****

**Тема № 8**

**«Терапевтическая стоматология»**

Этапы развития терапевтической стоматологии

Стоматология (от греч. stoma - рот, logos - учение} - медицинская дисциплина, занимающаяся изучением этиологии и патогенеза заболеваний зубов, челюстей и других органов полости рта, их диагностикой, лечением и профилактикой.

Стоматология как медицинская дисциплина сформировалась в 20-х годах текущего столетия в результате слияния зубоврачевания и челюстно-лицевой хирургии.

Если челюстно-лицевая хирургия зародилась и развивалась в рамках хирургии, то зубоврачевание, вплоть до XVII века, не было связано с общей медициной и рассматривалось как средство оказания помощи при болях, которое сводилось, в основном, к удалению больного зуба. Зубоврачебная помощь оказывалась цирюльниками, банщиками, ремесленниками и др.

История зубоврачевания как медицинской специальности ведет начало с конца XVII - начала XVIII веков. В первую очередь это связано с трудами выдающегося французского врача П. Фошара. Разработки по изготовлению искусственных золотых коронок, пломбирование зубов серебряной амальгамой, а позже применение мышьяковистой кислоты для некротизации пульпы (1836) и изобретение бормашины окончательно утвердили эту специальность.

Зубоврачевание в России до XVII века не контролировалось государством. И только в 1810 г. был издан закон, по которому право на зубоврачебную практику предоставлялось лицам, получившим диплом "зубного лекаря". Следующим шагом по развитию зубоврачебного образования в России является закон (1838), в соответствии с которым звание "дантист" и право на самостоятельную работу присуждались после сдачи экзамена в медицинской академии. Однако только в 1900 г. была официально запрещена подготовка дантистов путем ученичества.

В 1829 г. женщины получили право на равных с мужчинами сдавать экзамены на звание зубного лекаря.

В конце прошлого столетия произошел ряд событий, которые оказали большое влияние на формирование специальности. Так, в 1881 г в Санкт-Петербурге В. И. Важинским была открыта первая в России зубоврачебная школа. В Москве зубоврачебная школа была организована в 1892 г. И. М. Коварским. В этот период появляются высказывания о необходимости превращения зубоврачевания в специальность, которой можно овладеть, получив высшее образование. Важной вехой в этом направлении стало открытие при факультетской хирургической клинике Московского университета первой в России приват-доцентуры по одонтологии (1885). Доцентский курс позубным болезням возглавил Н. Н. Знаменский.

Огромная роль в организации курса по одонтологии принадлежит проф. Н. В. Склифосовскому, который понимал необходимость преподавания зубных болезней на медицинских факультетах. Следует отметить, что Н. В. Склифосовский проявлял интерес к зубоврачеванию и занимался научными исследованиями по этой проблеме. Он является основоположником изучения кариеса зубов в России в эпидемиологическом аспекте. Им впервые установлена более высокая распространенность кариеса зубов у городских жителей.

В 1892 г. были открыты приват-доцентуры по одонтологии при Военно-медицинской академии (возглавлял П. Ф. Федоров)и на Высших женских курсах в Санкт-Петербурге (возглавлял проф. А. К. Лимберг).

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

С полным основанием можно считать, что в факультетской хирургической клинике проф. Н. В. Склифосовского в Москве, Военно-медицинской академии и на Высших женских курсах в Санкт-Петербурге были воспитаны первые ученые-стоматологи: М. М. Чемоданов, Н. Н. Знаменский, Н. Н. Несмеянов, А. К. Лимберг.

В 1883 г. в Санкт-Петербурге было организовано первое в России научное общество дантистов, а в 1885 г. учрежден печатный орган "Зубоврачебный вестник".Появление журнала позволило в короткий срок объединить разрозненные общества дантистов различных городов. В 1889 г. Московским одонтологическим обществом был учрежден собственный журнал "Одонтологическое обозрение". Огромную роль в деле объединения дантистов в России сыграл I Всероссийский одонтологический съезд, который состоялся в Нижнем Новгороде в 1896 г. На съезде кроме научных докладов обсуждались вопросы подготовки зубоврачебных кадров, был поставлен вопрос о запрещении подготовки специалистов путем ученичества и впервые сформулирована идея санации полости рта учащихся.

В 1910 г. на XI Пироговском съезде было принято решение о необходимости учреждения на всех медицинских факультетах самостоятельных кафедр одонтологии с клиниками и техническими лабораториями. В ноябре 1918 г. вышло постановление о передаче зубоврачебного образования медицинским факультетам университетов.

В 1918 г. при создании Народного комиссариата здравоохранения РСФСР в его структуре была образована зубоврачебная подсекция, которую возглавил П. Г. Дауге (1869-1946).

В марте 1920 г., в соответствии с постановлением Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата просвещения, на медицинских факультетах государственных университетов были организованы кафедры стоматологии.

В апреле 1920 г. курс стоматологии медицинского факультета МГУ в Москве реорганизован в кафедру стоматологии, которой заведовал проф. Г. И. Вильга. С 1924 по 1926 г. ею заведовал проф. Л. А. Говсеевв. На этой кафедре в то время работали будущие видные деятели стоматологии: В. А. Дубровин, И. Г. Лукомский, И. А. Бегельман, А. Е. Верлоцкий.

Наряду с организацией кафедр на медицинских факультетах были созданы институты: в 1919 г. в Петрограде - Институт общественного зубоврачевания, в Киеве - Одонтологический институт. В 1922 г. в Москве создается Государственный институт зубоврачевания (ГИЗ), который в 1927 г. был переименован в Государственный институт стоматологии и одонтологии (ГИСО), а затем в Московский медицинский стоматологический институт (ММСИ), где срок обучения составлял 5 лет. В 1928 г. был открыт Одесский научноисследовательский институт стоматологии - первое научноисследовательское учреждение в стране.

