения болезней пародонта (ножницы, скальпели, кюреты, экскаваторы);

22) лиофилизированная кость, хрящ и другие материалы для остеопластики;

23) анестетики для аппликационной, инъекционной анестезии, безыгольный инъектор;

24) пластмасса холодной полимеризации – для шинирования зубов;

25) восковые пластинки, силиконовая окклюзионная оттисковая масса для контроля окклюзионных соотношений;

26) набор алмазных боров и фасонных головок для коррекции окклюзии, щётки для полировки корня зуба после кюретажа;

27) аппарат для электрофореза гепарина, фтора, рибонуклеазы и др.;

28) пластырь для проведения аллергологических проб;

29) средства для гигиенических полосканий и орошений полости рта;

30) набор медикаментов для оказания неотложной помощи;

31) стенд с иллюстрациями средств и методов гигиены полости рта при болезнях пародонта;

32) видеозаписи лекций и бесед для пациентов;

33) набор гигиенических средств (паст, щёток, флоссов, эликсиров) для обучения навыкам ухода за полостью рта.

Перечисленный комплект оснащения пародонтологического подразделения является лишь ориентировочным и может быть дополнен и изменён в зависимости от условий и объёма проводимых лечебно-профилактических мероприятий и масштаба специализированной помощи.

Правильная организация и чёткая работа пародонтологического подразделения способствует повышению эффективно-

сти одного из важных разделов специализированной стоматологической помощи.

**Документация при проведении диспансеризации
пациентов стоматологического профиля**

На каждого больного с патологией пародонта, состоящего на диспансерном учёте, заводят два основных медицинских документа:

1. Амбулаторная история болезни стоматологического больного (форма № 043у). В неё вносят все материалы первичного осмотра и последующего наблюдения за больным, результаты рентгенологического и лабораторных исследований. В этой же карте подробно освещают 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 специализированной 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. Карта позволяет отразить все сведения о больном, включает консультации других специалистов и даёт возможность отражать 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 маркировать цветными метками, чтобы легче отыскивать карты больных, принадлежащих к этой группе. Контрольные карты не заменяют истории болез-

ни, они необходимы лишь для выявления периодичности вызовов больного к врачу.

Контрольные карты собирают по диспансерным группам и хранят в специальной картотеке, 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 приём в следующем месяце. Не явившиеся в назначенный срок больные вызываются повторно. В настоящее время современные компьютерные технологии позволяют значительно упростить все этапы рутинной работы для медперсонала [8].

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.

Отчётная форма ведётся врачом-пародонтологом ежедневно. В конце месяца, после выведения суммарных показателей, она передаётся заведующему отделением.

Качественные показатели диспансерной работы с пациентами стоматологического профиля

О качестве проводимой диспансерной работы можно судить по следующим показателям:

1. Степень охвата диспансеризацией. Показатель выводится из общего числа зарегистрированных поликлиникой больных с патологией пародонта, взятых на диспансерный учёт. Этот

показатель лучше анализировать в зависимости от стадии развития патологического процесса в пародонте, так как процент охвата диспансеризацией различен у больных с разной степенью выраженности процесса. Например, если для лёгкой степени тяжести течения он обычно должен составлять 100%, то для средней степени тяжести он снижается до 70%, а для тяжёлой степени – становится совсем низким и равен 10–20%. Это связано с особенностями отбора. Обычно выраженность процесса зависит от возраста, состояния здоровья и целого ряда других обстоятельств. Поэтому отбор больных с более выраженной степенью тяжести процесса в пародонте проводится более строго, чем при начальных стадиях.

2. Активность наблюдения. Под ней подразумевается число активных вызовов на одного больного в год. Отношение числа активных вызовов к числу находящихся на диспансерном учёте больных должен колебаться от 1 до 2, причём 1 – самый низкий из возможных показателей, свидетельствующий о том, что каждый больной вызывается 1 раз в году. Это отношение зависит от удельного веса различных диспансерных групп и подгрупп. При преобладании в общем числе больных 3-й и 4-й подгрупп 2-й группы показатель должен быть выше, иногда он превышает цифру 2, если же преобладают лица 1-й диспансерной группы, то показатель снижается.

3. Показатель снятия с учёта. При общем числе лиц в диспансерной группе до 300 человек этот показатель не должен превышать 50 человек в год. Его следует дифференцировать, отдельно указывая лиц, снятых с учёта по поводу стойкой стабилизации процесса в пародонте и лиц, снятых с учёта по возрасту, выбывших из наблюдения по другим причинам.

Профилактические мероприятия у пациентов стоматологического профиля

Профилактика – это комплекс государственных, коллективных, индивидуальных мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, выявление их ранних проявлений и сохранение здоровья человека. Отсутствие профилактических мероприятий и квалифицированной стоматологической помощи ведёт к увеличению потребности в специализированной пародонтологической помощи.

Выделяют три вида профилактики:

- первичную
- вторичную
- третичную

Первичная профилактика ставит задачу сохранить здоровыми ткани пародонта, предупредить воздействие факторов природной и социальной среды, способных вызвать патологические изменения в пародонте, и начинается ещё до рождения ребёнка. Санитарное просвещение по гигиене полости рта, сбалансированное питание, проведение общеукрепляющих оздоровительных мероприятий, профилактика общих заболеваний составляют её основу.

Вторичная профилактика направлена на раннее выявление заболеваний пародонта, предупреждение прогрессирования заболевания и развития осложнений. Основу вторичной профилактики составляют систематические осмотры с использованием дополнительных методов исследования, диспансеризация, проведение курсов поддерживающей терапии.

Третичная профилактика или реабилитация пациентов с патологией пародонта предусматривает меры по восстановлению утраченных функций зубов и всей зубочелюстной системы (хирургическое лечение по коррекции зубных дуг, уздечек, тя-

жей, устранение пародонтальных карманов, ортопедические методы – шинирование подвижных зубов и рациональное зубное протезирование имеющих дефектов твёрдых тканей зубов и зубных рядов).

Стоматологическое просвещение населения является одним из основных компонентов любой программы профилактики. Это понятие подразумевает предоставление населению в доступной форме информации о факторах риска и причинах возникновения стоматологических заболеваний, а также об основных методах и средствах их профилактики [9].

Основные направления стоматологического просвещения, проводимого с целью профилактики заболеваний пародонта: информация о факторах риска в возникновении заболеваний пародонта, роли гигиенического ухода за полостью рта и рационального питания, роли вредных привычек в развитии заболеваний пародонта, необходимости регулярных профилактических осмотров у стоматолога (не реже 2 раз в год).

Санитарно-просветительская работа может проводиться различными методами и формами. Это может быть индивидуальная беседа, или групповая, выступление по радио и телевидению. Работа может проводиться в виде уроков гигиены, выпуска санитарных бюллетеней, информационных листов и др. [1, 7].

Таким образом, правильно и грамотно организованная работа по активному диспансерному наблюдению больных с заболеваниями пародонта позволяет добиться значительного успеха в лечении и профилактике этого вида патологии, обеспечить функциональную полноценность зубочелюстной системы, нормальное физиологическое состояние полости рта, устранить очаги хронической инфекции.

Список использованной литературы:

1. Аболмасов, Н. Н. Системный подход к диагностике, комплексному лечению и профилактике заболеваний пародонта (Клинико-генетическое исследование): специальность 14.00.21 «Стоматология»: автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук. – Санкт-Петербург, 2005. – 37 с.

2. Ананьева, Э. Э. Объём диспансерной работы врачей-стоматологов на терапевтическом стоматологическом приёме / Э. Э. Ананьева, В. М. Гринин, З. М. Абаев // Стоматология для всех. – 2012. – № 3. – С. 36–37.

3. Возможности лечения больных хроническим генерализованным пародонтитом в современных условиях / Л. М. Цепов, А. И. Николаев, Н. С. Левченкова [и др.] // Пародонтология. – 2017. – Т. 22, № 2(83). – С. 40–46.

4. Голева, Н. А. Оптимизация лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта у студентов: специальность 14.01.14 «Стоматология»: автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Голева Надежда Александровна. – Смоленск, 2011. – 18 с.

5. Гринин, В. М. Особенности стоматологической диспансеризации лиц, страдающих ревматическими заболеваниями / В. М. Гринин, Л. С. Ковалева // Стоматология. – 2014. – Т. 93, № 4. – С. 68–73.

6. Дзюба, Е. В. Влияние уровня приверженности лечению на эффективность стандартной консервативной терапии воспалительных заболеваний пародонта / Е. В. Дзюба, М. О. Нагаева, Э. Ш. Григорович // Проблемы стоматологии. – 2021. – Т. 17, № 4. – С. 76–81.

7. Изучение приверженности пациентов стоматологической клиники к соблюдению профилактических мероприятий

в полости рта / Т. В. Кудрявцева, В. В. Тачалов, Е. С. Лобода [и др.]. – DOI 10.33925/1683-3759-2019-24-2-167-172 // Пародонтология. – 2019. – Т. 24, № 2. – С. 167–172.

8. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе Пародонтит. Утверждены Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 23 апреля 2013 года с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 15 Ассоциации Совета и общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года. Актуализированы 2 августа 2018 года // e-stomatology: [сайт]. – URL: <https://e-stomatology.ru/director/protokols/> (дата обращения: 02.12.2023).

9. Контроль назначений врача и повышение приверженности пациента к лечению заболеваний пародонта. Оценка эффективности / В. В. Мирошниченко, Н. К. Салимова, Н. А. Каммерцель, Е. Е. Чалкова. – DOI 10.18481/2077-7566-2023-19-2-68-72 // Проблемы стоматологии. – 2023. – Т. 19, № 2. – С. 68–72.

10. Пародонтит. XXI век: Руководство для врачей / К. Г. Гуревич, Л. А. Дмитриева, Л. М. Теблосева [и др.]; Под редакцией О. О. Янушевича, Л. А. Дмитриевой, З. Э. Ревазовой. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 480 с. – ISBN 978-5-9704-3977-7.

11. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта: учебное пособие / А. И. Абдурахманов [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 80 с. – ISBN 978-5-9704-3452-9.

12. Царинский, М. М. Результаты диспансеризации больных с патологией ротовой полости / М. М. Царинский, А. В. Прусаченко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006. – № 5-6. – С. 97–98.

Глава 3. ПОСТУРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Диагностика и лечение аномалий окклюзии и деформаций зубных рядов у взрослых пациентов в клинике ортопедической стоматологии, как правило, не вызывает затруднений у врача-стоматолога. Однако при соблюдении всех правил лечения аномалий окклюзии и деформаций зубных рядов, в некоторых клинических случаях, неудовлетворительные результаты ортодонтического и ортопедического лечения, его длительность, осложнения и рецидивы аномалий окклюзии и деформаций зубных рядов наводят врача-стоматолога-ортопеда и врача-ортодонта на ряд размышлений о причинах этих рецидивов, необходимости их профилактики и лечения.

3.1. Диспансерное наблюдение взрослых пациентов с аномалиями и деформациями зубных рядов, осложнённых дисфункцией опорно-двигательного аппарата

Правильно подготовить полость рта к лечению деформаций зубного ряда в связи с потерей зубов и провести рациональное лечение может лишь врач-стоматолог, хорошо знакомый с механизмом образования деформаций зубного ряда и состоянием зубных и околозубных тканей, при их различных формах. Вследствие этого изучение наиболее часто встречающихся зубных деформаций в результате адентии имеет не только те-

оретическое, но и практическое значение. Причинами деформаций являются: дефекты зубных дуг, заболевания пародонта, челюстные травмы, парафункции и др.

Проблема заключается в том, что стоматологические вмешательства, в частности протезирование или пломбирование зубов, направленные на формирование правильных окклюзионных взаимоотношений, а также ортодонтическое лечение, проводятся без учёта постурологических аспектов при лечении нарушений окклюзии. Работами ряда исследователей доказана взаимосвязь нарушений окклюзии зубных рядов и осанки [15, 17, 25, 27].

Дело в том, что пациенты в клинике ортопедической стоматологии при обследовании и лечении находятся в стоматологическом кресле в положении полулёжа. При этом голова фиксирована подголовником, и позвоночник поддерживает спинка кресла, шея, спина расслаблены и опорно-двигательный аппарат (ОДА) не поддерживает равновесие тела. Когда же пациент садится на стул без поддержки спины и головы, а тем более встаёт на ноги, в действие вступают постурологические факторы удержания равновесия тела. Эти факторы могут провоцировать развитие клинических проявлений аномалий окклюзии зубных рядов у пациентов с нарушениями положения тела в пространстве – постуры.

Врачу-стоматологу в клинике ортопедической стоматологии сложно разобраться, каковы на самом деле причины возникающих рецидивов нарушений окклюзии после стоматологического лечения у пациентов с нарушениями осанки. Какие формы нарушений ОДА формируют рецидивы окклюзионных нарушений? Может ли измениться биомеханика движений нижней челюсти во время открывания рта при различных функциональных состояниях позвоночника? Как оценить эффективность стоматологического вмешательства на основании

диагностики и лечения нарушений ОДА? Что явилось причиной: структурные изменения в краниальном отделе, дисбаланс в челюстно-лицевой области, в частности – функция жевательных мышц, либо нарушения ОДА пациента?

Для изучения проблемы нами было обследовано 175 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет, которым за период с 2008 по 2012 годы в клинике ортопедической стоматологии Иркутского государственного медицинского университета (ИГМУ) было проведено ортодонтическое лечение окклюзионных нарушений зубных рядов с последующим изучением отдалённых результатов в течение пяти лет. Среди всех обследованных пациентов у 38 человек (21,71%) выявлены признаки рецидивов аномалии окклюзии зубных рядов (табл. 3.1).

Таблица 3.1

**Клиническая характеристика окклюзионных нарушений
обследуемых пациентов до начала ортодонтического
лечения и рецидивов окклюзионных нарушений
обследуемых пациентов с катамнезом пять лет и более
после ортодонтического лечения**

Преимущественное направление ОН	Форма аномалии окклюзии					
	n=175			n=38		
	ГФ	СФ	ЗАФ	ГФ	СФ	ЗАФ
Сагиттальное	8	24	65	8	8	2
Трансверзальное	12	16	38	12	7	1
Вертикальное	3	-	9	-	-	-
Всего:	23	40	112	20	15	3

Примечание: ОН – окклюзионные нарушения; ГФ – гнатическая форма; СФ – суставная форма; ЗАФ – зубоальвеолярная форма.

Выполнено визуальное изучение окклюзионных контактов зубов в положении центральной, передней, боковых, а также динамической окклюзии при движении нижней челюсти в трёх взаимно перпендикулярных направлениях. Пациенты были сгруппированы по наличию выявленных рецидивов нарушений окклюзии зубных рядов как сочетанных – по основным направлениям: сагиттальному, трансверзальному и вертикальному, так и комбинированных.

Оценку параметров функции ОДА проводили по методике, предусматривающей осмотр пациента в положении стоя, когда вступают в действие силы земного притяжения – гравитация, что позволяет оценить функцию постуральной системы – формирование позы [12, 21]. Расположение анатомических ориентиров головы, тела, ног и свода стоп пациентов выявляли относительно референтной линии – вертикальной оси тела во фронтальной (смещение), сагиттальной (смещение) и горизонтальной плоскостях (ротация). Оценивали парные анатомические ориентиры тела, соединенные линиями.

Для анализа причин, приводящих к неудовлетворительным результатам в анамнезе пациентов, по предложению врачей-неврологов обследовали пациентов (38 человек) с признаками рецидивов окклюзионных нарушений зубных рядов во время функциональной нагрузки на позвоночник и стопы.

Обследование пациентов проводилось в 3-х основных положениях: в положении полулёжа с поддержкой головы и спины в стоматологическом кресле, такое положение тела пациента мы характеризуем как положение функционального или физиологического покоя позвоночника; в положении сидя на стуле без поддержки спины и головы – положение функциональной нагрузки на позвоночник; в положении стоя – положение функциональной нагрузки на позвоночник и стопы.

В этих 3-х положениях оценивается один из динамических признаков нарушения траектории движения нижней челюсти при открывании рта – девиация вершины подбородка в сторону от срединной линии лица. Оценку полученных данных осуществляли с помощью статистических методов дисперсионного и корреляционного анализа, определяли критерии Фишера и Стьюдента.

Для определения влияния сочетаний нарушений окклюзии зубных рядов по основным направлениям на форму окклюзионных нарушений проведён дисперсионный анализ их клинических характеристик у пациентов до начала лечения и у пациентов с неудовлетворительным анамнезом. Анализируя полученные данные и используя критерий Фишера, при уровне значимости 5%, были получены следующие результаты.

Для пациентов, обследованных до начала ортодонтического лечения, статистика не выявила существенной значимости по направлению или по форме окклюзионных нарушений. Оба эти показателя оказались статистически незначимыми, значимость показателя $p=0,258$. В то же время, для пациентов с неудовлетворительным анамнезом статистическая значимость определяется формой окклюзионных нарушений (гнатическая и суставная) и составляет $p=0,034$. Критерий Фишера равен 12,72, что явно больше критической точки – 9,55. Таким образом, гипотеза о незначимости влияния фактора формы аномалии окклюзии отклоняется, и с надёжностью 95% можно утверждать о важности такого фактора, как форма аномалии окклюзии зубных рядов у людей с неудовлетворительным анамнезом.

У 92,10% лиц с неудовлетворительным анамнезом (38 человек) выявлены выраженные сочетанные нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) в виде сколиоза позвоночника, плоскостопия и деформации черепа (табл. 3.2).

Таблица 3.2

**Результаты клинического осмотра пациентов
с катамнезом пять и более лет**

Плоскость, в которой обнаружены изменения ОДА		Обследованные пациенты, n=175									
		НК, n=38					УК, n=137				
		ДКЧ	СК	ДКТ	ПЛ	СД	ДКЧ	СК	ДКТ	ПЛ	СД
Сагит- тальная	ВФ	14	12	10	12	10	0	0	0	0	0
	НФ	1	1	1	2	1	5	7	8	8	9
Фрон- тальная	ВФ	10	14	11	7	10	0	0	0	0	0
	НФ	0	2	7	1	2	12	22	14	16	0
Горизон- тальная	ВФ	11	9	14	16	15	0	0	0	0	0
	НФ	2	0	0	0	0	5	0	7	8	5

Примечание: НК – количество пациентов с неудовлетворительным катамнезом; УК – количество пациентов с удовлетворительным катамнезом; ДКЧ – дисфункция костей черепа; СК – сколиоз; ДКТ – дисфункция костей таза; ПЛ – плоскостопие; СД – сочетанная форма дисфункции; ВФ – выраженная форма дисфункции; НФ – невыраженная форма дисфункции.

Среди лиц с удовлетворительным катамнезом (137 человек) выявлены следующие нарушения ОДА: плоскостопие – у 32 человек (18,28%); сколиоз – 29 человек (16,57%); деформация костей черепа – у 22 человек (12,57%). Соотношение клинических характеристик ОДА позволяет с уверенностью констатировать, что у пациентов с удовлетворительным катамнезом (УК) частота встречаемости невыраженной формы (НФ) выше дисфункций ОДА, чем у пациентов с неудовлетворительным катамнезом (НК), поэтому невыраженные дис-

функции ОДА у НК более значимы. Следовательно, указанные нарушения не сочетались и были менее выражены.

При сравнении выявленной девиации нижней челюсти у пациентов с неудовлетворительным катамнезом при трёх функциональных состояниях пациентов обнаружены следующие типы биомеханических особенностей траектории её перемещения (табл. 3.3):

I. Девиация нижней челюсти не менялась в положении стоя и сидя, в отличие от девиации, выявленной первоначально в стоматологическом кресле – у 3 человек (7,89%);

II. Девиация нижней челюсти увеличивалась или менялась в противоположную сторону в положении стоя, в отличие от девиации, выявленной первоначально в стоматологическом кресле – у 15 человек (39,47%);

III. Более выраженная девиация нижней челюсти отмечена в положении сидя на стуле в отличие от девиации, выявленной первоначально в стоматологическом кресле – у 20 человек (52,63%).

Таблица 3.3

**Клиническая характеристика изменений ОДА
по группам выявленной девиации нижней челюсти
у пациентов с неудовлетворительным катамнезом**

Нарушения ОДА		Группа по типу реакции		
		I	II	III
Дисфункция костей черепа	Выраженная	0	6	20
	Невыраженная	1	9	0
Сколиоз	Выраженный	0	10	19
	Невыраженный	3	4	1
Дисфункция костей таза	Выраженная	0	15	20
	Невыраженная	0	5	5
Плоскостопие	Выраженное	0	15	1
	Невыраженное	0	0	5
Сочетанные формы	-	0	15	14

Примечание: ОДА – опорно-двигательный аппарат.

Для исследования клинических характеристик изменений ОДА по группам выявленной девиации использован корреляционный анализ и критерий Стьюдента, что позволило оценить зависимость сочетания различной степени выраженности дисфункции ОДА с изменениями траектории перемещения нижней челюсти (девиации) в разных группах пациентов. Были исследованы процентные отношения имеющихся данных. Так, ко II-й группе были отнесены пациенты с дисфункцией костей черепа – 6 человек из 15 (40,00% пациентов), к III-й группе – пациенты с невыраженным плоскостопием – 5 человек из 20 (25,00%) и т. д.

В результате исследований определено, что во II-й группе пациентов выявлена высокая обратная корреляция между наличием дисфункции костей черепа и выраженным плоскостопием (коэффициент корреляции равен 0,9998), т. е. чем больше у человека выражено плоскостопие, тем реже встречается дисфункция костей черепа. В III-й группе пациентов была зафиксирована высокая корреляция между дисфункцией костей таза и дисфункцией в костях черепа (коэффициент корреляции равен 0,998), т. е. чем чаще выявляется у пациентов выраженные дисфункции в костях черепа, тем чаще обнаруживаются выраженные дисфункции в костях таза. Высокое значение коэффициента корреляции свидетельствует о существенной зависимости между рассматриваемыми показателями, учитывая критерий Стьюдента при 5% уровне значимости.

В самой немногочисленной I-й группе пациентов (3 человека) выявленная девиация нижней челюсти не менялась во всех перечисленных функциональных состояниях ОДА. У этих пациентов обнаружены признаки частичного рецидива аномалии окклюзии. Отмечена тенденция к смещению нижней челюсти в прежнее положение. Выяснилось, что пациенты после окончания ортодонтического лечения рано перестали пользоваться ретенционными аппаратами и не посещали врача-ортодонта. Этим больным была проведена коррекция окклюзионных соотношений зубных рядов, даны рекомендации по использованию ретенционных ортодонтических устройств, а также по коррекции осанки в клинике мануальной терапии.

Во II-й группе у 15 пациентов было выявлено выраженное и несимметричное плоскостопие на обеих стопах. Известно, что нарушение опорной функции стопы приводит к восходящей патологии ОДА, нарушению постурального тонуса жевательных мышц и кранио-мандибулярной дисфункции [4]. Это яв-

ление, в свою очередь, ведёт к изменению биомеханики движений нижней челюсти, а, следовательно, меняет окклюзию [1, 11, 19]. Поэтому у таких пациентов девиация нижней челюсти усиливалась в положении стоя при выраженном несимметричном плоскостопии. Названную совокупность нарушений, обнаруженную у данной группы больных, мы определяли как восходящую дисфункцию.

Перед началом лечения пациентов второй группы рекомендовано изготовление индивидуальных стелек для коррекции опорной функции стоп и восстановления постурального равновесия тела. После завершения ортодонтического лечения пациенты направлялись к врачам-osteопатам для выравнивания баланса постуральных мышц.

У 20 пациентов III-й группы обнаружены выраженные дисфункции костей черепа и дисфункции таза в виде «скручивания» тазовых костей. В этой группе больных мы определяли нисходящую дисфункцию ОДА.

Первичным было изменение в костях черепа, причем дисфункция черепа проявлялась наружной ротацией височной кости с одной стороны и внутренней ротацией височной кости с другой стороны, которые приводили к сколиозу в шейном и грудном отделах позвоночника, а также сопровождались ротационной дисфункцией костей таза [8, 28].

В положении сидя, при отсутствии поддержки в поясничном и грудном отделах позвоночника, человек, у которого в результате сколиоза нарушен баланс глубоких мышц позвоночного столба, вынужден постоянно поддерживать голову. Напрягаются мышцы шеи – ременная мышца и грудино-ключично-сосцевидная мышца, которые являются антагонистами височных и жевательных мышц, причем тонус этих мышц изменяется [21]. Измененный тонус жевательных мышц приводит к нару-

шению динамических окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, что в конечном итоге приводит к рецидиву аномалии окклюзии [7, 20, 26].

Перед началом ортодонтической коррекции пациенты III-й группы проходили курс мануальной терапии краниального отдела с функциональной проработкой мышц челюстно-лицевой области, шейного, грудного и тазового отделов позвоночника. После окончания ортодонтических и ортопедических стоматологических мероприятий пациенты вновь направлялись в клинику мануальной терапии для закрепления полученных удовлетворительных результатов комплексного лечения нарушений окклюзии зубных рядов.

Таким образом, анализируя вышеприведённые данные, можно сделать следующие выводы:

1. При выраженных и сочетанных формах нарушений ОДА возникают условия для формирования рецидивов нарушения окклюзии зубных рядов после ортодонтического лечения.

2. Необходимо учитывать динамические признаки нарушений биомеханики движений нижней челюсти, что позволяет предупредить формирование рецидивов окклюзионных нарушений зубных рядов.

3. При восходящей форме дисфункции ОДА необходимо перед началом ортодонтического лечения нормализовать опорную функцию стоп и постуральное равновесие.

4. При нисходящей дисфункции ОДА необходимо остеопатическое воздействие на краниальный отдел черепа, челюстно-лицевую область, шейный, грудной и тазовый отделы позвоночника для достижения наиболее эффективного и стабильного результата лечения аномалий окклюзии и деформаций зубных рядов.

3.2. Диспансерное наблюдение пациентов с мышечно-фасциальными болевыми синдромами в клинике ортопедической стоматологии

3.2.1. Частота болевых синдромов у пациентов с нарушением окклюзии

Своевременная диагностика и комплексное лечение одного из наиболее распространенных патологических состояний органов и тканей челюстно-лицевой области, синдрома дисфункции (СД) височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), является актуальной проблемой стоматологии. В подавляющем числе случаев синдром является обычным функциональным суставным нарушением. И обусловлено это нарушение изменениями в мягкотканых элементах: диске и задисковой зоне, капсулярно-связочном аппарате, жевательных мышцах. Окклюзионные нарушения не только могут способствовать возникновению синдрома, но и значительно осложняют его течение [25]. Вместе с тем, рядом авторов [2, 23, 26] подчеркивается взаимосвязь патологических состояний зубочелюстной системы с нарушениями в краниальном и лицевом отделах головы, а также опорно-двигательном аппарате в целом. А. В. Стефаниди (2018) подчеркнуто значение дисфункции мышц челюстно-лицевой области (ЧЛО) в возникновении головной боли (цефалгии) и боли в шее (цервикалгии) [11]. О. В. Котов с соавт. (2020) установили, что при головной боли напряжения (ГБН) источником боли являются напряжённые перикраниальные мышцы, их фасции и сухожилия [5]. В работах А. М. Пузина и А. Я. Вязьмина (2002), А.В. Стефаниди (2018) подчеркнуто влияние нарушений в челюстно-лицевой области на возникновение миофасциального болевого синдрома (МФБС) ВНЧС и отмечена их роль в патогенезе лицевой боли (прозопалгии) [10, 11].

