**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АВТОБИОГРАФИЧЕСКАЯ СПРАВКА.**

Я, Латенко Людмила Ивановна, 1945 года рождения, окончила в 1973 году стоматологический факультет 1 Ленинградского медицинского института имени академика И.П. Павлова по специальности «стоматология». Общий стаж работы - 58 лет, стаж работы по специальности - 47 лет.

- с 26.11.1963 по 24.01.1974- медицинская сестра, клиника 1-го ЛМИ им. акад. И.П. Павлова

- с 23.02.1974 по 09.04.1974- врач-стоматолог, Радофинниковская больница

- с 15.04.1974 по настоящее время - врач-стоматолог-терапевт, СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №4», г. Санкт-Петербург.

**Сведения о повышении квалификации:**

- 20.03.2017 г.- 24.12.2017 г. - прошла обучение в объеме 36 часов в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации по программе дополнительного профессионального образования «Современный подход и актуальные вопросы лечения эндодонто-пародонтальных поражений»

- 10.12.2018 г.- 14.12.2018 г. - прошла обучение в объеме 36 часов в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И.Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации по программе дополнительного профессионального образования «Современные аспекты профилактики и лечения кариеса и некариозных поражений зубов у взрослых и детей»

- 30.11.2020 г.- 30.12.2020 г. прошла повышение квалификации по дополнительной профессиональной программе «Стоматология терапевтической» в объеме 144 часов в автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Сибирский институт непрерывного медицинского образования».

B целях совершенствования профессиональных знаний изучаю специальную литературу (учебные пособия, методические рекомендации и специальные монографии по стоматологии, научно-практические журналы: «Стоматология», «Клиническая стоматология», «Новое в стоматологии», «Эстетическая стоматология», «Эндодонтия сегодня» и др.), посещаю семинары, лекционно-практические курсы в учебных центрах «Аэлита», «Дентсплай», «Лакс», «Северная Каролина», имею соответствующие сертификаты (копии сертификатов прилагаются), выступаю с докладами на врачебных конференциях Учреждения. Являюсь членом общественных организаций «Стоматологическая ассоциация Санкт-Петербурга» и «Научное медицинское общество стоматологов Санкт-Петербурга».

30.10.1997 года присвоена высшая квалификационная категория по специальности «стоматология терапевтическая».

**ХАРАКТЕРИСТИКА УЧРЕЖДЕНИЯ.**

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника №4» зарегистрировано решением Регистрационной палаты Санкт-Петербурга от 02.02.1999 года, №133875. Учреждение является многопрофильным амбулаторно-поликлиническим учреждением, деятельность которого направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, способным оказывать на догоспитальном этапе весь спектр высококвалифицированных стоматологических услуг в Выборгском районе города. Режим работы Учреждения: в будние дни с 08.00 до 23.00, в субботние, воскресные и праздничные дни с 09.00 до 23.00. Учреждение по объему оказываемой первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи является одной из крупных районных стоматологических поликлиник города. Мощность поликлиники составляет – 600 посещений в смену.

Кроме того, Учреждение является клинической базой стоматологического факультета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СПб ГПМУ Минздрава России).

**Структура Учреждения:**

**Поликлиническое отделение №1:**

- l-е отделение терапевтической стоматологии

- 2-е отделение терапевтической стоматологии

- Лечебно-профилактическое отделение, в структуру которого входит: кабинет неотложной стоматологической помощи, кабинет хирургической стоматологии, кабинет платной помощи, кабинет РВК

- Отделение ортопедической стоматологии

- Зуботехническая лаборатория

- Физиотерапевтический кабинет

- Рентгенологический кабинет

- Централизованное стерилизационное отделение

- Регистратура

**Поликлиническое отделение №2:**

- 1-е детское стоматологическое отделение

- 2-е детское стоматологическое отделение

- 3-е детское стоматологическое отделение

- Отделение терапевтической стоматологии

- Кабинет хирургической стоматологии

- Кабинет платной помощи

- Рентгенологический кабинет

- Централизованное стерилизационное отделение

- Регистратура

Инфекционная безопасность посетителей и медицинского персонала в Учреждении рассматривается как важная социально-экономическая проблема, непосредственно влияющая на качество и безопасность оказания медицинской помощи. Безопасность посетителей и медицинского персонала Учреждения в полной мере обеспечивает неукоснительное выполнение действующих настоящее время нормативных правовых актов, организационных распорядительных документов, регламентирующих дезинфекционно-санитарное благополучие населения, вопросы стерилизационных мероприятий, включая профилактическую текущую дезинфекцию, уборку помещений лечебно-диагностических кабинетов. В Учреждении дезинфекционная обработка, предстерилизационная очистка и стерилизация отработанного расходного инструментария осуществляется в централизованном стерилизационном отделении, оснащенным самым современным оборудованием, отвечающим требованиям действующего санитарного законодательства Российской Федерации. Все лечебно-диагностические мероприятия проводятся с соблюдением всех норм и правил асептики, антисептики и стерилизации по стандартам «ISO». Весь медицинский персонал Учреждения работает с использованием средств индивидуальной защиты (защитные перчатки, маски, экраны, очки, шапочки).

**Информатизация учреждения.**

B Учреждении организована дистанционная предварительная запись граждан на первичный прием к врачам-стоматологам при реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Территориальная программа ОМС) - услуга в электронном виде «Прием заявок (запись) на прием к врачу» - электронная регистратура) - не менее 70% свободных талонов от общего количества первичных талонов на прием к врачам по каналам записи:

- на официальном сайте Учреждения **www.pstom4.ru** через программный комплекс (ПК) «WEB Поликлиника» Самозапись (C) СВ МЕД-2007-2020, версия 7.015 в региональном фрагменте единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (официальный информационный портал государственных и муниципальных услуг по вопросам здравоохранения в Санкт-Петербурге www.gorzdrav.spb.ru в глобальной информационно-коммуникационной сети «Интернет»;

- через информационно-справочный сенсорный терминал «Инфомат».

Кроме того, в должностные обязанности медицинских регистраторов регистратуры Учреждения вменены следующие функции:

- ведение журнала отложенной записи (журнал фиксированной очередности предоставления медицинских услуг гражданам - ЖОЗ) на первичный прием к врачам-специалистам, консультацию/обследование, диагностические рентгенологические исследования (на бумажном и электронном носителе) и своевременное выполнение занесенных в журнал заявок;

- оповещение пациентов (либо их законных представителей при наличии), зарезервировавших талон к врачу о предстоящем приеме по предварительной записи с использованием дистанционных каналов связи, стационарного телефона, модуля SMS -оповещения не менее, чем за 24 часа до визита в Учреждение.

За последние годы в Учреждении были внедрены информационные технологии, позволяющие более эффективно организовывать медицинскую деятельность Учреждения:

- телефонная станция (АТС) с многоканальным номером;

- установлено объемное сетевое хранилище;

- система контроля и управления доступом (СКУД);

- корпоративная сеть Учреждения;

- оборудовано специальное помещение - серверная;

- оснащены автоматизированные рабочие места сотрудников.

В Учреждении внедрены и используются комплексные информационные медицинские системы, включающие следующие модули:

- расписание работы специалистов и электронная запись на прием к врачу;

- учет предоставленных медицинских услуг и результаты лечебно-диагностических процедур;

- медицинская и финансовая статистика;

- управление материальными запасами.

**Приборы, инструментарий, пломбировочные материалы, используемые в работе.**

1. Лечебный прием веду на стоматологической установке «SIMOS» (производство немецкой компании «Sirona Dental System»). К установке централизованно подведен сжатый воздух.

Установка оснащена рабочим столиком для лекарственных препаратов, расходных стоматологических материалов и инструментария, креслом стоматологическим программируемым (4 программы) с регулировкой высоты сиденья и наклона спинки, которое позволяет придать пациенту нужное положение, в конструкции кресла предусмотрена правильная опора для головы, спины, поясничной области и ног пациента, синхронное движения спинки и сиденья без эффекта «раздевания пациента», модулем врача многофункциональным на 5 подключений с нижней подводкой шлангов, встроенная полимеризационная лампа для использования композиционных пломбировочных материалов из фотополимеров, встроенный ультразвуковой скалер «Mectron» для снятия зубных отложений, пистолет (спрей вода-воздух) «Sprayvit», шланг для турбины с фиброоптикой и быстросъемным соединением «Sirona», шланг для воздушных инструментов с фиброоптикой, комплект для подключения электрического микромотора, (плата AL), комплект встроенного электрического микромотора «Sirona EL1» с фиброоптикой, с регулятором скорости вращения, реверсом, наконечники прямой, угловой (4-х канальный), турбинный кнопочный наконечник «T3 mini» (4-х канальный), пылесос, слюноотсос,

В практической деятельности при проведении лечебных манипуляций, восстановлении анатомической формы, внешнего вида и функции зуба использую следующие группы лекарственных препаратов и пломбировочных материалов:

1. Боры (стальные, твердосплавные, алмазные разной зернистости), мелкий расходный инструментарий для эндодонтического лечения, инъекторы стоматологические для карпульного инъекционного введения лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область и иглы к ним, матричная фиксирующая система (клинья фиксирующие - деревянные и светопроводящие, матрицедержатель, набор фиксирующих колец, набор замковых матриц с держателем, система «Super Mat» (ф. Have Neos).

2. Для финишной обработки пломб и эстетической реставрации полировочные пасты: («Super Polish», «Clean Polish»,ф. Kerr, «Detartrine Z» (паста с истолченным цирконием, ф. Septodont), шлифовальные полоски для обработки апроксимальных поверхностей (на виниловой основе - «Sof-Lex» ф. 3M ESPE, «FlexiStrip», ф. Cosmedent, на металлической основе - «Enhance» ф. Dentsply, «Gateway» ф. Brasseler), полировочные головки и диски различной зернистости («PoGoTM», ф. Dentsply; «Sof-lex», ф. ЗМ ESPE; «Identoflex HiLuster Dia Polishers», ф. Heraeus Kulzer).

3. Ретракционные нити «Ultrapak», «Gingi-Pak» (с эпинефрином HCl), «Gingi-Aid» (с раствором хлорида алюминия) с укладчиком ретракционной нити «Cord Packerr».

4. 0,05 раствор хлоргексидана биглюконата, «жидкость для кариозных полостей» для антисептической обработки препарированной полости.

5. Жидкость «Ангидрин» для обезжиривания и высушивания твердых тканей зуба перед пломбированием.

6. Коффердам (раббердам, квикдам) для изоляции от слюны.

7. Анестетики: на основе 4% артикаина («Ultracain DC forte»1:100000, «Ultracain DC forte»1:200000 (ф. Aventis), «Ubestesin forte» (ф. 3M ESPE); «Septanest» 1:100000, «Septanest» 1:200000 (ф. Septodont); на основе 3% мепивакаина: «Mepivastesin» 3%, «Scandonest 3%» (ф. Septodont),

8. Индикатор скрытого кариеса зуба - «Caries Marker» (фирма «VOCO GmbH») и кариес-индикатор (жидкость и гель) - для определения кариозного дентина.

9. Электронно-цифровой тестер жизнеспособности пульпы «PulpTest» (производство Россия) для проведения электроодонтодиагностики (ЭОД). Действие тестера основано на выявлении порога возбуждения тактильных и болевых рецепторов пульпы в ходе прохождения через нее электрических разрядов тока, за счет чего можно судить о количественных и качественных нарушениях в пульпе.

10. Прокладочные материалы изолирующие (базовые, линейные) с целью устранения раздражающего влияния на пульпу зуба, а также создания промежуточного слоя между дентином и основным пломбировочным материалом при пломбировании зубов методом «сэндвич-техники» с помощью стеклоиномерных цементов (СИЦ):

10.1. Классические (истинные) двухкомпонентные химического отверждения, система порошок/жидкость: «lonobond» (ф. VOCO GmbH), «Fuji IX GP» (ф. GC), «Стион-ПХ», «Цемион -ПХ» (ф. ВладМиВа), система порошок/вода, аква-цементы: «Aqua lonobond», «Aqua lonofil Plus» (ф. VOCO GmbH), «Стион-АПХ», «Цемион АПХ» (ф. ВладМиВа»).

10.2. Гибридные двойного отверждения: «Vitrebond» (ф. 3M ESPE).

10.3. Гибридные тройного отверждения: «Vitremer» (ф. ЗM ESPE).

10.4. Полимерные однокомпонентные светоотверждаемые, содержащие стеклонономерный наполнитель: «lonoseal» (ф. VOCO GmbH), «lonosit-BascLiner (ф. DMG), «Ketak Molar» (ф. 3M ESPE»).