В довоенный период была создана значительная материальная база по подготовке стоматологов. В 1935 г. открыто 11 стоматологических институтов. Однако война не позволила завершить начатые преобразования.

В 1946 г. срок обучения в стоматологических институтах был продлен до 5 лет. Увеличивается число вузов, в которых ведется подготовка стоматологов. По мере развития специальности уже в предвоенные годы определилось три профиля специализации: терапевтическая, хирургическая и ортопедическая стоматология. В 1963 г. была открыта кафедра стоматологии детского возраста. На ряде стоматологических факультетов предусмотрен курс, а в ММСИ - кафедра физиотерапии. В соответствии с учебным планом по специальности "стоматология", утвержденным в 1983 г., на кафедре стоматологии детского возраста введен курс первичной профилактики.

Введение додипломной (субординатура) и постдипломной (интернатура) специализации с целью повышения качества подготовки молодых специалистов также имело важное значение. Субординатура предусматривала специализацию по всем профилям стоматологии в течение Х семестра.

Важную роль в развитии стоматологии в нашей стране сыграло постановление Совета Министров СССР от 05.11.76 г. "О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению". В приказе МЗ СССР № 1166 от 10.12.76 г, изданном на основании этого постановления (и имеющем то же название), предусмотрен ряд мер по расширению сети стоматологических учреждений и увеличению выпуска врачей-стоматологов.

До 1990 г. в нашей стране функционировало 44 стоматологических факультета и 2 стоматологических института (в Москве и Полтаве) с общим приемом на первый курс 8700 человек.

В настоящее время в России имеется 31 факультет стоматологии. Головным по высшему стоматологическому образованию является Московский Государственный медицинский стоматологический университет.

Терапевтическая (консервативная) стоматология занимается изучением причин возникновения и механизмов развития заболеваний зубов и околозубных тканей, заболеваний слизистой оболочки рта, их диагностикой, разработкой методов лечения и профилактики.

Уровень развития терапевтической стоматологии в значительной степени определяет состояние стоматологической помощи населению. Особенно важное значение принадлежит разработке и внедрению мер профилактики основных стоматологических заболеваний. В настоящее время уровень знаний по проблеме кариеса зубов и болезней пародонта таков, что мы можем успешно заниматься предупреждением этих заболеваний.

В терапевтической стоматологии наметилась дифференциация и определенная специализация. Различают кариесологию, эндодонтию, пародонтологию, науку о болезнях слизистой оболочки рта.

Известно, что уровень исследований зависит от достижений науки и применяемых методик. Так, в 20-30-е годы проводились клинические исследования и определение химического состава тканей зуба с использованием аналитических методов. В 40-60-е годы появление метода радиоактивных изотопов и более современных биохимических методик позволило изучить биохимический состав органического вещества твердых тканей и процессы обмена в норме и патологии.

Проблемой кариеса занимались видные ученые И. А. Бегельман, И. Г. Лукомский, Д. А. Энтин, П. ф. Беликов, Е. Е. Платонов, А. Э. Шарпенак. Большой вклад в изучение кариеса зубов внес Н. А. Федоров, создавший целое направление по изучению обменных процессов в твердых тканях зуба в норме и при патологических процессах. Его ученики - Е. В. Боровский, Н. А. Жижина, А. Г. Колесник, Н. В. Лисенко, А. А. Прохончуков, Л. А. Дагаева и др. - получили ряд важных данных, которые коренным образом изменили ранее существовавшие представления о твердых тканях зуба и, в первую очередь, об эмали. Эти данные послужили основой для разработки современного подхода к проблеме кариеса.

Не менее важной проблемой являются болезни пародонта. Огромный вклад в их изучение внес А. И. Евдокимов. Кроме него болезнями пародонта занимались Д. А. Энтин, Е. Е. Платонов, Л. М. Линденбаум, И. О. Новак, В. Ю. Курляндский, Н. ф. Данилевский, В. С. Иванов и др. В настоящее время пересмотрен ряд ранее существовавших взглядов на этиологию и патогенез болезней пародонта, что позволило наметить действенные пути их профилактики.

Исследованиями в области эндодонтии занимались И. Г. Лукомский, С. М. Гофунг, Т. Г. Школяр, А. Э. Анищенко, А. И. Евдокимов, В. М. Уваров. Л. Р. Рубин создал направление по применению физических методов в диагностике и лечении пульпита и периодонтита. В настоящее время этой проблемой серьезно занимаются Е. В. Боровский, А. Т. Петрикас, А. М. Соловьева, В. Н. Чиликин.

Болезни слизистой оболочки рта в меньшей степени привлекали внимание исследователей, однако и в этом направлении имеются определенные достижения. Этой проблемой занимались И. Г. Лукомский, Я. С. Пеккер, Е. Е. Платонов, И. О. Новак и другие видные специалисты. Большой вклад в изучение заболеваний слизистой оболочки рта внесли проф. Б. М. Пашков, заведовавший кафедрой кожных и венерических болезней ММСИ, и проф. Г. В. Банченко.

В настоящее время проводится большая работа по широкому внедрению мер профилактики стоматологических заболеваний, что нашло отражение в работах Е. В. Боровского, Т. Ф. Виноградовой, Э. М. Кузьминой, А. Г. Колесник, В. К. Леонтьева, П. А. Леуса, Г. Н. Пахомова.

Научные исследования проводятся на всех кафедрах факультетов и институтов. Возглавляет научные исследования в нашей стране Центральный научно-исследовательский институт стоматологии (ЦНИИС), который был создан в 1962 г. Он является головным по научным исследованиям в стране и совместно с Научным советом по стоматологии при РАМН координирует научные исследования.