Мягкотканые и костные структуры краниального и челюстно-лицевого отделов головы, шеи и плечевого пояса анатомо-топографически и функционально взаимосвязаны. Поэтому, естественно предположить, что возникновение патологических нарушений этих структур в одной области может влиять на формирование МФБС в соседних областях.

Во время обследования пациентов в клинике ортопедической стоматологии, нами выявлены нарушения и жалобы пациентов на боль в смежных областях головы и шеи. В источниках литературы мы не нашли сведений о связи нарушений окклюзии и возникновения МФБС головы, лица и шеи. Также, учитывая близость плече-лопаточной области, сюда следует включить и МФБС плече-лопаточной области (брахиалгию).

Нами исследована частота выявления боли различной локализации и интенсивности у взрослых пациентов с нарушением окклюзии (аномалиями и деформациями). Исследования проводились у 171 взрослых пациентов (28 мужчин, 97 женщин) с аномалиями и деформациями прикуса в возрасте от 18 до 62 лет, которые были обследованы в клинике ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет». Группу сравнения (контроль) составили 92 практически здоровых человека (18 мужчин; 76 женщин) с антропометрическими признаками физиологического прикуса.

Разработанная нами унифицированная анкета включает блоки вопросов, направленных на выявление: 1) начала заболевания; 2) локализации боли; 3) интенсивности боли по 10-ти бальной шкале; 4) выяснение условий возникновения, уточнения времени возникновения и усиления боли, а также – что уменьшает боль в челюстно-лицевой области, голове и опорно-двигательном аппарате в целом.

Факторы риска определяли по вопросам: 1) наличия заболеваний лор-органов; 2) родовой травмы; 3) травмы челюстно-лицевой области; 4) поперечного или продольного плоскостопия; 5) экстракции зубов; 5) вредных привычек; 6) симметрии жевания. Результаты исследования представлены в виде таблиц и диаграмм.

Внешний осмотр начинали с оценки пропорций и симметрии лица в передней плоскости и профиля лица в боковой плоскости. Исследовали болезненность мышц: височных, жевательных, надподъязычных, подподъязычных, медиальных крыловидных, латеральных крыловидных (справа и слева), изучали степень открывания рта. Прослушивали и пальпировали посторонние шумы в области ВНЧС при открывании рта справа и слева. Выявляли характер девиации нижней челюсти и девиацию языка. Исследование мышц челюстно-лицевой области, мышц шеи и верхнего плечевого пояса проводили с помощью методик, описанных в работах А. М. Пузина и А. Я. Вязьмина (2002), Дж. Г. Трэвелл и Д. Г. Симонс (2005) [10, 14].

Характер смыкания зубных рядов изучали непосредственно в полости рта больного, и с помощью универсального артикулятора «Гнатомат» на диагностических гипсовых моделях челюстей. Анализ окклюзионных взаимоотношений зубов проводили в положении центральной, передней, боковых и динамической окклюзиях. Изучение биомеханики движений нижней челюсти проводили по трём взаимно перпендикулярным направлениям, поэтому выявляемые аномалии и деформации прикуса мы группировали как сагиттальные, трансверзальные и вертикальные. В каждой группе диагностировали как самостоятельные формы нарушения прикуса, так и сочетающиеся с другими аномалиями и деформациями органов и тканей челюстно-лицевой области.

У пациентов в исследуемых группах оценивали состояние осанки. Нарушения осанки определяли в передней и боковой плоскостях. При осмотре определяли фронтальную и сагиттальную девиацию тела относительно центра давления. Оценивали положение головы, симметричность анатомических ориентиров лица, плечевого и тазового пояса, а также – распределение давления на стопы.

Для уточнения диагноза пациентам первой группы проводили рентгенографическое исследование ВНЧС справа и слева (укладка по Шуллеру), телерентгенографическое исследование головы в трёх проекциях и ортопантомографическое исследование челюстно-лицевой области.

Обследование пациентов с МФБС проводилось на базе курса мануальной терапии кафедры медицинской реабилитации ГБОУ ВПО ИГМАПО в клинике «Гармония» по методике А. В. Стефаниди (2018) [13].

Больные с аномалиями и деформациями прикуса (171 человек) предъявляли жалобы (рис. 3.1) на неправильное положение зубов, непривлекательную улыбку, нарушение формы лица, некрасивую мимику – 83 (48,54%); затруднение при откусывании пищи и её жевании – 59 (34,50%); кровоточивость дёсен и подвижность зубов – 48 (28,07%).

Из общей группы пациентов (171 человек) с нарушениями прикуса – 94 человека (54,97%) составили больные, предъявлявшие жалобы на неблагополучие в области ВНЧС. Боль в области ВНЧС – 82 (47,38%); боль в жевательных мышцах – 63 (36,84 %); посторонние шумы в области ВНЧС – 92 (53,80%); ограничение открывания рта – 42 (24,56%); ночное скрежетание зубами – 12 (7,02%).

Вместе с тем, следует отметить, что из 92 человек (рис. 3.2) в контрольной группе, не имеющих нарушений прикуса, 6 чело-

век также предъявляли жалобы на неблагополучие в челюстно-лицевой области. Боль в области ВНЧС – 6 (6,52%) человек, щелчки в области ВНЧС – 6 (6,52%) человек, боль в жевательных мышцах – 6 (6,54%) человек, ограничение открывания рта – 1 человек, ночное скрежетание зубами – 1 человек. В то же время, 86 человек не предъявляли жалоб на проблемы в челюстно-лицевой области.

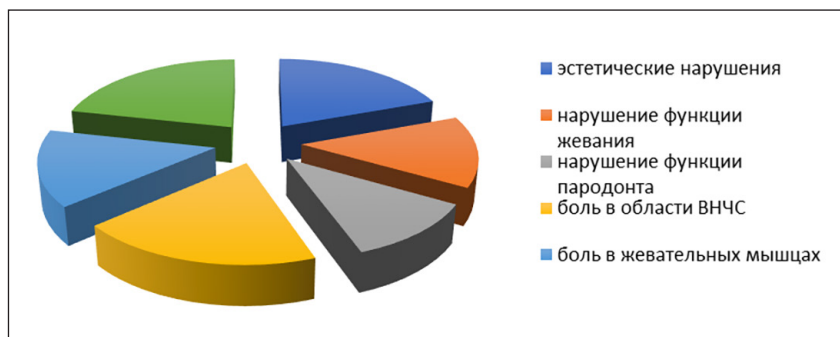


Рис. 3.1. Структура жалоб в ЧЛО пациентов с нарушением прикуса.

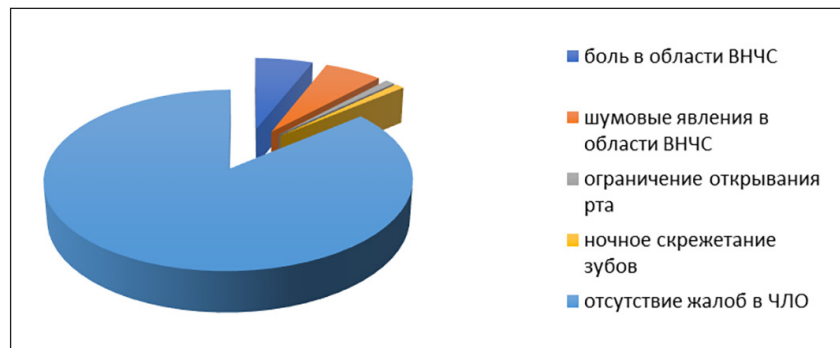


Рис. 3.2. Структура жалоб на неблагополучие в ЧЛО пациентов с физиологическим прикусом.

Таким образом, в структуре основных жалоб в челюстно-лицевой области исследуемых групп пациентов (рис. 3.1 и 3.2) большой удельный вес занимают жалобы на боль.

Жалобы на боль в других отделах головы и опорного – двигательного аппарата выявлены при анализе данных унифицированной анкеты (табл. 3.4).

Таблица 3.4

**Частота болевых синдромов в зависимости
от состояния прикуса**

Пациенты	Болевой синдром, абс. (%)			
	Цефал- гия	Прозо- палгия	Церви- калгия	Брахио- алгия
С нарушением прикуса (n=171)	99 (62,97%)	81 (47,37%)	63 (36,84%)	31 (18,26%)
С физиологическим прикусом (n=92)	23 (25,00%)	21 (22,82%)	18 (19,56%)	12 (13,04%)

В проведенном нами статистическом исследовании на достоверность полученных данных сравнивали две выборки значений – у пациентов с нарушенным прикусом и у пациентов с физиологическим прикусом. Для этого, по каждому болевому синдрому – цефалгия, прозопалгия, цервикалгия и брахиалгия, была проверена гипотеза о статистической незначимости полученных данных. Для проверки использован критерий Стьюдента на 5% уровне значимости. В этом критерии наблюдаемые значения $t_{\text{н}} = \frac{p_1 - p_2}{s_{p_1 - p_2}}$ (где p_1 и p_2 - соответствующие оценки частоты рассматриваемого синдрома по двум выборкам, $s_{p_1 - p_2}$ – среднее квадратическое отклонение разности выборочных оценок) мы сравнивали с критическим значением $t_{\text{кр}} = (0,05; 171; 92) = 1,96$, найденным из специальных таблиц

критерия для данных выборок. Результаты наблюдений приведены в табл. 3.5.

Таблица 3.5

Пациенты	Болевой синдром, абс. (%)			
	Цефалгия	Прозопалгия	Цервикалгия	Брахиоалгия
С нарушением прикуса (n=171)	99 (62,97%)	81 (47,37%)	63 (36,84%)	31 (18,26%)
С физиологическим прикусом (n=92)	23 (25,00%)	21 (22,82%)	18 (19,56%)	12 (13,04%)

Из табл. 3.5 видно, что при цефалгии, прозопалгии и цервикалгии имеется достаточно большое наблюдаемое значение t_n , т. е. $t_n > t_{кр} = 1,96$. Таким образом, в первых трёх группах (цефалгия, прозопалгия и цервикалгия) наблюдаемые значения критерия больше критического, поэтому основную гипотезу о незначимости полученных данных нужно отвергнуть. С надёжностью 95% можно достоверно утверждать, что полученные результаты значений по частоте синдромов имеют существенные различия. Однако, на примере брахиалгии, это различие является статистически незначимым, так как $t_n = 1,06 < t_{кр} = 1,96$.

Мы построили доверительные интервалы разности частоты по болевым синдромам (95% надёжности) по формуле:

$$\hat{p}_1 - \hat{p}_2 - t_{кр} \cdot s_{\hat{p}_1 - \hat{p}_2} < p_1 - p_2 < \hat{p}_1 - \hat{p}_2 + t_{кр} s_{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}$$

Полученные интервалы занесены в табл. 3.6.

Таблица 3.6

**Доверительные интервалы разности
частоты болевых синдромов**

	Цефалгия	Прозопалгия
$p_1 - p_2$	$0,2035 < p_1 - p_2 < 0,4543$	$0,1220 < p_1 - p_2 < 0,3689$
Процентная разность	от 20,35% до 45,43%	от 12,20% до 36,89%
	Цервикалгия	Брахиалгия
$p_1 - p_2$	$0,0571 < p_1 - p_2 < 0,2884$	$-0,043 < p_1 - p_2 < 0,1449$
Процентная разность	от 5,7% до 28,84%	до 14,49%

Как видно из табл. 3.6, доверительные интервалы разности частот при цефалгии, прозопалгии и цервикалгии не содержат нуля, следовательно, мы подтверждаем свои исследования на 95% уровне, т.е. различия между частотами по этим синдромам статистически значимы и высоко достоверны. Только разность частоты при брахиалгии содержит в своем интервале ноль, что свидетельствует о её статистической незначимости.

Следует отметить, что пациенты с нарушением прикуса отмечали боль не только в одной области (табл. 3.7). Нередко пациенты отмечали сочетание головной боли с лицевой; головной и шейной; головной, шейной и болью в области плечевого пояса.

Таблица 3.7

**Частота болевых синдромов при сочетании
в смежных областях**

Болевой синдром		Пациенты, абс. (%)	
		НП	ФП
Боль в одной области	Цефалгия	19 (11,11%)	18 (19,56%)
	Прозопалгия	6 (3,50%)	1 (1,084%)
	Цервикалгия	17 (9,94%)	7 (7,604%)
	Брахиалгия	26 (15,20%)	4 (4,34%)
Сочетание областей	Цефалгии и прозопалгии	18 (10,52%)	1 (1,08%)
	Цефалгии и цервикалгии	26 (15,20%)	2 (2,17%)
	Цефалгии, цервикалгии и брахиалгии	26 (15,20%)	2 (2,17%)

Примечание: НП – пациенты с нарушением прикуса (аномалиями и деформациями); ФП – пациенты с физиологическим прикусом.

Эти данные свидетельствуют о том, что нарушения в зубочелюстном комплексе оказывают существенное влияние на формирование МФБС в смежных областях.

В таблице 3.8 показан средний балл оценки интенсивности и периодичности болей в смежных областях пациентов с нарушением прикуса и пациентов с физиологическим прикусом. Интенсивность боли пациенты оценивали по визуально-аналоговой 10-ти балльной шкале. Оценочная шкала нами разделена следующим образом: от 1 до 3 – незначительная выраженность боли; от 4 до 7 – умеренно выраженная; от 8 до 10 – выраженная. Следует отметить, что постоянные головные боли испытывали лишь 4 пациента с нарушением прикуса, а один раз в неделю – 1 пациент с нарушением прикуса.

Таблица 3.8

**Интенсивность и периодичность болевых синдромов
в смежных областях**

Болевой синдром	Пациенты			
	НП		ФП	
	И	Периодичность	И	Периодичность
Цефалгия	6	1-2 в мес. (14 из 19)	2	1 в год (12 из 18)
Прозопалгия	1	2-3 в год	1	1 в год
Цервикалгия	5	1-2 в год (15 из 17)	2	2-3 в год (4 из 7)
Брахиалгия	1	2-3 в год (18 из 26)	1	2-3 в год (18 из 26)
Цефалгия и прозопалгия	5	2-3 в год (12 из 18)	1	1 в год
Цефалгия и прозопалгия	3	2-3 в год (18 из 26)	1	1 в год
Цефалгия, цервикалгия и брахиалгия	2	2-3 в год (16 из 26)	1	1 в год

Примечание: НП – пациенты с нарушением прикуса (аномалиями и деформациями); ФП – пациенты с физиологическим прикусом; И – интенсивность; П – периодичность.

Таким образом, как видно из таблицы 3.8, интенсивность МФБС больше выражена у пациентов с аномалиями и деформациями прикуса. Периодичность возникновения МФБС у этих пациентов также более частая. **В данной связи можно сделать следующие выводы:**

1. Мышечно-фасциальные синдромы: цефалгия, прозопалгия и цервикалгия встречаются достоверно чаще у пациентов с патологией прикуса, чем у пациентов с физиологическим прикусом.

2. Нарушения в зубочелюстном комплексе оказывают существенное влияние на формирование МФБС в смежных областях.

3. Интенсивность МФБС больше выражена у пациентов с аномалиями и деформациями прикуса и периодичность возникновения МФБС у этих пациентов также – более частая.

3.2.2. Локализация мышечно-фасциальный боли у взрослых с аномалиями и деформациями окклюзии

«Височно-нижнечелюстной сустав является центром равновесия всего организма человека», поэтому смещение нижней челюсти приводит к нарушению равновесия головы и всего опорно-двигательного аппарата [24]. При появлении дополнительных неблагоприятных факторов, например, нарушений окклюзии, стресса и др., длительно существующее нарушение равновесия может явиться причиной развития миофасциальной болевой дисфункции сустава. Одним из ведущих симптомов синдрома дисфункции ВНЧС является миофасциальная боль [13]. «Миофасциальные боли» в челюстно-лицевой области значительно понижают качество жизни человека [14, 29]. Установлена корреляционная зависимость между интенсивностью проявления клинической дисфункции ВНЧС и симптомами окклюзионных нарушений [3, 22].

Вместе с тем, в литературе отсутствуют сведения о влиянии окклюзионных взаимоотношений зубных рядов на локализацию и формирование мышечно-фасциальной боли у пациентов с нарушением прикуса.

Мы выявили локализацию мышечно-фасциальной боли у взрослых пациентов в зависимости от вида аномалии или деформации прикуса.

Исследование проводилось у 171 взрослых пациентов (28 мужчин; 97 женщин) с аномалиями и деформациями прикуса в возрасте от 18 до 62 лет, которые были обследованы в клинике ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет».

Нами разработана унифицированная анкета, которая включала блоки вопросов, направленных на выявление локализации боли. Полученные данные обработаны стандартными параметрическими методами с использованием парного и группового критерия Стьюдента. Для подсчёта коэффициента корреляции использовался пакет прикладных программ Microsoft Excel. Результаты исследования представлены в виде таблиц. Исследование мышц челюстно-лицевой области и шеи проводили с помощью методик, описанных в работе А. М. Пузина и А. Я. Вязьмина (2002) [10].

Характер смыкания зубных рядов изучали непосредственно в полости рта больного и с помощью универсального артикулятора «Гнатомат» на диагностических гипсовых моделях челюстей. Анализ окклюзионных взаимоотношений зубов проводили в положении центральной, передней, боковых и динамической окклюзиях. Изучение биомеханики движений нижней челюсти проводились по трём взаимно перпендикулярным направлениям. Поэтому выявляемые аномалии и деформации прикуса мы группировали как сагиттальные, трансверзальные и вертикальные. В каждой группе диагностировались как самостоятельные формы нарушения прикуса, так и сочетающиеся с другими аномалиями и деформациями зубочелюстного комплекса.

Из общей группы пациентов (171 человек) с нарушениями прикуса нами выявлены жалобы пациентов на проявления боли в различных группах мышц челюстно-лицевой области и шеи (табл. 3.9).

Таблица 3.9

**Проявления боли в мышцах челюстно-лицевой области
и шеи у пациентов с аномалиями
или деформациями прикуса**

Мышцы:		Аномалии и деформации прикуса (n=171)			
		Сагитталь- ные (62 чел.)		Трансвер- зальные (64 чел.)	Верти- кальные (45 чел.)
		М	Д		
Височные	одна	-	14	40	8
	обе	8	-	-	12
Жевательные	одна	2	-	14	2
	обе	2	6	-	9
Медиальные кры- ловидные	одна	-	11	14	2
	обе	-	-	-	4
Латеральные кры- ловидные	одна	-	12	39	-
	обе	-	10	-	2
Надподъязычные	одна	-	16	19	-
	обе	2	-	-	4
Подподъязычные	одна	-	5	4	-
	обе	2	4	-	-

Примечание: М – мезиальная разновидность прикуса; Д – дистальная разновидность прикуса.

У пациентов с мезиальной разновидностью прикуса боль в мышцах с обеих сторон отмечена у 8-ми пациентов (височные), у 2-х (жевательные), у 2-х (надподъязычные) и у 2-х (подподъязычные мышцы). И только у 2-х пациентов проявлялась боль в жевательной мышце с одной стороны.

У пациентов с нарушениями прикуса в дистальном направлении, в основном, боль проявлялась с одной стороны: у 14-ти (височные), 11-ти (медиальные крыловидные), 12-ти (латеральные крыловидные), 16-ти (надподъязычные), 5-ти (подподъязычные). С обеих сторон болезненно реагировали мышцы 6-ти человек — жевательные мышцы, у 10-ти — латеральные крыловидные, у 4-х — подподъязычные. При нарушениях прикуса в трансверзальном направлении нами отмечено одностороннее проявление боли в мышцах у 14-ти человек (жевательных), у 19-ти человек (надподъязычных) и у 4-х (подподъязычных). Причём, если отмечалась боль в височных мышцах с одной стороны (40 человек), то боль в медиальных крыловидных и латеральных крыловидных (у 14-ти и 39-ти человек) отмечалась с противоположной стороны. При нарушениях прикуса в вертикальном направлении боль в мышцах проявлялась в основном с обеих сторон: у 12-ти человек — в височных мышцах, у 9-ти — в жевательных, у 4-х — в медиальных крыловидных, у 2-х — латеральных крыловидных и у 4-х пациентов — в надподъязычных мышцах. Немаловажным является тот факт, что боль в мышцах с одной стороны — у 8-ми обследованных (височные мышцы), у 2-х — жевательные и у 2-х пациентов — медиальные крыловидные, проявлялась с блокирующим положением зубов-антагонистов, с другой стороны.

Таким образом, нами выявлены закономерности локализации мышечно-фасциальной боли у пациентов с нарушениями прикуса.

Для определения корреляционной зависимости мышечно-фасциальной боли от разновидности нарушения прикуса мы определили процентное соотношение жалоб на боль у пациентов с различными аномалиями и деформациями прикуса (табл. 3.10).

Таблица 3.10

**Локализация мышечно-фасциальной боли
у пациентов с различными нарушениями прикуса**

Локализация мышечно-фасциальной боли:	Аномалии и деформации прикуса (171)		
	САД (36%)	ТАД (37%)	ВАД (26%)
Височные мышцы	13%	62,5%	44%
Жевательные мышцы	42%	22%	24%
Медиальные крыловидные мышцы	17,7%	22%	13%
Латеральные крыловидные мышцы	35%	61%	4,4%
Надподъязычные мышцы	29%	30%	9%

Примечание: САД – сагиттальные, ТАД – трансверзальные, ВАД – вертикальные аномалии и деформации прикуса.

В результате были получены коэффициенты корреляции r'_B , которые характеризуют меру линейной зависимости между болью в определенных мышцах челюстно-лицевой области и шеи и разновидностью нарушений прикуса (табл. 3.11).

Таблица 3.11.

**Корреляция мышечно-фасциальной боли
и разновидностей нарушения прикуса**

Локализация мышечно-фасциальной боли	Коэффициент корреляции $ r_B $
Височные мышцы	$ r_B =0,06$
Жевательные мышцы	$ r_B =0,34$
Медиальные крыловидные мышцы	$ r_B =0,91$
Латеральные крыловидные мышцы	$ r_B =0,92$
Надподъязычные мышцы	$ r_B =0,99$
Подподъязычные мышцы	$ r_B =0,70$

Таким образом, по полученным данным можно сделать вывод, что боль в медиальных крыловидных, латеральных крыловидных и надподъязычных мышцах проявляет высокую степень корреляции с существующими нарушениями прикуса. Проявление боли в височных и жевательных мышцах практически не зависит от разновидности аномалии или деформации, в то время как боль в подподъязычных мышцах проявляет слабую зависимость.

С помощью критерия Стьюдента можно проверить статистическую значимость корреляции полученных данных. Для этого проверим гипотезу о статистической незначимости коэффициента корреляции, т.е. $r_B = 0$.

При 5% уровне значимости будем использовать критерий Стьюдента, критическая точка которого $t_{кр}=1,97$ (найдена по таблицам критерия Стьюдента). Наблюдаемые значения критерия $t_n = \frac{r_B \cdot \sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r_B^2}}$ для каждого случая сведены в таблицу (табл. 3.12).

Таблица 3.12.

**Наблюдаемые значения критерия Стьюдента
при исследовании мышечно-фасциальной боли**

Локализация мышечно-фасциальной боли:	t_n критерий
Височные мышцы	0,06
Жевательные мышцы	0,36
Медиальные крыловидные мышцы	2,20
Латеральные крыловидные мышцы	2,35
Надподъязычные мышцы	7,02
Подподъязычные мышцы	0,98

Если наблюдаемое значение больше критического, т. е. $t_n > t_{кр}$, то основную гипотезу следует отклонить, полагая, что данная корреляция статистически значима. Если же выполняется обратное соотношение, т. е. $t_n < t_{кр}$, то корреляция несущественна и зависимость достаточно слабая.

Из таблицы 3.12 можно сделать вывод, что проявление боли в медиальных крыловидных, латеральных крыловидных и надподъязычных мышцах имеет статистически значимую корреляцию, следовательно:

1. мышечно-фасциальная боль в височных и жевательных мышцах не зависит от разновидности аномалии или деформации;
2. установлена линейная, статистически значимая, корреляционная зависимость между локализацией мышечно-фасциальной боли в медиальных крыловидных, латеральных крыловидных, надподъязычных мышцах и разновидностями нарушения прикуса;
3. мышечно-фасциальная боль в подподъязычных мышцах имеет слабую корреляционную зависимость от разновидностей нарушения прикуса.

3.2.3. Распространённость мышечно-фасциальных болевых синдромов в клинике ортопедической стоматологии

Мышечно-фасциальный болевой синдром (МФБС) является наиболее распространённым термином, которым обозначают мышечную боль. Под этим термином подразумевают региональную хроническую мышечную боль, связанную с локализованной зоной изменения болевой чувствительности, вызываемой триггерными пунктами [10, 14]. Доказано, что воздействие стрессовых факторов при нарушениях опорно-двигательного аппарата приводит к возникновению скелетно-мышечной боли [11, 29]. В многочисленных работах отечественных и зарубежных авторов установлена взаимозависимость функционального состояния опорно-двигательного аппарата и нарушений прикуса [7, 9, 16].

Распространённость МФБС в различных популяциях значительно варьирует и во многом зависит от образа жизни и условий труда различных групп населения. Профессиональная деятельность стоматологов характеризуется высоким психоэмоциональным напряжением. Кроме того, большинство людей этой профессии физически малоактивны и вынуждены длительное время пребывать в вынужденной статичной позе.

Мы изучили распространённость МФБС и факторы риска их возникновения у студентов, врачей-стоматологов и зубных техников.

Для определения распространённости болей в области головы, шеи, плече-лопаточной и тазовой областей нами проводилось одномоментное обследование 204 человек в ходе ежегодного медицинского осмотра студентов стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» (ИГМУ), а также врачей-стоматологов

и зубных техников факультетских клиник ИГМУ. В том числе 137 студентов (67 мужчин и 70 женщин) в возрасте от 18 до 27 лет (средний возраст – 20,1 лет), 67 врачей-стоматологов и зубных техников (32 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 23 до 63 лет (средний возраст – 41,4 лет) (табл. 3.13).

Таблица 3.13.