10.5. Компомеры (композиции полимеров) - «Cavitec» (ф. Kerr), «Contrasil» (ф. Septodont).

11. Стеклоиномерные цементы (СИЦ): «Vitremer 3M», «Ionosit», «Vitrebond 3М».

12. При лечении глубокого кариеса - лечебные прокладочные материалы на основе гидрооксида кальция и активных веществ, оказывающих антимиробное, противовоспалительное действие, защиту от токсических и раздражающих воздействий на пульпу с целью стимулирующей остеопластической функции одонтобластов (остеогенеза) по усилению минерализации и образования вторичного заместительного дентина и снятия воспалительного процесса: «Pulpomixine», «Caslcipulpe» (ф.Septodont); «Caicimol», «Calcicur» (ф. «VOCO GmbH»); «Life» (ф. Kerr); Dycal» (ф. Dentsply). Лечебную прокладку накладываю точечно на дно полости в области проекции рога пульпы (по показаниям лечебную прокладку оставляю на срок до 10).

13. Временные пломбировочные материалы (для наложения временной пломбы в целях кратковременной изоляции и сохранения препарата, оставленного на дне полости, в устье корневого канала или непосредственно в корневом канале от 1-3 дней, 2-3 недель до 3-х месяцев):

13.1. Цинк-сульфатные цементы, содержащие окись цинка, сульфат цинка, сульфат кальция (дентин-паста, дентин для повязок- искусственный дентин, «Темпопро», «Cimpat N», «Septo-pack» (ф. «Septodont»).

13.2. Цинк-эвгенольные цементы, состоящие из окиси цинка и эвгенола: «Эвгецент», «Kariosan» (ф. Spofa), «Temp Bond» (ф. Kerr).

13.3. Полимерные материалы светового отверждения: «Clip» (ф. VOCO GmbH), «Cimpat LC» (ф. Septodont), «Fermit» (ф. Vivadent).

14. Для эндодонтического лечения:

14.1. Апекслокатор «Bingo 3D pro» (ф. Forum Technologies) для точного определения и измерения длины корневого канала (верхушки корня зуба), выявления перфорации, трещины стенки корневого канала.

14.2. Эндодонтический портативный микромотор «X-SmartTM» (ф. Dentsple Mailliefer) с микропроцессорным управлением, автостопом и автореверсом, в комплекте с наконечником для ротационной техники препарирования корневых каналов, микромотор приводит в действие никель-титановые файлы «Ni-Ti» (К-файлы, профайлы, протейперы). Эндодомотор «Х-SmartTM» позволяет при превышении вращательного момента прекратить вращение файла. Противопоказанием использования X-SmartTM – является наличие у пациента имплантированного кардиостимулятора.

14.3. Наборы ручных файлов и никель-титановых вращающихся файлов Ni-Ti системы «Pro Taper» (ф. Malifer) с цветной маркировкой для инструментальной обработки корневых каналов:

14.4. Для медикаментозной обработки корневых каналов – эндодонтические медицинские шприцы со специальными замками «Luer lock», набор эндодонтических жидкостей «Эндо жи» (ф. ЗДРАВА), «Эндо-гель RC-Prep», 0,02% раствор хлоргексидина биглюконата, раствор 3% очищенного гипохлорита натрия «Parcan», «Cresophene» (ф. Septodont).

14. 5. Для расширения корневых каналов - хелатирующие препараты на основе «ЭДТА», такие как: «Канал +», «RC - PREP», раствор «Ларгал ультра», раствор «Ларгал ультра», раствор «Эндосолв», «Эндо Жи» - в виде геля.

14.6. Для удаления влаги из корневого канала - абсорбирующие бумажные штифты с миллиметровой цветной маркировкой.

14.7. Для временного пломбирования корневых каналов, в целях эффективного и более дифференцированного и предсказуемого лечения острых форм апикального периодонтита, деструктивных формах периодонтита, кистогранулем, радикулярных кист и медикаментозных периодонтитов с помощью лечебных нетвердеющих паст, которые после тщательной инструментальной и медикаментозной обработки вводятся в корневые каналы, на устье каналов накладываю стерильный ватный шарик, зуб герметично закрываю повязкой:

- лечебные нетвердеющие пасты на основе метронидазола (предназначены для временного заполнения инфицированных корневых каналов, особенно, когда можно предположить преобладание в них анаэробной микрофлоры при гангренозном пульпите, острых апикальных и обострениях хронических форм периодонтита, позволяют оказывать сильное бактерицидное действие на микрофлору в каналах при герметично закрытой полости зуба, т.е. «не оставлять зуб открытым»), благодаря этому предотвращается вторичное инфицирование периодонта микрофлорой полости рта и улучшается прогноз течения заболевания. Также использую для активного лечения пасту «Grinazole» (ф. Septodont), которая содержит 10% метронидазола, поэтому меняю пасту в канале ежедневно, позволяющую отложить полноценную инструментальную обработку на последующие посещения до полного стихания острых воспалительных явлений и эта процедура станет менее тягостной для пациента;

- пасты на основе гидроксида кальция (Са(ОН)2: «Каласепт», «Метапех», «Метапаста». Благодаря сильнощелочной реакции (рH =12,5-13,0) при заполнении корневого канала оказывают бактерицидное действие на микрофлору в дентинных канальцах, разрушают некротизированные ткани, стимулируют остео, дентиногенез и цементогенез (репаративные процессы в области верхушечного периодонта). Гидроксид кальция имеет такую же рентгеноконтрастность, как и дентин, поэтому каналы, заполненные гидрооксидом кальция не прослеживаются при рентгенографии.

14.8. Для постоянного пломбирования корневых каналов использую стандартные и конусные гуттаперчевые штифты, пасты «Эндометазон ивори», «AН+», «Sealapex», при восстановлении коронковой части зуба - анкерные и стекловолоконные штифты.

15. Для восстановления зубов пломбами:

15.1. Композиционные материалы:

- самополимеризующиеся (химического отверждения), система паста/паста («Призма», «Charizma PPF» (Heraeus Kulzer), «Degufill SC Micro-hybrid» (Degussaent), «Compolite plus» (Super Dent).

- Гибридные композиты («Alfacomp», «Alfacomp molar» (ф. VOCO GmbH), «Р-10» (ф. 3M ESPE);

15.2. Фотополимеры (композиционные материалы светового отверждения, светополимерные), полимеризация происходит под воздействием света с длиной волны 400-500 нм):

- конденсируемые («packable», пакуемые) композиционные материалы, показаниями для применения являются: пломбирование кариозных полостей I - V класс по Блэку (особенно в области моляров), пломбирование зубов методом сэндвича, моделирование культи зуба, шинирование зубов: «Filtek P-60» (ф. ЗМ), «Prodigy Condensable» (ф. Kerr);

- жидкие (текучие - «Flowable») композиционные материалы (нанонаполнители). Показаниями для использования является пломбирование зубов «методом слоеной реставрации», инвазивная и неинвазивная герметизация фиссур, восстановление краевого прилегания композитных пломб, создание «начального» («суперадаптивного») слоя, пломбирование небольших полостей І класс по Блэку пломбирование полостей класс по Блэку при «туннельном» препарировании, пломбирование небольших полостей III класса, пломбирование кариозных полостей V класса по Блэку, пломбирование полостей VI класса во фронтальных зубах, пломбирование клиновидных дефектов, эрозий эмали, реставрация мелких сколов эмали, реставрация сколов металлокерамики;

- «Filtek Supreme XT Flowable», «Filtek Ultimate Flowable» (ф. 3M ESPE), «Point 4 Flowable» (ф. Kerr), «Esteliite Flow Quick» -повышенной текучести (ф. Tokuyama Dental), «X-Flow» (ф. Dentsply), «Gradia Direct Flo» (ф. GC); биоактивный реставрационный текучий материал «Beautifil Flow Plus X», который вносится инъекционным методом. При восстановлении полостей I-V класса по Блэку использую «Beautifil Flow Plus X»;

- нанонаполненные композитные материалы (наномеры) для художественного восстановления фронтальных и жевательных зубов, эстетической коррекции формы и цвета зубов для улучшения их вид, прямого композитного пломбирования кариозных полостей I-V класс по Блэку, изготовления культи зуба на основе анкерных штифтов, изготовления виниров прямым способом, изготовления непрямых композитных реставраций (вкладок, накладок и т.д.), шинирования зубов при травме, патологии пародонта и т.д., реконструкции травмированных фронтальных зубов. Применяю такие нанокластеры, как: «Filtek Supreme XT», «Filtek Z 250» «Filtek Z 550» (ф. ЗМ ESPE), «Gradia Direct» (GC), «Estelite Sigma» (ф. Tokuyama Dental), «Spectrum TPH3» (ф. Dentsply), «Point 4» (ф. Kerr) и др.;

- ормокеры (органическая модифицированная керамика, Organically Modified Ceramics) - полимеризация приводит к более связанной пространственной структуре наличие полисилоксановой сетки (из цепочек - O-Si-O-Si-) снижает усадку пломбировочного материала во время полимеризации, наполнителями ормокеров служат частицы модифицированного стекла, или керамики с размером частиц менее 0,01-0,7 мкм, поэтому по классификации их можно отнести к мини и микронаполненным композиционным гибридным материалам - для - изготовления виниров прямым методом использую: композитам. матерниорганически-неорганические гибридные полимеры jh для изготовления «Admira flow», «Admira», (ф. VOCO GmbH).

16. Аппарат «Care 3 Plus C1» (производитель «NSK Nakanishi» - Япония) для автоматической чистки и смазки наконечников. Система позволяет одновременно обрабатывать 3 наконечника в течение 20-40 секунд, в комплект входит адаптер для наконечников Е-типа и масло для смазки.

17. Для стерилизации наконечников - ультрафиолетовый стерилизатор-терминатор «Hi-Stron-N-1200» (производство Япония) с автоматическим выключением, который снабжен таймером (время стерилизации в среднем - 30 секунд. Мощность излучения -15.000 u-W, благодаря многократному отражению УФ-лучей, достигается надежная стерилизация разной формы стоматологических инструментов.

18. Для стерилизации эндодонтических инструментов, боров и мелкого инструментария используется гласперленовый стерилизатор (шариковый) «Tau Quartz 150» и «Tau Quartz 500» (производства фирмы «Tau Steril di Bianchi Giancarlo e. C. S.n.c.» (Италия)- компактный стерилизатор горячее-воздушного типа, используется другого назначения – температура стерилизации- 230 °С.

19. Для хранения стерильного инструментария (до 7 суток) в кабинете установлена напольная камера ультрафиолетовая передвижная «СПДС-1-К (производства Россия»)- с целью снижения риска вторичной контаминации инструментария микроорганизмами. Время непрерывной работы – 168 часов (7 суток), ресурс лампы - 9000 часов.

20. Для постоянного поддержании асептических условий в кабинете установлены настенные бактерицидные облучатели-рециркуляторы закрытого типа «Дезар-5», внутри которых помещены ультрафиолетовые безозоновые бактерицидные лампы (с длиной волны 254 нм), которые создают излучение, достаточное для разрушения всех микроорганизмов, присутствующих в помещении (степень эффективности дезинфекции воздуха в помещении -99,9%). Основное преимущество «Дезар-5» - работа непосредственно при нахождении в помещении людей, в то время как обычнее бактерицидные облучатели требуют удаление людей из помещения при проведении дезинфекции воздуха. «Дезар-5» обладает широким спектром действия на микроорганизмы, включая бактерии, вирусы, грибы и споры, предотвращает распространение таких инфекционных заболеваний, как: грипп, ОРЗ, туберкулез, дифтерия и многие другие инфекционные заболевания, передающиеся воздушно-капельным и воздушным путем.

**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РАБОТА.**

1. Основными задачами врача-стоматолога-терапевта являются:

- профилактика стоматологических заболеваний;

- оказание квалифицированной специализированной медико-санитарной помощи пациентам надлежащего качества;

- проведение санитарно-просветительной работы, обучение правилам индивидуальной гигиены полости рта.

2. Чрезвычайно важно добиться взаимопонимания и сотрудничества с пациентом для обеспечения эффективности оказания профилактической помощи и лечебно-диагностических мероприятий при условии, если пациент четко представляет себе:

- какие причины привели к возникновению заболевания;

- каковы будут последствия развития заболевания для зубочелюстной системы;

- какое воздействие заболевание оказывает на состояние организма в целом;

- какие лекарственные препараты и процедуры, пломбировочные материалы необходимо использовать при лечении.