Главными стоматологами СССР и России были профессора А. И. Дойников, И. И. Ермолаев, Г. Н. Пахомов и др. С 1987 г. и по настоящее время Главным стоматологом Минздрава СССР, а затем России является член-корреспондент РАМН, проф. В. К. Леонтьев (г. Москва).

История стоматологии тесно связана с деятельностью стоматологических обществ. В 1883 г. в Санкт-Петербурге учреждается первое общество дантистов в России. В 1891 г. основано общество дантистов в Москве. В 1899 г. все общества объединились в Российское одонтологическое общество.

После революции, по мере нормализации политического и хозяйственного положения страны, уже к концу 1921 г. начинают работать отдельные одонтологические общества. В 1921 г. были основаны Татарское, а в 1926 г. - Новосибирское одонтологическое общество.

В довоенный период начали свою деятельность Саратовское (1933), Ставропольское (1937), Пермское (1939), Омское (1940) общества стоматологов.

Новым этапом в истории деятельности научных стоматологических обществ явилось создание Всесоюзного научного медицинского общества стоматологов, которое было организовано в мае 1958 г. на научной конференции в Ленинграде. Окончательное оформление Всесоюзного и республиканского научных медицинских обществ стоматологов закончилось в 1962 г. Всесоюзное научное общество стоматологов насчитывало в своих рядах более 60 000 человек.

Деятельность стоматологических обществ многогранна. Большая работа проводится по совершенствованию стоматологической помощи населению, внедрению новых методов профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний.

Итоги развития зубоврачебного дела в дореволюционной России подвел 5-й Всероссийский съезд Профессионального союза зубных врачей, состоявшийся в апреле 1917 г. Поднятый съездом вопрос о необходимости коренной реформы зубоврачевания путем осуществления подготовки специалистов на медицинских факультетах и организации общественного зубоврачевания решился только после революции.

В ноябре 1923 г. в Москве состоялся I Всесоюзный одонтологический съезд. На этом и на последующих съездах первых лет советской власти (II Всесоюзный съезд одонтологов состоялся в Москве в 1924 г., III - в Ленинграде в 1928 г.) решались вопросы, касающиеся проблем кариеса зубов и болезней пародонта.

В 1962 г. в Москве состоялся IV Всесоюзный съезд стоматологов, посвященный состоянию и перспективам развития стоматологической помощи населению. Широко обсуждалась проблема кариеса зубов и его осложнений.

На V Всесоюзном стоматологическом съезде, проходившем в Киеве в 1968 г., основное внимание было уделено вопросам стоматологической помощи детям.

В программу VI Всесоюзного съезда стоматологов, состоявшегося в Ленинграде в 1975 г., были включены вопросы совершенствования стоматологической помощи населению. На этом съезде были обсуждены также вопросы современного состояния проблемы заболеваний пародонта.

В 1981 г. в Ташкенте проходил VII Всесоюзный съезд стоматологов, где рассматривались вопросы организации стоматологической помощи, проблемы профилактики и лечения воспалительных заболеваний и травм в челюстно-лицевой области.

В 1987 г. в Волгограде состоялся VIII Всесоюзный съезд стоматологов, на котором всестороннему обсуждению подверглись вопросы ортопедической стоматологии.

Кроме Всесоюзного научного общества стоматологов в 1965 г. было организовано Всероссийское научное общество стоматологов, которое возглавлял член-корр. АМН СССР, заслуженный деятель науки, проф. А. И. Евдокимов. Затем председателями избирались проф. В. ф. Рудько, заслуженный деятель науки проф. Е. И. Гаврилов. С 1970 по 1993 г. председателем правления был проф. Е. В. Боровский.

За это время проведено 5 Всероссийских съездов стоматологов: I - в 1965 г. в Калинине, II - в 1970 г. в Смоленске, III - в 1976 г. в Волгограде, IV - в 1982 г. в Ульяновске и V - в 1988 г. в Новосибирске.

В 1992 г. в Воронеже проходил учредительный съезд Стоматологической Ассоциации, а в феврале 1993 г. Министерством юстиции Российской федерации была зарегистрирована Стоматологическая Ассоциация России (СтАР).

В апреле 1993 г. состоялся I съезд Ассоциации, на котором были избраны руководящие органы. Первым президентом СтАР был избран заслуженный деятель науки РФ проф. Е. В. Боровский.

В мае 1994 г. в Волгограде состоялся II, а в сентябре 1996 г. в Москве - III съезд СтАР, на котором на должность президента заступил заслуженный деятель науки РФпроф. В. К Леонтьев.

С наступлением эры рыночных отношений в России, распада СССР в организации, в управлении и структуре стоматологической службы страны произошли серьезные изменения.

С 1990 г. резко начало снижаться бюджетное финансирование стоматологии. Оно упало до 20-40 % от потребности. Были проведены большие изменения в организации здравоохранения, в результате чего реальное управление здравоохранением, в том числе и финансирование, переместилось в регионы. Другим важным введением стало создание системы обязательного медицинского страхования в России, согласно которой стоматологическая помощь населению страны должна оказываться в ее рамках путем оплаты государством, предприятиями, в том числе частными, страховых полисов. Эта система распространяется и на стоматологию. Однако объем выделяемых средств недостаточен для оказания всей необходимой стоматологической помощи населению, в связи с чем в регионах принимаются территориальные программы бесплатного медицинского страхования с ограниченным объемом финансирования стоматологической помощи.