**Распределение опрошенных студентов и работников
клиники ИГМУ по полу и возрасту**

Возраст, лет	Студенты стоматологического факультета (кол-во обследованных)		Врачи-стоматологи и зубные техники (кол-во обследованных)	
	муж.	жен.	муж.	жен.
<20	8	12	-	-
20–29	59	58	5	7
30–39	-	-	10	14
40–49	-	-	9	8
50–59	-	-	7	5
60 и >	-	-	1	1
Итого:	67	70	32	35

Для проведения исследования всем обследуемым было предложено ответить на вопросы анкеты, специально разработанной для нашего исследования. Унифицированная анкета разработана на базе модифицированного рейтингового опросника и определения индекса нарушения жизнедеятельности при болях в шее.

Каждый обследуемый перед включением в исследование получал достаточную информацию о цели, методах, ожидаемой пользе, потенциальных рисках и неудобствах, которые могут возникнуть вследствие участия в исследовании, а также дру-

гих значимых аспектах исследования. Обследуемые имели право в любой момент отказаться от участия в исследовании или отозвать свое согласие без объяснения причин. Добровольное информированное согласие на участие в исследовании оформлялось только после того, как потенциальный участник ознакомится с представленной ему информацией. После подписания добровольного информированного согласия проводился медицинский осмотр, включающий осмотр полости рта и диагностику, предусмотренную планом нашего исследования.

С целью унификации сбора материала к анкете прилагался лист с разработанной структурированной схемой обследования, в которую включалась визуально-аналоговая шкала боли (0 – отсутствие боли, 10 – нестерпимая боль), а также разделы, где отмечались результаты визуальной и мануальной диагностики.

Характер смыкания зубных рядов изучали непосредственно в полости рта. Выявляли боль и наличие триггерных точек (ТТ) в жевательных мышцах. Изучали симптомы мышечно-суставной дисфункции (МСД) жевательного комплекса (ЖК): девиацию нижней челюсти, языка, щелчок в области ВНЧС, степень открывания рта.

У обследуемых оценивали состояние осанки. Нарушения осанки определяли в передней и боковой плоскостях. При осмотре определяли фронтальную и сагиттальную девиацию тела (ДТ) относительно центра давления. Оценивали положение головы (ПГ), симметричность и пропорциональность анатомических ориентиров на лице (АОЛ), плечевого (ПП) и тазового поясов (ТП), а также – распределение давления на стопы (ДС).

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено, что периодические головные боли и боли в шее беспокоят 63% студентов и 92% врачей-стоматоло-

гов и зубных техников, причём 7% студентов и 17% работников факультетской стоматологической клиники ИГМУ ощущают боли постоянно. Средняя интенсивность болевого синдрома по 10-бальной визуально-аналоговой шкале составила в этих группах 3,4 и 4,2 баллов соответственно. Средняя продолжительность болевых приступов варьировала преимущественно от нескольких часов до нескольких дней (табл. 3.14).

Таблица 3.14.

Частота возникновения приступов головной боли и боли в области шеи (%)

Частота возникновения болей	Студенты-стоматологи	Работники клиники
Практически постоянно	7	17
1-2 раза в неделю	14	19
1-2 раза в месяц	31	41
1-2 раза в год	11	12
1 раз в несколько лет	-	3
Боли не беспокоят	37	8
Итого:	100	100

Выявлено, что 82% студентов, предъявляющих жалобы на головные боли и боли в шее, считают, что продолжительность заболевания у них составляла более года, в том числе у 21 % из них – более 5 лет. Среди работников факультетских клиник анамнез возникновения болевых проявлений в области головы и шеи более длительный: у 37% головные и шейные боли возникли 10 лет назад, у 27% – 5 лет назад, 23% обследованных боли в области головы и шеи беспокоят около года.

Возникновение головной боли и боли в шее связывают с длительным пребыванием в однообразной позе – 12% сту-

дентов и 32% стоматологов; с психоэмоциональным напряжением – 7% студентов и 17% работников клиники; с переохлаждением и сквозняками – 20% и 18% соответственно; с тяжёлой физической работой – 5 % медицинских работников (физический труд был указан как неосновной вид деятельности); с обострением заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушением питания – 7% студентов.

Учитывая мультифакторность этиологии цефалгии и цервикалгии, нами были проанализированы сопутствующие жалобы респондентов, страдающих головными болями и болями в шее (табл. 3.15).

Таблица 3.15.

**Распределение опрошенных студентов и работников
клиники, предъявляющих жалобы на головную боль
и боль в шее, по сопутствующей патологии (%)**

Сопутствующая патология	Студенты- стоматологи	Сотрудники клиники
Заболевания ЛОР – органов	24	51
Плохое зрение	27	49
Травмы челюстно–лицевой области	5	11
Родовая травма	9	2
Экстракция зубов	12	22
Привычка жевания на одной стороне	28	15
Плоскостопие	12	36

Сравнение сопутствующей патологии у опрошенных лиц с жалобами на боль и у опрошенных лиц без таковых жалоб показало существенные различия (рис. 3.3). Так у лиц, стра-

дающих головными болями и болями в шее, в 2,7 раза чаще были травмы челюстно-лицевой области в обеих обследованных группах; родовая травма – в 2,5 раза чаще (у студентов); экстракция зубов в 2 раза чаще у студентов; привычка жевания на одной стороне – в 2,4 раза чаще в обеих группах; плоскостопие – в 1,7 раза чаще у работников клиники.



Рис. 3.3. Сопутствующая патология у студентов-стоматологов и сотрудников клиники

Обследование ЖК выявило аномалии и деформации прикуса у 62% человек. При сравнении состояния прикуса у респондентов с жалобами на боль и без неё выявлены существенные различия. Так, лица с нарушениями прикуса (НП) предъявляли жалобы на головные боли в 2,5 и на боли в шее 2 раза чаще, чем опрашиваемые с физиологическим прикусом (ФП). Боли в плече-лопаточной и тазовой области не имели существенных различий по частоте возникновения у респондентов с НП и с ФП (рис. 3.4).

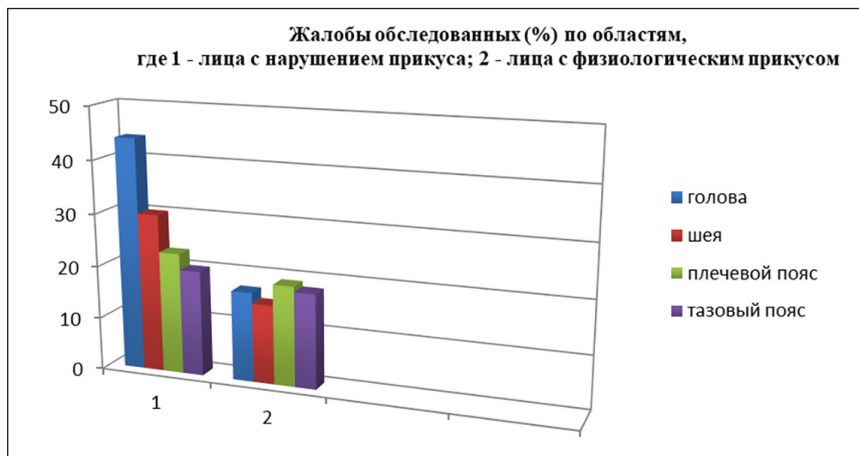


Рис. 3.4. Жалобы респондентов на боль в зависимости от состояния прикуса.

В табл. 3.16 следует обратить внимание на то, что у 3% студентов и 12% работников клиники с ФП обнаружены боль и наличие ТТ в жевательных мышцах. Также у 6% студентов и у 27% работников с ФП выявлены симптомы МСД ЖК. Кроме того, следует отметить что, изменение симметрии и пропорциональности АОЛ были выявлены как у лиц с НП (33%), так и у лиц с ФП (31%). Такие данные свидетельствуют о том, что МСД ЖК могут быть и у лиц с ФП.

Таблица 3.16.

Результаты визуальной и мануальной диагностики при обследовании студентов и работников факультетской стоматологической клиники ИГМУ (n=204)

	Нарушения ЖК и области лица (%)			Нарушения осанки и пространственного положения тела (%)				
	ТТ	МСД	АОЛ	ПГ	ПП	ТП	ДТ	ДС
Студенты с НО	9	11	12	12	12	11	28	31
Работники с НО	25	33	21	32	34	19	31	33
Студенты с ФО	3	7	6	8	10	7	4%	5
Работники с ФО	12	16	25	33	34	20	29	31
Всего:	49	67	66	85	92	56	91	100

Примечание: НО – нарушения окклюзии, ФО – физиологическая окклюзия, ЖК – жевательный комплекс, ТТ – триггерные точки, МСД – мышечно-суставная дисфункция, АОЛ – анатомические ориентиры лица, ПГ – положение головы, ПП – плечевой пояс, ТП – тазовый пояс, ДТ – девиация тела, ДС – давление на стопы.

Анализ результатов визуальной диагностики в положении стоя выявил, что у всех обследованных достоверно чаще определены общие показатели нарушений ПГ (85%) и ПП (92%) относительно нарушений в ТП (56%). Причём у работников нарушения ПГ (65%) и ПП (68%) определялись значительно чаще, чем у студентов (20% и 18% соответственно). По всей видимости, это связано с условиями работы студентов и работников клиники. В данном случае имеет место повышенная нагрузка на позвоночник, преимущественно – «длительно-вынужденная поза» и выраженное психоэмоциональное напряжение. Вместе с тем, ДТ относительно центра давления достоверно

чаще определена у лиц с НП (59% и 36%). В то же время распределение ДС нарушено у всех обследуемых (табл. 3.16). Однако среди лиц с НП (по сравнению с обследованными с ФП) этот показатель определялся достоверно чаще (64% и 36%, соответственно).

Таким образом, обследование показало высокую распространённость мышечно-фасциального болевого синдрома в области головы, шеи и плече-лопаточной области у студентов-стоматологов и работников факультетской стоматологической клиники г. Иркутска. У работников болевые проявления выражены в большей степени. Выявлено, что чаще болевые синдромы исследуемой области встречаются у лиц с сопутствующей патологией: травмы челюстно-лицевой области, родовой травмы, экстракции зубов, привычки жевания на одной стороне, плоскостопие, а значит данные состояния могут считаться факторами риска возникновения болевых синдромов в области головы и шеи. Боли в области головы и шеи достоверно чаще встречаются у лиц с НП. Дисфункции ЖК могут быть и у лиц с ФП. Среди лиц с НП (по сравнению с обследованными с ФП) нарушения осанки определяются достоверно чаще. Нарушения ПГ и осанки в области ПП являются профессиональным фактором риска возникновения дисфункций ЖК, головных и шейных болей у врачей-стоматологов и зубных техников.

Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что пациентов с постурологическим аспектом причин возникновения рецидивов аномалий и деформаций зубных рядов, после тщательного обследования в клинике ортопедической стоматологии следует относить ко II-й (восходящая дисфункция опорно-двигательного аппарата) и к III-й группам (нисходящая дисфункция опорно-двигательного аппарата),

и этот контингент необходимо ставить на диспансерный учёт (учётная форма № 030/у) с кратностью посещений врача-стоматолога не реже 1 раза в год. При необходимости направлять для профилактического осмотра и лечения у врача-остеопата и врача-подолога (для исследования функции свода стоп и изготовления индивидуальных стелек). Пациенты с мышечно-фасциальными болевыми синдромами также должны быть тщательно обследованы врачом-стоматологом-ортопедом. В клинике ортопедической стоматологии пациентам применяются техники мануального лечения дисфункции жевательных мышц в положении полулёжа в стоматологическом кресле с целью диагностики и оказания неотложной помощи при болях и симптомах, связанных с дисфункцией ВНЧС, после чего пациенты направляются в клинику мануальной терапии для продолжения лечения и закрепления результатов. При постановке пациентов с мышечно-фасциальными болями кратность посещений должна составлять не реже одного раза в год при отсутствии жалоб.

Список использованной литературы:

1. Амиг, Ж.-П. Зубочелюстная система: стоматологическая концепция, остеопатическая концепция / Ж.-П. Амиг. – Санкт-Петербург: Невский ракурс, 2017. – С. 214–215, 227–228.
2. Вязьмин, А. Я. Частота болевых синдромов у взрослых с нарушением прикуса / А. Я. Вязьмин, Н. М. Диденко, Н. В. Мамонова // Cathedra-Кафедра. Стоматологическое образование. – 2013. – № 43. – С. 36–39.
3. Герасимова, Л. П. Исследование функционального состояния собственно жевательной и височной мышц височно-нижнечелюстного сустава при мышечно-суставной дисфункции, связанной с окклюзионными нарушениями с применением электромиографа / Л. П. Герасимова, Б. Р. Якупов // Наука в центральной России. – 2013. – № 45. – С. 178–181.
4. Иванов, В. В. Влияние зубочелюстной системы на постуральный статус пациента / В. В. Иванов, Н. М. Марков // Мануальная терапия. – 2013. – № 3 (51). – С. 83–89.
5. Котов О. В., Беляев А. А., Акарачкова Е. С. Головная боль напряжения: клиника, диагностика, лечение. Consilium Medicum, 2020. Т. 22. №9. С. 68-70 DOI: 10.26442/20751753.2020.9.20045
6. Морфологические особенности строения ВНЧС при различных аномалиях прикуса, формирующих патологическую асимметрию положения нижней челюсти / А. М. Потрясова, Х. А. Кабиева, А. А. Еловская, А. Б. Гюева. – DOI 10.26787/pydha-2686-6838-2021-23-4-73-81 // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 4. – С. 73–81.
7. Нарушения осанки и деформации позвоночника и их роль в формировании аномалий окклюзии зубных рядов / Л. С. Персин, Ю. А. Гюева, Ю. М. Горжеладзе [и др.] // Ортодонтia. – 2013. – № 1 (61). – С. 4–13.

8. Постура и прикус. Структура соматических дисфункций при мезиальном (переднем) и дистальном (заднем) положении нижней челюсти / Л. Н. Байрамова, Г. Г. Закирова, Н. В. Текутьева, Т. А. Шамилова // Мануальная терапия. – 2015. – № 2 (58). – С. 33–41.

9. Потрясова А.М., Кабиева Х.А., Еловская А.А., Гиоева А.Б. Морфологические особенности строения ВНЧС при различных аномалиях прикуса, формирующих патологическую асимметрию положения нижней челюсти. Медико-фармацевтический журнал Пульс. 2021. Т. 23. № 4. С. 73-81. eLIBRARY ID: 45597882

10. Пузин, А. М. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М. Н. Пузин, А. Я. Вязьмин. – Москва: Медицина, 2002. – 128 с. – ISBN 5-225-04731-9.

11. Распространённость мышечно-фасциальных болевых синдромов у студентов, врачей-стоматологов и зубных техников факультетской стоматологической клиники г. Иркутска / Н. М. Диденко, А. Я. Вязьмин, А. В. Стефаниди, И. М. Духовникова // Ортодонтия. – 2013. – № 3 (63). – С. 4–7.

12. Стабилометрия как метод оценки влияния ортодонтического лечения на постуральный статус у пациентов с дистальной окклюзией / Н. М. Марков, В. В. Иванов, Е. К. Кречина, И. В. Погабало. – DOI 10.35556/idr-2019-2(87)16-21 // Стоматология для всех. – 2019. – № 2 (87). – С. 16–21.

13. Стефаниди, А. В. Диагностика и лечение мышечно-фасциальных болевых синдромов: монография / А. В. Стефаниди. – 3-е изд., испр. и доп. – Иркутск: РИО ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2018. – 268 с.

14. Трэвелл и Симонс. Миофасциальные боли и дисфункции: руководство по триггерным точкам: в 2 т. / Д. Г. Симонс, Дж. Г. Трэвелл, Л. С. Симонс; пер. с англ. Б. В. Гусева. – изд. 2-е, перераб. и доп. – Москва: Медицина, 2005. – Т. 1: Верхняя половина туловища. – С. 485–488; С. 489.

15. Шаров, А. М. Изменения в височно-нижнечелюстных суставах как элементах зубочелюстной системы / А. М. Шаров // *Scientist (Russia)*. – 2021. – № 1 (15). – С. 16.

16. Эффективность комплексной остеопатической и ортодонтической коррекции парафункции жевательных мышц при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А. Е. Червоток, И. А. Егорова, Р. А. Фадеев [и др.] // *Институт стоматологии*. – 2021. – № 1 (90). – С. 25–27.

17. A novel mode of carbohydrate recognition in jacalin, a Moraceae plant lectin with a beta-prism fold / R. Sankaranarayanan, K. Sekar, R. Banerjee [et al.]. – DOI 10.1038/nsb0796-596 // *PLoS One*. – 2021. – Vol. 16, № 12. – P. e0261404.

18. Cuccia, A. The relationship between the stomatognathic system and body posture / A. Cuccia, C. Caradonna. – DOI 10.1590/S1807-59322009000100011 // *Clinics*. – 2009. – Vol. 64. – P. 61–66.

19. Cuccia, A. The Relationship Between the Stomatognathic System and Body Posture / A. Cuccia, C. Caradonna - *Pain Res Manag*. 2018; 2018: 8746858. Published online 2018 May 15. PMID: PMC2671973

20. Hong, S. W. Relationship among cervical spine degeneration, head and neck postures, and myofascial pain in masticatory and cervical muscles in elderly with temporomandibular disorder / S. W. Hong, J. K. Lee, J. H. Kang. – DOI 10.1016/j.archger.2018.12.004 // *Archives of gerontology and geriatrics*. – 2019. – Vol. 81. – P. 119–128.

21. Julià-Sánchez, S. Dental occlusion and body balance: A question of environmental constraints? / S. Julià-Sánchez, J. Álvarez-Herms, M. Burtcher. – DOI 10.1111/joor.12767 // *Journal of oral rehabilitation*. – 2019. – Vol. 46, № 4. – P. 388–397.

22. Kang, J. H. Effects on migraine, neck pain, and head and neck posture, of temporomandibular disorder treatment: Study of a retrospective cohort / J. H. Kang. – DOI 10.1016/j.

archoralbio.2020.104718 // Archives of oral biology. – 2020. – Vol. 114. – P. 104718.

23. Kang, J. H. Neck associated factors related to migraine in adolescents with painful temporomandibular disorders / J. H. Kang. – DOI 10.1080/00016357.2020.1774649 // Acta odontologica Scandinavica. – 2021. – Vol. 79, № 1. – P. 43–51.

24. Management of pain in patients with temporomandibular disorder (TMD): challenges and solutions / A. Gil-Martínez, A. Paris-Alemany, I. López-de-Uralde-Villanueva [et al.]. – DOI 10.2147/JPR.S127950 // Journal of pain research. – 2018. – Vol. 11. – P. 571–587.

25. Regulski, P. A. Temporomandibular Disk Dislocation Impacts the Stomatognathic System: Comparative Study Based on Biexponential Quantitative T2 Maps / P. A. Regulski, J. Zielinski, K. T. Szopinski. – DOI: 10.3390/jcm11061621 // Journal of clinical medicine. – 2022. – Vol. 11, № 6. – P. 1621.

26. Relationship between unilateral posterior crossbite and human static body posture / J. Zurita-Hernandez, R. Ayuso-Montero, M. Cuartero-Balana [et al.]. – DOI 10.3390/ijerph17155303 // International journal of environmental research and public health. – 2020. – Vol. 17, № 15. – P. 5303.

27. Silvester C.M., Kullmer O., Hillson S. A dental revolution: The association between occlusion and chewing behaviour. PLoS One. 2021; 16(12): e0261404. Published online 2021 Dec 15. doi: 10.1371/journal.pone.0261404 PMID: PMC8673603

28. The influence of dental occlusion on dynamic balance and muscular tone / S. Julià-Sánchez, J. Álvarez-Herms, R. Cirer-Sastre [et al.]. – DOI 10.3389/fphys.2019.01626 // Frontiers in physiology. – 2020. – Vol. 10. – P. 1626.

29. Vázquez-Delgado, E. Myofascial pain associated to trigger points: a literature review. Part 2: differential diagnosis and treatment / E. Vázquez-Delgado, J. Cascos-Romero, C. Gay-Escoda. – DOI 10.4317/medoral.15.e639 // Medicina oral, patología oral y cirugía buccal. – 2010. – Vol. 15, № 4. – P. e639–e643.

Глава 4. | Особенности диспансерного наблюдения за гигиеническим состоянием полости рта пациентов, пользующихся съёмными зубными и сложными зубочелюстными ортопедическими стоматологическими конструкциями

Зубное протезирование съёмными конструкциями для устранения частичной и полной адентии, а также сложное съёмное зубочелюстное протезирование при наличии морфологических изъянов челюстей различного генеза, прочно вошли и занимают достойное положение в повседневной работе клиники ортопедической стоматологии, как вариант выбора в сравнении с дентальной имплантацией и методами восстановительно-реконструктивной хирургии дефектов челюстно-лицевой области. В подавляющем большинстве клинических случаев данные технологии рассматриваются, как безальтернативный вариант при неэффективности хирургических методов или отказа больных от перспективы оперативного вмешательства [27].

Несколько обособленно в данном виде ортопедического стоматологического лечения находится замещающее верхне-челюстное протезирование протезами-обтураторами после резекции верхней челюсти по поводу новообразований [3, 5]. Базовой медицинской технологией лечения злокачественных опухолей, имеющих локализацию в челюстно-лицевой области, является комбинированный подход лучевой терапии и оперативного вмешательства, обеспечивающий приемлемое продление продолжительности жизнедеятельности [25]. При этом, независимо от научных и практических клинических

достижений онкологической службы, в современных условиях после комбинированного лечения данных патологических состояний невозможно предотвратить вероятность возникновения осложнений и побочных реакций, обусловленных ионизирующим излучением – лучевых повреждений органов и тканей челюстно-лицевой области в целом и полости рта в частности. Среди указанных негативных последствий следует отметить интенсивное разрушение зубов и специфический характер ответной реакции опорных тканей протезного ложа при взаимодействии с замещающими ортопедическими стоматологическими конструкциями [11, 38, 40, 47].

Приоритетными, широко и эффективно зарекомендовавшими себя в клинической практике, являются съёмные варианты технологий зубочелюстного протезирования для ортопедической реконструкции верхнечелюстного изъяна [26, 39]. Данные обстоятельства в совокупности – наличие дефекта челюсти, ороназального и/или ороантрального сообщения, в условиях хронического болевого синдрома, послеоперационной и постлучевой контрактуры челюстей, гипосаливации (ксеростомии), безусловно негативно сказываются на гигиеническом состоянии полости рта в целом и ортопедических стоматологических конструкциях в частности, что уменьшает эффективность реабилитационных ортопедических стоматологических мероприятий в ближайшие и отдалённые периоды после замещающего протезирования [1, 4, 30].

Другим аспектом данной проблемы являются вопросы материаловедения ортопедических стоматологических конструкций. Основным материалом, используемым для изготовления съёмных ортопедических стоматологических конструкций, являются акриловые пластмассы, обладающие рядом недостатков. Среди которых особо следует отметить – наличие оста-

точного мономера в протезе и микропор, локализирующихся на поверхностных структурах. Данное значительно провоцирует возможность конгломерации количества пищевых остатков, бактериальной микрофлоры и конечных продуктов её вегетации. Суммарная составляющая факторов, которые перечислены выше, в общей совокупной результативности отрицательно влияет на показатели биохимического и микроэлементного состава ротовой жидкости, на обменные процессы в опорных тканях протезного ложа, на характеристику гигиены полости рта и ортопедических стоматологических конструкций у данной категории больных [42, 44]. У пациентов с наличием клинических признаков постлучевой ксеростомии гигиенические мероприятия приобретают особо важное значение, ввиду дефицита у этих пациентов слюны, как важного фактора защиты слизистой оболочки полости рта от механических и бактериальных повреждений. Поэтому необходимо оценивать исходный уровень индивидуальной гигиены полости рта и имеющихся в наличии ортопедических стоматологических конструкций с помощью объективных гигиенических индексов, мотивируя пациентов к соблюдению индивидуальной гигиены полости рта в рамках динамического диспансерного наблюдения в условиях поликлинического стоматологического приёма. Также обязательным является обучение пациентов правилам и эффективным методам ухода за полостью рта и зубными протезами, подбор оптимальных средств индивидуальной гигиены, используемых для этой цели [1, 35].

Большое количество авторов – врачей-стоматологов-ортопедов, в своих научных исследованиях в той или иной степени акцентируют внимание на состоянии индивидуальной гигиены полости рта после ортопедического стоматологического лечения. В значительной степени этот аспект раскрыт в работах,

посвящённых дентальной имплантации, с указанием на то, что гигиена зубов, имплантатов и супраструктур оказывает существенное влияние на стабильность и прогноз долгосрочности функционирования ортопедических стоматологических конструкций [7, 8, 13, 15, 29, 31, 36].

Зубные протезы находятся в агрессивной, постоянно меняющейся по качественным и количественным характеристикам биохимической среде полости рта, в условиях динамической разновекторной жевательной нагрузки. Данные конструкции могут и являются объектом для накопления мягких и твёрдых зубных отложений, как с наружных вестибулярных и оральных сторон, так и со стороны протезного ложа. Соответствующие обстоятельства в комплексной совокупности негативно сказываются на опорных тканях протезного ложа, способствуя их воспалению и прогрессированию атрофических процессов, что ухудшает качественные характеристики эффективности замещающего протезирования [4, 16]. В данной связи регулярное динамическое диспансерное наблюдение врачом-стоматологом-ортопедом за этой категорией больных, качественное и регулярное выполнение профессиональных гигиенических процедур в ротовой полости, регулярное применение адекватных и современных гигиенических средств, предназначенных для ухода за полостью рта и ортопедическими конструкциями, являются важной составляющей комплексного подхода к диспансерному наблюдению, обеспечивающей успешные результаты ортопедического стоматологического лечения и прогнозирующие его долгосрочные перспективы [1, 7, 8, 13, 16, 29].

Таким образом, анализируя всё выше сказанное, следует отметить, что объективная индексная оценка гигиенического состояния полости рта в целом, съёмных зубных и челюстно-лицевых ортопедических стоматологических конструкций в

частности, является достаточно актуальной. При этом следует отметить, что в специальной научной и учебно-методической литературе вопросы объективной индексной оценки гигиенического состояния полости рта раскрыты достаточно полно, особенно в практике стоматологии детского возраста [10, 43], несколько скромнее - в практике ортопедической стоматологии при использовании несъёмных ортопедических стоматологических конструкций [27], а также достаточно разнопланово и противоречиво - при объективной оценке данного показателя у больных, пользующихся съёмными ортопедическими стоматологическими конструкциями [1, 14, 18, 24, 28, 45, 46, 48, 49, 50]. Вместе с тем актуальность последнего аспекта не вызывает сомнений в профессиональной среде клиницистов ортопедического стоматологического профиля. В целях профилактики патологических процессов, возникающих после наложения съёмных ортопедических конструкций на опорные ткани протезного ложа и последующей их эксплуатации пациентом, в первую очередь в динамике клинических наблюдений, играет быстрая и удобная, объективная и точная оценка гигиенического состояния полости рта в целом и съёмных ортопедических конструкций в частности, с использованием различных гигиенических индексов. Вышеуказанные аспекты в своей совокупности послужили основой для написания данной работы, посвящённой аналитическому обзору существующих на настоящий период времени объективных методов оценки гигиенического состояния съёмных ортопедических стоматологических конструкций.