**Санитарно-просветительная работа.**

1. Целью санитарно-просветительной работы является:

- воспитание у человека правильных убеждений, направленных на сохранение и поддержание своего здоровья, профилактику заболеваний;

- выработать у пациента убеждение в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни на основе знаний о причинах заболевания, методах их предупреждения и поддержания организма в здоровом состоянии.

2. Успех санитарно-просветительской работы во многом определяется знанием психологии человека, а формы и методы работы зависят от конкретных лиц.

3. Конечной целью санитарно-просветительской работы является не распространение информации о сущности предмета, а формирование убеждений, выработанных у пациента в результате приобретения им знаний.

4. Санитарно-просветительную работу провожу с каждым пациентом. Необходимо знать путь, который проходит информация, прежде чем она реализуется в поступках конкретных лиц, с которыми проводилась работа.

Эта работа имеет следующий вид: **информация > знания > убеждения - > поступки**.

5. Широко использую индивидуальные беседы на темы здорового образа жизни и профилактики стоматологических заболеваний.

6. Мои пациенты позитивно воспринимают предлагаемую им наглядную агитацию и популярные издания на различные темы.

7. Многим пациентам составляю план профилактики кариеса зубов и заболеваний парадонта, назначаю курсы витаминов, препаратов кальция, провожу фторпрофилактику.

8. Работаю по принципу максимального объема оказания медицинской стоматологической помощи в одно посещение.

9. В своей практической деятельности встречаюсь с патологией твердых тканей зубов кар). Из некариозных поражений зубов чаще встречаются клиновидные дефекты, гиперестезия, патологическая стираемость зубов, компьютерный некроз, реже - гипоплазия, эрозия эмали.

10. Владею современными методами и технологиями лечебного процесса.

11. Применяю в своей практической деятельности порядки оказания и стандарты медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации и клинические рекомендации (протоколы лечения), утвержденные постановлениями Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России».

12. До момента фактического оказания медицинской помощи предлагаю пациенту ознакомится и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, которое в соответствии с нормативными правовым актами Российской Федерации является необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи и неотъемлемой частью первичной медицинской документации пациента.

**Диагностические мероприятия.**

1. В ходе приема пациента провожу диагностику, направленную на постановку клинического диагноза заболевания, формирование плана диагностических (дополнительных - при необходимости) и лечебно-профилактических мероприятий с учетом клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, исключение осложнений. С этой целью провожу сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, осмотр слизистой оболочки полости рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых оформляю соответствующими записями в первичной медицинской документации «Медицинской карте стоматологического больного» (форма № 043.у):

2. Начинаю со сбора анамнеза (первый и очень важный этап обследования пациента), выясняю:

- наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, дискомфорт в полости рта;

- аллергологический анамнез (повышенная чувствительность или необычная реакция на лекарственные препараты, краски, напитки, пищевые продукты, запахи, пыльцу растений, шерсть животных, антибиотики, сульфаниламидные препараты, йод и/или его препараты, анестетики при инъекционном введении в челюстно-лицевую область, бытовую пыль, другие аллергены и вещества);

- наличие соматических заболеваний, уточняю у пациента данные «Анкеты о своем здоровье», в связи с увеличением количества пациентов, имеющих такие заболевания, как вирусный гепатит «В», «С», а также распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, особое внимание при сборе анамнеза жизни уделяю данным вопросам.

Выясняю у пациента частоту обращения за стоматологической помощью, контролирую навыки индивидуального ухода за полостью рта и зубными протезами, ортодонтическими аппаратами и конструкциями (при наличии);

3. Провожу визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр полости рта с помощью дополнительных осмотров:

- при внешнем осмотре оцениваю форму и конфигурацию лица, выявляю наличие отека или других патологических изменений;

- пальпирую бимануально и билатерально лимфатические узлы головы и шеи, сравнивая правую и левую половины лица и шеи;

- при осмотре полости рта оцениваю состояние твердых тканей зубов, вид взаимоотношений зубных рядов в положении центральной окклюзии, состояние слизистой оболочки полости рта (ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений);

- детально обследую все поверхности каждого зуба. Зондом определяю плотность твердых тканей, обращая внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращаю внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании, сообщение с полостью зуба. Тщательно обследую апроксимальные поверхности зубов. Провожу пальпацию, перкуссию, определяю подвижность зуба, обследование тканей пародонта.

4. Определяю характер болей на температурные раздражители, провожу по показаниям электроодонтодиагностику (ЭОД). B клинических рекомендациях (протоколах лечения) при диагнозе «Болезни пульпы зуба» (утверждены Постановлением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России» от 30.09.2014 № 15, актуализированы 02.08.2018 года) указывается, что использование ЭОД обязательно у каждого пациента с такой проблемой, а при диагнозе «Кариес зубов» ЭОД необходимо использовать по потребности. В основе метода лежит измерение уровня сопротивления тканей полости рта ротовой полости электрическому току, чем выше показатели, тем глубже проник воспалительный процесс внутрь. ЭОД основывается на определении порогового возбуждения болевых и тактильных рецепторов пульпы зуба в ответ на раздражение электрическим током. Метод ЭОД основывается на способности живых тканей возбуждаться под воздействием раздражителя. Та же самая ткань в зависимости от ее функционального состояния на момент обследования имеет различную возбудимость. Выводы о степени возбудимости делают на основе силы раздражения, достаточной для получения ответа от тканей. Для этого выявляют минимальную интенсивность раздражения.

**Противопоказаниями для проведения ЭОД являются**: наличие кардиостимулятора, расстройство психики, отсутствие эффективного высушивания исследуемой поверхности, непереносимость электрического тока по тем или иным причинам.

**Относительные противопоказания**: нервозность пациента во время приема, наличие коронки на зубе, наличие металлических ортопедических конструкций в полости рта, наличие пломб из амальгамы, трещина корня, перфорация корневого канала.

**Витальное окрашивание твердых тканей зубов.**

Витальное окрашивание твердых тканей зуба основано на повышении проницаемости пораженных кариесом твердых тканей зубов для водных

Витальное окрашивание твердых тканей зубов основано на повышении проницаемости пораженных кариесом твердых тканей зубов для водных растворов красителей, при контакте с раствором красящего вещества - краситель сорбируется в участках деминерализации твердых тканей, тогда как неизмененные ткани не окрашиваются. В местах с интенсивным окрашиванием имеются поражения тканей зубов.

B трудных для дифференциальной диагностики случаях при некариозных поражениях (флюороз и гипоплазия), окрашиваю очаг поражения 2 % водным раствором метиленового синего (на предварительно очищенную, высушенную и изолированную (ватными валиками) – наношу краситель на 3 минуту, после чего валики удаляю и смываю с зуба остатки красителя). Провожу оценку окрашивания эмали либо визуально, либо с помощью специальной шкалы, имеющей различные оттенки синего цвета (интенсивность подразделяется на легкую, среднюю и высокую, что соответствует степени деминерализации эмали). С помощью этого метода удается не только выявить очаговую деминерализацию эмали, но и судить об активности патологического процесса. Витальное окрашивание применяю также и для индикации пораженного дентина на дне кариозной полости (краситель вношу на 1 мин) и для проведения контроля за эффективностью реминерализирующей терапии, при дифференциальной диагностике «Кариеса эмали» (К 02.0-по МКБ-Х, начальный кариес, стадия белового (мелового) пятна) от некариозного поражения зубов (флюороза и гипоплазии). При интактной эмали, флюорозе и гипоплазии не происходит прокрашивания тканей зуба. После проведения данного теста - цвет эмали восстанавливается до нормального в течении 30 минут.

**Гигиена полости рта.**

Говоря о гигиене полости рта, нельзя ограничиваться рекомендациями и назначением тех или иных зубных паст. При проведении оценки состояния гигиены полости рта использую функциональные методики и пробы, направленные на прямое исследование функции органов и тканей полости рта.

**Немедикаментозная помощь.**

Немедикаментозная помощь направлена на обеспечение надлежащей гигиены полости рта с целью предупреждения развития кариозного процесса и включает три основных компонента: обучение гигиене полости рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена полости рта и зубов.

**Алгоритм обучения гигиене полости рта.**

Обучение навыкам гигиены полости рта способствует предупреждению развития кариеса зубов. При первичном приеме провожу контролируемую чистку зубов, используя окрашивающий раствор, демонстрирую пациенту места наибольшего скопления зубного налета. Обучаю пациента правилам индивидуальной гигиены полости рта с целью выработки навыков ухода за полостью рта (чистки зубов) и максимального удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов. Технику чистки зубов показываю на демонстрационной модели зубных рядов фирмы «Oral-B» с таймером и набором насадок зубных щеток.

Разъясняю назначение зубной щетки, зубной пасты, дополнительных средств гигиены полости рта (зубные эликсиры, ополаскиватели, специальные зубные ершики, монопучковые щетки, по показаниям - ирригаторы), индивидуально подбираю средства гигиены полости рта в соответствии с «Общими рекомендациями по подбору средств гигиены» с учетом стоматологического статуса пациента, включая состояние твердых тканей зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта; наличие зубочелюстных аномалий, включая аномалии прикуса; наличие съемных и несъемных зубных протезов, ортодонтических аппаратов и/или конструкций. с целью закрепления полученных навыков провожу в следующие посещения контролируемую чистку зубов.

При последующих приемах знакомлю пациентов с новой информацией и контролирую степень ее усвоения, объясняю методику самоконтроля по определению уровня гигиены полости рта и признаков поражения твердых тканей зубов, тканей пародонта и слизистой оболочке полости рта. Пациента инструктирую о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу не реже 1 раза в полгода.

**Индекс гигиены полости рта по Ю.А. Федорову, В. В. Володкиной:**

Ю.А. Федоров, В. В. Володкина в 1971 году предложили индекс гигиены полости рта («ИГ»), позволяющий выявить налет на поверхностях зубов. Индекс применяю в качестве оценки гигиенического состояния полости рта, достаточно прост и удобен для использования, в том числе при проведении профилактических осмотров, использую для иллюстрации качества очистки зубов при обучении пациента правилам индивидуального ухода за полостью рта и гигиеническим навыкам. Микробная бляшка мягкого зубного налета играет важную роль в развитии заболеваний пародонта, поэтому определяю гигиеническое состояние полости рта при первом посещении пациента, а также его динамику с помощью ИГ. Определяю индекс гигиены следующим образом: смазываю раствором Шиллера-Писарева (или фуксина) вестибулярные поверхности 6 фронтальных зубов нижней челюсти: 31, 32, 33, 41, 42, 43. В зависимости от количества налета разные участи поверхности зубов окрашиваются с различной интенсивностью. Оценка окраски проводится количественно и качественно, расчет оценки проводится быстро, с достаточной информативностью для выводов о качестве ухода пациентом за зубами. При регулярном и правильном уходе за полостью рта индекс гигиены колеблется в пределах 1,1-1,5 баллов, значение ИГ- 2,6 и более свидетельствует об отсутствии регулярного ухода за полостью рта.

**Количественная оценка - проводится по 5-и бальной шкале;**

**1 балл** - отсутствие окрашивания поверхности коронки зуба;

**2 балла** - слабое окрашивание ¼ поверхности коронки зуба;

**3 балла** - окрашивание ½ поверхности коронки зуба;

**4 балла** - окрашивание ¾ поверхности коронки зуба;

**5 баллов** - интенсивное окрашивание всей поверхности коронки зуба.

Разделив сумму баллов на число обследованных зубов, получаю показатель гигиены полости рта (индекс гигиены - ИГ).

**Среднее значение индекса производится по формуле: Кср.= Кп/п, где:**

Кср. - количественный гигиенический индекс;

Кп-сумма значений индекса у всех зубов;

n - число обследованных зубов (6).

**Качество состояния гигиены полости рта оцениваю следующим образом:**

**1,1-1,5 балла** - хорошее состояние;

**1,6-1,8 балла** - удовлетворительное состояние;

**1,9-2,5 балла** - неудовлетворительное состояние;

**2,6-3,4 балла** - плохое состояние;

**3,5-5,0 баллов** - очень плохое состояние.

Состояние гигиены полости рта оценивается как хорошее, если индекс равен 1,1- 1,5 балла, удовлетворительное - 1,6 - 1,8; неудовлетворительное - 1,9 - 2,5, плохое 2,6-3,4, очень плохое - 3,5-5 баллов.

**Проба Писарева-Шиллера.**

Проба Шиллера Писарева основана на выявлении гликогена в десне (окраски гликогена) содержание которого резко возрастает при хроническом воспалении за счет отсутствия кератинизации эпителия. В эпителии здоровых десен гликоген либо отсутствует, либо имеются его следы. При наличии здорового пародонта разницы в окраске десен не обнаруживается. Интенсивная окраска десны после ее смазывания раствором указывает на воспаление. Состав раствора Писарева-Шиллера: 1 гр. кристаллического йода+2 гр. йодида калия +40 мл. дистиллированной воды.