Недостаточность бюджетного финансирования привела к быстрому развитию частной (платной) стоматологии в России. За 1992-2000-е годы в стране было организовано более 5000 частных стоматологических поликлиник и кабинетов, в том числе около 1000 - в Москве. Их становление обусловило реализацию прав человека на получение медицинской помощи - права на свободный выбор врача, свободный выбор лечебного учреждения и способа оплаты лечения и профилактики. Развитие частных клиник должно привести к созданию конкурентоспособной медицины, что положительно влияет на качество стоматологической помощи.

Важную роль в становлении платной медицины сыграло Постановление Кабинета Министров о введении в здравоохранение системы платных услуг. Это в значительной степени способствовало выживанию и развитию стоматологической помощи. Развитие рыночных отношений привело к быстрому и эффективному внедрению новых технологий профилактики и лечения, современных материалов, инструментов, оборудования, анестетиков. Это позволило профессионалам за 5-7 лет преодолеть многолетнее технологическое отставание от Запада. В страну широким фронтом были импортированы материалы и оборудование многих западных фирм, организованы фирмы и Центры по продаже стоматологических товаров и обучению работе с ними. Полностью разрушилась государственная система распределения "Медтехника", она была заменена хорошо организованной системой частных фирм.

Быстрое и значительное развитие получила отечественная промышленность, выпускающая стоматологические товары. Число таких предприятий возросло с 5 в 1990 г. до 125 в 2001 г. Многие из них выпускают стоматологические изделия хорошего качества, что сократило их импорт с Запада.

Большую роль в развитии стоматологии сыграла организация в 1992 г. Стоматологической Ассоциации России. Основная роль ее заключается в защите и отражении прав стоматологов перед лицом государства, общества, населения. С активным участием СтАР созданы территориальные Ассоциации в 68 регионах страны, заключен договор с Минздравом России о совместной работе, осуществляется много стоматологических проектов. Основным среди них был проект Стоматологической Образовательной Программы, которым было охвачено около 1 млн. первоклассников. Резко расширена стоматологическая печать (более 20 журналов и 20 газет). С 1995 г. ежегодно проводятся российские съезды СтАР, российские конференции, выставки.

С 1922 г. издается журнал "Стоматология". В последние годы в свет выходят новые журналы "Новое в стоматологии" (Москва), "Пародонтология" (С.-Петербург), "Челюстно-лицевая хирургия" (Новосибирск), "Клиническая стомато-логия" (Москва). Издаются газеты "Вестник стоматологии", "Dental News" (Москва), "Дантист" (С.-Петербург) и много других региональных газет.

Активному реформированию стоматологии во многом способствовала совместная работа СтАР с Минздравом России. Вышедшие приказы Минздрава России № 312 (1996), № 289 (1997), "Методические рекомендации" (2001) Минздрава России совместно с Минфином и фондом обязательного медицинского страхования во многом стали полноценной законодательной базой, упорядочившей и решившей многие проблемы в работе стоматологов в рыночных условиях.

Организация стоматологического кабинета

Организация стоматологического кабинета имеет большое значение. Объясняется это требованиями эргономики, гигиеническими требованиями. Кабинет необходимо оборудовать так, чтобы они выполнялись.

В каждом кабинете оборудована стоматологическая установка, с помощью которой проводятся обследования и лечение пациента. Каждая установка предполагает наличие в кабинете определенной площади. Так, при нахождении одного кресла в кабинете его площадь должна составлять не менее 14 м2. При оборудовании кабинета двумя и более креслами каждое кресло (помимо первого) предполагает еще 10 м2 площади. Стоматологическая установка представляет собой комплекс из турбинной бормашины с устройством воздушно-водяного охлаждения, переходника для микромотора и прямых наконечников, лампы дневного света. Установка оснащается стоматологическим креслом с регулировкой высоты сидения. Согласно гигиеническим нормативам стены в стоматологическом кабинете рекомендуют делать гладкими, окрашивать красками пастельных тонов. Пол в кабинете следует покрыть линолеумом, причем с таким расчетом, чтобы края его покрывали нижние 10 см стен. Не должно быть никаких щелей и неровностей ни на полу, ни на стенах.

Освещение в кабинете должно быть как естественное, так и искусственное. Окна предпочтительнее располагать на северную сторону. Наличие источников искусственного света также обязательно. Лампа дневного света, оборудованная на установке, должна обладать освещенностью в пределах 8000–28 000 люкс. Глубина помещения не должна быть больше 6 м.

В кабинете необходимо обеспечить наличие приточно-вытяжной вентиляции.

Во время стоматологического приема врач использует большое количество разнообразных инструментов. На них могут содержаться микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности, споры. Пациент, таким образом, может быть подвержен риску заражения этими инфекционными агентами. Чтобы этого не произошло, следуют правилам асептики и антисептики. Антисептика предполагает предупреждение проникновения инфекции в организм человека, очищение раны, уже содержащей инфекционные агенты. Достигается это путем проведения обработки инструментария, в частности стоматологического.

Обработка стоматологического инструментария складывается из ряда последовательных этапов: дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации. Во время проведения стоматологического приема использованные инструменты (такие как боры, эндодонтические инструменты) следует помещать в специальную емкость с дезинфицирующим раствором (например, 6 %-ной перекисью водорода). Называется она накопителем. Инструменты, которые используются для проведения стоматологического осмотра, после приема подлежат замачиванию в дезинфицирующем растворе на определенное время. Оно определяется видом дезинфектанта. При использовании 6 %-ной перекиси водорода или 3 %-ного раствора хлорамина оно составит 60 мин. Той же процедуре подвергаются стекла для пломбировочного материала. Наконечники следует обрабатывать путем двукратного протирания дезинфицирующим раствором с интервалом в 15 мин.