Цель работы. Изучить эволюцию развития объективных методов оценки гигиенического состояния съёмных зубных и сложных зубочелюстных ортопедических стоматологических конструкций в рамках стоматологической диспансеризации.

Методология. Работа основана на изучении и всестороннем анализе учебно-методической и научной литературы, а

также патентной практики, посвящённой проблеме индексной оценки гигиены съёмных зубных и сложных зубочелюстных ортопедических стоматологических конструкций. Патентно-информационный поиск выполнен на базах цифровых платформ eLIBRARY, Pub Med, Web of Sciene, Scopus. Поиск и основной отбор материалов оригинальных литературных источников осуществлялся по ключевым словам, относящимся к теме работы. С целью обобщения сведений по изучаемой проблеме было проанализировано 50 литературных источников, среди которых 47 – отечественных и 3 – зарубежных авторов. Полученная информация была обработана и систематизирована, оформлена в текстовом формате, в виде научной обзорной аналитической статьи, с соблюдением требований цитирования и учётом хронологического порядка опубликования в первоисточниках. В результате проведённого литературного анализа сформулировано соответствующее заключение по результатам исследования.

Результаты и их обсуждение. Эволюция развития данного прикладного метода стоматологического обследования в клинике ортопедической стоматологии, в рамках временных периодов, когда они были теоретически обоснованы, предложены и внедрены в практическую деятельность, выглядит следующим образом. При этом следует обратить внимание на отдельные тождественные аспекты озвучиваемой проблемы в ортопедической стоматологии, челюстно-лицевой ортопедии и ортодонтии.

R. Schubert u U. Schubert (1979) разработали способ определения гигиенического индекса, применяемого для оценки гигиенического состояния съёмных стоматологических ортопедических конструкций при полном отсутствии зубов – Prosthesis hygiene index (PHI) [46, 50]. Технология способа заключалась в том, что в течение 5 мин выполняют окрашивание внутренней поверхности

съёмного зубного протеза. Затем краситель смывают, поверхность зубного протеза высушивают и фотографируют внутреннюю поверхность зубного протеза. На полученную фотографию наносят графическую сетку, разделяющую поверхность зубного протеза на сегменты, после чего осуществляют индексную оценку гигиенического состояния зубного протеза в зависимости от соотношения окрашенных сегментов к общему количеству сегментов. При этом, базис верхнечелюстного зубного протеза делят на девять секций, нижнечелюстного зубного протеза – на восемь секций. Наличие зубного налёта в каждой из секций оценивают визуально по шкале от 0 до 4 баллов (табл. 4.1).

Таблица 4.1

**Критерии оценки наличия зубного налёта
на поверхности съёмных зубных протезов
по индексу гигиены зубного протеза
(PHI, Schubert R. и Schubert U., 1979)**

Баллы	Критерии оценки
0	Отсутствие налёта
1	Небольшие пятна налёта
2	Секция меньше чем на половину покрыта налётом
3	Секция на половину или более покрыта налётом
4	Вся поверхность секции покрыта налётом

Расчёт результатов исследования осуществляют по следующей формуле:

$$PHI = \frac{\sum \text{показателей оценки в каждом сегменте протеза}}{\text{количество сегментов (9 для в/ч, 8 для н/ч протезов)}}$$

Результаты исследования оценивают по табл. 4.2.

Таблица 4.2

Критерии интерпретации индекса гигиены зубного протеза (PHI, Schubert R. и Schubert U., 1979)

Значение PHI	Характеристика полученного результата гигиенического состояния съёмного зубного протеза
менее 1,5	Отличная
от 1,5 до 2,5	Хорошая
более 2,5	Удовлетворительная

Вместе с тем, предложенный авторами способ не является универсальным и предназначен для оценки гигиенического состояния только съёмных стоматологических протезов при полном отсутствии зубов. В методике нет описания точного способа разделения внутренней поверхности съёмных зубных протезов на сегменты, таким образом, данная процедура осуществляется приблизительно, что может, в значительной степени, снижать точность и объективность данного метода оценки гигиенического состояния съёмных зубных протезов.

E. Ambjørnsen et al. (1982) предложили собственную авторскую методику определения количества налёта на съёмных зубных протезах [46, 50]. Технология способа заключалась в том, что в пяти участках базиса съёмной ортопедической стоматологической конструкции оценивают уровень наличия зубного налёта (в баллах): 0 – отсутствие видимого налёта; 1 – налёт замечен лишь при соскабливании тупым предметом; 2 – умеренное количество видимого налёта; 3 – обилие налёта.

При суммировании показателей 5-ти участков получают суммарную оценку, равную от 0 до 15 баллов. Сумма баллов от 0 до 3 свидетельствует о малом количестве протезного налёта, а 4 и выше – о выраженном его количестве.

S. S. Jeganathan et al. (1996) предложили собственный метод оценки гигиенического состояния съёмных зубных протезов при полном отсутствии зубов [46, 48]. Технология способа заключалась в том, что раствором эритрозина выполняют окрашивание внутренней поверхности съёмного зубного протеза в течение 1 мин. Затем краситель смывают, поверхность зубного протеза высушивают и выполняют визуальную оценку поверхности зубного протеза. Оценка уровня гигиенического состояния зубного протеза определяют в зависимости от соотношения размеров окрашенных частей поверхности зубного протеза к общему размеру внутренней поверхности зубного протеза по табл. 4.3.

Таблица 4.3

Критерии интерпретации индекса зубного налёта съёмного зубного протеза (Jeganathan S. S. et al., 1996)

Значение индекса (баллы)	Характеристика полученного результата гигиенического состояния съёмного зубного протеза
0	Нет видимой биоплёнки
1	Незначительная биоплёнка (покрывает от 1% до 25% поверхности зубного протеза)
2	Умеренная биоплёнка (покрывает от 25% до 50% поверхности зубного протеза)
3	Тяжёлая биоплёнка (покрывает от 51% до 75% поверхности зубного протеза)
4	Очень тяжёлая биоплёнка (покрывает от 76% до 100% поверхности зубного протеза)

Недостатком данного метода является большая неточность в оценке уровня гигиенического состояния съёмных зубных протезов по причине исключительно визуальной оценки количественного окрашенных частей внутренней поверхности

зубного протеза и, как следствие, незначительная информативность технологии индексной оценки гигиены съёмных зубных протезов.

С. И. Виноградов с соавт. (1997) качество гигиенического ухода за пластиночным ортодонтическим аппаратом (протезом) определяли при помощи специального, разработанного авторами, гигиенического индекса [2]. Технология способа заключалась в том, что для этого аппарат обрабатывали 2% раствором Люголя или жидким индикатором зубного налёта, который наносили мягкой кисточкой. Затем аппарат споласкивали в лотке с тёплой водой и оценивали результаты окрашивания по пятибалльной шкале: 0 баллов – нет окраски; 1 балл – окрашены части аппарата, прилежащие к зубам; 2 балла – то же и окрашена $\frac{1}{2}$ аппарата, прилежащая к слизистой оболочке протезного ложа; 3 балла – то же и окрашено $\frac{2}{3}$ аппарата, прилежащих к слизистой оболочке протезного ложа; 4 балла – окрашено более $\frac{2}{3}$ аппарата и поверхности, не контактирующей со слизистой оболочкой протезного ложа.

С. Б. Улитовский и А. А. Леонтьев (2008) с целью объективного определения гигиенического состояния съёмного зубного протеза (частичного или полного) и выполнения его мониторинга на протяжении эксплуатации ортопедической стоматологической конструкции, с тем чтобы максимально продлить срок его использования и минимализировать вероятность появления неприятных ощущений, возникающих при неудовлетворительном гигиеническом уходе за съёмным зубным протезом, разработали индекс чистоты протеза (индекс ЧП) [45]. Основные параметры, которые С. Б. Улитовский и А. А. Леонтьев использовали для оценки при определении индекса чистоты съёмного зубного протеза, представлены в табл. 4.4.

Таблица 4.4

**Параметры индекса чистоты протеза
С. Б. Улитовского – А. А. Леонтьева (2008)**

№	Наименование и характеристика показателя	Оценка, баллы	Примечание
1	Отсутствие налёта, пигментаций, пятен на съёмном зубном протезе	1	
2	Виден только окрашенный налёт на отдельных участках съёмного протеза	2	
3	Незначительный налёт, который виден невооружённым глазом	3	
4	Отдельные пятна, единичный налёт на поверхности искусственных зубов съёмного протеза	4	
5	Отдельные пятна и единичный налёт на поверхности съёмного протеза, который покрывает вестибулярную поверхность протеза	5	
6	Обильный налёт на вестибулярно-наружной поверхности съёмного протеза; и/или имеются отдельные пятна и единичный налёт на внутренней поверхности съёмного зубного протеза	6	
7	Сильное загрязнение вестибулярно-наружной и орально-наружной поверхностей и обильное загрязнение вестибулярно-внутренней или орально-внутренней поверхностей съёмного протеза (ими покрыто от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ площади внутренней поверхности протеза)	7	
8	Состояние, аналогичное описанному в пункте 7, но имеются ещё единичные отложения зубного камня	8	
9	Наличие обильного зубного камня	9	
10	Весь протез пигментирован и покрыт налётом (от $\frac{3}{4}$ до всей общей площади протеза)	10	

Таким образом, индекс ЧП С. Б. Улитовского – А. А. Леонтьева есть сумма всех выше описанных показателей, поделённая на количество показателей, результативный показатель которого вычисляется по следующей формуле:

$$\text{Индекс ЧП Улитовского – Леонтьева} = \frac{\sum(a_1 + \dots + a_x)}{x}, \text{ где:}$$

$\sum$ – сумма количественных оценок критериев;

a_1 – количество баллов по первому критерию;

a_x – количество баллов по x критерию;

x – количество критериев, используемых в индексе.

В соответствии с данными табл. 1 – число показателей достигает 10. Таким образом, формула для расчёта будет выглядеть следующим образом:

$$\text{Индекс ЧП Улитовского – Леонтьева} = \frac{\sum(a_1 + \dots + a_{10})}{x}$$

В знаменателе показатель суммы баллов критериев колеблется в пределах $1 \leq (a_1 + \dots + a_{55}) \leq 10$, а границы индекса составляют: $1,0 \leq \text{Индекс ЧП Улитовского–Леонтьева} \leq 5,5$. Оценочные критерии индекса ЧП Улитовского – Леонтьева, представлены в табл. 4.5.

Таблица 4.5

Оценочные критерии

Показатели	Критерии оценки индекса ЧП Улитовского – Леонтьева
1,0–1,9	Высокий уровень чистоты съёмного зубного протеза
2,0–2,9	Хороший уровень чистоты съёмного зубного протеза
3,0–3,9	Удовлетворительный уровень чистоты съёмного зубного протеза
4,0–4,9	Плохой уровень чистоты съёмного зубного протеза
5,0–5,5	Очень плохой уровень чистоты съёмного зубного протеза

Для изучения динамики поддержания качества чистоты съёмного зубного протеза используют формулу расчёта эффективности очищения съёмного зубного протеза (эффективность ОП_{сз}):

Эффективность ОП_{сз} (%) = [(ИЧП₁ – ИЧП_п) × 100] / ИЧП₁, где:

ИЧП₁ – цифровой показатель индекса ЧП Улитовского – Леонтьева, определённый при первом посещении;

ИЧП_п – цифровой показатель индекса ЧП Улитовского – Леонтьева, определённый при n-ном посещении.

В табл. 4.6 сведены данные интерпретации эффективности очищения протеза съёмного зубного (эффективность ОП_{сз}).

Таблица 4.6

**Оценка полученных результатов исследования
эффективности очищения съёмного зубного протеза
по индексу чистоты протеза
С. Б. Улитовского – А. А. Леонтьева**

Оценочные параметры, %	Соответствие результатов расчёта эффективности очищения съёмного зубного протеза по оценоч- ным параметрам индекса чистоты протеза Улитов- ского – Леонтьева
20,0	Очень низкая эффективность очищения съёмного зубного протеза
20,1–40,0	Низкая эффективность очищения съёмного зубного протеза
40,1–60,0	Умеренная эффективность очищения съёмного зуб- ного протеза
60,1–80,0	Хорошая эффективность очищения съёмного зубно- го протеза
80,1–100,0	Высокая эффективность очищения съёмного зубно- го протеза

Используя данный индекс, легко определить уровень гигиенического ухода за съёмным зубным протезом. Данный индекс разработан для того, чтобы можно было получить реальные представления о динамике изменения качества очищения съёмного зубного протеза, провести мониторинг меняющегося состояния ухода за съёмным зубным протезом. Данный мониторинг позволяет легко характеризовать изучаемые свойства гигиенического ухода за съёмным зубным протезом и их эффективность. Основываясь на этих данных, будет легко выявить способы и средства гигиенического ухода за съёмными ортопедическими стоматологическими конструкциями и рекомендовать их с учётом производимого ими эффекта очищения.

Но даже при однократном использовании методов и средств очищения съёмного зубного протеза можно определить, насколько они эффективно устраняют пигментированные пятна, мягкий и твёрдых зубной налёт с поверхности съёмного зубного протеза. Для этого выполняют расчёт редукции протезного загрязнения, который рассчитывают по формуле:

Редукция = $[(\text{ИЧП}_{\text{до}} - \text{ИЧП}_{\text{после}})] \times 100 / \text{ИЧП}_{\text{до}}$, где:

$\text{ИЧП}_{\text{до}}$ – цифровой показатель индекса ЧП Улитовского – Леонтьева, полученный перед началом гигиенической обработки протеза;

$\text{ИЧП}_{\text{после}}$ – цифровой показатель индекса ЧП Улитовского – Леонтьева, полученный после гигиенической обработки протеза.

Оценка показателей редукции степени загрязнения при однократном использовании метода и/или очищающего средства выглядит следующим образом: 80,0% и более – высокая степень очищения съёмного зубного протеза используемым методом и/или средством при однократном использовании;

60,0–79,9% – очень хорошая степень очищения съёмного зубного протеза используемым методом и/или средством при однократном использовании; 45,0–59,9% – хорошая степень очищения съёмного зубного протеза используемым методом и/или средством при однократном использовании; 27,0–44,9% – удовлетворительная степень очищения съёмного зубного протеза используемым методом и/или средством при однократном использовании; 9,1–26,9% – неудовлетворительная степень очищения съёмного зубного протеза используемым методом и/или средством при однократном использовании; 0–9,0% – степень очищения съёмного зубного протеза используемым методом и/или средством при однократном использовании отсутствует.

Для определения оцениваемой площади съёмного зубного протеза представим его в виде прямоугольника, тогда: наружная поверхность съёмного зубного протеза будет составлять:

Вестибулярно-наружная или орально-наружная поверхности (½ наружной площади протеза, или ¼ общей площади протеза)	¼ наружной площади протеза, или 1/8 общей площади протеза
	1/8 наружной площади протеза, или 1/16 общей площади протеза

Если перевернуть съёмный зубной протез, то распределение на части внутренней поверхности съёмного зубного протеза будет аналогично распределению на внешней стороне протеза:

Вестибулярно-наружная или орально-наружная поверхности (½ наружной площади протеза, или ¼ общей площади протеза)	¼ наружной площади протеза, или 1/8 общей площади протеза
	1/8 наружной площади протеза, или 1/16 общей площади протеза

Данные две схемы позволяют упростить проведение оценки загрязнённых поверхностей съёмного зубного протеза, что облегчает присвоение им соответствующих состоянию баллов.

В. В. Трезубовым с соавт. (2010) предложен собственный способ индексной оценки гигиенического состояния частичного и/или полного съёмного зубного протеза, преследующий цель оптимизации – сокращения временных затрат на проведение исследования) [14]. Технология способа заключается в том, что проводят окрашивание съёмных зубных протезов с помощью 2% раствора Люголя. При этом раствор наносят на зубной протез, удерживаемый нитевидной петлёй, охватывающей его, мягкой кисточкой. Через 2–3 минуты после окрашивания зубной протез споласкивают в лотке с тёплой водой. При этом проявляется пигментация в области расположения мягкого зубного налёта и в участках с повреждённым полировочным слоем. Уровень гигиенического состояния протеза определяют в зависимости от наличия площади налёта на протезе: от 0 до 10% – высокий уровень; от 10% до 30% – удовлетворительный уровень; от 30% до 50% – низкий уровень; от 50% до 100% – очень низкий уровень. При этом расчёт проводят отдельно для наружной и для внутренней поверхности протеза, после чего усредняют. Данный способ определения гигиенического состояния съёмной конструкции протеза прост в применении, не требует существенных временных затрат и одинаково показателен при изучении гигиенического состояния как полного, так и частичного съёмного зубного протеза. Авторы применили указанный метод для оценки гигиенического состояния 125 полных и 342 частичных съёмных зубных протезов, преимущественно с полимерным базисом. Полученные данные свидетельствовали о том, что результаты индексной оценки гигиенического состояния съёмных ортопедиче-

ских конструкций (согласно системе балльной оценки данного индекса) соответствовали данным клинической визуальной оценки протезов [17].

Т. Н. Михайленко с соавт. (2013) предложили выполнять клиническую оценку состояния полости рта у лиц со съёмными конструкциями зубных протезов на основании интегрального показателя гигиены полости рта (ИПГПР). Составляющими интегрального показателя гигиены полости рта у лиц со съёмными конструкциями зубных протезов были: упрощённый гигиенический индекс полости рта ОНI-S (Green J. C., Vermillion J. R., 1964); индекс С. Б. Улитовского для определения гигиены языка (ГСЯ); индекс гигиены съёмных протезов (ИГСП), уровень галитоза на основании показателей галиметра «Tanita Breath Alert». Оценочная шкала и градации гигиенического состояния полости рта имели следующий вид: < 22,17 у.е. – «хороший», 22,17–40,08 у.е. – «удовлетворительный», 40,09–67,09 у.е. – «плохой», 67,09–100 у.е. – «очень плохой». Если в полости рта пациента имелось меньше 6 зубов, как естественных, так и в составе протезов, тогда упрощённый гигиенический индекс ОНI-S не определяли [33]. Предложенный способ был апробирован у 111 пациентов на базе клиники кафедры стоматологии факультета последипломного образования ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет» МОЗ Украины. В результате исследования сделаны следующие выводы. Интегративный показатель гигиены полости рта у лиц со съёмными протезами позволяет объективно диагностировать и контролировать уровень индивидуального гигиенического ухода. Также возможно его применение в эпидемиологических исследованиях с целью реализации научных, клинических, лечебно-профилактических программ для определённой категории населения. У 50,4% обследованных пациентов со съёмными

зубными протезами диагностированы значения индекса «плохой» и «очень плохой» интегрального показателя гигиены полости рта. По динамике индекса установлено, что факторами, достоверно влияющими на состояние гигиены, являются возраст и наличие сопутствующей общесоматической патологии. В частности, достоверно различными были значения ИПГПР между представителями групп без соматической патологии и с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, болезнями обмена веществ, другими заболеваниями и с комбинированной патологией. Значимо различными по состоянию гигиены полости рта были представители возрастных групп до 65 и 65 лет и более, а также лица со сроком пользования протезами до 0,5 года и более 3-х лет [24].

Т. И. Ибрагимов с соавт. (2014) для регистрации гигиенического состояния съёмных ортопедических стоматологических конструкций при частичном отсутствии зубов предложили индекс РНІ-М [34], являющийся модификацией индекса для оценки наличия зубных отложений на съёмных протезах при полном отсутствии зубов R. Schubert и U. Schubert (1979) [50]. Технология способа заключалась в том, что для определения величины индекса по предлагаемому способу определения гигиенического состояния съёмных зубных протезов при частичном отсутствии зубов вначале проводят окрашивание внутренней поверхности зубного протеза 5% раствором эритрозина в течение 5-ти минут с целью выявления наличия налёта, затем протез ополаскивают водой в течение 5-ти секунд для удаления излишков красителя и высушивают воздушной струей в течение 10-ти секунд. На внутреннюю поверхность зубного протеза накладывают шаблон необходимого размера с графической сеткой. Далее фотографируют внутреннюю поверхность зубного протеза с графиче-

ской сеткой фотокамерой, закреплённой на штативе с центром фокусировки по срединному нёбному шву на середине расстояния между верхнечелюстной уздечкой и дистальным краем зубного протеза для верхнечелюстных зубных протезов и по линии, проведённой между центральными резцами на середине расстояния между нижнечелюстной уздечкой и задним краем протеза, для нижнечелюстных зубных протезов. Фотокамеру располагают под углом 90°. По окончании процедуры фотографирования окрашенный налёт удаляют с помощью зубной щётки и жидкого мыла под струёй воды. Затем зубные протезы возвращают пациенту. Оценку окрашивания налёта в каждом сегменте проводят по 4-х балльной схеме от 0 до 4 и рассчитывают значение индекса гигиены, используя соотношение между суммой баллов всех сегментов и общим числом сегментов по следующей формуле:

$$\text{Индекс гигиены (х)} = \frac{\text{Сумма баллов всех окрашенных сегментов}}{\text{Общее количество сегментов}}$$

Для получения графической сетки в предлагаемом способе используют шаблоны, позволяющие разделить изображение на равные сегменты. Шаблоны изготавливают из прозрачного гибкого пластика и наносят на них графическую сетку, разделяющую внутреннюю поверхность протезного ложа на равные по площади сегменты. Авторами предложены 6 разных размеров шаблонов для верхнечелюстных съёмных зубных протезов при частичном отсутствии зубов и 6 разных размеров шаблонов для нижнечелюстных зубных протезов (табл. 4.7).

Таблица 4.7

**Общая площадь сегментов на шаблонах
с графической сеткой.**

№ шаблона	Общая площадь, см ² . Верхняя челюсть	Площадь сегмента, см ² . Верхняя челюсть	Общая площадь, см ² . Нижняя челюсть	Площадь сегмента, см ² . Нижняя челюсть
1	18,39	0,59	14,4	0,6
2	20,3	0,53	15,74	0,66
3	22,29	0,7	17,14	0,71
4	24,38	0,76	18,6	0,78
5	56,57	0,83	20,11	0,84
6	61,21	0,98	21,69	0,9

Вышеуказанное обстоятельство позволяет использовать предлагаемый способ для оценки гигиенического состояния съёмных зубных протезов у пациентов с любыми размерами челюстей. Разделение внутренней поверхности зубных протезов на равные сегменты даёт возможность точно рассчитать площадь окрашивания налёта. Оценку окрашивания налёта в каждом сегменте проводят по 4-х балльной схеме от 0 до 4, где: 0 – отсутствие окрашивания; 1 – незначительное окрашивание; 2 – окрашивание менее половины площади поверхности сегмента; 3 – окрашивание более половины площади поверхности сегмента; 4 – окрашивание всей поверхности сегмента. Значение индекса гигиены съёмного протеза при частичном отсутствии зубов рассчитывают, используя соотношение между суммой баллов всех сегментов и общим числом сегментов по следующей формуле:

$$\text{Индекс гигиены (x)} = \frac{\text{Сумма баллов всех окрашенных сегментов}}{\text{Общее количество сегментов}}$$

Полученные результаты оценивают следующим образом: от 0 до 1,5 – отличный уровень гигиены; от 1,5 до 2,5 – удовлетворительный уровень гигиены; от 2,5 до 4,0 – неудовлетворительный уровень гигиены.

Предлагаемый способ определения гигиенического состояния съёмных зубных протезов при частичном отсутствии зубов позволяет проводить оценку гигиенического состояния съёмных зубных протезов с большой точностью, использование набора шаблонов даёт возможность применять этот способ для любых видов съёмных протезов с частичной потерей зубов, в зависимости от размеров челюстей. Это позволяет получить наиболее точное и полное изображение гигиенического состояния внутренней поверхности зубного протеза.

Э. М. Кузьмина с соавт. (2012) выполнили исследование, целью которого являлась разработка индекса оценки гигиенического состояния съёмных ортопедических стоматологических конструкций при частичном отсутствии зубов и его клиническая апробация [18, 19]. В исследовании приняли участие 25 пациентов с частичным отсутствием зубов, которым изготовили 46 съёмных ортопедических стоматологических конструкций. Стоматологические осмотры осуществляли спустя 1, 3, 6, 12 и 18 мес. с момента завершения ортопедического стоматологического лечения, занося результаты исследования в специально разработанную карту для регистрации данных. Для оценки у пациентов состояния гигиены полости рта и тканей пародонта использовали индексы: OHI-S (Green J. C., Vermillion J. R., 1964), толщины зубного налёта, PI (Sillness J., Loe H., 1964), налёта на апроксимальных поверхностях зубов, API (Lange D. E., 1977), распространённости и интенсивности поражения тканей пародонта, PI (Russel A. L., 1956). Для регистрации гигиенического состояния съёмных ортопедических

стоматологических конструкций при частичном отсутствии зубов использовали, разработанный авторами индекс РНI-M.

Результаты наблюдения за пациентами в течение 18 мес. продемонстрировали, что средняя величина индекса PI (Russel A. L., 1956) составила $1,33 \pm 0,09$, соответствуя начальной и лёгкой степени патологии пародонта. Средние показатели индексов OHI-S, API, а также индекса толщины зубного налёта были равны $1,46 \pm 0,13$, $31,78 \pm 2,6\%$ и $1,16 \pm 0,08$ соответственно, что свидетельствует о хорошем гигиеническом состоянии полости рта после лечения и регулярного проведения профессиональной гигиены. Спустя 1 мес. после окончания ортопедического лечения и проведения комплекса профилактических мероприятий средняя величина индекса РНI-M составила $1,08 \pm 0,09$, что свидетельствовало об отличном уровне гигиенического состояния изготовленных зубных протезов. Через 3 мес. среднее суммарное значение индекса достоверно ($p < 0,05$) увеличилось до $1,39 \pm 0,11$, через 6 мес. оно было практически аналогичным ($1,37 \pm 0,12$). Средний показатель индекса, полученный при следующем осмотре (через 12 мес.) несколько возрос – до $1,46 \pm 0,12$ ($p > 0,5$). Данные заключительного обследования (через 18 мес.) продемонстрировали тенденцию к дальнейшему увеличению показателя индекса до $1,63 \pm 0,14$ ($p > 0,5$). Предложенный индекс даёт возможность детально отслеживать динамику гигиенического состояния съёмных ортопедических стоматологических конструкций у пациентов с частичным отсутствием зубов, что, по мнению авторов, в дальнейшем даёт возможность разработать и оценить эффективность проведения у них различных комплексов профилактических мероприятий, тем самым снижая риск осложнений ортопедического лечения. Применение шаблонов с известной площадью, как общей поверхности, так и отдельных сегментов позволит точ-

но определять площадь микробного налёта на поверхностях протезов, что способствует прослеживанию динамики их гигиенического состояния и мотивации пациентов к правильному уходу за полостью рта и протезами.