**Пробу Шиллера-Писарева использую:**

- для диагностики распространенности воспалительного процесса даже тогда, когда визуально его невозможно определить;

- для выявления поддесневых зубных отложений;

- как относительный показатель динамики воспалительного процесса в процессе лечения, критерий эффективности проведенного курса лечения, так как противовоспалительная терапия снижает количество гликогена в десне.

Этот тест использую и после проведения курса лечения – положительная проба будет свидетельствовать необходимости продолжения противовоспалительной терапии.

В зависимости от интенсивности воспалительного процесса при смазывании раствором Шиллера-Писарева окраска десен меняется от светло-коричневого до темно-бурого цвета. Определяю степень окраски – и участки интенсивного потемнения десны отражаю в «Медицинской карте стоматологического больного», (учетная форма № 043/у).

Для характеристики воспалительного процесса принята следующая градация:

• **отрицательная проба** - окрашивание десны в соломенно-желтый цвет;

• **слабоположительная проба** - окрашивание слизистой оболочки в светло-коричневый цвет;

• **положительная проба** - окрашивание в темно-бурый цвет.

Полученную общую сумму баллов затем делю на число зубов, в области которых проведено исследование (обычно 6).

**Определение числового значения пробы Шиллера-Писарева (йодного числа Свракова):**

Проба Шиллера-Писарева для объективизации выражается в цифрах по 8-и бальной шкале, окраску сосочков в 2 балла, окраску края десны в 4 балла и окраску альвеолярной десны в 8 баллов. Полученная общая сумма баллов делится на число зубов, в области которых проведено исследование (обычно 6):

**Йодное число (Свракова) рассчитывается по формуле:**

Йодное число = сумма оценок у каждого зуба

 число обследованных зубов

**Оценка значений йодного числа Свракова:**

**до 2,3 балла** - слабо выраженный процесс воспаления;

**2,67-5,0 баллов** - умеренно выраженный процесс воспаления;

**5,33-8,0 баллов** - интенсивный воспалительный процесс.

**Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс («РМА»).**

Масслер М., Шур Д. (1948 год) предложили папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс - индекс РМА (индекс гингивита), который позволяет судить о степени тяжести и локализации воспаления десны в области каждого зуба, так как может быть использован только для изучения начальных изменений в пародонте (гингивит и начальные стадии пародонтита).

В клинической практике индекс РМА использую в следующих случаях: при профилактических осмотрах с целью выявления заболевания на ранних стадиях развития процесса, обследовании пародонта у пациентов с целью выявления изменений на ранних стадиях заболеваний пародонта, лечении гингивита и/или пародонтита - для оценки тяжести болезни и эффективности лечения. Состояние десны определяю визуально

или с помощью окрашивания на вестибулярной поверхности зубов, количественную оценку провожу по 3-х бальной шкале:

**0 баллов** - нет изменений;

**1 балл** - воспаление десневого сосочка (Р);

**2 балла** - воспаление маргинальной десны (М);

**3 балла** - воспаление альвеолярной десны (А).

Цифровое значение индекса «РМА» - сумма показателей состояния маргинального пародонта всех имеющихся зубов и всегда выражается целым числом. Индекс определяется в пределах от 0 до 100%. В норме индекс «РМА» равен 0. Чем больше цифровое значение индекса, тем выше интенсивность гингивита.

Значения индекса **25%** - при ограниченной распространенности патологического процесса. Значение индекса **26-50%** - при выраженной распространенности и интенсивности патологического процесса. Значение индекса **51%** **и более** - при дальнейшем распространении патологического процесса и увеличении его тяжести.

Количество зубов (при сохранении целостности зубных рядов) учитывается в зависимости от возраста пациента:

6 до 11 лет -24 зуба;

12 до 14 лет - 28 зубов;

15 лет и старше - 30 зубов.

При вторичной частичной адентии исхожу из фактического их наличия в полости рта.

**Оценочные критерии индекса «РМА»**

**30% и менее** - легкая степень тяжести гингивита;

**31-60 %** - средняя степень тяжести;

**61% и выше** - тяжелая степень.

**Ренттенологическое исследование**

Рентгенологическое исследование имеет важное Диагностическое значение при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи. Рентгенография - эффективный метод исследования при «Кариесе зубов», «Болезни пульпы зуба» и «Болезни периапикальных тканей» позволяет выявить:

- анатомическое строение корней зубов и каналов, их число, форму и положение в челюсти;

- наличие облитерации полости зуба;

- состояние периодонта и костной ткани;

- четко определить переломы корней зубов и самой челюсти;

- степень заполнения корневых каналов пломбировочным материалом;

- наличие инородных тел в канале корня;

- степень резорбции альвеолярного отростка.

В случае подозрения на наличие кариозной полости на контактной поверхности зубов при их тесном расположении, когда дефект твердых тканей недоступен визуальному осмотру и зондированию направляю пациента на проведение радиовизиографии челюстно-лицевой области или внутриротовой контактной (периапикальной) рентгенографии.

Назначаю ортопантомографию (панорамную рентгенографию), 3D компьютерную томографию, которая предоставляет возможность изучить состояние всего зубного ряда верхней и нижней челюстей. Назначаю пациенту при лечении «Болезни пульпы зуба» и «Болезни периапикальных тканей от 2 до 5 VIS снимков.

**Лечебные мероприятия.**

**Профессиональная гигиена рта и зубов.**

Профессиональная гигиена полости рта включает удаление с поверхности зуба наддесневых и поддесневых зубных отложений. Провожу профессиональную гигиену рта и зубов в строгом соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозах: «Кариес зубов», «Болезни пульпы зуба» и «Болезни периапикальных тканей», утвержденных постановлениями Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России».

1. При удалении наддесневых и поддесневых зубных отложений (зубной камень, плотный и мягкий зубной налет) соблюдаю ряд условий:

- применяю ручной способ удаления зубных отложений в области металлокерамических, композитных реставраций, имплантатов (при обработке последних - использую пластиковые инструменты);

- удаление зубных отложений с аппликационным обезболиванием;

- проведение антисептической обработки полости рта раствором антисептика (0,06% раствором хлоргексидина);

- изоляция обрабатываемых зубов от слюны;

- использование резиновых колпачков для удаления налета и полировки гладких поверхностей;

- для удаления налета с жевательных поверхностей – вращающиеся щеточки, контактных поверхностей - флоссы и абразивные пасты;

- использование полировочной пасты, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной;

- использование мелкодисперсных полировочных паст и резиновых колпачков при обработке поверхностей имплантатов.

Противопоказаниями для ультразвукового удаления зубных отложений является наличие у пациентов респираторных инфекционных заболеваний, кардиостимулятора. Использую при проведении профессиональной гигиены полости рта и зубов водно-абразивную систему «Aquacut» («Velopex Aquacut Quattro», Англия). Преимущества использования «Aquacut»- быстрота и эффективность, отсутствие нагрева, шума, вибрации, снижение необходимости в инъекционном введении лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область. Техника обработки основана на водно-абразивном препарировании (в комбинации жидкости и водно-абразивных частиц) под давлением, при котором устраняется риск откалывания и возникновения трещин и сколов эмали зуба.

2. При работе с композиционными материалами применяю «сэндвич-технику», которая заключается в сочетанном применении стеклоиономерных цементов и композита. Выделяют открытый и закрытый типы сэндвич-техники. При закрытой сэндвич-технике СИЦ полностью перекрывается композитом, при открытой-частично. Показаниями к применению сэндвич-техники считаются низкий уровень гигиены, значительное разрушение коронки (более 40%), кариес корня, восстановление полостей при некариозных поражениях, при невозможности обеспечить сухость операционного поля.

**Лечение «Кариеса зубов».**

К развитию кариеса зубов предрасполагают несбалансированное питание с чрезмерным употреблением углеводов, гормональные сдвиги в организме, сахарный диабет, общесоматические заболевания (сахарный диабет, туберкулез, ревматизм), недостаточный гигиенический уход, количество и состав слюны, микрофлора полости рта.

Лечение кариеса зависит от стадии кариозного процесса. При кариесе в стадии пятна, когда не нарушена целостность эмали, лечение проводится без пломбирования. Провожу метод глубокого фторирования. Для этой цели применяется препарат «Бифлюорид 12». Основными действующими компонентами Бифлюорида 12 являются 6% фторид натрия (NaF) и 6% фторид кальция (CaF2). Фторид натрия представляет собой гидрофильное соединение, которое легко отдает ионы фтора, обладает хорошей диффузией и легко диссоциирует, благодаря чему ионы фтора легко диффундируют в твердые ткани, обеспечивая моментальное действие Бифлюорида 12.

Для лечения кариеса в стадии пятна необходимо сначала удалить зубной камень, поверхность зубов промыть водой. На предварительно высушенную воздухом поверхность зубов наносят тонким слоем фторлак Бифлюорид 12 с помощью обычных аппликаторов или специальных поролоновых шариков (входят в набор). Через 10 секунд лак самостоятельно высыхает, не требуя дополнительного высушивания воздухом, образуя тонкую прозрачную пленку. Пациенту рекомендуется не принимать твердой пищи в течение двух часов и не проводить чистку зубов 12 часов после проведения процедуры. Для поддержания противокариозного эффекта повторное покрытие необходимо проводить через 3-6 месяцев. Назначаю общее лечение с целью повышения защитных сил организма и резистентности твердых тканей зубов- витамины группы В и С, Са-, F-содержащие препараты, провожу обучение гигиеническим мероприятиям полости рта.

При поверхностном кариесе в большинстве случаев провожу препарирование кариозной полости и пломбирование. Если полость только в поверхностном слое, провожу сошлифовывание пораженного участка эмали, а затем применяю реминерализующую терапию.

При лечении среднего и глубокого кариеса считаю важным придерживаться принципа биологической целесообразности препарирования твердых тканей зуба, предполагающего полное иссечение патологически измененных тканей и щадящее, бережное отношение к неповрежденным эмали и дентину. Так как механическая обработка зуба зачастую бывает болезненной, препарирование полости провожу под обезболиванием: аппликационным, инфильтрационным, проводниковым, и интра-лигаментарной анестезией карпульными анестетиками «Ультракаином», «Убистезином».

Применение современных пломбировочных материалов предусматривает формирование полости со скосом (фальцем) эмали для лучшей адгезии материала к тканям зуба. Препарирование кариозной полости осуществляю турбинным наконечником, острыми борами с водяным охлаждением, препарирование дна провожу на малых оборотах. Кариозную полость промываю 0,06% раствором хлоргекседина. Обработанную кариозную полость высушиваю струей воздуха. Вношу в кариозную полость материал на основе гидроокиси кальция и накладываю точечно в самое глубокое место на дно полости, наношу изолирующую прокладку из стеклонономерного цемента, покрываю адгезивом и приступаю к пломбированию. Для пломбирования использую следующие группы пломбировочных материалов: «Filtek Z 550», «Estelite», «Spectrum».

**Реставрацию зубов провожу по следующей схеме:**

- анестезия и очистка поверхности зуба вращающейся щеткой с пастой на малых оборотах;

- определение цвета;

- препарирую кариозную полость, обрабатываю края эмали (в соответствии с требованиями эмаль-связующей техники) - со скосом (фальцем) краев, который не только предохраняет края полости от возможного повреждения, но и создает плотное бесщелевое соединение с тканями зуба за счет адгезионного механизма удержания пломбировочного материала к тканям зуба, полученный скос увеличивает площадь контакта пломбировочного материала с эмалью (скос часто провожу эмалево-дентинным ножом. Провожу на малых оборотах препарирование кариозной полости - турбинным наконечником с водяным охлаждением.

- изоляция от слюны;

- наложение лечебной и изолирующей прокладки (по необходимости); тотальное протравливание тканей зуба, затем промывание участка травления не менее 20 секунд и высушивание воздухом;

- полимеризация адгезивной системой «Adper Single Bond 2»;

- послойное внесение композита. Слой не более 1,5-2 мм;

- коррекция окклюзии, обработка пломбы резиновыми головками с помощью полировочной пасты.

На сегодняшний день важным направлением в стоматологии стало изготовление виниров. Виниры - эстетическая реставрация вестибулярной поверхности зубов. Они бывают прямые (изготовление непосредственно в полости рта из композитов и ормокеров) и непрямые (из керамики, изготовленные на модели и зацементированные на зубе).