После дезинфекции проводят предстерилизационную очистку. Инструменты замачиваются в моющем растворе на 15 мин. Затем каждый инструмент в течение 30 с моется с помощью специального ершика, ополаскивается в проточной воде 10 мин, дистиллированной воде – 5 мин и сушится при температуре 85 °C до исчезновения влаги. Моющий раствор состоит из стирального порошка в количестве 5 г, перекиси водорода (6 %-ной – 14 мл, 3 %-ной – 160 мл) и дистиллированной воды – до 1 л.

После проведения предстерилизационной очистки необходимо произвести специальные пробы для того, чтобы убедиться в отсутствии на инструментах следов крови, моющего средства.

Азопирамовая проба проводится для определения наличия следов крови на инструментах. Азопирам, содержащий в своем составе солянокислый анилин и 10 %-ный амидопирин, смешивают с перекисью водорода в концентрации 3 %, полученную смесь для проверки помещают на тампон с кровью. В течение 1 мин появляется окрашивание тампона в сине-фиолетовый цвет, что свидетельствует о надежности реактива. Инструменты в количестве 10–15 % каждого наименования (не менее 3–5 штук) проверяются на наличие следов крови. При наличии последней вся партия инструментов подвергается повторной дезинфекции и предстерилизационной очистке.

Фенолфталеиновая проба используется для контроля качества отмывки инструментов от моющих средств. В качестве реактива применяется 1 %-ный раствор фенолфталеина. Смоченный им тампон используется для протирания выборки инструментов (см. азопирамовую пробу). Присутствие моющего средства проявляется в виде розового окрашивания. При положительной фенолфталеиновой пробе следует повторно провести промывание инструментов в проточной и дистиллированной воде, их высушивание.

Стерилизация стоматологического инструментария представлена паровым, химическим методами и сухим жаром. Паровой метод осуществляется в паровых стерилизационных коробках с фильтрами или без фильтров. Таким способом можно стерилизовать изделия из стекла, текстиля, резины при давлении в 2 атмосферы, температуре 132 °C в течение 20 мин. Это первый режим паровой стерилизации. Второй режим используется для стерилизации изделий из латекса, пластика, полиэстера при давлении в 1,1 атмосферы, температурном режиме 120 °C в течение 45 мин. Для контроля стерилизации паровым путем используются физические, химические и бактериологические методы. Стерилизация сухим жаром используется для изделий из стекла, металла, силиконовой резины. Существует два режима. Первый проводится при температуре 180 °C в течение 1 ч, второй – при температуре 160 °C в течение 2,5 ч. Контроль стерилизации осуществляется физическим (для температурного режима) и химическим путем (индикатор для первого режима – тиомочевина, для второго – сахароза). Стерилизация с использованием химических препаратов используется для изделий из стекла, коррозионно-стойких металлов, полимерных материалов. Химическая стерилизация может быть осуществлена с использованием 6 %-ной перекиси водорода (при комнатной температуре – в течение 6 ч, при температуре в 50 °C – 3 ч).

Врачу следует мыть руки с двукратным намыливанием перед приемом каждого пациента, обрабатывать 70 %-ным спиртом. Обязательно использование перчаток.

Важным является правильное накрытие стоматологического инструментального столика. Его поверхность перед началом работы протирается двукратно с применением дезинфицирующего средства (например, перекисью водорода в концентрации 6 %). Стерильные боры и эндодонтический инструментарий, помещенные в чашку Петри, располагают на верхней полке инструментального столика. Наборы стерильного инструментария для каждого больного упакованы в крафт-бумагу или находятся в стерильной ванночке. Тампоны также находятся в стерильной упаковке. Для использованных боров имеется специальный накопитель, подписанный для каждого врача.

На нижней полке располагается емкость, содержащая дезинфицирующий раствор, предусмотренный для обработки инструментального столика после каждого пациента или по мере необходимости при его загрязнении кровью.

Каждые 3 ч следует проводить кварцевание кабинета. Ежедневно необходимо делать влажную уборку. Она проводится дважды: после каждой смены. Генеральная уборка должна быть 1 раз в неделю.

Для того чтобы обезопасить врача во время проведения стоматологического приема, в каждом кабинете должна быть оборудована аптечка. В ее составе обязательно должны присутствовать: 5 %-ный спиртовой раствор йода, 70 %-ный этиловый спирт, пять навесок перманганата калия по 5 г, дистиллированная вода для разведения перманганата калия, стеклянная палочка для его размешивания, 30 %-ный раствор альбуцида или протаргол, глазные пипетки, шприц 20 г без иглы, стерильные салфетки, стерильные марлевые шарики, напальчники, стерильные перчатки, стерильные бинты.

Попадание крови больного на слизистую глаз предполагает промывание их раствором перманганата калия (1 навеску растворить в 500 мл дистиллированной воды) или обработку раствором альбуцида. При попадании крови на слизистую носа необходимо промыть полость носа раствором перманганата калия (1 навеску растворить в 100 мл дистиллированной воды), а после этого прополоскать полость рта 70 %-ным этиловым спиртом. Попадание крови на руки предусматривает их промывание 70 % раствором этилового спирта без втирания последнего. При проколе кожного покрова иглой шприца или острой поверхностью инструмента, загрязненного кровью больного, обязательным является выполнение следующих мероприятий: трехкратное выдавливание крови из раны, обработка спиртом, двукратное мытье с мылом, обработка 5 %-ный спиртовым раствором йода, закрытие раневой поверхности пластырем, надевание напальчника, если повреждение находится на пальце, надевание перчаток. После этого производится запись в аварийном журнале, о происшествии сообщается главному врачу клиники и не позднее чем через сутки – в СПИД-центр. В СПИД-центре производится забор крови с ее последующим исследованием, который должен быть повторен через 3, 6, 9, 12 месяцев после инцидента.