Таким образом, результаты исследования продемонстрировали, что с помощью предложенного авторами индекса РНІ-М можно осуществлять комплексную оценку гигиенического состояния полости рта, в том числе, съёмных ортопедических конструкций. Результаты клинического применения предложенного метода оценки гигиенического состояния съёмных ортопедических конструкций у пациентов с частичным отсутствием зубов и динамического наблюдения за пациентами в течение 18 мес. показали, что разработанный индекс даёт возможность детально отслеживать динамику гигиенического состояния съёмных ортопедических стоматологических конструкций и объективно оценивать эффективность проведения различных комплексов профилактических мероприятий, тем самым снижая риск осложнений ортопедического лечения в ближайшие и отдалённые периоды. Применение шаблонов с известной площадью, как общей поверхности, так и отдельных сегментов позволяет точно определять площадь микробного налёта на поверхности протезов, что способствует прослеживанию динамики их гигиенического состояния и мотивации пациентов к эффективному уходу за полостью рта и ортопедическими конструкциями.

М. Т. Александрова с соавт. (2019) выполнили оригинальное исследование, относящееся к проблематике, рассматриваемой в данной работе [28]. При обзоре литературы авторы выявили, что на сегодняшний день на практике не существует универсального индекса оценки гигиенического состояния полости рта. Основная проблема в том, что оценку природ-

ных зубов, несъёмных и съёмных конструкций, языка, уровня озостомии проводят отдельно, что даёт фрагментарное представление об уровне гигиенического состояния полости рта у лиц со съёмными протезами. Как видно из приведённого анализа, все методы, по сути, «ручные». Всё оценивается невооружённым взглядом, предполагается также оценить не только наличие налёта (зубного камня), но дать его количественную оценку. Главной задачей является разработка универсального индекса, который базировался бы на объективных измерениях и позволил быстро, точно, понятно и единообразно описывать целостную картину гигиенического состояния протезных конструкций для дальнейшего его применения в клинике ортопедической стоматологии.

Авторами предложен подход к оценке гигиенического состояния протезных конструкций на основе фотометрических измерений. Фотометрия – это раздел прикладной оптики, в котором количественно измеряются энергетические характеристики поля излучения. Фотометрические и спектроскопические методы получили широкое распространение в лабораториях. Они позволяют относительно быстро определять весьма малые количества веществ. Фотометрический анализ является одним из наиболее удобных методов определения малых количеств вещества, так как существует практически неограниченная возможность превращения вещества в раствор, сильно поглощающий свет. Рамановская спектроскопия (спектроскопия комбинационного рассеяния) – это вид спектроскопии, в основе которой лежит способность исследуемых систем (молекул) к неупругому (Рамановскому, или комбинационному) рассеянию монохроматического света. Суть метода заключается в том, что через образец исследуемого вещества пропускают луч с определённой длиной волны, который при

контакте с образцом рассеивается. Полученные лучи с помощью линзы собираются в один пучок и пропускаются через светофильтр, отделяющий слабые (0,001%) интенсивности, и при этом люминесцентная компонента регистрируется спектрометром «ИнСпектр М». Регистрируемые спектры от биологических объектов и их качественная и количественная оценка повсеместно применяются в медицине. Целью работы была разработка люминесцентного (ЛФД) метода для измерения гигиенического состояния протезных конструкций, для их дальнейшего использования в клинической практике.

В ходе исследования авторы обследовали 10 протезных конструкций, при этом уровень флюоресценции был измерен как до чистки, так и после чистки зубной пастой. Исследования проводили с помощью прибора «Портативный экспресс-анализатор R532+» с подключённым к нему световодом. Полученные данные конвертировали в удобную для анализа и понимания форму с помощью специализированной программы MedGun. Одной из главных отличительных особенностей экспресс-анализатора R 532+ является анализ в сверхмалых дозах, а также возможность подключения световода. Измерения проводили в 2 группах: основной группе и группе сравнения. Сначала измеряли группу сравнения (протезные конструкции до чистки зубной пастой). Затем снимали показатели основной группы (протезные конструкции после чистки). После всех измерений получали степень флюоресценции для каждой конкретной точки измерения, что в совокупности характеризовало гигиеническое состояние (с помощью разработанного программного продукта) протезной конструкции. При этом проводились вычисления универсального интегрально выраженного индекса гигиенического состояния всей протезной конструкции в целом, и гигиенического состояния каждой

отдельной точки измерения (в %). Исследовали отдельно группы съёмных и несъёмных протезных конструкций. В случае, если процент нарушения гигиены протезной конструкции находится в пределах 5–19%, то считают гигиеническое состояние функционально адекватным (++) хорошей гигиене, в случае, если степень загрязнённости протезных конструкций была в пределах 20–49%, то считали гигиеническое состояние удовлетворительным (+–), в случае, если 50% и более процентов – неудовлетворительным (–). Зная средние значения каждого из биотопов, нашли индекс для гигиенического состояния полости рта в целом, пользуясь формулой интегральной оценки гигиенического состояния протезной конструкции по нормированным показателям интенсивности флюоресценции (формула 1):

$$I_{\text{гиг}} = \frac{M_{\text{среднее всех точек измерения до чистки}}}{M_{\text{среднее всех точек измерения после чистки}}} \times 100\%$$

В свою очередь, интегрально выраженные индексы конкретных точек измерения рассчитывали по формуле 2:

$$I_{\text{биот}} = \frac{M_{\text{среднее конкретной точки измерения до чистки}}}{M_{\text{среднее конкретной точки измерения после чистки}}} \times 100\%$$

Для доказательства статистической значимости результатов авторы пользовались методом оценки двух выборок. Обнаружение достоверных отличий статистических параметров, обычно, является первым шагом к подтверждению количественно доказанных биологических закономерностей. Ответ на вопрос о достоверности или случайности отличий дают статистические критерии, среди которых самые распространённые *t*-Стьюдента и *F*-Фишера. Вычисление их ведётся по специальным формулам, различным, в зависимости от

сравниваемых параметров и типов распределения. Полученные этим способом значения критериев (для чего в формулы подставляются экспериментальные данные) сравнивают с табличными при выбранном уровне значимости (обычно 0,05) и числе степеней свободы (объёмы выборок без числа ограничений). Результатом такого сравнения должен стать один из двух вариантов следующего статистического вывода. Если полученное значение (величина) критерия больше табличного, значит, различия между параметрами при заданном уровне значимости и установленном числе степеней свободы достоверны. В разных выборках действительно проявилось действие разных факторов или разных уровней одного фактора. Если же полученная величина критерия меньше табличной, то при данном уровне значимости и числе степеней свободы различия между параметрами недостоверны. Последнее свидетельствует о том, что различия случайны. В этом случае нельзя делать выводы о причинах отличий. При сравнении выборок по степени выраженности признака говорят о достоверности (недостоверности) отличий средних арифметических и долей, а при сравнении по уровню изменчивости показателей – о достоверности (недостоверности) отличий стандартных отклонений (дисперсий) и коэффициентов вариации. Особый случай представляет сравнение двух выборок по характеру распределения (достоверность отличия частот), а также общее отличие выборок без указания определённых параметров (для признаков в полуколичественных единицах). Это общая статистическая теория, относящаяся к сравнению выборок. В табл. 4.8 приведены индексы М среднего гигиенического состояния всех точек измерения протезных конструкций, интегрально выраженные в процентах.

Таблица 4.8

Номер протезной конструкции и значение индекса (%)

Номер протезной конструкции	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Индекс, %	10,63	16,70	36,20	31,75	35,91	38,07	47,07	13,38	71,80	19,74

При делении протезов на группы «съёмные и несъёмные» получились следующие результаты (табл. 4.9, 4.10).

Таблица 4.9

Название и номер съёмной протезной конструкции и значение индекса (%)

<i>Конструкция (её номер)</i>	<i>Индекс (%)</i>
Полный съёмный протез (1)	10,63
Съёмный протез с балочной фиксацией на имплантатах (керамический) (2)	16,70
Частичный съёмный бюгельный протез с замковой фиксацией (3)	36,20

Таблица 4.10

**Название и номер несъёмной протезной конструкции
и значение индекса (%)**

Конструкция	Индекс (%)
Временная несъёмная пластмассовая конструкция на имплантатах с цементной фиксацией	31,75
Металлокерамические коронки с опорой на имплантаты (цементная фиксация)	35,91
Металлокерамические коронки на зубы	38,07
Цельнолитая коронка с напылением	47,07
Металлокерамические коронки на имплантатах (винтовая фиксация)	13,38
Удалённые зубы	71,80
Металлокерамические коронки на имплантатах с комбинированной фиксацией	19,74

В табл. 4.11 приведены индексы М среднего гигиенического состояния всех точек измерения протезных конструкций, интегрально выраженные в процентах.

Таблица 4.11

Индексы М среднего гигиенического состояния

Номер протеза	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Индекс, %	13,57	51,27	10,81	2,71	18,12	26,33	79,1	59,12	56,57	28,36
	4,60	47,02	45,90	20,05	14,34	37,31	60,21	16,89	76,29	7,85
	1,62	4,11	1,22	67,2	56,27	60,33	30,6		85,11	
	2,93	6,60	20,7	67,39	28,42		65,07			
	2,50	19,72	8,3	42,85	41,87		16,11			
	32,58	52,41	70,29	45,66			22,86			
	2,99	31,03	65,92	79,93			64,93			
	29,82	4,19	25,78	7,42			37,02			
	17,27	7,39		6,23						
	11,95	23,88								
	12,19	55,29								
	28,53									
	22,64									
	16,06									

На основе полученных результатов был сделан вывод, что 1, 2, 8-е протезные конструкции соответствовали функционально-адекватному гигиеническому состоянию, 3–7-е протезы соответствовали удовлетворительному состоянию, 9-й протез имел неудовлетворительное гигиеническое состояние.

При анализе протезных конструкций по группам отмечено, что съёмные протезные конструкции являлись гигиенически наиболее чистыми, по сравнению с группой несъёмной конструкций, где в основном преобладало удовлетворительное гигиеническое состояние. Единственный неудовлетворительный результат получен при измерении удалённых зубов, что говорит о том, что все протезные конструкции выполнены качественно. При анализе интегрально выраженных индексов

отдельно взятых точек выяснено, что основными источниками загрязнения являются от 1-й до 7-й точки измерения.

На основании проведённого исследования авторы сделали следующие выводы: 1) При статистической обработке определено наличие статистически значимой разницы больше 95%, что говорит о том, что изменения в результатах измерения 2-х групп не случайны, а, следовательно, данный способ определения гигиенического состояния является действенным. 2) Полученные данные представляют собой универсальный индекс, который упрощает понимание процесса как для дальнейшего использования данных в клинике, так и для предоставления данных частным лицам. 3) Тщательная чистка с использованием зубной пасты заметно изменяет показатели, из чего следует, что чистка зубов зубной пастой является эффективным методом профилактики и поддержания хорошего гигиенического состояния. 4) Основными источниками загрязнения могут являться как одна точка, так и несколько одновременно, т. е. любая чистка должна проводиться тщательно, захватывая все возможные места поражения микробами. 5) Наиболее гигиенически неудовлетворительными являются несъёмные протезные конструкции. 6) При измерении съёмных протезных конструкций обнаружено, что большинство из них соответствует функционально-адекватному состоянию и лишь один образец соответствовал удовлетворительному.

С. Д. Арутюнов с соавт. (2018) разработали способ определения гигиенического состояния челюстных протезов-обтураторов, который может быть использован при оценке гигиенического состояния полости рта у пациентов со съёмными челюстными протезами-обтураторами при наличии дефектов зубных рядов и челюстей. Целью предложенной технологии являлось количественная и каче-

ственная диагностика гигиенического состояния съёмных протезов-обтураторов у пациентов с приобретёнными дефектами верхней челюсти. Техническим результатом предложенного способа являлась разработка и интерпретация обобщённого индекса гигиенического состояния челюстного протеза-обтуратора (ОИГС), включающего показатели, количественной и качественной оценки гигиенического состояния, как внешней, так и внутренней сторон челюстного протеза-обтуратора [35]. Технология способа заключалась в том, что способ определения гигиенического состояния челюстных протезов-обтураторов заключается в определении обобщённого индекса гигиенического состояния челюстного протеза-обтуратора включающего показатели, как внешней, так и внутренней стороны челюстного протеза-обтуратора. Способ определения гигиенического состояния челюстных протезов-обтураторов осуществляется следующим образом. На внутренней поверхности (негативное отображение протезного ложа) челюстного протеза-обтуратора налёт регистрируют в 3-х секторах на базисе и в 5-и секторах (поверхностях) обтуратора, которые обозначали буквами, для удобства распознавания данного объекта. Секторы А, Б, Г и Д отражают 4 поверхности самой узкой части обтуратора (шейки), контактирующие с поверхностью соустья по всему его периметру, а сектор В – это плато обтуратора, обращённое в сторону носовой полости.

1) Секторы базиса протеза, расположенного на сохранённой культе верхней челюсти:

1 сектор – в области резцового сосочка и отсутствующих фронтальных зубов;

2 сектор – определяется путём проведения срединной линии на внутренней поверхности базиса протеза вдоль области нёбного шва от вершины уздечки верхней губы до дистальной

границы протеза, разделив её перпендикуляром, проведённым по центру данной линии, и перпендикуляром, находящимся, примерно, в области отсутствующих зубов 1.4 и 2.4;

3 сектор – в секторе сохранившегося верхнечелюстного булгра, примерно в областях отсутствующих зубов 1.7 и 2.7.

2) Секторы на obturatore:

А сектор – расположен на передней поверхности шейки obturатора;

Б сектор – это поверхность шейки obturатора в области срединной линии;

В сектор – это плато obturатора;

Г сектор – это щёчная поверхность шейки obturатора;

Д сектор – это задняя поверхность шейки obturатора.

Оценку наружной поверхности челюстного протеза-obturатора регистрируют в проекции 5-и секторов, которые являются проекцией секторов 1, 2, 3, А и В внутренней поверхности ортопедической конструкции. Уровень гигиенического состояния протезов-obturаторов оценивали путём окрашивания раствором «Plaque Search» (Curaden, Швейцария), который наносили кисточкой, удерживая ортопедическую конструкцию пинцетом. Через 2 минуты после окрашивания протез-obturатор ополаскивали тёплой водой. В области расположения налёта и в участках с повреждённым покрытием проявлялась пигментация. Расчёт проводили отдельно для наружной и для внутренней поверхностей, после чего данные усредняли.

Во всех секторах количество налёта на внутренней и наружной поверхностях челюстного протеза-obturатора оценивают с помощью стоматологического шпателя визуально и интерпретируют в индексной оценке как: 0 – нет налёта; 1 – налёт видим только при соскабливании с протеза тупым предметом; 2 – на протезе отмечается умеренное количество зубного ви-

димого налёта; 3 – на протезе отмечается большое количество видимого зубного налёта; 4 – на протезе отмечается наличие твёрдых зубных отложений (зубного камня), (табл. 4.12).

Таблица 4.12

Показатели и критерии определения количества налёта на внутренней и внешней поверхностях челюстного протеза-обтуратора верхней челюсти (ИГСП)

Показатели ИГС	Критерии оценки	Описание
0	Нет налёта	При соскабливании с протеза шпателем видимый налёт не определяется
1	Налёт видим только при соскабливании с протеза тупым предметом	Налёт можно увидеть на шпателе
2	На протезе отмечается умеренное количество видимого налёта	На протезе зоны частично покрыты видимым налётом
3	На протезе отмечается большое количество видимого налёта	Зоны, полностью покрыты видимым налётом
4	На протезе отмечается наличие твёрдых отложений (зубной камень)	Зоны, покрытые видимым зубным камнем

При этом показатель: от 0 до 3 – свидетельствует о малом количестве налёта; свыше 3 до 4 – о выраженном количестве налёта; свыше 4 и более – о большом количестве налёта.

Математический расчёт способа определения гигиенического состояния челюстных протезов-обтураторов заключа-

ется в определении обобщённого индекса гигиенического состояния челюстного протеза-обтуратора, включающего показатели, как внешней, так и внутренней стороны челюстного протеза-обтуратора, который рассчитывали по формуле:

$$\text{ИГС} = \frac{\text{ИГС (внутр)} + \text{ИГС (наружн)}}{2}$$

Индекс гигиенического состояния внутренней поверхности протеза-обтуратора рассчитывается по формуле:

$$\text{ИГС (внутр)} = \frac{\text{ИГС (баз. внутр)} + \text{ИГС (обт. внутр)}}{2}$$

Индекс гигиенического состояния наружной поверхности протеза-обтуратора по формуле:

$$\text{ИГС (наружн)} = \frac{\text{И (1 наруж)} + \text{И (2 наруж)} + \text{И (3 наруж)} + \text{И (А наруж)} + \text{И (В наруж)}}{5}$$

При этом при расчёте индекса внутренней поверхности показатели внутренней поверхности базиса протеза и обтуратора рассчитывали по формулам:

$$\text{ИГС (баз. внутр)} = \frac{\text{И (1 внутр)} + \text{И (2 внутр)} + \text{И (3 внутр)}}{3}$$

$$\text{ИГС (обт. внутр)} = \frac{\text{И (А внутр)} + \text{И (Б внутр)} + \text{И (В внутр)} + \text{И (Г внутр)} + \text{И (Д внутр)}}{5}$$

Результаты изучения индекса ИГС челюстного протеза-обтуратора оценивали по бальной системе путём сложения коэффициентов в каждом секторе (табл. 4.13).

Таблица 4.13

Бал- лы	Критерии оценки налёта на базисе протеза	Площадь, занимае- мая налё- том	Описание	Интер- претация результа- тов
0	Нет налёта	—	При соскабли- вании налёт не определяется	Отлич- ный
1	Налёт виден только при его соскабливании	1–20%	Налёт можно увидеть на шпа- теле	Хороший
2	Отмечается уме- ренный объём видимого налёта	21 –50%	Базис частично покрыт видимым налётом	Удовлет- вори- тельный
3	Отмечается боль- шой объём види- мого налёта	51–80%	Большая часть базиса покрыта налётом	Плохой
4	Отмечается нали- чие твёрдых от- ложений (зубного камня)	81–100%	На базисе ви- димый зубной камень	Очень плохой

Кроме того, авторами представлена программа «Maxillary Prosthetic Hygiene Index» для автоматизации данного анализа с помощью современных программных средств и устройств информатики типа планшетных компьютеров и смартфонов на базе операционной системы Android. Такое решение вызвано растущей популярностью электронных планшетов, а также смартфонов как средств информатики среди студентов будущих врачей и медицинских работников [37]. Интерфейс программы максимально простой и не требует специальной подготовки для работы с ней. Предварительно при старте приложения заполняется карточка больного с его данными. Окно 1 служит для сообщения программе числа зон (областей ана-

лиза) на внутренней и наружной поверхностях челюстного протеза-обтуратора. В целях упрощения ввода данных после клика по полю для ввода на экране появляется миниклавиатура с цифровыми клавишами, а также клавишами «Сброс» и «ОК». Кроме того, аналогичные клавиши для глобальной очистки памяти присутствуют на основной панели программы. В Окне 2 происходит заполнение лечащим врачом полей оценки мягкого и твёрдого зубного налёта на поверхностях базиса и обтуратора протеза, при этом достаточно поставить в соответствующем поле какой-либо символ, например, галочку. После нажатия на клавишу «Счёт» открывается Окно 3 с результатами анализа в виде численного значения индекса гигиены ОИУГС, а также виджетом – сегментированным прогресс-баром – прямоугольной областью с длиной, пропорциональной численному значению индекса. Предусмотрено сохранение статистики, в том числе в облачном хранилище файлов, анализ данных и вывод их на график, частичная и полная очистка истории наблюдений.

Предложенный способ индексации гигиенического состояния свидетельствует о возможности мониторинга и поддержания высокого уровня гигиены челюстных протезов-обтураторов, как в области базиса, так и обтуратора.

Итак, первоначально авторы разработали обобщённый индекс уровня гигиенического состояния (ОИУГС) конструкций челюстных протезов-обтураторов. Предложенный гигиенический индекс позволяет полноценно и достоверно контролировать гигиену ортопедической конструкции на высоком уровне и является доступным и эффективным способом предупреждения и управления процессом формирования мягкого и твёрдого зубного налёта.

И. Ю. Кострицкий с соавт. (2023) разработали способ диагностики загрязнения поверхности пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-обтуратора мягкими и твёрдыми зубными отложениями. Целью предложенной технологии являлось точная количественная оценка гигиенического состояния съёмных протезов-обтураторов у пациентов с приобретёнными дефектами верхней челюсти. Техническим результатом предложенного способа являлась разработка и интерпретация диагностических мероприятий вышеуказанного характера на базовой основе использования высокоточных цифровых технологий (авторы: И. Ю. Кострицкий, В. Г. Галонский, Е. В. Мокренко).

Технология способа. Способ диагностики загрязнения поверхности пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-обтуратора мягкими и твёрдыми зубными отложениями осуществляют следующим образом. Пострезекционный съёмный зубочелюстной протез-обтуратор, ранее эксплуатируемый больным в течение неопределённого промежутка времени после выполнения верхнечелюстной резекции, извлекают из полости рта пациента и фиксируют за край базиса, не обсеменённый мягкими и твёрдыми зубными отложениями, на зажим типа «Москит» или иной аналог. С помощью водно-воздушной струи устройства вода-воздух стоматологической установки очищают поверхность пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-обтуратора от слизи, пищевых остатков и носового секрета. Удерживая пострезекционный съёмный зубочелюстной протез-обтуратор за край базиса зажимом вышеуказанного типа, с использованием кисти с мягким ворсом, наносят препарат Колор-Тест № 3 (ф. ВладМиВа, производства Россия) на всю площадь по окружности 360° поверхности съёмного протеза со стороны, обращённой к опорным тканям

протезного ложа, включая куполообразную сферу obturatora и её границы по краям верхнечелюстного изъёма по всей окружности, и на всю площадь поверхности, обращённой в сторону полости рта включая искусственные зубы. Препарат Колор-Тест № 3 (ф. ВладМиВа, производства Россия), предназначенный для диагностики наличия и состояния налёта на зубах, выпускаемый в форме жидкости на базовой фармакологической основе метиленовой сини, обеспечивает реакцию и последующее окрашивание соответствующим красителем мягкого и твёрдого зубного налёта в синий оттенок, обеспечивающий контрастную визуальную диагностику его наличия и общей площади обсеменённости на поверхности данного типа съёмного протеза, в сравнении с розовым цветом базиса протеза и белым цветом искусственных зубов.

После визуализации окрашивания мягкого и твёрдого зубного налёта, имеющегося на поверхности базиса пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-obturatora, протез повторно обрабатывают водно-воздушной струёй устройства вода-воздух стоматологической установки и высушивают. Каждую из визуализированных обсеменённых зон поверхности базиса пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-obturatora обводят по краям периметра полученных неправильных геометрических фигур занимаемой площади наличия окрашенного мягкого и твёрдого зубного налёта водорастворимым маркером с узкой рабочей частью перманентного типа, контрастного цвета (чёрного или иного, отличающегося от цвета окрашивания мягкого и твёрдого зубного налёта диагностическим красителем и цвета базиса и искусственных зубов протеза) (ф. Erich Krause, производства Россия).

Всю площадь поверхности базиса со стороны, обращённой к опорным тканям протезного ложа, включая куполообразную

сферу obturatora и её границы по краям верхнечелюстного изъёма по всей окружности, и на всю площадь поверхности, обращённой в сторону полости рта включая искусственные зубы пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-obturatora покрывают матирующим спреем для сканирования типа «Scan-Sprey LAB» (ф. OMEGA TECH, производства Германия) или иным аналогом с соответствующими характеристиками, для исключения возможности проявления эффекта бликования поверхности исследуемого объекта в процессе сканирования.

Пострезекционный съёмный зубочелюстной протез-obturator помещают в сканирующее зуботехническое устройство типа «3Shape E2-3D» (ф. 3Shape, производства Дания) или иное аналоговое устройство с соответствующими характеристиками и техническими возможностями. Выполняют сканирование всей площади поверхности пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-obturatora со стороны, обращённой к опорным тканям протезного ложа, включая сферическую поверхность obturatora и границы верхнечелюстного изъёма по всей окружности, и со стороны, обращённой в сторону полости рта, включая искусственные зубы – т.е. на 360° относительно сканируемого объекта (рис. 4.1). Полученные сканы преобразуют в 3D-модель и создают её дубликат (рис. 4.2).

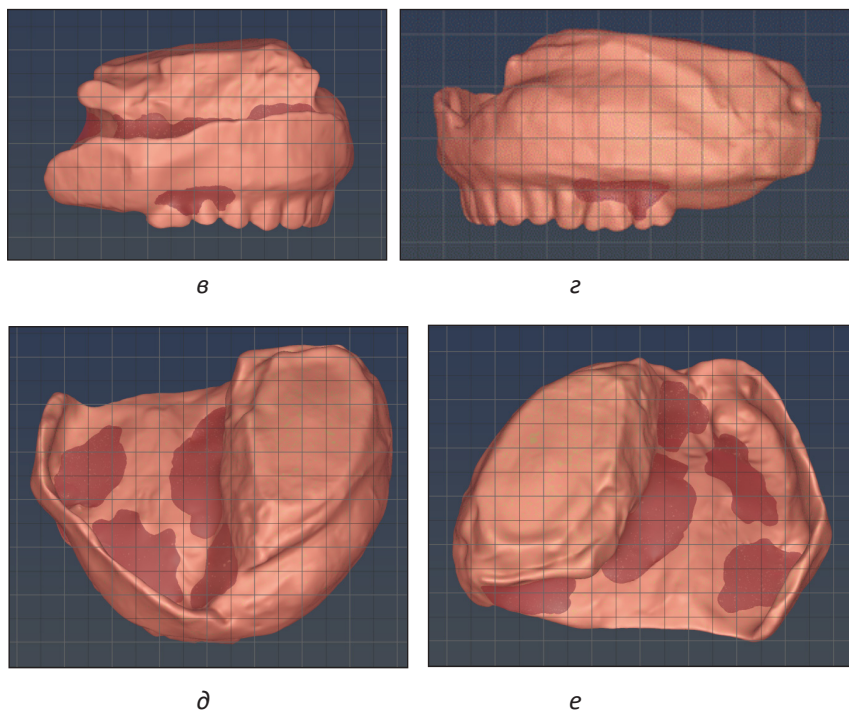
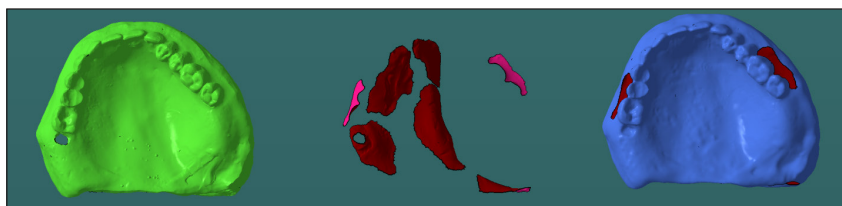


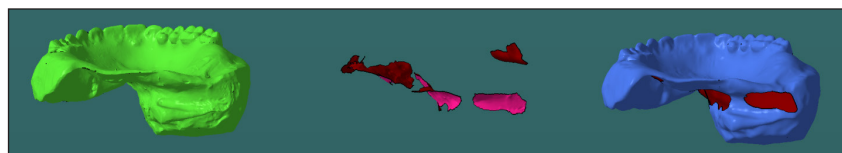
Рис. 4.2. 3D-модель пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-обтуратора (скриншот – цифровое изображение, визуализирующее содержание экрана компьютера): а – фронтальная проекция; б – проекция со стороны полости рта; в – правая латеральная проекция; г – левая латеральная проекция; д – проекция со стороны опорных тканей протезного ложа (с фронтальной стороны); е – проекция со стороны опорных тканей протезного ложа (с дистальной стороны).