**Показания к изготовлению виниров:**

- изменение в цвете зуба;

- желание пациента изменить форму зуба;

- дистопия;

- наличие полостей IV класса или откол угла, занимающий более 1/3 коронковой части зуба.

Перед препарированием очищаю поверхность зуба, оцениваю опаковость, основной тон и цветовые оттенки. При явлениях пародонтита требуется лечение десен до проведения реставрации. Для препарирования использую торпедовидный бор. В пришеечной области формирую уступ не менее 0,7-0,8 мм. Затем обрабатываю тело зуба, формируем бороздки на медиальной и дистальной гранях. Режущий край укорачиваю на 2 мм или более. С небной поверхности препарирую ретенционную бороздку глубиной и шириной 2 мм. Тонким фиссурным бором скашиваем поверхность эмали, прилегающую к уступу. После окончания препарирования приступаю к реставрации:

- кондиционирую гелем поверхность эмали и дентина;

- вношу адгезивную систему;

- восстанавливаю вестибулярную поверхность.

**Лечение «Болезни пульпы зуба» и «Болезни периапикальных тканей».**

Пульпит подразделяется на острый и хронический; острый в свою очередь на очаговый и диффузный, хронический на фиброзный, гангренозный, гипертрофический и обострение хронического пульпита.

**Современные методы лечения пульпита классифицируются:**

1. Методы сохранения жизнеспособности пульпы:

- полное сохранение пульпы (биологический);

- частичное сохранение пульпы (витальная ампутация).

2. Методы удаления пульпы

- полное удаление пульпы (витальная и девитальная экстирпация);

- частичное удаление пульпы (девитальная ампутация).

**Биологический метод** лечения применяю при случайном обнажении (вскрытии) пульпы и при диагностировании острого очагового пульпита. В первом случае сохраняю жизнеспособность всей пульпы, во втором – лишь корневой её части (т.е. метод витальной ампутации). Важным при применении биологического метода является соблюдение стерильности "операционного поля", т.е. препарирование должно быть послойным, со сменой бора на стерильный по мере приближения к пульпе. В качестве лечебных прокладок использую препараты с противовоспалительным и одонтотропным действием, предпочитаю Са-содержащие материалы («Кальципульп», «Септокальцин»). При случайном вскрытии пульпы постоянную пломбу накладываю сразу, при остром очаговом пульпите – после ампутации и гемостаза оставляю лечебную прокладку под повязку сроком на 1-1,5 месяца. При отсутствии жалоб убираю временную пломбу, накладываю прокладку из стеклоиономерного цемента и композитной пломбы. Так же применяю для прямого покрытия пульпы материал МТА (минерал Триоксид Агрегат). Преимуществами этого материала являются:

- водная основа, отверждение во влажной среде;

- отсутствие краевой проницаемости и предупреждение бактериальной миграции;

- восстановление мягких тканей без стадии воспаления;

- биосовместимость;

- простая техника применения.

Препарат накладываю на обнаженную пульпу, закрываю временной пломбой. Веду наблюдение до 6 месяцев. при отсутствии жалоб – провожу постоянную реставрацию.

Метод витальной экстирпации показан при всех формах тотального воспаления пульпы. Как и предыдущий способ лечения, витальную экстирпацию провожу после предварительного обезболивания. Тщательно удалив размягченный дентин, широко раскрываю полость зуба, провожу экстирпацию пульпы, гемостаз. Эндодонтическую обработку хорошо проходимых каналов провожу в основном по технике «STEP BACК» (от апекса к устью) с формированием апикального уступа. Но в случаях достаточно искривленных каналов провожу обработку в технике «CROWN DOWN» (от устья канала по направлению к верхушке), что позволяет лучше и качественнее пройти изогнутую часть канала. Методика выполняется с помощью эндомотора «X-SmartTM» и вращающихся никель-титановых инструментов (К-3 файлы, профайлы, протейперы). Эта техника имеет ряд важных преимуществ: рабочая длина измеряется в конце препарирования при чистом канале, предотвращается попадание опилок за апекс, канал хорошо промывается, файлы не подвергаются большой нагрузке. Кроме того, этот способ позволяет добиться почти идеальной конусообразной формы канала, что имеет значение при пломбировании конусной гуттаперчи.

Для правильного определения рабочей длины корневых каналов, использую электрометрический способ с использованием электронный апекс-локатора «Bingo 3D pro». Перед обтурацией каналов удаляю смазанный слой со стенок корневых каналов с применением препаратов, содержащих ЭДТА, провожу обильную ирригацию каналов при помощи эндодонтических игл 3% р-ром гипохлорита натрия и высушиваю канал бумажными штифтами.

**Пломбирую корневые каналы по следующим методикам:**

1. Обтурация холодными гуттаперчивыми штифтами:

- метод одного штифта;

- многоконусное пломбирование.

В качестве силеров, заполняющих пространство между гуттаперчей и стенкой канала использую пасты: «АН +», «Seal арех», «Эндометазон», «Тиэдент». Эффективность пломбирования всех зубов в процессе работы оцениваю на визиографе (Приложение 2).

При лечении «Болезни периапикальных тканей» оцениваю характер заболевания. Цель лечения: купировать воспалительный процесс в околоверхушечных тканях и не допустить его распространения, добиться восстановления костной ткани в очаге деструкции, стимуляция заживления и восстановления функций периодонта. При лечении периодонтита большое внимание уделяю механической и медикаментозной обработке корневых каналов. Применяю антисептики, щадящие ткани периодонта – гипохлорид натрия 3%, крезофен, хлоргексидин 0,02 %.

Использую эндодонтический набор инструментов для очищения, прохождения и расширения корневых каналов. Обработку корневых каналов провожу по методике «Crown down». При хроническом гранулирующем и гранулематозном периодонтите происходит разрушение апикального сужения и поэтому лечение этой формы требует применения временного пломбирования материалами (каласепт, метапекс, метапаста), с последующей пломбированием гуттаперчей. Хорошие результаты дает применение МТА (минерал Триоксид Агрегат). для замещения дефектов костной ткани и лечения перфораций в корневых каналах.

**Владение современными методами диагностики и лечения заболеваний слизистой полости рта.**

В полости рта можно наблюдать проявления простого герпеса в двух формах: острый герпетический стоматит, хронический и хронический рецидивирующий герпес.

**1. Острый герпетический стоматит.**

Проявление первичного инфицирования вирусом простого герпеса в полости рта. Течение болезни острое, повышается температура, нарушается общее состояние. В полости рта возникает разлитая гиперемия, а затем появляются пузырьки, переходящие в афты (от единичных до обильного высыпания), которые располагаются на небе, языке, щеках и губах. В первые дни заболевания из одержимого пузырьков может быть выделен вирус герпеса. Выделяют три формы: лёгкую, среднетяжёлую и тяжёлую. В патогенезе различают пять периодов заболевания: инкубационный, продромальный, разгар болезни, угасание болезни, выздоровление.

2. **Хронический рецидивирующий герпес** проявляется одиночными высыпаниями или группой тесно расположенных пузырьков на красной кайме губ, коже губ, на крыльях носа, в переднем отделе нёба, кончике языка. Отмечается чувство жжения и боль в полости рта, и при разговоре.

**Лечение общее и местное.**

***Общее:***

1. Высококалорийная диета, обильное питьё.

2. Десенсибилизирующая терапия.

3. Общеукрепляющие средства (Vit «С» ).

4. Седативные препараты и транквилизаторы ( по показаниям ).

5. Аналгезирующие, жаропонижающие и противовоспалительные средства при средней и тяжёлой форме.

6. Гамма-глобулин для повышения защитных сил организма.

7. Противовирусные препараты («Ремантадин», «Бонафтон» и др.).

8. Лизоцим.

**Местное лечение** включает антисептическую обработку слизистой, аппликации протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин, лизоцим) и применение противовирусных мазей. С 4 дня заболевания можно назначить кератопластические препараты. ФТЛ назначается с 1 дня: облучение гелий - неоновым лазером или УФО.

3.**Контактный медикаментозный стоматит** развивается вследствие изменённой реакции организма на различные лекарственные препараты. При развитии заболевания появляется отек слизистой оболочки, а также эритематозные, везикулезные и петехиальные высыпания. В зависимости от локализации аллергические поражения слизистой полости рта обозначают как хейлит, глоссит, стоматит. По степени выраженности аллергической реакции различают - катаральный, эррозивный, язвенно-некротический стоматит (хейлит, глоссит), гипертрофический гингивит. Дифференцируется с афтозным стоматитом, многоформной экссудативной эритемой, вульгарной пузырчаткой, вторичным сифилисом.

Лечение: немедленная отмена препарата - аллергена, назначение антигистаминных препаратов, витамина «С», а также обезболивающих и антисептических препаратов, витамин «В5», препараты кальция, гистоглобулин, транквилизаторы, тиосульфат натрия. В тяжелых случаях применяют кортикостероиды.

Местно: аппликации кортикостероидных мазей и 5% синтомициновой эмульсии.

**Заболевания тканей пародонта.**

Лечение заболеваний тканей пародонта провожу комплексно. Большое внимание уделяю сбору информации о пациенте, важное место при проведении диагностических исследований в обследовании пародонта занимает рентгенологический метод, который позволяет судить как о степени деструкции костной ткани, так и о характере патологического процесса. Одним из основных диагностических методов является анализ результатов рентгенологических данных с помощью алгоритма анализа клинико-рентгенологических данных, утвержденных на уровне Учреждения, в настоящее время использую анализ результатов 3D компьютерной томографии и ортопантомографии. При значительной деструкции костной ткани невозможно достичь полного восстановления разрушенных костных структур. Еще одна важная цель лечения - длительное поддержание достигнутого в результате лечения здорового или стабильногосостояния пародонта. Формирую план местного и общего лечения на основании клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, результатов обследования, диагноза заболевания (учитываю форму, стадию заболевания, сопутствующую патологию, глубину поражения тканей пародонта, особенности течения и возраст пациента. В некоторых случаях считаю целесообразным проведение некоторых дополнительных лабораторных исследований. К ним относятся: клинический анализ крови, исследование содержания сахара, сывороточного железа, кальция и фосфора крови. Часто при наличии сопутствующей патологии оказывается необходимым проведение консультации врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-гастроэнтеролога, врача-аллерголога других специалистов.

**При лечении пациента придерживаюсь схемы, предусматривающей:**

- обучение правилам рациональной индивидуальной гигиены полости рта;

- устранение факторов, способствующих развитию и поддержанию патологического процесса в пародонте, таких как: нависающие края пломб, над и поддесневые зубные отложения;

- закрытый кюретаж патологических зубодесневых карманов;

- местная противовоспалительная терапия (аппликации с 0,05% раствором раствором хлоргексидина, лечебные повязки с гепариновой, бутадиновой мазями, аппликации гелем метрогил-дента, холисал);

- назначаю консультацию врача-физиотерапевта для проведения физиотерапевтических процедур;

- провожу профилактическое (противорецидивное) направленное на повышение иммунологического статуса пациента.

**При наличии пародонтального абсцесса выполняю следующие мероприятия:**

- сначала провожу инъекционное введение в 4 точки раствором анестетика слабой концентрации в сочетании с растворами витаминов группы В, С, Р или инъекции «Линкомицина с новокаином; или промывание под давлением растворами анестетиков с антисептиками;

- либо разрез по типу гингивотомии, либо тупым способом – через зубодесневой карман гладилкой под прямым углом к зоне абсцесса, с последующим дренажом экссудата или склерозированием краев раны (для предотвращения их спадания);

- зубодесневой карман ввожу c помощью гладилки «БЛК» (биологический лекарственный криогель, представляющий собой криоструктурированный крахмал, в состав которого введены диоксидин, полифенал, альфа-токоферолапетат), действие продолжается до полного рассасывания в зубодесневом кармане, не требует предварительного промывания полости абсцесса;

- рекомендую полоскания антисептиками или настоями трав, обладающими выраженными антисептическими свойствами.

**Заболевания слизистой оболочки полости рта.**

Среди заболеваний слизистой оболочки полости рта наиболее распространены острый герпетический стоматит, кандидоз, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, язвенный гингивостоматит Венсана, травматические поражения, красный плоский лишай. Лечение больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, начинаю с полного клинического обследования - сбора информации о пациенте, консультаций специалистов соответствующего профиля, санации полости рта.

При ***кандидозе*** провожу как местное лечение, так и общее (назначаю клотримазол, дифлюкан), полоскания 0,05% хлоргексидина биглюконата.