Методы обследования больных в клинике терапевтической стоматологии. Основные методы обследования

Для того чтобы правильно поставить диагноз, выбрать необходимый в конкретном случае метод лечения, добиться хороших результатов, необходимо в полной мере, грамотно и четко произвести обследование больного.

Обследование принято начинать с опроса, который предполагает получение данных о жалобах, беспокоящих больного, анамнезе заболевания, анамнезе жизни. Жалобы больного можно классифицировать как основные (или главные), дополнительные, жалобы на нарушение общего состояния. Основные жалобы беспокоят больного главным образом в первую очередь. Эти жалобы будут указывать на данное заболевание. Например, при глубоком кариесе главной жалобой будет наличие болевых ощущений при воздействии всех видов раздражителей. Температурные, химические, механические воздействия будут провоцировать боль, быстро проходящую после их устранения. При остром пульпите больные будут жаловаться на самопроизвольные ночные приступообразные боли; длительные болевые приступы при воздействии различных раздражителей, не исчезающие после прекращения их воздействия. При остром периодонтите характерно наличие постоянной ноющей четко локализованной боли, которая при давлении на зуб будет усиливаться.

Дополнительные жалобы обычно не связаны с основным заболеванием. Например, пациент может также предъявлять жалобы на нарушение функции органов желудочно-кишечного тракта. Кроме того, дополнительные жалобы могут быть результатом наличия основного заболевания.

После того как получена информация о жалобах больного, необходимо получить данные анамнеза заболевания. Выясняются примерное время начала заболевания, жалобы, которые больной при этом предъявлял. Необходимо обозначить динамику развития заболевания. Например, при наличии у пациента хронического гранулирующего периодонтита он, вероятно, скажет, что зуб раньше болел, реагировал на перепады температуры, воздействие различных раздражителей; затем эти явления стихли. Больной может предполагать причину заболевания либо обострения заболевания. Например, обострение хронического пульпита, хронического периодонтита может быть связано с переохлаждением, стрессом, перенесенным заболеванием, которое привело к снижению реактивности организма. Если пациент обследовался или проходил лечение по поводу данного заболевания, необходимо расспросить его о мероприятиях, которые были проведены, о результатах проведенного обследования, лечения, по мнению пациента.

Анамнез жизни нам потребуется для выяснения того, какую роль в развитии заболевания играют факторы, воздействующие извне, факторы внешней и внутренней среды (например, наследственный фактор). Необходимо обозначить условия жизни больного, особенности его профессиональной деятельности, наличие вредных факторов, воздействующих на него в силу профессии, режима труда и отдыха. Важно также отметить наличие вредных привычек у больного (табакокурение, злоупотребление алкоголем и т. д.). Уточняется наследственный анамнез, поскольку некоторые заболевания имеют наследственный характер либо имеет место наследственная предрасположенность к ним. Выяснение аллергоанамнеза также является очень важным пунктом анамнеза жизни. Во время приема у стоматолога пациенту приходится взаимодействовать с огромным количеством различных аллергенов. Аллергические реакции могут иметь чрезвычайно серьезный характер, приводить к развитию грозных осложнений и даже заканчиваться смертельным исходом. Наиболее часто аллергические реакции возникают в ответ на введение различных анестетиков, которые широко используются во время стоматологического приема. Кроме того, некоторые заболевания слизистой оболочки полости рта имеют аллергический характер, поэтому необходимо выяснить также наличие аллергической реакции на пищевые продукты, бытовые, природные аллергены.

После опроса больного переходят к объективному обследованию, первым этапом которого является осмотр. При внешнем осмотре обращают внимание на психоэмоциональное состояние пациента, уточняют его общее состояние на данный момент. Тип конституции, конфигурация лица, его симметричность, изменения речи, дыхания по сравнению с нормой также обращают на себя внимание, фиксируются в амбулаторной карте. Осматриваются кожные покровы лица и видимые слизистые оболочки (слизистые носа, глаз) на предмет наличия на них различного рода элементов поражения. Определяется состояние периферических лимфоузлов путем их пальпации. Необходимо помнить, что лицевые лимфоузлы пальпируются бимануально, подбородочные лимфоузлы пальпируются указательным пальцем левой руки при наклоне головы вниз и кпереди, поднижнечелюстные — последовательно тремя пальцами левой руки при наклоне головы в соответствующую сторону, шейные лимфоузлы пальпируются по переднему и заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы при наклоне головы вперед и в сторону, противоположную пальпирующимся лимфоузлам. Околоушные лимфоузлы пальпируются кпереди от козелка уха.

Также необходимым является проведение пальпаторного исследования состояния височно-нижнечелюстного сустава. Пальпация может быть проведена двумя способами: наружным, при котором пальцы врача помещены кзади от козелка ушной раковины, и внутренним, при котором исследование производится через наружный слуховой проход. Пальпация височно-нижнечелюстного сустава проводится при открывании и закрывании рта больным. При отсутствии патологических изменений движения суставной головки плавные, симметричные, синхронные, безболезненные, объем движений не ограничен, щелчков, хруста не определяется.