Вырезают выделенные зоны обсеменённости из одной модели, ориентируясь на сканированную текстуру поверхности объекта. В результате чего получают сканы (компьютерные файлы), состоящий из трёх групп элементов: 1) 3D-модель пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-обту-

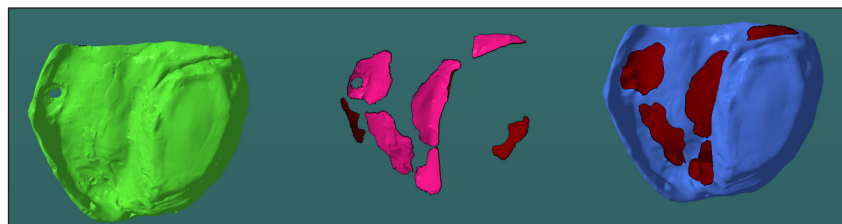
ратора со стороны, обращённой к опорным тканям протезного ложа, включая сферическую поверхность obturator и границы верхнечелюстного изъяна по всей окружности, и со стороны, обращённой в сторону полости рта, включая искусственные зубы – на 360° относительно сканируемого объекта; 2) 3D-модель (аналоговая) с вырезами элементов из основной базовой модели, обсеменённых мягким и твёрдым зубным налётом; 3) 3D-модель (аналоговая), объединяющая множество полученных вырезанных элементов, обсеменённых мягким и твёрдым зубным налётом, наложены на базовую 3D-модель (рис. 4.3).



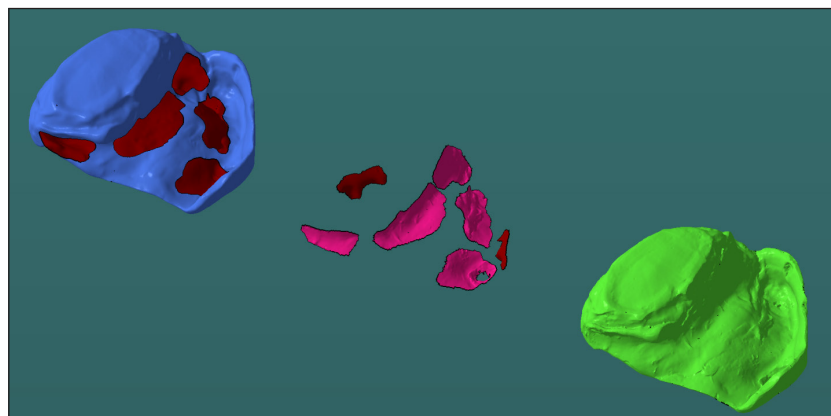
а



б



в



2

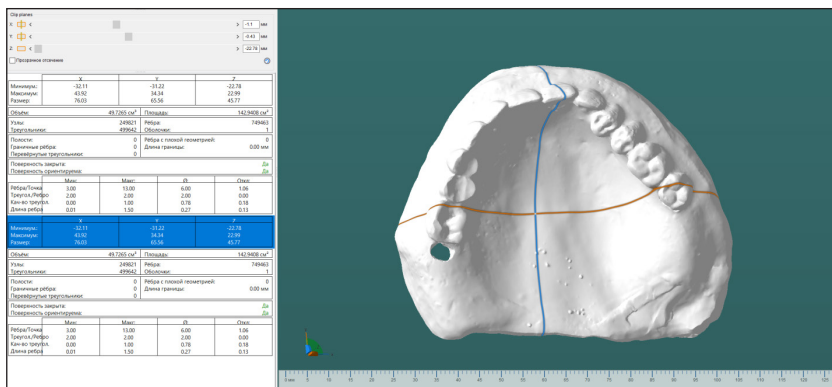


3

Рис. 4.3. Результаты аналитической компьютерной обработки 3D-модели пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-обтуратора. Модель разделена на три элемента (скриншот – цифровое изображение, визуализирующее содержание экрана компьютера): 1) зелёным цветом отображена исходная модель; 2) розово-бордовым цветом отображены зоны обсеменённости на поверхности протеза (в вырезанном и/или аналоговом наложении на исходную модель – отображённую синим цветом, со стороны протезного ложа или со стороны, обращённой к полости рта); 3) синим цветом отображена исходная модель с наложенными зонами обсеменённости на поверхности протеза (с наложенными

розово-бордового цвета зонами, отображающими обсеменённость мягкими и твёрдыми зубными отложениями поверхности протеза, разным цветом – со стороны, обращённой к опорным тканям протезного ложа, и со стороны, обращённой к полости рта). Проекции изображений (сканов) модели: а – с оральной стороны; б – с дистальной стороны; в – со стороны протезного ложа (вертикально); г – со стороны протезного ложа (правая полубоковая проекция с дистальной стороны); д – со стороны протезного ложа (правая полубоковая проекция с фронтальной стороны).

Загружая каждый элемент в программу аналитической оценки 3D-объектов получаем необходимые искомые данные в виде: 1) Общая площадь всей поверхности пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-обтуратора, включая всю пространственно-объёмную площадь сферическую поверхность обтурирующей части, выраженная в мм²; 2) Общая площадь поверхности зубочелюстного протеза, имеющая зону окраски препаратом Колор-Тест № 3 (отличающуюся от основной площади протеза цветом с иным оттенком) (рис. 4.4).



a



С использованием компьютерной программы обработки 3D-объектов, предназначенной для инженерного анализа поверхностей, автоматически определяем процентное соотношение площади загрязнённой поверхности зубочелюстного протеза к общей площади всей поверхности ортопедической конструкции (рис. 4.5).

[illegible]

136

С помощью таблицы, характеризующей степень загрязнения мягкими и твёрдыми зубными отложениями, определяем уровень загрязнения съёмной ортопедической стоматологической конструкции (табл. 4.14).

Таблица 4.14

**Характеристика загрязнения поверхности
пострезекционного съёмного зубочелюстного протеза-
обтуратора мягкими и твёрдыми зубными отложениями**

Площадь загрязнения поверхности протеза, %	Интерпретация по- лученных данных	Рекомендуемые профилактические ме- роприятия
до 10%	Высокий (отлич- ный) уровень гигиенического состояния протеза	Профилактические медицинские осмотры в рамках диспансерного на- блюдения с частотой не реже 1 раза в 12 мес. Обучение особенностям ин- дивидуального гигиенического ухода за съёмными ортопедическими сто- матологическими конструкциями
10-20%	Хороший (прием- лемый) уровень гигиенического состояния протеза	Профилактические медицинские осмотры в рамках диспансерного наблюдения с частотой не реже 1 раза в 6 мес. Обучение особенностям индивидуального гигиенического ухода за съёмными ортопедическими стоматологическими конструкциями с контролем уровня гигиены
21-30%	Удовлетворитель- ный (требующий повышенного внимания) уро- вень гигиениче- ского состояния протеза	Профилактические медицинские осмотры в рамках диспансерного наблюдения с частотой не реже 1 раза в 3 мес. Обучение особенностям индивидуального гигиенического ухода за съёмными ортопедическими стоматологическими конструкциями с контролем уровня гигиены

31-49%	Неудовлетворительный (плохой) уровень гигиенического состояния протеза	Профилактические медицинские осмотры в рамках диспансерного наблюдения с частотой не реже 1 раза в 3 мес. Обучение особенностям индивидуального гигиенического ухода за съёмными ортопедическими стоматологическими конструкциями с контролем уровня гигиены. Применение профессиональных методов и средств для очистки зубных протезов в соответствующие периоды наблюдения.
50% и более	Очень плохой (требующий пристального внимания) уровень гигиенического состояния протеза	Профилактические медицинские осмотры в рамках диспансерного наблюдения с частотой не реже 1 раза в 1 мес. Обучение особенностям индивидуального гигиенического ухода за съёмными ортопедическими стоматологическими конструкциями с контролем уровня гигиены. Применение профессиональных методов и средств для очистки зубных протезов в соответствующие периоды наблюдения.

Выполняем механическую и химическую очистку ортопедической стоматологической конструкции от мягких и твёрдых зубных отложений. Помещаем съёмную ортопедическую стоматологическую конструкцию в полость рта пациента.

Техническим результатом предложенного способа является повышение объективности и достоверности количественной оценки гигиенического состояния исследуемых съёмных ортопедических стоматологических конструкций на базовой платформе использования современных цифровых технологий, визуализирующих и оценивающих данные параметры в автоматическом режиме. Данные обстоятельства в совокупности улучшают эргономику проведения исследования и качественные характеристики диагностических мероприятий, исключая

субъективность человеческого фактора в его оценке на основе автоматизации.

Таким образом, анализируя всё выше сказанное, можно сделать следующее заключение. Практикующий врач-стоматолог-ортопед должен знать и уметь грамотно объяснить пациентам, как правильно эксплуатировать съёмный зубной протез в процессе своей жизнедеятельности, чтобы эффективно его использовать без каких-либо неудобств для себя, обеспечивая минимальную негативную ответную реакцию со стороны опорных тканей протезного ложа и как конечный итог – максимально возможный морфологический и функциональный результат ортопедической реабилитации, особенно в отдалённые периоды реконструктивных ортопедических мероприятий.

Всего этого можно добиться только в том случае, если врач-стоматолог-ортопед может разъяснить и объективно, на основании гигиенических индексов состояния съёмных зубных протезов и опорных тканей протезного ложа, показать пациенту, как следует проводить гигиенический уход за его индивидуальной ортопедической стоматологической конструкцией в динамике диспансерного клинического наблюдения и проследить его эффективность.

Также практикующие врачи-стоматологи-ортопеды должны понимать, что раз пациенты приобретают стоматологические проблемы вследствие отсутствия надлежащего гигиенического ухода, то это означает, что они не только не умеют ухаживать за полостью рта, но и не знают, как правильно это делать. Следовательно, чтобы избавить пациента от стоматологических проблем в дальнейшем и способствовать поддержанию здоровья его ротовой полости, необходимо не только разрабатывать и внедрять «Индивидуальные персонифици-

рованные программы профилактики гигиенического ухода за установленными ортопедическими стоматологическими конструкциями», но и проводить объективный контроль за их практическим внедрением. Осуществление систематического мониторинга за здоровьем полости рта санированного пациента обеспечивает успех всей последующей клинической практики, нивелируя возможность тех или иных осложнений, их быстрое распознавание на ранних этапах развития и последующее комфортное их решение.

Одной из актуальных и перспективных для практического решения проблем ортопедической стоматологии, как научной и практической медицинской специальности, является персонализированный подход к осуществлению гигиенического ухода за различными конструкциями зубных протезов с целью повышения прогноза их эффективного функционирования в ближайшем и перспективном будущем.

В данной связи регулярное динамическое диспансерное наблюдение врача-стоматолога-ортопеда за данной категорией больных, качественное и регулярное выполнение профессиональных гигиенических процедур в ротовой полости, регулярное применение адекватных и современных гигиенических средств, предназначенных для ухода за полостью рта и ортопедическими конструкциями, являются важной составляющей комплексного подхода при диспансерном наблюдении, обеспечивающем успешные результаты ортопедического стоматологического лечения и прогнозирующим его долгосрочные перспективы.

Анализируя всё выше сказанное, следует отметить, что объективная индексная оценка гигиенического состояния полости рта в целом, съёмных зубных и челюстно-лицевых ортопедических стоматологических конструкций в частности является

достаточно актуальной. В целях профилактики патологических процессов, возникающих при наложении съёмных ортопедических конструкций на опорные ткани протезного ложа и последующей их эксплуатации пациентом в первую очередь в динамике клинических наблюдений играет быстрая и удобная, объективная и точная оценка гигиенического состояния полости рта в целом и съёмных ортопедических конструкций в частности, с использованием различных индексов, аналитический обзор которых представлен в данной работе.

Список использованной литературы:

1. Анализ гигиенического состояния челюстных протезов-обтураторов и программа анализа для андроид-планшета / С. Д. Арутюнов, С. С. Перцов, С. А. Муслон [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 9. – С. 55–59.
2. Виноградов С. И. Основы гигиены ротовой полости при лечении зубочелюстно-лицевых аномалий несъёмными ортодонтическими конструкциями / С. И. Виноградов, Т. А. Кячина, В. Г. Кобрин; под ред. проф. Г. А. Хацкевича. – Санкт-Петербург: [б. и.], 1997. – 28 с.
3. Галонский, В. Г. Зубо-челюстно-лицевая ортопедия верхнечелюстных дефектов с использованием материалов с памятью формы / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2007. – Т. 75, № 8. – С. 34–37.
4. Галонский, В. Г. Реакция слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа на воздействие съёмных зубных протезов / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – Т. 85, № 2. – С. 18–22.
5. Галонский, В. Г. Непосредственные ортопедические мероприятия после верхнечелюстной резекции / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, Т. В. Казанцева // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – Т. 87, № 4. – С. 59–62.
6. Гаспарян, Т. А. Перспективы развития в стоматологии протезирования. Актуальность развития / Т. А. Гаспарян, А. Т. Гаспарян, О. С. Смирнова // Актуальные направления научных исследований: перспективы развития: сборник материалов IV Международной научно-практической конференции. В 2-х т. – Чебоксары, 2017. – Т. 2. – С. 117–121.
7. Гигиеническое сопровождение – составляющая успеха дентальной имплантации / Ю. Е. Широков, С. Ю. Иванов,

А. И. Бычков, О. М. Покровская // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2005. – № 1, Том 4. – С. 71–72.

8. Гуляева, О. А. Влияние индивидуальной гигиены полости рта на результат поддерживающей терапии в отдалённые сроки после дентальной имплантации / О. А. Гуляева, С. В. Аверьянов, Б. А. Якупов // Dental Forum. – 2019. – № 4(75). – С. 30–31.

9. Дентальная имплантация: национальное руководство / под ред. А. А. Кулакова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 400 с.

10. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под ред. В. К. Леонтьева, Л. П. Кисельниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 952 с.

11. Дмитриева, Е. Ф. Лучевой кариес: клиническая картина, вопросы лечения / Е. Ф. Дмитриева, Н. С. Нуриева // Проблемы стоматологии. – 2014. – № 2. – С. 9–12.

12. Доступный для лиц пожилого и старческого возраста способ очистки и дезинфекции съёмных зубных протезов / Ю. В. Чижов, П. В. Митрофанов, Т. В. Казанцева [и др.] // Институт стоматологии. – 2021. – № 2 (91). – С. 104–107.

13. Илюхина, М. О. Гигиенический статус пациентов, пользующихся зубными протезами с акриловыми и титановыми базисами / М. О. Илюхина, Д. Н. Масленников, А. Г. Прошин // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3, № 2. – С. 353.

14. Индексная оценка гигиенического состояния зубных протезов и аппаратов различных конструкций / В. В. Трезубов, О. Н. Сапронова, Л. Я. Кусевецкий, А. В. Привалов // Институт стоматологии. – 2010. – № 4 (49). – С. 46–47.

15. Использование ирригатора у пациентов с ортопедическими конструкциями, опирающимися на дентальные имплантаты / А. С. Утюж, А. В. Юмашев, О. И. Адмакин, Р. М. Лушков // Клиническая стоматология. – 2017. – № 2 (82). – С. 47–49.

16. Карпович, Е. А. Гигиенический уход за съёмными протезами из термопластических материалов / Е. А. Карпович // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2019. – Т. 9, № 7. – С. 294.

17. Клиническая оценка методов гигиены полости рта пациентов, пользующихся ортодонтическими аппаратами различных конструкций / В. Н. Трезубов, О. Н. Сапронова, Л. Я. Кусевицкий, В. В. Беньковский // Пародонтология. – 2010. – № 1 (54). – С. 70–71.

18. Кузьмина, Э. М. Оценка состояния гигиены съёмных ортопедических стоматологических конструкций зубных протезов у пациентов с частичным отсутствием зубов / Э. М. Кузьмина, Т. И. Ибрагимов, М. Р. Казанский // Dental Forum. – 2011. – № 5. – С. 60–61.

19. Кузьмина, Э. М. Совершенствование метода оценки гигиенического состояния съёмных ортопедических конструкций у пациентов с частичным отсутствием зубов / Э. М. Кузьмина, Т. И. Ибрагимов, М. Р. Казанский // Dental Forum. – 2012. – № 4. – С. 54–56.

20. Леонтьев, В. К. О состоянии стоматологии в России и перспективах её развития (часть I) / В. К. Леонтьев // Институт стоматологии. – 2006. – № 4 (33). – С. 10–12.

21. Леонтьев, В. К. О состоянии стоматологии в России и перспективах её развития (часть II) / В. К. Леонтьев // Институт стоматологии. – 2007. – № 1 (34). – С. 10–13.

22. Леонтьев, В. К. О состоянии стоматологии в России и перспективах её развития (часть III) / В. К. Леонтьев // Институт стоматологии. – 2007. – № 2 (35). – С. 10–13.

23. Леонтьев, В. К. О состоянии стоматологии в России и перспективах её развития (часть IV) / В. К. Леонтьев // Институт стоматологии. – 2007. – № 3 (36). – С. 14–17.

24. Михайленко, Т. Н. Клиническая оценка состояния гигиены полости рта у лиц со съёмными конструкциями зубных протезов на основании интегрального индекса / Т. Н. Михайленко // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. – Т. 9, № 1. – С. 65–69.

25. Опухоли головы и шеи: клиническое руководство / А. И. Пачес [и др.]. – 5-е изд., доп. и перераб. – Москва: Практическая медицина, 2013. – 478 с.

26. Ортопедическая реабилитация больных с верхнечелюстными пострезекционными дефектами с использованием материалов с памятью формы / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Н. Олесова, В. Э. Гюнтер // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 5. – С. 26–29.

27. Ортопедическая стоматология: национальное руководство / под ред. И. Ю. Лебеденко, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 824 с.

28. Оценка гигиенического состояния различных протезных конструкций до и после чистки / М. Т. Александров, А. Н. Ахмедов, О. А. Артемова [и др.]. – DOI 10.18821/1728-2802-2019-23-3-4-106-111 // Российский стоматологический журнал. – 2019. – Т. 23, № 3-4. – С. 106–111.

29. Оценка ответственности пациентов с имплантатами за соблюдение гигиены полости рта и диспансерное наблюдение / Е. Е. Олесов, Е. Ю. Хавкина, Н. И. Шаймиева [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2013. – № 2. – С. 50–52.

30. Оценка уровня индивидуальной гигиены рта до и после проведённого лучевого лечения на фоне местного лечения мукозитов / А. М. Аванесов, Е. Н. Гвоздикова, З. Х. Нгуен [и др.] // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии. – 2020. – Т. 20, № 4. – С. 20–38.

31. Оценка эффективности использования средств индивидуальной гигиены у пациентов с дентальными имплантатами

/ С. Ю. Иванов, В. Н. Царев, Ю. Е. Широков [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2007. – № 1-2. – С. 58–62.

32. Очистка и дезинфекция съёмных зубных протезов оригинальным комплексом отечественных реактивов с помощью ультразвуковых стиральных машин типа «Ретона»: методическое пособие / сост. П. В. Митрофанов, Ю. В. Чижов, А. А. Радкевич [и др.]. – Красноярск: Абзац, 2021. – 76 с.

33. Патент №101919 Україна, МПК51 А 61 В 1/24, А 61 С 8/00. Спосіб інтегральної оцінки гігієнічного стану ротової порожнини у осіб із знімними протезами: № а201205384: заявл. 25.12.2012: опубл. 13.05.2013 / Т. М. Михайленко, М. М. Рожко, І. М. Іванишин. – Бюл. № 9.

34. Патент № 2529403, Российская Федерация, МПК А 61 С 13/00, А 61 В 5/00. Способ определения гигиенического состояния съёмных зубных протезов при частичном отсутствии зубов: № 2012128326/14: заявл. 06.07.2012: опубл. 27.19.2014 / Т. И. Ибрагимов, И. К. Батрак, М. Р. Казанский, И. Н. Кузьмина, Э. М. Кузьмина. – Бюл. № 27.

35. Патент № 2666266, Российская Федерация, МПК А 61 В 5/00, А 61 В 10/00. Способ определения гигиенического состояния челюстных протезов-обтураторов: № 2017123032: заявл. 29.06.2017: опубл. 06.09.2018 / С. Д. Арутюнов, З. Л. Шанидзе, А. С. Арутюнов, С. А. Мусллов, Р. Ш. Гветадзе. – Бюл. № 25.

36. Покровская, О. М. Индексная оценка эффективности проведения индивидуальной гигиены у пациентов с дентальными имплантатами / О. М. Покровская // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 1-2. – С. 69–75.

37. Программа анализа медицинских данных (представленных таблицами сопряженности 2x2) для Android планшета / С. С. Перцов, Г. М. Стюрева, С. А. Мусллов [и др.] // Актуальные вопросы современных математических и естественных

наук: сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции, Екатеринбург, 10 марта 2016 года. – Екатеринбург, 2016. – С. 12–13.

38. Радиоэпителииты слизистой оболочки полости рта при лучевой терапии злокачественных новообразований челюстно-лицевой области / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, Т. В. Казанцева [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 4 (76). – С. 80–84.

39. Радкевич, А. А. Клинический случай замещающего протезирования полного верхнечелюстного пострезекционного дефекта / А. А. Радкевич, В. Г. Галонский // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – Т. 87, № 4. – С. 121–124.

40. Распространённость и интенсивность поражения твёрдых тканей зубов после комбинированного и лучевого лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, Т. В. Казанцева [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 3 (75). – С. 70–75.

41. Смбатян, Б. С. Сравнительная характеристика ирригаторов, представленных на российском рынке / Б. С. Смбатян, Р. Д. Рамазанов, О. М. Покровская // Пародонтология. – 2005. – № 2 (35). – С. 47–49.

42. Сравнительный анализ адгезии микробной флоры рта к базисным материалам челюстных протезов на основе полиуретана и акриловых пластмасс / А. С. Арутюнов, В. Н. Царев, Д. В. Кравцов, Е. В. Комов // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 1. – С. 19–23.

43. Стоматология детского возраста: учебник: в 3 ч. Ч. 1. Терапия. – 2-е изд., перераб. и доп. / В. М. Елизарова [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 480 с.

44. Огородников, М. Ю. Клинико-микробиологическая характеристика динамики микробной колонизации съёмных

зубных протезов с базами из полиуретана и акриловых пластмасс / М. Ю. Огородников, В. Н. Царев, Р. Х. Сулемова // Российский стоматологический журнал. – 2007. – № 6. – С. 20–22.

45. Улитовский, С. Б. Гигиена при зубном протезировании: учебное пособие / С. Б. Улитовский. – 2-е изд. – Москва : МЕД-пресс-информ, 2009. – 105 с.

46. Флейшер, Г. М. Индексная оценка в ортопедической стоматологии. Руководство для врачей / Г. М. Флейшер. – [Б.м.]: Издательские решения, 2019. – 304 с.

47. Электроодонтометрия при комбинированном и лучевом лечении злокачественных новообразований челюстно-лицевой области / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, Т. В. Казанцева [и др.] // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2011. – Т. 26, № 4-1. – С. 90–95.

48. A clinically viable index for quantifying denture plaque / S. S. Jeganathan, K. T. Thong, V. Chan [et al.] // Quintessence International (Berlin). – 1996. – Vol. 27, № 8. – P. 569–573.

49. Assessment of an additive index for plaque accumulation on complete maxillary dentures / E. Ambjørnsen, J. Valderhaug, P. W. Norheim, F. Fløystrand. – DOI 10.3109/00016358209019813 // Acta odontologica Scandinavica. – 1982. – Vol. 40, № 4. – P. 203–208.

50. Schubert, R. The prosthesis hygiene index – a method for documentation and health education / R. Schubert, U. Schubert // Stomatologie der DDR. – 1979. – Vol. 29, № 1. – P. 29–31.

ГЛАВА 5. ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ

Научно-технический прогресс, напряженный ритм современной жизни, возрастающая конкуренция, повышение требований к качеству жизни и труда, несомненно, способствуют возникновению профессионального стресса. Этому способствуют также и существенные перемены в обществе.

Из-за возрастающих требований к современной жизни проявляются трудности адаптации, неспособность выносить повышенные нагрузки, которые создают угрозу качеству жизни и психическому здоровью человека [12]. В связи с этим, профессионально-личностную дезадаптацию, следует рассматривать как кризис профессионального развития личности, возникающий в процессе профессиональной деятельности. Это может проявляться в виде синдрома хронической усталости (СХУ) или синдрома эмоционального «выгорания» (СЭВ). Установлено, что постоянно возникающие стрессы (хронический стресс) могут привести не только к развитию соматических заболеваний, но и к серьезным психосоматическим расстройствам и чаще всего к психоэмоциональному выгоранию.

В современном мире профессия врача требует от специалиста, как физического здоровья, так и психоэмоциональной устойчивости, поскольку ежедневный труд медицинских работников сопряжен с воздействием комплексных стрессорных факторов, что приводит к перегрузке и быстрому физиологическому и психическому истощению [3, 4, 5, 8].

Применительно к работе врача различают три основные группы стрессоров: средовые (физические, химические, биологические воздействия), психоэмоциональные (ответственность за жизни пациентов и возросшее количество жалоб, судебных исков), социальные (низкий социально-экономический статус, несоответствие ожиданий от профессии и современных реалий, отсутствие доступа к современным методам диагностики и лечения) [4, 5, 10, 14]. Указанные выше факторы со временем могут приводить к разочарованию в выбранной профессии, что сопровождается инициацией профессиональной деформации, которая проявляется развитием специфического жаргона, раздражением при общении с пациентами, демонстрацией собственной значимости. В качестве примера подобной деформации можно привести рассмотрение пациента как набора симптомов, обезличивание больных [6].