При ***герпетических поражениях*** использую аппликации лекарственных препаратов - 0,5% мазь флореналя, 0,05 % бонафтоновая мазь, мазь «Зовиракс». Из физитерапевтических процедур назначаю УФО, лазеротерапию.

При **афтозном стоматите** провожу обработку 0,05% р-ром хлоргексидина, аппликации с мазью «Ируксол», ферментами, эпителизирующие средства (масляный раствор витаминов «А» и «Е»), поливитамины.

При ***язвенно-некротическом гингивостоматите*** большое внимание уделяю местной терапии (удаление зубных отложений, аппликации с использованием ферментных препаратов, а также мазей, содержащих кортикостероиды и антибиотики («Гиоксизон», «Оксикорт»), из физиотерапевтических процедур назначаю лазеротерапию.

Всех пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта в обязательном порядке направляю на общий анализ крови, биохимический анализ крови на сахар, а также УМСС, ВИЧ. Назначаю кератопластические препараты после купирования болевого симптома болей и проявлений выраженного воспалительного процесса.

**Основные принципы н этапы лечения поражений твердых тканей зубов некарнозного происхождения.**

Наличие тесной связи между интернальной патологией (патология центральной нервной системы, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта и т.д.) и стоматологическими заболеваниями у пациентов указывает на необходимость преемственности в лечении и совместного сотрудничества врачей-специалистов разного профиля (врач-эндокринолог, врач-невролог, врач-гастроэнтеролог), лечение должно быть направлено на ликвидацию общей и местной патологии. При всех видах поражений твердых тканей зубов, кроме основного лечения, очень важен тщательный уход за полостью рта и зубами. Основное лечение некариозных поражений твердых тканей зубов заключается в устранении причины их возникновения. При лечении некариозных поражений назначаю комплексную реминерализующую терапию, включающая общее лечение (применение препаратов кальция, поливитаминов по схеме) и местное лечение (электрофорез глицерофосфата кальция, аппликации и чистка зубов фторсодержащими пастами).

***Патологическая стираемость твердыхтканей зубов.***

Патологическая стираемость зубов наблюдается примерно у 10% пациентов. Патологическая стираемость зубов - интенсивная убыль твердых тканей в одном зубе, группе зубов или во всех зубах может быть вызвана следующими причинами:

- аномалия прикуса (прямой и глубокий прикус, ведущий к ускоренному стиранию эмали и обнажению дентина);

- перегрузка оставшихся зубов после потери некоторых зубов;

- некорректное протезирование зубов;

- бруксизм;

- негативные последствия некоторых профессий (при непосредственной работе пациента с кислотой или в помещениях с избытком в воздухе механических частиц, способных оказать на зуб абразивное воздействие); недостаточная твердость эмали зуба из-за некоторых заболеваний: флюороз, гипоплазия и др.;

- наследственные нарушения в развитии зубов;

- снижение сопротивляемости организма из-за заболевания эндокринной системы (нарушение функций гипофиза, щитовидной железы) и центральной нервной системы.

**Лечение патологической стираемости зубов.**

Лечение патологической стираемости зубов - довольно сложный процесс в силу разнородного характера причин, вызывающих данное заболевание. В первую очередь необходимо выяснить и по возможности устранить местные причины, вызвавшие данное патологическое состояние зубов. Прежде чем приступить к лечению патологической стираемости зубов необходимо сошлифовать острые края зубов с целью остановить или предотвратить возможные травмы языка и слизистой оболочки щек, губ. Методика лечения в каждом случае подбирается индивидуально в зависимости от причины, стадии, характера заболевания и особенностей организма пациента. В первую очередь необходимо выяснить и по возможности устранить непосредственные причины, вызывающие повышенную стираемость зубов.

Для этого могут потребоваться:

- лечение патологического прикуса;

- своевременная полная санация полости рта (в особенности лечение таких заболеваний, как флюороз, гипоплазия и др.);

- своевременное протезирование зубов при снижении окклюзионной высоты нижнего отдела при генерализованной форме стирания – необходимо восстановить высоту прикуса несъемными или съемными зубными протезами;

- на начальных стадиях заболевания (I и II степени) лечение патологической стираемости зубов чаще всего проводится с помощью протезирования коронками (лучше всего из металлических сплавов и металлокерамики);

на поздних стадиях заболевания (III и IV степени) протезирование зубов должно сочетаться с ортодонтическим лечением прикуса;

лечение бруксизма (либо ношение специальных капп);

- смена места работы или условий труда (при производстве абразивных веществ - использование респираторов или полоскания содовым раствором);

- профилактические меры по укреплению эмали зубов такими препаратами, как 10% раствор глюконата кальция, 2% раствор фторида натрия и т.п.

**Компьютерный некроз зубов.**

Возникновение компьютерного некроза зубов связано с нарушением минерального обмена в твердых тканях зуба у практически здоровых лиц в возрасте 25-35 лет, происходит постепенная убыль твердых тканей. Причиной компьютерного некроза является многочасовая работа с компьютером в течение 2-5 лет, отсутствие профессиональной защиты и гигиены труда (рабочий день продолжается не менее 8-10 часов в день, нередко включая выходные и праздничные дни), постоянное нервно-психическое и зрительное напряжение в процессе работы. В последнее время появились токсические некрозы тканей зуба как следствие токсикомании. Уже доказано, что современные компьютеры дают мягкое ионизирующее излучение, создают особое электромагнитное поле, которое активно и негативно влияет на организм человека и, в особенности на зубы, оказывают электростатическое действие и влияют на резистентность организма в целом. Ионизирующее излучение приводит к ионизации молекул и атомов, образуя свободные радикалы, перекисные соединения, что вызывает нарушение функции клеток, их биохимических процессов вплоть до гибели отдельных клеток зуба. Характерно - более интенсивное поражение стороны челюстей, обращенных к монитору, в начальной стадии компьютерного некроза - потеря блеска эмали большого количества зубов, появления «меловидных» пятен, которые впоследствии становятся темно-коричневыми, образование очагов некроза на вестибулярной поверхности в области шеек резцов, клыков, премоляров и значительно реже моляров. При глубокой степени поражения - наблюдается значительное разрушение эмали и дентина. В центре очага поражения наблюдается размягчение и образование дефекта, эмаль становится хрупкой, откалывается экскаватором, дентин также пигментируется. Болевые симптомы часто отсутствуют, в связи с большой занятостью приводит практически всех пациентов к запоздалому обращению к врачу. Иногда встречаются резкие болевые ощущения при поражении дентина. Считаю, что подобные проявления возникают на фоне нарушения или перестройки функций желез внутренней секреции (щитовидной, половых), в период беременности и др.

**Дифференциальная диагностика.**

Пришеечный некроз эмали необходимо дифференцировать с выраженной стадией эрозии и клиновидного дефекта, так как имеется сходство только в локализации элементов поражения на шейке зуба или вблизи ее.

**Лечение.**

Необходимо проведение общего и местного лечения пациентов с диагнозом «Компьютерный некроз» с отсроченным пломбированием зубов, так как при механическом препарировании - твердые ткани буквально разваливаются, отсутствует чувствительность зуба, что создает опасность вскрытия полости зуба и сохранение жизнеспособности пульпы даже при средних поражениях. Необходимо проведение общего и местного лечения с отсроченным пломбированием зубов.

**- общее реминерализующая терапия** заключается в назначении месячных курсов лечения, не менее 3-4 курсов в год: антиоксидантных препаратов - биологически активных пищевых добавок («БАД»), содержащих аминокислоты, белки, макро и микроэлементы (калий, кальций, натрий, железо, серебро, магний, селен, серу, органически связанный йод), обладающих радиопротекторным, андиоксидантным эффектами («Фитолон-Кламин»- высоактивный кламин, производится из бурой морской водоросли ламинарии, содержит концентрат ламинарии «КонЛАМ, экстракт ламинарии, производные хлорофилла, вспомогательные вещества лактозу, микрокристаллическую целлюлозу) - по 2 таблетки 3 раза в день за 15 минут до еды; или биокальций компании Тяньши: «Хитозан» (содержит хитин-клетчатку панциря крабовидных и собственно хитозана- хитина, очищенного от ацила, органического компонента, не дающего хитину полноценно усваиваться в желудочно-кишечном тракте) - по 1-2 капсулы 1-2 раза в день или однократно на ночь, запивая не менее 1/2 или 1 стакана теплой воды или добавку «Спирулина» в виде таблеток (содержит зеленые водоросли, богатые: белками - 65% полноценного белка, в состав которого входит 18 аминокислот, из них 8 не синтезируются в организме человека, необходимые минералы и микроэлементы, в том числе: железо, кальций, натрий, калий, медь, марганец, магний, цинк, фосфор, селен, витамины А, B1, B2, В6, B12, Е, биотин, каротин, нуклеиновые кислоты РНК и ДНК, нуклеин, холинстераз, синий алгин, маннитол, фенол, ферменты и другие активные вещества) или «Кордицепс». Кроме того назначаю аскорбиновую кислоту, бета-каротин, альфа-токоферол и другие поливитаминные комплексы («Комплевит» или «Квадевит» по 2-3 драже в сутки), которые адсорбируют, расщепляют и выводят из организма соли тяжелых металлов, радионуклеиды, токсические продукты, неблагоприятно влияющих на ткани организма; препараты, влияющие на процессы минерализации - глицерофосфат кальция (до 1,5 грамм в сутки) в течение 2-х недель;

Пациентам рекомендую соблюдать санитарные нормы при работе с компьютером:

- площадь рабочего места не должна быть меньше 6 м2 при минимальном объеме всего помещения 20-24 м2;

• естественное освещение должно быть левосторонним;

• через каждые 2 часа работы с компьютером необходимо делать перерывы по 15-20 мин с проветриванием помещения;

• общая продолжительность работы с компьютером, включая перерывы, не должна превышать 6 ч у взрослых и не более 3-4 ч у детей и подростков;

• расстояние между экраном монитора и пользователем должно быть не менее 0,6-0,7м;

**- местное лечение состоит из нескольких этапов:**

• На І этапе лечебных манипуляций провожу удаление некротизированных и нежизнеспособных тканей зуба и последующей их реминерализацией путем аппликаций по 15-20 минут на все зубы не менее 3 раз в неделю лечебно-профилактическими фосфатсодержащими зубными пастами («Жемчуг», «Новый Жемчуг», «Арбат», «Чебурашка», «Бэмби»), индивидуальную чистку зубов с использованием фосфатсодержащих зубных паст, назначаю физиотерапевтические процедуры (ионофорез 10% раствором глицерофосфата кальция), полоскания и орошения полости рта зубными эликсирами, содержащими витамины, антиоксиданты, микроэлементы, кальций, хлорофилл и другие «БАВ», способствующие устранению гиперестезии, укреплению твердых тканей зубов, при значительном разрушении зубов показано ортопедическое лечение. Через 1-2 месяца - приступаю к выборочному лечению отдельных зубов: вначале ограничиваюсь временным пломбированием полостей сроком на 1-2 месяца, с применением кальцийсодержащих прокладок или пасты ММП (на основе 4% раствора прополиса, кристаллов нативного маточного молочка 4:1 и окись цинка) для образования реминерализованной зоны заместительного дентина. И в дальнейшем - восстановление зуба постоянными пломбами из стеклоиономерного цемента («СИЦ»). Такую тактику следует применять даже при пломбировании корневых каналов.

***Гиперестезия твердых тканей зуба.***

Гиперестезия - повышенная чувствительность зубов, проявляется в виде болевых ощущений кратковременного характера, возникающих от действия различных раздражителей (механических, температурных, химических, тактильных). Чаще гиперестезия встречается у женщин. Интенсивность болевой реакции варьирует от легкой чувствительности (ощущение дискомфорта) до появления сильной боли, которая затрудняет пациенту чистку зубов и прием пищи. Гиперестезия зубов предшествует появлению некариозных поражений и является ранним диагностическим признаком развития некариозных поражений зубов (трещины эмали, эрозия эмали, клиновидные дефекты, патологическая стираемость зубов, осложнения после отбеливания зубов, когда убыль эмали достигает эмалеводентинной границы) и является прямой реакцией на их деструктивное воздействие. Гиперестезия эмали также встречается и при кариесе и болезнях пародонта. Необходимо обращать особое внимание на появление повышенной чувствительности в отдельных интактных зубах или на участках внешне здоровых и не повреждённых зубов, так как в дальнейшем очень часто именно в этой локализации формируются клиновидные дефекты, эрозии, или патологическая стираемость. Степень гиперестезии характеризует активность некариозного процесса зубов, так как фаза обострения некариозного поражения (клиновидного дефекта, эрозии, повышенной стираемости зубов), как правило, сопровождается усилением гиперестезии, а фаза стабилизации (ремиссии) - её снижением.