После внешнего осмотра оценивается состояние красной каймы губ. В норме губы имеют розовую окраску, не содержат на себе элементов поражения, смыкаются по линии Клейна (линией Клейна считается линия перехода кожного покрова губ в слизистую оболочку). Слизистая оболочка преддверия полости рта в норме также бледно-розового цвета, без отечности, без отпечатков коронок зубов. Обращается внимание на глубину преддверия полости рта, особенности расположения уздечек верхней и нижней губ, тяжей преддверия. Глубина преддверия полости рта определяется как расстояние от свободной до прикрепленной слизистой (от десневого края до переходной складки). В зависимости от полученного числового значения производится разделение на мелкое (менее 5 мм), среднее (от 5 до 8 мм), глубокое (более 8 мм) преддверие. Оценка состояния уздечек верхней и нижней губ производится при отведении губ до горизонтального уровня. При этом не должно отмечаться их побеления. Тяжи слизистой определяются на уровне клыков и премоляров, на уровне моляров челюстей. На уровне вторых верхних моляров определяется выводной проток околоушной слюнной железы или, как его называют по автору, — стенонов проток. Необходимо отметить отсутствие признаков воспаления в области него, отсутствие различного рода выпячиваний и каких-либо др. патологических изменений. Оцениваются характеристики выделяемой при стимуляции слюны, количественные и качественные. Стимуляция слюноотделения околоушной слюнной железой производится посредством ее массажа, при котором в норме происходит выделение капли секрета.

Исследование собственно полости рта включает в себя осмотр слизистой оболочки, состояния языка, выводных протоков подъязычных подчелюстных слюнных желез, уздечки языка, состояния дужек и миндалин.

При осмотре отдельных зубов обращают внимание на полноценность их анатомической формы, наличие или отсутствие дефектов твердых тканей, классифицируя их по тому или иному признаку, наличие пломб, их краевое прилегание, изменение цвета зубов, характера поверхностей, изменение соотношения внутри-и внекоронковой частей зуба, обнажение шеек зубов, их подвижность, изменение положения. При отсутствии зубов обращаем внимание на расположение дефекта зубного ряда, его протяженность, наличие конструкций, замещающих дефекты, их полноценность, восстановление анатомической формы, степень погружения в зубодесневую борозду. Зубы могут быть подвижны по тем или иным причинам. По Д. А. Энтину различают три степени подвижности: при первой наблюдается подвижность в вестибулооральном направлении (т. е. с помощью стоматологического пинцета мы можем в той или иной степени сместить зуб в направлении щеки и полости рта). При второй степени подвижности зуб можно сместить в вестибулооральном и медиодистальном направлениях. При третьей степени зуб обладает подвижностью во всех трех направлениях, т. е. также присоединяется вертикальная подвижность.

Осмотр зубных рядов включает в себя определение формы зубной дуги. В норме зубной ряд верхней челюсти имеет вид полуэллипса, нижней — параболы. При отсутствии части зубов, повышенной стираемости, аномалиях прикуса и по ряду др. причин возможно выявление деформаций зубных рядов, которые необходимо оценивать по расположению на челюсти, по плоскости, относительно которой определена деформация. Зубные ряды могут, кроме того, быть симметрично либо асимметрично суженными.

Оценивается тип смыкания зубных рядов при таком расположении нижней челюсти, когда наибольшее количество зубов находится в контакте, т. е. оценивается характер прикуса. Для определения характера смыкания зубных рядов попросят больного дотронуться языком до неба, проглотить слюну и сомкнуть зубные ряды. Зубы в этом случае сомкнутся в положении центральной окклюзии, при которой и производится определение типа прикуса. Принято подразделять виды прикусы на физиологические, при которых не происходит нарушения функций, и патологические, при которых наблюдаются функциональные нарушения. К физиологическим видам прикуса относят ортогнатический, прямой, бипрогнатический и опистогнатический. Наиболее часто встречающимся является ортогнатический прикус. Характер прикуса определяется наличием признаков. Эти признаки принято подразделять на те, которые характеризуют смыкание зубов, или зубные; те, которые характеризуют состояние жевательной мускулатуры (или мышечные); те, которые характеризуют состояние височно-нижнечелюстного сустава (в частности, взаимоотношения суставной головки и суставного бугорка), или суставные.

При осмотре десневого края обращают внимание на его цвет: при заболеваниях пародонта наблюдаются цианотичность, отечность маргинальной десны, десневых сосочков, что объясняется нарушениями процессов кровообращения в сосудах тканей пародонта. Вследствие отечности возможно и изменение формы межзубных десневых сосочков, которые в норме в области фронтальной группы зубов имеют треугольную форму, а в области жевательных зубов — трапециевидную. Десневые сосочки часто также неплотно расположены по отношению к зубам, в то время как в норме имеется их плотное прилегание. При затруднении оттока гнойного содержимого из пародонтального кармана может формироваться пародонтальный абсцесс.

Пальпация представляет собой пальцевое исследование, ощупывание различных органов и тканей. С помощью этого метода возможно определение величины, плотности, консистенции, рельефа органов, тканей, различных образований того или иного происхождения, их подвижности, болевой чувствительности, наличие очагов флюктуации. Пальпаторное исследование используется при обследовании лимфатических узлов, височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц, подвижности слизистой оболочки, ее податливости, рельефа костной ткани. Кроме того, чрезвычайно важной является пальпация различных патологических элементов, новообразований. При этом следует помнить, что пальцевое исследование мы начинаем не с патологически измененных тканей, а со здоровых.

Применение такого метода обследования, как перкуссия, позволяет выявить наличие патологических изменений в тканях периодонта. При горизонтальной перкуссии, которую проводят путем постукивания по зубу инструментом в горизонтальной плоскости, определяют наличие изменений в области краевого периодонта. При вертикальной перкуссии (производят постукивание по зубу инструментом в вертикальной плоскости (сверху вниз)) определяют наличие изменений в верхушечной части зуба, тканях, которые его окружают.

Зондирование — метод обследования, при котором врач, используя стоматологический зонд, производит оценку состояния твердых тканей зубов, наличия очагов деминерализации, кариозных полостей, размягченного дентина, сообщения кариозной полости с полостью зуба, болевых ощущений в области твердых тканей зубов, пульпы зуба. Если пользоваться методом зондирования (при этом используется не обычный стоматологический, а специальный пародонтальный зонд), то можно оценить состояние тканей пародонта, глубину пародонтального кармана, наличие или отсутствие кровоточивости после зондирования. Определение глубины пародонтального кармана производится у однокорневых зубов в четырех точках — со всех сторон зуба, а у многокорневых зубов — в шести точках: на вестибулярной и оральной поверхностях — в двух точках, на контактных поверхностях — по одной.