О синдроме эмоционального выгорания (англ. burnout) (СЭВ) заговорили в 70-е годы XX века, когда этот термин впервые использовал американский психиатр Герберт Фрейденберг [19]. Полное определение синдрома дала Кристина Маслач (1981). Эмоциональное выгорание – это синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личностных достижений, который может возникать среди специалистов, занимающихся разными видами «помогающих» профессий [9].

Однако, в психологии до сих пор не существует единого понимания феномена «выгорания». Оно рассматривается как вид стресса, профессионального или индивидуального [23]; как стресс-синдром, как результат, как интеграция психических состояний отрицательной направленности, временной устойчивости и относительно необратимого характера, как феномен личностных дисфункций [11]. По мнению некоторых исследова-

дователей, выгорание занимает промежуточное положение между психическими процессами, психическими состояниями и психическими свойствами личности [2, 16]. Данный феномен понимается как психологическая защита, профессиональная деформация, личностная деструкция и профессиональная деструкция. В. Е. Орёл и Т. В. Большакова (2005) рассматривают выгорание как относительно самостоятельный, отличный от профессионального стресса и профессиональной деформации феномен, как специфическую форму профессиональных деструкций [2, 15, 16, 17].

Таким образом, необходимо уточнение психологического содержания феномена «выгорание», а также установление его соотношения с такими базовыми понятиями психологии труда как «профессиональный стресс», «профессиональная деструкция» и «профессиональная деформация».

Тем не менее, несмотря на достаточное количество работ, посвященных различным аспектам изучения данного феномена, до сих пор нет его однозначного определения. В зарубежной психологии традиционным является определение выгорания, предложенное Maslach С. и Jackson (1996) [23]. В нем под «выгоранием» понимается «состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющегося в профессиях социальной сферы» [16].

Согласно С. Maslach и S. Jackson выгорание включает три основных компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений [23]. С. Maslach и её коллеги в своих работах делают акцент на профессиональном характере синдрома выгорания и рассматривают его как результат профессиональных проблем [27].

Изучению психологической структуры выгорания посвящены отдельные работы: это исследования, направленные на изуче-

ние структурно-функциональной организации и генезиса выгорания [11, 20], на раскрытие специфики структуры психического выгорания в профессиях «субъект-субъектного» и «субъект-объектного» типа и социально-психологической структуры выгорания сотрудников общественной безопасности.

Эмоциональное выгорание можно рассматривать как стресс-синдром, включающий совокупность симптомов, которые негативно сказываются на работоспособности и самочувствии человека. Имеются исследования, подтверждающие достоверное влияние напряженности производственного процесса на уровень профессионального стресса и выраженность синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов [4, 22].

В современных эмпирических исследованиях отмечают тенденции, позволяющие описать динамику профессионального выгорания и дающие возможность, на основе теоретического анализа, выявить ряд проблем, открытых для дальнейшего научного изучения. Это проблема обратимости профессионального выгорания; проблема долгосрочных последствий этого состояния; проблема влияния последствий профессионального выгорания на непрофессиональные сферы жизнедеятельности человека. Данные проблемы до сих пор решаются неоднозначно и требуют уточнения.

После открытия самого феномена выгорания встал вопрос о разработке стандартизированных методов оценки этого состояния. Наиболее распространенной методикой по измерению выгорания является опросник MBI (Maslach Burnout Inventory) - Опросник для выявления выгорания Маслач. Опросник имеет три шкалы: «эмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений) и «редукция личных достижений» (8 утверждений). Ответы респондента оценивают-

ся по шкале от 0 до 6 баллов, где 0 – утверждение встречается «никогда», 6 баллов – «каждый день». Чем больше сумма набранных баллов по каждой шкале в отдельности, тем больше у респондента выражены различные аспекты «выгорания», а о тяжести «выгорания» можно судить по сумме баллов всех шкал [23].

Опросник MBI используют в большинстве исследований СЭВ как за рубежом, так и в России. Тем не менее, существует и отечественный вариант шкалы для измерения СЭВ, разработанный В. В. Бойко [4, 5]. В отличие от западных исследователей, В. В. Бойко предлагает классифицировать синдром эмоционального выгорания по стадиям (с позиций общего адаптационного синдрома Г. Селье), для каждой из которых выделяют основные проявления.

1. Фаза напряжения – пусковой механизм формирования выгорания. Симптомы данной стадии: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворённость собой, чувство безысходности, тревога и депрессия.

2. Фаза резистентности – на данном этапе человек искусственно ограничивает себя от чрезмерного эмоционального реагирования, избегает психологических перегрузок. Сужение профессиональных обязанностей и экономия эмоций – основные симптомы данной стадии.

3. Фаза истощения – собственно эту фазу принято назвать СЭВ. Она характеризуется падением общего энергетического тонуса, ослаблением нервной системы, симптоматикой эмоционального дефицита и отстраненности, психосоматическими и вегетативными проявлениями [4].

С позиций классического представления учения о стрессе, эмоциональное «выгорание» является естественной реакцией на профессиональные стрессы и представляет собой динамично

развивающийся процесс. Начинается он с продолжительного и повторяющегося профессионального стресса, который создает психическое напряжение в ситуациях трудовой деятельности и постепенно приводит к формированию этого синдрома. Следует отметить, что формирование состояния «выгорания» зависит как от личностных особенностей самого человека, так и определенных производственных факторов. Профессиональное выгорание [14] развивается динамично, и признаки его проявляются по нарастающей и включают в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений, которые рассмотрим более подробно.

Эмоциональное, психическое истощение – ранний, основной и часто встречаемый признак профессионального выгорания. Человек чувствует себя предельно уставшим от чрезмерной занятости работой, вкладывает огромные усилия в её доскональное исполнение. Проявляется оно в утрате положительных эмоций, снижении желания к работе и достижению новых результатов. Отмечается потеря ясности мышления, трудности концентрации внимания, ухудшение кратковременной памяти, увеличение числа ошибок. Наблюдается подмена духовных ценностей материальными. Внешние признаки благополучия в материальной сфере для человека являются настолько значимыми, что они становятся неотъемлемой частью его повседневной жизни.

Второй компонент профессионального выгорания – деперсонализация представляет собой межличностный аспект этого синдрома. Она проявляется, прежде всего, в изменении отношения к людям, с которыми врачу приходится работать. Затем от скрытого раздражения она все чаще переходит к непониманию и конфликтам, как с пациентами, так и с коллегами. Врач становится бездушным, безэмоциональным и холодным,

перестает сочувствовать и сопереживать тем, с кем работает. Нужно отметить, что, если мужчинам чаще характерна деперсонализация, то у женщин чаще наблюдается эмоциональное истощение.

Последний компонент профессионального выгорания – редукция персональных достижений. Проявляется она в возникновении чувства собственной некомпетентности в своей профессиональной сфере. Появляется негативная самооценка, занижение своих профессиональных достижений и успехов. Утрачивается перспектива своей профессиональной деятельности, наблюдается принижение собственных потребностей и желаний.

Появлению профессионального эмоционального выгорания способствует целый ряд как внешних, так и внутренних факторов, которые зачастую выступают одновременно. Среди них доминирующее значение имеет хронически напряженная психоэмоциональная деятельность. Немаловажную роль играет дестабилизирующая обстановка в коллективе и учреждении, что отражается не только на профессиональной деятельности самого врача, но и на его пациентах. Свою негативную роль играет и такой фактор, как повышенная ответственность за исполнение манипуляций. Неблагоприятная психологическая обстановка с постоянными конфликтами по «вертикали», так и по «горизонтали» во многом способствует развитию этого состояния.

Первый признак формирования эмоционального выгорания – напряжение. Оно, как правило, обусловлено действием психотравмирующих факторов. Выраженный признак его – ощущение «загнанности в клетку», появление тревожных и депрессивных чувств. Если ситуация не разрешается, то со временем «напряжение» переходит в состояние «резистент-

ности», которое проявится в неадекватном реагировании на стрессорные факторы с наступлением эмоционально-нравственной дезориентации.

Синдром эмоционального выгорания у врачей-специалистов

Принято считать, что к группе повышенного риска по развитию эмоционального выгорания относятся медицинские работники, осуществляющие уход за онкологическими больными, пациентами с вторичными иммунодефицитами (ВИЧ и СПИД), работники реанимационных бригад и многих других специальностей, что связано с существенными эмоциональными нагрузками и хроническим стрессом [15].

В 2009 г. М. А. Багрий с соавторами систематизировали основные трудовые параметры деятельности врачей разных специальностей и выявили у них существенные различия в ежедневно решаемых задачах, продолжительности рабочего дня, удовлетворенности профессией и оплате труда. Выявленные различия, по мнению авторов, являются основой для формирования синдрома выгорания у врачей различного профиля. На основании этих данных с большой степенью вероятности можно говорить о том, что врачи различных специальностей в разной сфере подвержены профессиональному выгоранию [1].

Важность диагностики синдрома эмоционального выгорания иллюстрируется исследованиями, в которых удалось выявить четкую связь между эмоциональным выгоранием и суицидальными наклонностями [9, 19]. Так, по результатам исследований, суицид встречается у австрийских врачей-мужчин на 50% чаще, чем у австрийских врачей-женщин, и в 2,5 раза чаще, чем в среднем у населения [9]. В связи с этим можно

сделать вывод, что все врачи в той или иной степени подвержены эмоциональному выгоранию.

Также необходимо отметить, что уровень нагрузки вносит значительный вклад во все три аспекта выгорания для женщин и ни в один из трех для мужчин [22]. В 2012 году группа европейских ученых EGPRN (European General Practice Research Network Burnout Study Group – Европейская исследовательская группа по изучению эмоционального выгорания среди врачей общей практики) изучила уровень и особенности эмоционального выгорания у семейных врачей Европейского Союза. Кроме стандартного MBI, исследователи включили дополнительные вопросы относительно демографических факторов, стажа, стиля жизни, удовлетворенности работой. Было разослано 3500 анкет семейным врачам из 12 европейских стран и получено 1393 (41%) ответов. По результатам анкетирования, только у трети докторов не выявлено признаков эмоционального выгорания, у 43% респондентов обнаружены признаки выгорания по шкале эмоционального истощения, у 35% - по шкале деперсонализации, у 32% - по шкале редукции личных достижений, у 12% - признаки выгорания во всех трех шкалах. По мнению авторов, уровень выгорания в значительной степени связан с такими факторами, как страна проживания респондентов, удовлетворенность от работы, употребление алкоголя, табака и психотропных препаратов, молодой возраст и мужской пол [21].

Ученые из Амурской государственной медицинской академии провели исследование для определения СЭВ у 500 врачей области, взяв за основу описанный нами ранее опросник Бойко. У значительной части врачей ($58,2 \pm 2,5\%$ женщин и $55,4 \pm 4,7\%$ мужчин) сформирована фаза резистентности, фаза напряжения обнаружена у $18,4 \pm 1,9\%$ женщин и $18 \pm 3,6\%$ мужчин, фаза

истощения выявлена у $19,4 \pm 2,0\%$ женщин и $18 \pm 3,6\%$ мужчин, при этом у каждого третьего врача в стадии формирования находятся все три фазы ($p < 0,05$). Выявлены различия в формировании и степени выраженности СЭВ у врачей различных специальностей: 16% врачей-терапевтов имеют СЭВ выраженный по всем трем фазам, у врачей-хирургов и педиатров данный показатель ниже и составляет 11 и 10% соответственно, фаза напряжения преобладает у 65% хирургов, акушеров-гинекологов (56%) и педиатров (53%). По наличию сформированной фазы напряжения лидируют группы онкологов (44%) и 1/3 часть психиатров (31%) [2].

К внешним факторам, определяющим СЭВ, можно с уверенностью отнести неправильную организацию и планирование труда, высокую ответственность за результат работы, психологическую атмосферу в трудовом коллективе, влияние «трудного» контингента пациентов. К внутренним факторам, в первую очередь, относят эмоциональную ригидность, интенсивное восприятие профессиональных обязанностей, слабую мотивацию эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности. Дополнительным фактором риска, влияющим на развитие СЭВ, является принятие этически сложных решений. Таким образом, управление данными факторами (как внутренними, так и внешними) позволяет снизить степень выраженности эмоционального выгорания. Последующие исследования достоверно показали, что существует прямая связь СЭВ с медицинскими ошибками [4].

Работа врача-стоматолога-ортопеда – тяжёлый и напряжённый труд. Она отличается от других профессий высокими эмоциональными, психическими и физическими нагрузками, которые зачастую выступают причинами профессионального стресса. Многие стоматологические манипуляции сопровож-

ждаются стрессом, который испытывают пациенты вследствие боли, и этот стресс опосредованно, в большей или меньшей мере, передается врачу.

Исследования, проводимые английскими учёными, показали, что 98% стоматологов испытывают на работе стресс [4]. При этом, более трети из них заявили, что испытывают профессиональный стресс практически ежедневно [15]. На основании этого профессию врач-стоматолог относят к категории стрессогенных [2].

В профессиональной деятельности врача на сегодняшний день выделено уже 27 стресс-факторов, объединенных в три группы: рабочий, профессиональный и организационный стрессы. Проявление любого из них может закончиться появлением синдрома эмоционального выгорания.

Учитывая чрезвычайную актуальность и важность этой проблемы, авторами данной главы было проведено исследование с целью выявления зависимости степени эмоционального выгорания от социально-демографических особенностей врача-стоматолога-ортопеда (возраст, пол, стаж работы, специальность, рабочая нагрузка).

Было проведено обследование и анкетирование 70 врачей-стоматологов-ортопедов города Иркутска, работающих в государственных и частных стоматологических клиниках (34 в государственных и 36 в частных). Из них было 53 мужчины и 17 женщин со стажем работы по специальности от 5 до 36 лет. Возраст респондентов составлял от 28 до 69 лет, которые были распределены на 4 возрастные группы: до 30 лет, 31–40 лет, 41–50 лет, старше 50 лет.

Для определения профессионального «выгорания» использовали методику диагностики профессионального «выгорания» К. Маслач, С. Джексона в адаптации Н. Е. Водопьяновой с со-

авт. [7]. Вычисляли корреляции по методу Спирмена между степенью профессионального выгорания и социально-демографическими особенностями врачей-стоматологов-ортопедов.

На наш взгляд, конструктивным представляется изучение динамики процесса выгорания с опорой на трехкомпонентную модель. Согласно этому, при рассмотрении динамики выгорания учитывали три фактора: эмоциональное истощение, деперсонализацию, редукцию персональных достижений. При этом выяснено, что вклад каждого из них различен.

Результаты исследования показали, что у мужчин более значимо выражена редукция персональных достижений, чем у женщин, тогда как другие стороны, составляющее процесс профессионального «выгорания» - деперсонализация и эмоциональное истощение, значимых гендерных различий не имеют.

Таким образом, у мужчин выявляется снижение значимости достигнутых результатов собственного труда несколько сильнее, чем у женщин.

Снижение значимости и уверенности в персональной эффективности (редукция персональных достижений) связано с уменьшением частоты использования уверенных и просоциальных моделей поведения и, как следствие, самоустранением от социальных контактов, снижением социальной активности и повышением интровертированности.

Редукция личностных достижений, является одной из сторон выгорания и может проявляться либо в тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи, негативизме по отношению к служебным достоинствам и возможностям либо в преуменьшении собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Корреляционный анализ результатов проведенного нами исследования, с учетом форм собственности медицинских организаций, показал, что наибольший уровень СЭВ выражен у врачей-стоматологов-ортопедов коммерческих клиник, чем у их коллег, работающих в государственных лечебных учреждениях. Различия выявлены и в компонентах СЭВ: так эмоциональное истощение у врачей частных клиник наблюдается чаще, чем у работающих в государственных учреждениях. Деперсонализация также выше у врачей частных клиник.

Полученные данные дают основание предположить, что основная причина более высоких показателей синдрома эмоционального выгорания среди медперсонала частных клиник результат высокой профессиональной ответственности и интенсивности труда, а также большой продолжительности рабочего дня. Исследование показало, что большинство врачей, при стаже работы по специальности свыше 15 лет, имеют признаки синдрома эмоционального выгорания.

Последствия синдрома эмоционального выгорания

Многочисленными исследованиями показано негативное влияние СЭВ на соматическое здоровье. При этом повышается риск развития ишемической болезни сердца, на что указывают исследования уровня общего холестерина, липопротеинов низкой плотности, глюкозы, триглицеридов, мочевой кислоты и изменения ЭКГ.

Немаловажное значение имеют и социальные последствия СЭВ: ухудшается качество выполнения работы, утрачивается творческий подход к решению задач, увеличивается число конфликтов на работе и дома. Растет число профессиональных ошибок и количество межличностных конфликтов. Возникшие изменения в поведении оказывают негативное влияние на личную жизнь самого врача.

Учитывая специфику профессиональной деятельности врачей-стоматологов-ортопедов, распространённость СЭВ и его влияние на качество жизни, необходимо своевременное выявление этого состояния для устранения его негативных последствий с последующим диспансерным наблюдением за этой категорией лиц.

Диагностика синдрома эмоционального выгорания должна включать: анализ жалоб, с учетом уже имеющихся симптомов СЭВ, сбор социального и профессионального анамнеза, а также выявление факторов, способствующих развитию СЭВ.

Для мониторинга состояния и скрининговой диагностики СЭВ следует применять анкеты, разработанные для этой цели. Они позволяют быстро дать оценку выраженности синдрома эмоционального выгорания в различных профессиональных группах. В качестве примера приводим компактную анкету, разработанную в Белорусском государственном медицинском университете для диагностики СЭВ.

Анкета для оценки синдрома эмоционального выгорания

Инструкция: ответьте, пожалуйста, на вопросы, представленные ниже. Отметьте ответ, который Вы считаете наиболее подходящим для себя.

	Почти никогда	Редко	Часто	Почти всегда
1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным к концу рабочего дня				
2. Я плохо засыпаю из-за переживаний, связанных с работой				
3. Эмоциональная нагрузка на работе слишком велика для меня				
4. После рабочего дня я могу срывать на своих близких				
5. Я чувствую, что мои нервы натянуты до предела				
6. Мне сложно снять эмоциональное напряжение, возникающее у меня после рабочего дня				
7. Моя работа плохо влияет на мое здоровье				
8. После рабочего дня у меня уже ни на что не остается сил				
9. Я чувствую себя перегруженным проблемами других людей				

Примечание. Интерпретация результатов: ответы на каждый вопрос оцениваются по четырёхбалльной шкале: «0» – почти никогда, «1» – иногда, «2» – часто, «3» – почти всегда.

Суммарный показатель менее 3 баллов можно оценить, как низкий показатель эмоционального выгорания, 3–12 баллов – средний, выше 12 баллов – высокий.

Профилактика синдрома эмоционального выгорания

Результаты проведенного нами собственного исследования показали, что для сохранения полноценной деятельности врачей-стоматологов-ортопедов и качества жизни, необходимо проведение комплекса мероприятий, направленных на борьбу со стрессом и эмоциональным выгоранием. Самым эффективным методом решения этой проблемы, безусловно, является первичная профилактика СЭВ. К мероприятиям данного рода также можно отнести обучение медицинских работников навыкам борьбы со стрессом и техникам релаксации.

Для решения проблемы эмоционального выгорания психологами разрабатываются специальные тренинги и методики применения рациональной психотерапии. По мнению зарубежных авторов, на сегодняшний день действенным способом борьбы с СЭВ является CBT (cognitive behavioral therapy – Когнитивно-поведенческая психотерапия), сеансы групповой психотерапии по методу Балинта (Балинтовские группы – разновидность групповой тренинговой работы, направленной на повышение профессиональной компетентности участников, их личностный и профессиональный рост) [16].

Результаты анализа обзоров литературы, которые оценивали стратегии управления стрессом среди врачей общей практики, показали, что навыки когнитивно-поведенческой

психотерапии оказались весьма полезными для борьбы с СЭВ. Кроме того, групповые методы являются более эффективными с экономической точки зрения, чем индивидуальное консультирование [18, 25].

Практика показала, что немаловажную роль играют и краткосрочные консультации-семинары, которые способствуют снижению эмоционального истощения врачей. Исследователи, под руководством Rø K. E. (2008) с коллегами, провели годовое когортное исследование среди норвежских докторов. В рамках проекта показано, что проведение семинаров среди врачей достоверно снижает как эмоциональное истощение, так и уменьшает количество отгулов по болезни [20, 26]. По мнению J. D. McCue et al., однодневные семинары по борьбе со стрессом, разработанные специально для врачей, могут быть весьма эффективны в краткосрочном периоде [24].

Согласно современным представлениям, для нивелирования и профилактики СЭВ у медицинских работников на уровне медицинской организации необходимо придерживаться следующих подходов к организации труда и отношений с коллективом: изменение культуры профессионального поведения, создание программ профессионального сопровождения врача (к примеру, Н. Е. Водопьянова предлагает метод преодоления синдрома выгорания через психосинтез), создание адекватных условий работы, и, главное, повышение социального статуса врача [12].

Подводя итог выше изложенному, можно констатировать, что для снижения профессионального стресса необходимо проводить многоуровневую профилактику СЭВ, которая должна включать комплекс следующих мероприятий:

1. грамотную организацию работы в стоматологических клиниках;

2. создание на рабочих местах комфортных условий и нормального микроклимата;

3. оптимизацию врачебной нагрузки и внедрение новых технологий;

4. восстановление правильного баланса между работой и личной жизнью;

5. внедрение методик, позволяющих корректировать воздействие психологических факторов на здоровье врачей-стоматологов-ортопедов.

Проведённые мероприятия следует считать успешными в том случае, если они устраняют физиологические и уменьшают психологические проявления напряжения, дают врачу возможность восстановить активное состояние, которым он располагал до стресса, и оберегают его от эмоционального истощения.

В крайних случаях прибегают к радикальным методам борьбы с СЭВ, к которым относятся полная смена деятельности, вплоть до ухода из профессии.

Таким образом, синдром эмоционального выгорания представляет собой состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающих как результат хронического стресса на работе. Развитие СЭВ характерно, в первую очередь, для профессий системы «человек-человек», где доминирует оказание помощи людям, и его следует рассматривать как результат неблагоприятного разрешения стресса на рабочем месте. В этой связи проблема эмоционального выгорания имеет прямое отношение не только к качеству жизни медицинских работников, но и оказывает непосредственное влияние на качество медицинской помощи.

В профилактике СЭВ можно использовать различные подходы: личностно-ориентированные методики, направленные на

улучшение способностей личности противостоять стрессу через изменение своего поведения и отношения; а также меры, направленные на изменение рабочего окружения. Правильно спланированный и проводимый комплекс профилактических диспансерных мероприятий, позволит повысить качество жизни медицинских работников, улучшить условия труда и качество оказания медицинской помощи, посредством снижения частоты ошибок.

Список использованной литературы:

1. Багрий, М. А. Особенности развития профессионального стресса у врачей разных специализаций: специальность 19.00.03 «Психология труда, инженерная психология, эргономика»: автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата психологических наук / Багрий Мария Андреевна. – Москва, 2009. – 29 с.

1. Бердяева, И. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей / И. А. Бердяева, Л. Н. Войт // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 117–120.

2. Бессчастный, Д. С. Исследование микроклимата производственных помещений отделений ортопедической стоматологии / Д. С. Бессчастный // Актуальные проблемы современной стоматологии: Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции, посвящённой памяти профессора А. Я. Вязьмина, Иркутск, 27 октября 2023 года / Под общ. ред. д.м.н. Т. А. Гайдаровой, д.м.н. Е. В. Мокренко. – Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2023. – С. 27–32.

3. Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. – Санкт-Петербург: [Сударыня], 1999. – 28 с. – ISBN 5-87499--048-8.

4. Бойко, В. В. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания / В. В. Бойко // Практическая психодиагностика. Методики и тесты / ред. Д. Я. Райгородский. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. – С. 161–169.

5. Бурно, М. Е. Клиническая психотерапия / М. Е. Бурно. – Москва: Академический проект: ОППЛ, 2000. – 719 с.

6. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова; Н. Водопьянова, Е. Старченкова. – М. [и др.]: Питер, 2005. – 336 с.

7. Ключников, О. В. Особенность труда стоматологов-ортопедов / О. В. Ключников, Д. С. Бессчастный, Ю. М. Подкорытов // Актуальные проблемы современной стоматологии: Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции, посвящённой памяти профессора А. Я. Вязьмина, Иркутск, 27 октября 2023 года / Под общ. ред. д.м.н. Т. А. Гайдаровой, д.м.н. Е. В. Мокренко. – Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2023. – С. 90–93.

8. Лэнгле, А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа / А. Лэнгле // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 3–16.

9. Организация и соблюдение санитарно-эпидемиологического режима на амбулаторном приёме в клинике ортопедической стоматологии: Учебное пособие по дисциплине «Ортопедическая стоматология» для обучающихся по образовательной программе высшего образования – программе специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология / Е. А. Алексеева, Д. С. Бессчастный, Т. А. Гайдарова [и др.]; Иркутский государственный медицинский университет, Кафедра ортопедической стоматологии. – Иркутск: Иркутский государственный медицинский университет, 2023. – 56 с.

10. Орел В.Е. Большакова Т.В. Личностные детерминанты возникновения синдрома психического выгорания у медицинских работников. Экология человека. – 2005. – № 3. – С. 40-43.

11. Пасечник, И. П. Аспекты реабилитации врача при смерти пациента / И. П. Пасечник, Л. М. Пасиешвили // Семейная медицина. – 2013. – № 46. – С. 130–132.

12. Профессиональная деятельность как основа формирования профпатологии у работников здравоохранения / Н. Х. Амиров, З. М. Берхеева, Р. В. Гарипова [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2004. – Т. 85, № 4. – С. 305–307.

13. Резников, А. Г. Его называют Эйнштейном медицины... К 100-летию Ганса Селье / А. Г. Резников. – URL: <http://health-ua.com/article/1644.html> (дата обращения: 19.04.2015). – Текст: электронный.

14. Сидоров, П. И. Синдром эмоционального выгорания. Причины, симптомы, лечение и профилактика / П. И. Сидоров // Педагогическая техника. – 2013. – № 1. – С. 68–74.

15. Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания: диагностика, профилактика и терапия / М. М. Скугаревская // Белорусский медицинский журнал. – 2003. – № 1 (3). – С. 82–86.

16. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada / C. S. Dewa, P. Jacobs, N. X. Thanh, D. Loong. – DOI 10.1186/1472-6963-14-254 // BMC Health Services Research. – 2014. – Vol. 14. – P. 254.

17. Awa, W. L. Burnout prevention: a review of intervention programs / W. L. Awa, M. Plaumann, U. Walter. – DOI 10.1016/j.pec.2009.04.008 // Patient education and counseling. – 2010. – Vol. 78, № 2. – P. 184–190.

18. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students / L. N. Dyrbye, M. R. Thomas, F. S. Massie [et al.]. – DOI 10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008 // Annals of internal medicine. – 2008. – Vol. 149, № 5. – P. 334–341.

19. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one-year cohort study / K. E. Rø, T. Gude, R. Tyssen, O. G. Aasland. – DOI 10.1136/bmj.a2004 // BMJ. – 2008. – Vol. 337. – P. a2004.

20. Freudenberger, H. Burn-out. The high cost of high achievement / H. Freudenberger, G. Richelson. – 1st ed. – New York: Anchor Press, 1980. – 214 p.

21. Leiter, M. P. Demands, values, and burnout: relevance for physicians / M. P. Leiter, E. Frank, T. J. Matheson // Canadian Family Physician. – 2009. – Vol. 55, № 12. – P. 1224–1225.

22. Maslach, C. Maslach Burnout Inventory Manual / C. Maslach, S. E. Jackson, M. P. Leiter. – 3rd ed. – California: CPP, Inc, 1996.

23. McCue, J. D. A stress management workshop improves residents' coping skills / J. D. McCue, C. L. Sachs // Archives of internal medicine. – 1991. – Vol. 151, № 11. – P. 2273–2277.

24. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study / A. M. Fahrenkopf, T. C. Sectish, L. K. Barger [et al.]. – DOI 10.1136/bmj.39469.763218.BE // BMJ. – 2008. – Vol. 336, № 7642. – P. 488–491.

25. Smith, M. Burnout Prevention and Treatment / M. Smith, J. Segal, R. Segal. – URL: <https://www.helpguide.org/articles/stress/burnout-prevention-and-recovery.htm> (date accessed: 07.11.2023). – Text: electronic.

26. The burnout Syndrome / ed. J. W. Jones. – London: London House Press, 1981. – 194 p.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

Инструкция: ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.

01. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО И ДИСПАНСЕРНОГО ПРИЁМА ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ У ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ:

- 1) ОМС;
- 2) бюджета субъектов РФ;
- 3) федерального бюджета;
- 4) ДМС.

Правильный ответ – 1.

02. «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» (Ф. №030/У) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТОМ:

- 1) отчётным;
- 2) диагностическим;
- 3) учётным;
- 4) юридическим.

Правильный ответ – 3.

03. К ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСИТСЯ:

- 1) своевременный приём антибактериальных препаратов;
- 2) очистка языка с использованием зубной щётки;
- 3) диспансерное наблюдение в случае обнаружения хронических заболеваний СОПР;
- 4) вакцинация.

Правильный ответ – 3.

04. ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

- 1) лечении катарального гингивита;
- 2) активном выявлении больных с ранними формами патологии пародонта и их лечении;
- 3) санации зубов;
- 4) обучении правильным методикам гигиены полости рта.

Правильный ответ – 2.

05. К ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНОСИТСЯ:

- 1) санация по обращаемости;
- 2) оказание неотложной стоматологической помощи детям;
- 3) плановая санация полости рта;
- 4) первичная профилактика стоматологических заболеваний.

Правильный ответ – 4.

06. ДИСПАНСЕРНЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА:

- 1) после выявления заболевания через 1,5–2 месяца;
- 2) 1 раз в год в течение 3 лет;
- 3) 1 раз в 3 года;
- 4) каждые 3–4 месяца в течение 5 лет.

Правильный ответ – 4.

07. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ ПАРОДОНТИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПОВТОРНЫЕ ВИЗИТЫ БОЛЬНЫХ:

- 1) 1 раз в 12 месяцев;
- 2) 1 раз в 3 месяца;

- 3) 1 раз в 6 месяцев;
- 4) 1 раз в месяц.

Правильный ответ – 2.

08. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДНЕЙ КОРРЕКЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ ЯВИТЬСЯ В КЛИНИКУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА:

- 1) 1 раз в полгода;
- 2) 1 раз в год;
- 3) 1 раз в месяц;
- 4) по желанию пациента.

Правильный ответ – 1.

09. ПРИ ВЗЯТИИ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЁТ ПАЦИЕНТА ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ ДОЛЖЕН ОФОРМИТЬ:

- 1) направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты (форма № 028/у);
- 2) контрольную карту диспансерного наблюдения (форма № 030/у), медицинскую карту стоматологического больного (форма № 043/у);
- 3) медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у);
- 4) листок ежедневного учёта работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма № 037/у-88).

Правильный ответ – 2.

10. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ОБЩЕЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) учёт больных с заболеваниями пародонта;
- 2) оказание неотложной стоматологической помощи;

3) коррекция ранее изготовленных ортопедических конструкций;

4) установление диагноза, определение группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения.

Правильный ответ – 4.

11. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ МОГУТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:

1) только врачи-стоматологи-терапевты и врачи-стоматологи-хирурги;

2) только врачи-стоматологи-детские, зубные врачи;

3) только врачи-ортодонты и врачи-стоматологи общего профиля;

4) все вышеперечисленные специалисты.

Правильный ответ – 4.

12. ОДНИМ ИЗ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) неявка пациента в обозначенные сроки наблюдения;

2) лечение по поводу кариеса одного из зубов;

3) ухудшение качества жизни пациента в связи с наблюдаемыми в рамках диспансерного наблюдения заболеваниями;

4) стойкая компенсация физиологических функций или стойкая ремиссия хронического заболевания (состояния).

Правильный ответ – 4.

13. ОДНИМ ИЗ КАЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОВОДИМОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) своевременность охвата диспансерным наблюдением вновь выявленных больных;

2) отсутствие явки пациента к врачу-стоматологу в обозначенные сроки для наблюдения;

3) увеличение количества медицинских карт, подлежащих разбору врачебной комиссией;

4) количество направлений пациентов по ранее выявленным заболеваниям к врачу-стоматологу-терапевту.

Правильный ответ – 1.

14. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ – ЭТО:

1) ряд мер, направленных на профилактику кариеса среди взрослого и детского населения;

2) профилактические осмотры детского и взрослого населения раз в полгода;

3) ряд лечебных мероприятий по лечению злокачественных заболеваний среди населения;

4) медицинский осмотр и дополнительные методы исследования, проводимые с целью оценки состояния здоровья населения с последующим определением группы здоровья и группы диспансерного наблюдения.

Правильный ответ – 4.

15. ПАЦИЕНТУ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ТЯЖЁЛОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР НЕОБХОДИМ:

1) один раз в год;

2) два раза в год;

3) один раз в два года;

4) четыре раза в год.

Правильный ответ – 4.

16. ПАЦИЕНТУ, ИМЕЮЩЕМУ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРОДОНТИТ, ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ, ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ, ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР НЕОБХОДИМ:

1) один раз в год;

2) два раза в год;

- 3) необходимость отсутствует;
- 4) один раз в два года.

Правильный ответ – 2.

17. ПАЦИЕНТАМ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

- 1) минимум 1 раз в год;
- 2) диспансерное наблюдение не проводится;
- 3) только первый год после лечения;
- 4) минимум 4 раза в год.

Правильный ответ – 1.

18. ПРИ ДИАГНОЗЕ «ХРОНИЧЕСКИЙ АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ» ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) диспансерное наблюдение не проводится;
- 2) через полгода после лечения, затем ежегодно 1 раз в год;
- 3) два раза в год;
- 4) раз в 2 года.

Правильный ответ – 2.

19. ПРИ ДИАГНОЗЕ «КАРИЕС ДЕНТИНА» ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬСЯ:

- 1) один раз в год;
- 2) каждые полгода;
- 3) каждые два года;
- 4) диспансерное наблюдение не проводится.

Правильный ответ – 2.

20. ПРИ ПЛОСКОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДОЛЖНЫ СОСТАВЛЯТЬ:

- 1) не менее 2-х раз в год;
- 2) не менее 1-го раз в год;

- 3) не менее 1 раза в 2 месяца;
- 4) не менее 1 раза в 2 года.

Правильный ответ – 1.

21. ПРИ ДИАГНОЗЕ «КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ» СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДОЛЖНЫ СОСТАВЛЯТЬ:

- 1) не менее 2-х раз в год;
- 2) не менее 4-х раз в год;
- 3) не менее 1 раз в год;
- 4) диспансерное наблюдение не проводится.

Правильный ответ – 1.

22. ЧАСТОТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ У ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ ВЫСОКОЙ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ КАРИЕСА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ:

- 1) 2 раз в год;
- 2) 4 раза в год;
- 3) диспансерное наблюдение не проводится;
- 4) 1 раз в два года.

Правильный ответ – 1.

23. ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ «ХРОНИЧЕСКИЙ АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ» РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) только при первичном обращении;
- 2) при каждом обращении;
- 3) не проводится;
- 4) через 5 лет.

Правильный ответ – 2.

24. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГУБ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения;
- 2) 5 лет;
- 3) 10 лет;
- 4) 1 год.

Правильный ответ – 1.

25. ПОКАЗАТЕЛЬ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИССЛЕДУЕМЫЙ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ АБРАЗИВНОМ ХЕЙЛИТЕ МАНГАНОТТИ:

- 1) отсутствие данных о злокачественном новообразовании по результатам люминесцентной стоматоскопии с прицельной биопсией;
- 2) размер патологического очага;
- 3) влияние заболевания на качество жизни пациента;
- 4) степень окрашивания образования метиленовым-синим.

Правильный ответ – 1.

26. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ДИАГНОЗЕ «КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ» СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) пожизненно или до хирургического лечения при отсутствии гистологического подтверждения;
- 2) 5 лет;
- 3) 10 лет;
- 4) 1 год.

Правильный ответ – 1.

27. ОТБОР БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ, ПРОВОДИТСЯ:

- 1) случайным образом;
- 2) во время профилактических осмотров и приёма больных по обращению;
- 3) по определенному месту жительства;
- 4) по полу пациентов.

Правильный ответ – 2.

28. ДОКУМЕНТОМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЁТ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) СНИЛС;
- 2) контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у);
- 3) справка об отсутствии гепатита В;
- 4) заявление о постановке на диспансерный учёт от пациента в двух экземплярах.

Правильный ответ – 2.

29. СРОК ХРАНЕНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ КАРТЫ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО ПРИ СНЯТИИ С УЧЁТА СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 10 лет;
- 2) утилизируется в этот же день;
- 3) 5 лет;
- 4) 1 год.

Правильный ответ – 3.

30. КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (ФОРМА 030/У) ВНЕ ВРЕМЕНИ ПРИЁМА ПАЦИЕНТА НАХОДИТСЯ:

- 1) на руках у пациента;
- 2) в городском архиве;

3) в фонде ОМС;

4) в лечебных кабинетах стоматологических отделений.

Правильный ответ – 4.

31. ДОКУМЕНТ, НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ПАЦИЕНТА НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЁТ:

1) контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у);

2) журнал регистрации пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению;

3) амбулаторная карта больного;

4) СНИЛС пациента.

Правильный ответ – 4.

32. К ОСНОВАНИЯМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ:

1) выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после острого или хронического заболевания;

2) устранение факторов риска заболевания;

3) снижение степени риска осложнений хронического заболевания;

4) однократная неявка пациента на диспансерное наблюдение.

Правильный ответ – 4.

33. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) выявление признаков хронических стоматологических заболеваний;

2) лечение кариеса дентина в полости рта;

- 3) диспансерные осмотры каждые полгода;
- 4) соблюдение пациентом правил гигиены полости рта.

Правильный ответ – 1.

34. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В СТОМАТОЛОГИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ:

- 1) 2;
- 2) 3;
- 3) 7;
- 4) 1.

Правильный ответ – 2.

35. ТРЕТЬИМ ЭТАПОМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) проведение лечебно-профилактических мероприятий и динамическое наблюдение;
- 2) заведение карты диспансерного наблюдения;
- 3) выявление хронических стоматологических заболеваний;
- 4) раздача буклетов о гигиене полости рта пациентам.

Правильный ответ – 1.

36. К ПЕРВОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ:

- 1) больные кариесом;
- 2) здоровые, не нуждающиеся в лечении;
- 3) практически здоровые лица, у которых наблюдается стабилизация процесса;
- 4) лица с прогрессирующим заболеванием, нуждающиеся в лечении.

Правильный ответ – 2.

37. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ НЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ:

- 1) степень кариозного процесса;
- 2) наличие заболеваний пародонта и их интенсивность;
- 3) эстетические дефекты зубов;
- 4) наличие заболеваний СОПР и новообразований.

Правильный ответ – 3.

38. ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ПОДЛЕЖАТ:

- 1) пациенты от 18 до 60 лет;
- 2) дети и подростки до 18 лет;
- 3) люди, старше 60 лет;
- 4) все вышеперечисленные категории граждан.

Правильный ответ – 4.

39. ПРИ СТАБИЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ПРЕКРАЩЕНИИ ЕГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТ:

- 1) снимается с диспансерного наблюдения;
- 2) переводится в другую диспансерную группу;
- 3) остаётся в той же диспансерной группе;
- 4) получает дополнительную группу.

Правильный ответ – 2.

40. ПРИ УДАЛЕНИИ ВСЕХ ЗУБОВ, ПАЦИЕНТ, НАХОДЯЩИЙСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПО ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ»:

- 1) снимается с учёта по данному заболеванию;
- 2) меняет диспансерную группу по данному заболеванию;
- 3) вносится в список пациентов, не соблюдающих рекомендации;

4) подлежит повторному осмотру врачом-стоматологом через 6 месяцев для изменения диспансерной группы.

Правильный ответ – 1.

41. КАКУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ ГИГИЕНА СЪЁМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ:

- 1) улучшает восстановление жевательной эффективности;
- 2) предотвращает развитие патологической стираемости зубов;
- 3) способствует восстановлению функции речи;
- 4) улучшает эстетическое состояние съёмных зубных протезов, предотвращает воспаление и последующую атрофию тканей протезного ложа, удлиняет срок службы ортопедической конструкции.

Правильный ответ – 4.

42. ЗАДАЧА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ:

- 1) восстановление эстетики нижнего отдела лица и улыбки, восстановление дикции и функции жевания, обеспечение оптимальной фиксации и стабилизации полных съёмных зубных протезов во время функциональной нагрузки;
- 2) восстановление пищеварительной функции;
- 3) профилактика развития кариозных и некариозных поражений зубов;
- 4) предотвращение развития заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Правильный ответ – 1.

43. ОПТИМАЛЬНЫМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОТЕЗА-ОБТУРАТОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) акриловая платмасса;
- 2) нейлон;
- 3) полиуретан;
- 4) силикон.

Правильный ответ – 1.

44. К ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ АКРИЛОВЫХ ПЛАСТМАСС, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЗУБНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ СЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ:

- 1) лёгкость в полировке;
- 2) незначительный вес изготовленных ортопедических конструкций;
- 3) низкая теплопроводность и низкое усталостное сопротивление на изгиб;
- 4) отсутствие запаха и вкуса.

Правильный ответ – 3.

45. НИЗКАЯ ТЕПЛОПРОВОДНОСТЬ БАЗИСНЫХ ПЛАСТМАСС СПОСОБСТВУЕТ:

- 1) защите от деформаций в процессе использования протеза;
- 2) улучшению гигиены полости рта;
- 3) лучшей адгезии базиса протеза к протезному ложу;
- 4) изменению температуры слизистой оболочки под базисом протеза, развитию парникового эффекта опорных тканей протезного ложа с последующим воспалением и атрофией.

Правильный ответ – 4.

46. ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ:

- 1) лучевое поражение зубов и радиомукозиты слизистой оболочки полости рта;
- 2) гиперсаливация;
- 3) бруксизм;
- 4) сиалоаденит.

Правильный ответ – 1.

47. ПРИМЕНЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОТЕЗА-ОБТУРАТОРА ПРИ НАЛИЧИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО ПОСТРЕЗЕКЦИОННОГО ДЕФЕКТА ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

- 1) разобщение ороантрального и/или ороназального соустья, с восстановлением, речевой, жевательной и глотательной функций ЧЛО;
- 2) устойчивость конструкции, комфортность пользования протезом;
- 3) снятие напряжения жевательных мышц;
- 4) предупреждение стирания зубов.

Правильный ответ – 1.

48. ЗДОРОВАЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ:

- 1) влажная, чистая и имеет бледно-розовую окраску;
- 2) гиперемированная;
- 3) резко болезненная при пальпации;
- 4) имеет участки гиперкератоза.

Правильный ответ – 1.

49. ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) зубную щётку;
- 2) зубной эликсир;
- 3) зубочистку;
- 4) флосс.

Правильный ответ – 1.

50. ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ПАСТУ С ИНДЕКСОМ АБРАЗИВНОСТИ:

- 1) <20;
- 2) <50;
- 3) >20;
- 4) >50.

Правильный ответ – 1.

51. МЕТОДЫ ОЧИСТКИ СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ:

- 1) биологический и физический;
- 2) химический и механический;
- 3) термический и барический;
- 4) ультразвуковой и кипячение.

Правильный ответ – 2.

52. НА ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЕНИЕ СЪЁМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ:

- 1) строго индивидуальное;
- 2) неблагоприятное;
- 3) положительное;
- 4) не оказывает влияния.

Правильный ответ – 2.

53. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА СЪЁМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ:

- 1) комплексность, регулярность, систематичность;
- 2) плановость;
- 3) радикальность;
- 4) консервативность.

Правильный ответ – 1.

54. ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ОЧИСТКУ СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ:

- 1) не реже одного раза в год;
- 2) не реже одного раза в квартал;
- 3) один раз в полгода;
- 4) по желанию.

Правильный ответ – 2.

55. ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ:

- 1) монопучковую;
- 2) профилактическую зубную щётку с силовым выступом;
- 3) типа «Денчер»;
- 4) типа «Орто».

Правильный ответ – 3.

56. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА – PROSTHESIS HYGIENE INDEX (PHI) R. SCHUBERT & U. SCHUBERT (1979) ПРОВОДЯТ ДЕЛЕНИЕ БАЗИСА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО ПОЛНОГО СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА НА СЕКЦИИ В КОЛИЧЕСТВЕ:

- 1) 2 секции;
- 2) 4 секции;

- 3) 6 секций;
- 4) 9 секций.

Правильный ответ – 4

57. УЧАСТКИ ИССЛЕДОВАНИЯ НАЛИЧИЯ НАЛЁТА НА ПОВЕРХНОСТИ БАЗИСА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА ПО МЕТОДИКЕ E. AMBJØRNSE ET AL. (1982):

- 1) нёбный;
- 2) правый;
- 3) левый;
- 4) задний.

Правильный ответ – 1.

58. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТОДА ОЦЕНКИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СЪЁМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПО S. S. JEGANATHAN ET AL. (1996) ВНУТРЕНнюю ПОВЕРХНОСТЬ ПРОТЕЗА ОКРАШИВАЮТ РАСТВОРОМ:

- 1) 2% метиленового синего;
- 2) эритрозина;
- 3) бриллиантового зелёного;
- 4) флюоресцеина.

Правильный ответ – 2.

59. ПО МЕТОДИКЕ ОЦЕНКИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ЗА ПЛАСТИНОЧНЫМ ОРТОДОНТИЧЕСКИМ АППАРАТОМ ПО С. И. ВИНОГРАДОВУ С СОАВТ. (1997) ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ:

- 1) 5-бальную;
- 2) 10-бальную;
- 3) 4-бальную;
- 4) 8-бальную.

Правильный ответ – 1.

60. ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ДИНАМИКИ ПОДДЕРЖАНИЯ УРОВНЯ ЧИСТОТЫ СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА ПО ИНДЕКСУ С. Б. УЛИТОВСКОГО И А. А. ЛЕОНТЬЕВА (2008) УЧИТЫВАЮТ ПОКАЗАТЕЛИ:

- 1) отдельные пятна, единичный налёт на поверхности искусственных зубов съёмного протеза;
- 2) отсутствие налёта, пигментаций, пятен на съёмном зубном протезе;
- 3) незначительный налёт, который виден невооружённым глазом;
- 4) цифровой показатель индекса ЧП Улитовского – Леонтьева, определённый при первом посещении.

Правильный ответ – 4.

61. УМЕРЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЧИЩЕНИЯ СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА ПО ИНДЕКСУ С. Б. УЛИТОВСКОГО И А. А. ЛЕОНТЬЕВА (2008) СООТВЕТСТВУЕТ ОЦЕНОЧНОМУ ПАРАМЕТРУ, В %:

- 1) 20%;
- 2) 20,1–40,0%;
- 3) 40,1–60,0%;
- 4) 60,1–80,0%.

Правильный ответ – 3.

62. РАСЧЁТ РЕДУКЦИИ ПРОТЕЗНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО ИНДЕКСУ:

- 1) индекс Е. Ambjørnsen et al. (1982);
- 2) индекс S. S. Jeganathan et al. (1996);
- 3) индекс С. И. Виноградова с соавт. (1997);
- 4) индекс С. Б. Улитовского и А. А. Леонтьева (2008).

Правильный ответ – 4.

63. УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ СТЕПЕНЬ ОЧИЩЕНИЯ СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕДУКЦИИ ПО ИНДЕКСУ С. Б. УЛИТОВСКОГО И А. А. ЛЕОНТЬЕВА (2008) СООТВЕТСТВУЕТ:

- 1) 60,0–79,9%;
- 2) 45,0–59,9%;
- 3) 27,0–44,9%;
- 4) 9,1–26,9%.

Правильный ответ – 3.

64. КАКОЙ ИНДЕКС ИНФОРМАТИВЕН ПРИ ИЗУЧЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛНОГО И ЧАСТИЧНОГО СЪЁМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ:

- 1) индекс S. S. Jeganathan et al. (1996);
- 2) индекс С. И. Виноградова с соавт. (1997);
- 3) индекс С. Б. Улитовского и А. А. Леонтьева (2008);
- 4) индекс В. В. Трезубова с соавт. (2010).

Правильный ответ – 4.

65. КАКОЙ ИНДЕКС ЯВЛЯЕТСЯ СОСТАВЛЯЮЩИМ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ СО СЪЁМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ:

- 1) РНР;
- 2) ИГ Федорова-Володкиной;
- 3) РМА;
- 4) упрощённый гигиенический индекс полости рта ОНІ-S.

Правильный ответ – 4.

66. ИНДЕКС РНІ-М ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СЪЁМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ПРЕДЛОЖИЛИ:

- 1) С. И. Виноградов с соавт. (1997);
- 2) В. В. Трезубова с соавт. (2010);
- 3) Т. Н. Михайленко с соавт. (2013);
- 4) Т. И. Ибрагимов с соавт. (2014).

Правильный ответ – 4.

67. В ОСНОВЕ МЕТОДА ОЦЕНКИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТЕЗНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ДО И ПОСЛЕ ОЧИСТКИ ПО М. Т. АЛЕКСАНДРОВОЙ С СОАВТ. (2019) ЛЕЖИТ РАЗДЕЛ ПРИКЛАДНОЙ ОПТИКИ:

- 1) фотометрия;
- 2) рефрактометрия;
- 3) поляриметрия;
- 4) турбидиметрия.

Правильный ответ – 1.

68. КАКОЙ ИЗ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПРОТЕЗОВ-ОБТУРАТОРОВ:

- 1) индекс Стелларда;
- 2) упрощённый индекс гигиены полости рта;
- 3) обобщённый индекс уровня гигиенического состояния (ОИУГС);
- 4) индекс Silness-Loe.

Правильный ответ – 3.

69. ДЛЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ПОДСЧЁТА ИНДЕКСА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОТЕЗА-ОБТУРАТОРА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОГРАММА:

- 1) Cerecin Lab;
- 2) Exocad;
- 3) Maxillary Prosthetic Hygiene Index;
- 4) Sicat.

Правильный ответ – 3.

70. К ЦЕЛЯМ ПРИМЕНЕНИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПРОТЕЗОВ-ОБТУРАТОРОВ НЕ ОТНОСИТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ:

- 1) восстановление речевой функции;
- 2) нормализация функции глотания и жевания;
- 3) замещение верхнечелюстного дефекта;
- 4) шинирование оставшихся зубов.

Правильный ответ – 4.

71. ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПРОТЕЗ-ОБТУРАТОР ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ:

- 1) исправления прикуса;
- 2) разобщения ороантрального и/или ороназального соустья с полостью рта и замещения верхнечелюстного изъяна;
- 3) замещения дефекта в зубном ряду;
- 4) формирования правильной формы носовых ходов.

Правильный ответ – 2.

72. ПРИ ПОДСЧЁТЕ ОБОБЩЁННОГО ИНДЕКСА УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ (ОИУГС) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА НАЛЁТА ВНУТРЕНнюю ПОВЕРХНОСТЬ БАЗИСА ПРОТЕЗА-ОБТУРАТОРА, ПРИЛЕГАЮЩУЮ К СОХРАНЁННОЙ КУЛЬТЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ДЕЛЯТ НА:

- 1) 2 зоны;
- 2) 3 зоны;

- 3) 4 зоны;
- 4) 5 зон.

Правильный ответ – 3.

73. ПРИ ПОДСЧЁТЕ ОБОБЩЁННОГО ИНДЕКСА УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ (ОИУГС) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА НАЛЁТА ПОВЕРХНОСТЬ ОБТУРИРУЮЩЕЙ ЧАСТИ ПРОТЕЗА-ОБТУРАТОРА ДЕЛЯТ НА:

- 1) 3 зоны;
- 2) 4 зоны;
- 3) 5 зон;
- 4) 6 зон.

Правильный ответ – 3.

74. УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОЧИЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТНОГО ПРОТЕЗА-ОБТУРАТОРА ПО ИНДЕКСУ ОИУГС СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕМУ ОПИСАНИЮ:

- 1) налёт можно увидеть на шпателе;
- 2) базис частично покрыт видимым налётом;
- 3) большая часть базиса покрыта налётом;
- 4) на базисе видимый зубной камень.

Правильный ответ – 2.

75. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ОБОБЩЁННОГО ИНДЕКСА УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ (ОИУГС) ПЛОЩАДЬ, ЗАНИМАЕМАЯ НАЛЁТОМ 21–50%, СООТВЕТСТВУЕТ КРИТЕРИЮ ОЦЕНКИ:

- 1) налёт виден при его соскабливании;
- 2) отмечается умеренный объём видимого налёта;
- 3) отмечается большой объём видимого налёта;
- 4) отмечается наличие твёрдых отложений (зубной камень).

Правильный ответ – 2.

В. Г. Галонский, Е. В. Мокренко, И. Г. Алёшкин,
В. Г. Изатулин, Н. М. Диденко, Д. С. Бессчастный,
И. Ю. Костицкий, Е. А. Алексеева, И. С. Гончаров,
О. А. Карабинская

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Учебное пособие для врачей-ординаторов,
обучающихся по специальности
31.08.75 – «Стоматология ортопедическая»
31.08.72 – «Стоматология общей практики»*

Подписано в печать 30.04.2024. Формат 60х84 1/16.
Усл. печ. л. 12,25. Тираж 500 экз. Заказ 18344

Типография ИП Азарова Н. Н.
Издательство «ЛИТЕРА-принт»
г. Красноярск. ул. Гладкова, 6
т. 8-902-924-15-77

Для заметок