**Дифференциальная диагностика.**

Гиперестезию твердых тканей необходимо дифференцировать с острым пульпитом, так как сходство состоит в наличии боли острого характера и в трудности определения «причинного» зуба. Диагноз устанавливается на основании продолжительности болевого симптома - при пульпите боль продолжительная, возникает в ночное время, состояния электровозбудимости пульпы: при гиперестезии реакция пульпы на ток не изменена - 1,5-8 мкА, а при пульпите зуб реагирует на ток свыше 20 мкА.

**Лечение.**

Выбор метода лечения зависит от причины возникновения гиперестезии. Если гиперестезия возникла в результате кариозного процесса, то препарирую твердые ткани зуба и восстанавливаю зуб пломбой. Если же причиной гиперестезии явилось оголение пришеечной области зуба в результате ретракции десны, то пациента направляю к врачу-стоматологу-хирургу отделения хирургической стоматологии для проведения оперативного вмешательства, при котором десна поднимается на нормальный уровень. При воспалительном процессе десен применяется как хирургический метод, так и терапевтическое лечение. При лечении гиперестезии учитываю индивидуальные особенности организма пациента и степень гиперестезии:

**при I степени гиперестезии** - провожу местную реминерализирующую терапию, насыщение твердых тканей зуба минеральными веществами (кальцием, фосфором и магнием). Применяю метод глубокого фторирования с помощью геля или лака, обтурирующего дентинные канальцы и инактивирующего нервные окончания. Метод основан на диффузии фторидов, содержащихся в геле или лаке в слюну и зуб, способствующей эффективной реминерализации эмали. Фториды, содержащиеся в геле или лаке, обладают пролонгированным действием, образуют пленку, прилегающую к эмали, остающуюся на зубах в течение нескольких часов, а в фиссурах, щелях и микропространствах - в течение нескольких дней и даже недель. Но в состав геля обычно входят аминофториды и фторид олова, применение которого ограничено из-за возможного окрашивания зубов. Изолирую зубы изолируют от слюны, тщательно высушиваю ватным тампоном и снимаю налет с поверхности эмали. Затем наношу на чувствительный участок на 5-7 минут в виде аппликаций таких лаки, как: «Фторлак», «Профилак», «Беллагель F» и др. (отечественного производства), также использую: «Сенсистаб» жидкость и гель (ф. Омега), прозрачный лак «Bifluorid-12» (фирма «VOCO GmbH»), содержащий фторид натрия и фторид кальция; «Multifluorid» (фирма DMG)- фтористый лак с 12% содержанием соединений фтора, насыщает эмаль фтором; «Fluocal gel», «Fluocal solute» (ф. «Septodont»), содержит фторид натрия, обладающие двойным действием (бактериостатическое воздействие и действие фтора на эмаль, вызывая изменения в кристаллической структуре, значительно повышающие устойчивость к химическим раздражителям). Также использую разработанную специалистами ЦНИИС и фирмой «Норд-Ост» биополимерную лекарственную пленку «Диплен-Дента», в состав которой входит как основной компонент фторид натрия. Пленка прозрачна, хорошо прилепляется к зубам и деснам и уже после первой процедуры пациенты отмечают значительное снижение чувствительности зубов, Плёнка состоит из внутреннего гидрофильного слоя, содержащего лекарственные ингредиенты (хлоргексидина биглюконат или бензалкония хлорид- для оказания дополнительного антисептического действия) и обладающего хорошей адгезией к влажной поверхности зубов и дёсен, а также наружного гидрофобного слоя, выполняющего защитную и изолирующую функцию. Полный курс лечения - 10-15 процедур.

- назначаю общий курс лечения: в течение месяца прием внутрь (per os) - глицерофосфат или глюконат кальция (по 0,5 грамма - 3 раза в сутки), поливитамины (3-4 драже в сутки), фитоферолактол (1 грамм в сутки). Схему лечения необходимо повторять 3-4 раза в год;

- рекомендую сбалансированное питание: употребление ягод, морской рыбы, моркови, яиц, печени, творога, чтобы организм не испытывал недостатка в витаминах и минеральных веществах; исключить, по возможности, из пищевого рациона газированные напитки, содержащие кислоты (кола, фанта), кислые соки, а также любые кислые и соленые продукты; соблюдать баланс температур при употреблении пищи (одновременно употреблять холодную и горячую пищу, способствующую появлению микротрещин на поверхности зубов); после еды чистить зубы или хотя бы прополоскать рот настоями трав, или кипяченой водой. Также рекомендую использовать при чистке зубов зубные щетки с мягкой щетиной или щетиной средней жесткости, специальные насадки-капы гипосенсибилизирующими средствами, понижающими чувствительность зубов; зубные пасты с низкой степенью абразивности, содержащие специальные вещества-десенситайзеры, образующие на поверхности зуба тонкую пленку («Blend-a-med PRO-EXPERT», «Lacalut extra sensitive», «Colgate Sensitive Pro-Relief», «Sensitive Original», «Sensodyne F», гель для аппликаций «President Sensitive plus» «Silca complete sensitive», «Rembrandt sensitive», «R.O.C.S. венский десерт со вкусом банана, манго», «Мексидол дент», «Пародонтол Сенситив», лечебно-профилактические зубные пасты компании ОАО «Невская Косметика»: «Новый Жемчуг для чувствительных зубов». «Новый жемчуг Кальций» активным компонентом глицерофосфатом кальция), зубные пасты, содержащие соли калия (хлорид или нитрат, которые уменьшают диаметр расширенных дентинных канальцев чувствительных зубов, снижают ток жидкости внутри них и уменьшают реакцию зубов на внешние раздражители), а также зубные пасты, содержащие бишофит, фториды, цитрат, стронций. C помощью использования зубных паст-десенситайзеров удается уменьшить дискомфорт, испытываемый пациентом. средствами, понижающими чувствительность зубов. Также рекомендую использовать после чистки зубов аппликации гелем для аппликаций «President Sensitive plus» (наносится на 15-20 минут), полоскания отваром коры дуба, ромашки (1 столовая ложка на 1 стакана кипятка), исключить химическое и механическое отбеливание зубов;

- направляю пациента в физиотерапевтический кабинет для проведения физиотерапевтических процедур: УВ-облучение, ионофорез с препаратами кальция (10% раствор глюконата кальция), фосфора, фторида натрия, витамина В1, с помощью разрядов гальванического тока, которые улучшает обменные процессы в организме, насыщают зубы необходимыми минеральными компонентами, способствующими снижению чувствительности.

При гиперестезии, связанной с патологической стираемостью при патологическом прикусе, направляю пациента на ортодонтическое и ортопедическое лечение.

**Неотложные состояния.**

B современной стоматологической практике остаются актуальны вопросы побочных реакций, то есть неотложных состояний. Одно из часто встречающихся проявлений неотложных состояний пациентов на приеме у врача стоматолога является обморок.

При оказании медицинской помощи необходимо быть готовым к тому, что у пациента могут развиться стремительные кризисные ситуации, требующие выполнения неотложных мероприятий.

Перед началом оказания медицинской помощи тщательно собираю анамнез жизни у пациента (или его законного представителя) в целях получения информации о наличии острых и хронических заболеваний, аллергической реакции на некоторые лекарственные препараты: антисептики, антибиотики, антикоагулянты, понижающие свертываемость крови, анестетики («Лидокаин», «Ультракаин» и др.), о принимаемых препаратах и их дозировке.

**Аллергические реакции на анестетики.**

Аллергическая реакция проявляется в виде покраснения кожных покровов, крапивницы, отека Квинке, анафилактического шока. Реакция проявляется на содержащиеся в анестетике - консерванты (антисептические вещества, способствующие длительной сохранности анестетика);

- порфирия - наследственное или приобретенное заболевание пигментного обмена;

Таким пациентам показано использование только амидного анестетика;

- психические расстройства. Пациенты, принимающие транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики.

Алгоритм действий подразумевает не только определенный комплекс медикаментозных препаратов, а и строгую их последовательность. При любом критическом состоянии, произвольное, несвоевременное или неправильное введение лекарственных препаратов может ухудшить состояние человека. B первую очередь должны использоваться медикаментозные средства, которые будут восстанавливать жизненно важные функции организма, такие как дыхание, артериальное давление и сердцебиение.

**Обморок.**

Обморок – типичный пример острой сосудистой недостаточности, внезапная кратковременная потеря сознания вследствие острой гипоксии мозга, которая развивается на фоне падения кровяного давления и нарушения мозгового кровообращения.

Основные клинические признаки: резкое побледнение кожных покровов и слизистых, цианоз губ, частичное или полное нарушение сознания, слабость, падение АД. Приступ длится несколько секунд. Стадия восстановления длится до несколько часов.

**Алгоритм неотложной помощи при обмороке.**

- прервать лечение;

- если пациент в сознании, помочь ему сделать несколько наклонов туловища к ногам (прямо сидя в кресле) для улучшения мозгового кровообращения;

- придать пациенту горизонтальное положение с поднятыми вверх ногами;

- обеспечить доступ свежего воздуха;

- дать таблетку валидола сублингвально;

- протереть область висков ватным шариком, смоченным раствором аммиака, а также дать понюхать пары аммиака, держа ватку на расстоянии 7-10 см от носа;

- ввести в/м «Кордиамин» - 2,0 мл.;

- при брадикардии - ввести в/м 1% раствор «Атропина» - 0,5 мл.;

- контролировать в динамике АД;

- не возобновлять выполнение манипуляций до улучшения состояния пациента;

- при длительном плохом самочувствии - вызвать бригаду скорой помощи;

- зафиксировать факт обморока в первичной медицинской документации пациента («Медицинская карта стоматологического больного», учетная форма №043/у);

- при дальнейшем лечении - оказание медицинской помощи только в горизонтальном положении, под зашитой соответствующей лекарственной премедикации и адекватного инъекционного введения лекарственных препаратов (анестетика) в челюстно-лицевую область.

**Профилактика обморока.**

- создание спокойной обстановки в кабинете, успокоить пациента, проводить –

- избегать болезненности при проведении манипуляций;

- контролировать общее состояние пациента в течение проведения манипуляций;

- не допускать, чтобы пациент видел окровавленный инструмент или перевязочный материал;

- предупреждать пациента о начале инъекционного введения анестетика или оказания медицинской помощи.

**Синдром острой боли в сердце - стенокардия.**

Основные клинические признаки: сжимающая боль, чувство страха, иррадиация боли в левую лопатку, руку, шею, боль длится до 10 мин, полный эффект от приема нитроглицерина.

**Алгоритм неотложной помощи при стенокардии.**

- освободить грудь от стесняющей одежды (расстегнуть рубашку, снять галстук);

- обеспечить приток свежего воздуха в помещение;

- прием 1-2 таблетки нитроглицерина сублингвально (можно до 3 раз);

- при отсутствии эффекта на нитроглицерин ввести в/в медленно 2-4 мл 50% анальгина с 10 мл физиологического раствор;

- в более тяжелых случаях действовать, как при инфаркте миокарда.

**Профилактика.**

- тщательно собирать анамнез жизни;

- создание спокойной обстановки в кабинете, успокоить пациента, проводить психологическую подготовку пациента;

- провести соответствующую лекарственную премедикацию;

- избегать болезненности при манипуляциях;

- контролировать общее состояние пациента во время проведения манипуляций;

- наблюдать за состоянием пациента в течение 30 мин после манипуляций.

**Гипертонический криз.**

Основные клинические признаки: внезапное начало, головная боль, тошнота, возбуждение, бледность, увеличение систолического АД более 200 мм рт.ст., дрожь, брадикардия и др.

**Алгоритм неотложной помощи.**

- придать пациенту положение полусидя;

- вызвать бригаду скорой помощи;

- контролировать АД;

- «Нифедипин» 10 мл под язык;

- ввести в/м в одном шприце 1% раствор «Дибазола» 4 мл., 1 % раствор «Папаверина» 2 мл.;

- в случае отсутствия эффекта ввести через 10 минут ввести в/м «Лазикс - 4 мл.;

- «Седуксен», «Реланиум»;

**Профилактика.**

- тщательно собирать анамнез жизни;

- создавать спокойную обстановку в кабинете, успокоить пациента, проводить психологическую подготовку пациента;

- контролировать общее состояние пациента во время проведения манипуляции;

- при частых гипертонических кризах направлять пациента на консультацию к врачу-терапевту с целью определения объема премедикации;

- не использовать при проведении инъекционного введения в челюстно- лицевой области анестетик, содержащий адреналин.