Диагностика заболеваний полости рта проводится и дополнительными методами исследования. В терапевтической стоматологии они будут следующие:

1. Электроодонтодиагностика. Методика направлена на проверку чувствительности нервных окончаний пульпы на электрический ток малой силы и напряжения. Чем выше показатели электроодонтометрии, тем тяжелее поражение.
2. Рентгенологическое исследование. Показана как обязательная процедура при верхушечных периодонтитах, на предмет уточнения характера воспаления. Если проводилось лечение зубов по поводу кариеса, то рентгенография позволяет определить качество пломбирования. Для обследования слюнных желез предварительно в ни вводят контрастное вещество.
3. Лабораторные методы. Направлены на выявление состояния внутренних жидкостей слюны, крови, мочи. При поражениях слизистой оболочки рта требуются соскобы для определения микрофлоры и подбора соответствующих препаратов для лечения.

Отделение терапевтической стоматологии направляет свою деятельность на сохранение здоровья зубов и других органов полости рта. Оказывает своевременную помощь по предупреждению развития осложнений и преждевременной потери зубного ряда.

Терапевтическая стоматология включает в себя:

* лечение зубов, пораженных кариесом,
* лечение некариозных повреждений зубов,
* лечение и пломбирование зубных каналов.

Пломбирование зубов – одна из наиболее часто выполняемых процедур в стоматологическом кабинете.

Лечение зубов, пораженных кариесом

Зачастую схема лечения проста: зуб очищается от пораженной ткани и ставится пломба. Если же повреждение слишком обширное и глубокое, лечение может проходить в несколько этапов. Сначала стоматолог ставит временную пломбу, потом постоянную. Без раннего лечения кариес может распространиться более глубоко и перерасти в пульпит-воспаление нервно-сосудистого пучка зуба.

Чаще всего кариес вызывается бактериями, живущими в зубном налете и камнях. Поэтому гигиена зубов — это первый и самый важный шаг на пути профилактики кариеса.

Кариес можно обнаружить как визуально, когда небольшое темное пятно на зубе может указывать на кариес, так и с помощью диагностики — скрытый кариес или кариес между зубами. Симптомами кариеса может быть реакция зубов на сладкое, кислое, холодное, горячее, иногда зубная боль без особых причин и неприятный запах изо рта.



Существует множество теорий развития кариеса зубов, тем не менее к общепринятым причинам относятся:

- несоблюдение гигиены полости рта;

- скопление зубного налета;

- плохое качество воды (недостаток фтора);

- злоупотребление сладкой, кислой, соленой пищи, а также продуктов с большим количеством красителей и консервантов;

- нарушение обмена веществ в организме;

- экология;

- наследственность.

Лечение зубов с некариозными повреждениями эмали

К таким заболеваниям относятся: повышенное истирание зубов, повышенная чувствительность, клиновидный дефект, травма зуба и др. Чтобы правильно подобрать лечение, необходимо тщательно обследовать зубочелюстную систему и выявить причины возникновения проблемы.

Пломбирование и лечение зубных каналов

Часто необходимость лечения и пломбирования зубных каналов происходит из-за пульпита - воспаления зубного нервно-сосудистого пучка из-за глубокого поражения кариесом тканей зуба. Врачу необходимо полностью очистить зубные каналы от воспаленных тканей, при необходимости положить лекарство в канал, чтобы снять воспаление и убить оставшиеся бактерии. Сложность этого вида лечения заключается в том, что иногда каналы настолько малы, что невозможно «зайти внутрь» и удалить нерв. Бывает, что каналы имеют своеобразную извитую форму, ответвления, что также затрудняет работу стоматолога. Плохо обработанные каналы могут привести к потере зуба, потому что при лечении каналов зуба стоматолог работает практически вслепую, потому что не может видеть весь канал до верхушки.

Тем не менее, современная стоматология активно развивается, и в настоящее время существует ряд методов, позволяющих проводить эффективное лечение. Это постоянный диагностический контроль, а специальное устройство для измерения длины канала (апекслокатор) и самое большое открытие в области эндодонтии (лечение корней зубов) - это использование микроскопа. Лечение зубов под микроскопом значительно расширяет возможности стоматолога, и повышает качество лечения в разы.



**Что такое эндодонтическое лечение?**

«Эндо» - это греческое слово «внутри», а «одонт» - по-гречески «зуб». Эндодонтическое лечение лечит внутреннюю часть зуба, то есть лечение корневых каналов зубов.

**Когда нужен этот вид лечения?**

Эндодонтическое лечение необходимо, когда кариес распространяется на пульпу зуба (сосудистое и нервное волокно внутри зуба). Самые ранние симптомы инфекции или воспаления в поврежденной пульпе — повышенная чувствительность к температурным раздражителям, изменение цвета зуба, отек десен и их чувствительность вблизи воспаленного или инфицированного зуба.

Основная цель лечения корневых каналов — уничтожить микроорганизмы в системе корневых каналов и защитить зубы и окружающие его ткани от инфекции.

Во время лечения делается несколько рентгеновских снимков корня зуба. Затем во время процедуры корневые каналы очищаются, дезинфицируются, а затем герметично заполняются. Во время лечения всегда применяется анестезия. Чаще всего эндодонтическое лечение проводится в несколько посещений стоматолога. Зубы, вылеченные этим методом, могут хорошо функционировать на протяжении всей оставшейся жизни.