**Инфаркт-миокарда.**

Основные клинические признаки: интенсивная давящая жгучая боль в покое или после эмоциональной нагрузки, длящаяся более 10 мин. иррадиирующая в левую руку, живот, нижнюю челюсть. Нитроглицерин боль не купирует, аритмия, снижение АД, акроцианоз.

**Алгоритм неотложной помоши.**

- вызвать бригаду скорой помощи;

- создать полный физический и психический покой;

- прием «Нитроглицерина» 0,5 мг каждые 3 мин под язык;

- срочно купировать боль наркотическими и ненаркотическими анальгетиками («Фентанил», «Дроперидол»);

- Ввести в/в 2% раствор «Лидокаина» 1 мл.

**Профилактика.**

- тщательно собирать анамнез жизни, если после инфаркта-миокарда прошло менее 6 месяцев, направлять пациента на лечение в стационары системы ОМС СПб;

- создание спокойной обстановки в кабинете, успокоить пациента, проводить психологическую подготовку пациента;

- избегать болезненности при проведении манипуляций;

- контролировать общее состояние пациента во время проведения манипуляции и после в течение 40 минут;

- не допускать, чтобы пациент видел окровавленный инструмент или перевязочный материал;

- предупреждать пациента о начале инъекционного введения анестетика или оказания медицинской помощи;

- проводить соответствующую лекарственную премедикацию;

- уменьшить дозу адреналина или полностью его исключить при инъекционном введении лекарственного препарата (анестетика) в челюстно-лицевую область,

**Анафилаксия.**

Анафилаксия - это патологический процесс, развивающийся при введении антигена (чужеродного белка) и проявляющийся в виде повышенной чувствительности при повторном контакте с этим аллергеном. Это состояние является проявлением гиперчувствительности немедленного типа, при котором реакция между антигеном и антителами происходит на поверхности клеток.

Важнейшее условие возникновения анафилаксии: состояние повышенной чувствительности организма (сенсибилизация) к повторному введению чужеродного белка.

**Анафилактические реакции.**

Анафилактические реакции протекают бурно, c вовлечением сосудистого аппарата и гладкомышечных органов. Они подразделяются на два вида:

- локализованные (отек, крапивница, бронхиальная астма);

- генерализованные (анафилактический шок).

Особой формой является так называемая сывороточная болезнь, постепенно – в сроки, когда начинается выработка антител против введенного антигена (от одного до нескольких дней) - развивающаяся после однократного введения большой дозы чужеродной сыворотки.

**Отек Квинке.**

Основные клинические признаки: лающий кашель, осиплость голоса, нарастающий отек слизистой, языка, цианоз, сменяющаяся бледность.

**Алгоритм неотложной помощи.**

- вызвать бригаду скорой помощи;

- кресло установить в положении лежа, голову пациента слегка запрокинуть;

- ввести п/к 0,1 % раствор адреналина гидрохлорида - 0,3-0,5 мл.;

- ввести в/м 5% раствор димедрола - 2 мл., в/м или в/в раствор преднизолона (дексаметазона) 60-90 мг.;

- ввести в/в струйно 1% раствор лазикса 2-4 мл. в изотоническом растворе;

- при нарастающем удушье провести пункцию трахеи (6-8 иглами Дюфо или иглами для в/в вливаний).

**Профилактика.**

- тщательно собирать аллергологический анамнез;

- контролировать общее состояние пациента во время проведения манипуляции;

- направить пациента на консультацию к врачу-аллергологу с целью коррекции состояния и уточнения объема противопоказаний для стоматологического вмешательства;

- проводить лекарственную премедикацию после консультации с врачом- аллергологом;

- вводить медленно все лекарственные препараты.

**Астматическое состояние (приступ бронхиальной астмы).**

Приступ астмы - это состояние организма, при котором ощущается острая дыхательная недостаточность и необходима экстренная помощь. При астматическом приступе человек испытывает сильные спазмы дыхательных путей и удушье. Таблетки, сиропы или уколы не помогут оперативно снять приступ.

Основные клинические признаки: приступ удушья с громкими сухими хрипами, чувство сдавления за грудиной, зуд в носоглотке, нарастание дыхательной недостаточности, потеря сознания

**Алгоритм неотложной помощи.**

- прекратить контакт с аллергеном, вызвать бригаду скорой помощи;

- больному придать сидячее или полусидячее положение, чтобы он мог развести локти и опираться на руки;

- попытаться успокоить больного;

- освободить грудь от стесняющей одежды (расстегнуть рубашку, снять галстук);

- обеспечить приток воздуха в кабинет, открыть окна, двери;

- ввести в/в 10 мл 2,4% раствора эуфиллина;

- ввести в/м 60-90 мг преднизолона (или дексазона).

**5.2.2. Профилактика.**

- тщательно собирать аллергологический анамнез;

- контролировать общее состояние пациента во время проведения манипуляции;

- направить пациента на консультацию к врачу-аллергологу с целью коррекции состояния и уточнения объема противопоказаний для стоматологического вмешательства;

- проводить соответствующую премедикацию, назначать антигистаминные препараты 2 поколения («Ксезал» 5 мг., «Зиртек» 10 мг. или «Кестин»10 мг.) за 5 дней до оказания медицинской помощи, в день приема, в течение 5 дней после приема по стандартной схеме перорально. по 1 таб. 1 раз в день вне зависимости от приема пищи;

- обязательно за 30 мин. до оказания медицинской помощи – превентивная ингаляция привычным для пациента жидкостным бронхорасширяющим ингалятором, желательно короткого времени действия, такие как «Саламол», «Вентолин», «Беротек» или др. группы адреномиметиков «Сальбутамола» или «Фенотерола».

**Анафилактический шок.**

Повторное введение чужеродного белка в сенсибилизированный организм может привести к тяжелому состоянию - анафилактическому шоку. Возникает интенсивный спазм мускулатуры бронхолегочного дерева. Избыточная проницаемость всех сосудов маленького калибра вызывает развитие отека тканей. Нередко на первый план в случае анафилактического шока выходят нарушения со стороны сердца и сосудов.

Анафилактический шок характеризуется следующими основными клиническими признаками: вскоре после контакта с аллергеном (иногда через несколько секунд) больной становится беспокоен, бледность кожных покровов, тело покрыто холодным потом, пульсирующая головная боль, тошнота, шум в ушах, головокружение, резкое падение артериального давления, вплоть до коллапса, помутнение сознания, боли в животе, отек гортани, дыхательная недостаточность, могут появиться кожные высыпания, зуд, слезотечение, заложенность носа, страх смерти.

**Алгоритм оказания неотложной помощи.**

1. Неотложная помощь заключается в блокировании патофизиологических реакций.

2. При наличии симптомов анафилактического шока медицинская помощь должна быть оказана незамедлительно до приезда бригады скорой медицинской помощи. Скорую медицинскую помощь необходимо вызвать сразу даже при легких симптомах анафилактического шока, которые сопровождаются снижением артериального давления и изменением пульса.

3. После вызова бригады скорой медицинской помощи необходимо оказать первую медицинскую помощь:

- прекратить введение препарата, вызвавшего анафилактический шок;

- прикладывать холод к месту введения аллергена;

- обеспечить приток воздуха в помещение. При необходимости использовать кислородную подушку;

- контролировать артериальное давление и пульс;

- уложить пациента горизонтально c приподнятыми нижними конечностями на ровную твердую горизонтальную поверхность, наклонить голову вбок, чтобы он не задохнулся;

Если больной без сознания, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка и асфиксии.

2.7. Убрать съемные зубные протезы, если они есть.

2.8. При легкой форме анафилактического шока - введение в/м 0,1% раствора адреналина, а также в/в, разводят в 5 мл физиологического раствор.

2.9. Место введения аллергена обколоть 0,1% раствором адреналина, разведенным в 5-10 мл физиологического раствора.

2.10. Если состояние больного не улучшилось, при продолжении падения АД:

- возможно повторное введение в/в адреналина по 05-1 мл через каждые 5-10 минут до стабилизации АД. Максимальная общая доза адреналина: взрослым – 2 мл, детям - 0,5 мл.

2.11. Проверить, есть или нет обструкция дыхательных путей.

2.12. При необходимости проводить сердечно-легочную реанимацию:

- проводить ингаляцию увлажненным воздухом и венепункцию - лучше 2 вены периферические;

- ввести п/к или в/в адреналин 0,1% от 0,5 мл до 1 мл, разведенного в 5 мл физиологического раствора;

- если реакция угрожает жизни и АД снижено, то ввести в/м адреналин, медленно, либо в корень языка, но наиболее целесообразно интратрахеально. Прокол трахеи производят ниже щитовидного хряща через коническую связку;

- если АД не повышается, то через 10-15 минут ввести глюкозу, физиологический раствор по 400 мл, «Поликглюкина», «Желатиноля» - 400 мл.;

- вводить в/в или в/м «Преднизолон» 150-300 мг или «Дексаметазон» 20-24 мг всего;

- ввести раствор димедрола 1-2% взрослым - 1,0 мг/кг, детям - 0, 5 мг/кг массы тела в/в или супрастин 2% 2-4 мл, а при отсутствии этих препаратов - пипольфен 2,5% 1-2 мл в/в;

«Дексаметазон» 20-24 мг внутривенно либо внутримышечно, или «Преднизолон» 150-300 мг (3-5 мг/кг массы тела). "Димедрол" 1% исходя из дозировок: взрослым - 1,0 мг/кг, детям - 0,5 мг/кг массы тела, "Супрастин" или "Тавегил" по 2 мг/кг веса, если отсутствуют эти препараты, то можно использовать "Пипольфен" 2,5% по 1-2 мл внутривенно или внутримышечно. Если анафилаксия протекает по асфиксическому и бронхиальному типу, то вводят эуфиллин 2,4 % 10 мл внутривенно.

- проводить оксигенотерапию: ввести эуфиллин 2,4% - 10 мл в/в. Препарат вводят медленно 24 мг в 1 минуту. В последующем эуфиллин 300-400 мг (2,4% - 15-20 мл) вводят капельно в/в на физиологическом растворе 250-500 мл.

2.11. Убедится, что состояние больного улучшилось.

2.12. Продолжать терапию при стабильной гиподинамике.

2.13. При нестабильной гиподинамике проводить оксигенотерапию: ввести адреналин 0,1-0,5 мл в разведении в/в капельно каждые 5-10 минут;

2.14. Если гемодинамика остается нестабильной на фоне внутривенной инфузии кристаллоидов, ввести «Доплин» 200 мг на 200 мл 5% раствора глюкозы, скорость введения - 7 кап. /мин.

**Синдром внезапного прекращения кровообращения (клиническая смерть).**

Признаки: отсутствие сознания, прекращение дыхания, отсутствие пульса на сонной артерии, расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет.

**Алгоритм неотложной помощи.**

- вызвать бригаду скорой помощи;

- привести кресло в положение лежа или уложить пациента на пол;

- расстегнуть стесняющую одежду, под лопатки положить валик;

- осуществить непрямой массаж сердца в сочетании с «ИВЛ»;

- проводить реанимационный комплекс в течение 30 минут.

**Профилактика.**

- тщательно собирать анамнез жизни;

- создание спокойной обстановки в кабинете, успокоить пациента, проводить

- психологическую подготовку пациента;

- избегать болезненности при проведении манипуляций;

- контролировать общее состояние пациента во время проведения манипуляции;

- проводить соответствующую лекарственную премедикацию.

**Плановые количественные и качественные показатели деятельности за 3 года работа (2019-2020-2021 г.г.)**

 За отчетный период времени мною, врачом-стоматологом-терапевтом, проведена следующая работа:

***ТАБЛИЦА №1***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | **Количественные показатели деятельности врача-стоматолога-терапевта** | **Год** |
| **2019** | **2020** | **2021** |
| 1. | Рабочих дней: | 215,3 | 222,8 | 237,0 |
| 2. | Всего посещений: | 1142 | 1289 | 1619 |
| в том числе принято первичных больных: | 548 | 696 | 925 |
| в том числе посещений с заболеванием тканей пародонта: | 116 | 124 | 141 |
| в том числе посещений с заболеванием слизистой оболочки полости рта: | 14 | 19 | 24 |
| 3. | Осмотры, советы: | 296 | 428 | 480 |
| 4. | Другие амбулаторные вмешательства: | 227 | 234 | 256 |
| 5. | Запломбировано зубов всего: | 2352 | 2468 | 2696 |
| в том числе с диагнозом «Кариес зубов»: | 1886 | 2071 | 2455 |
| 5. | в том числе по поводу осложненных форм «Кариеса зубов» всего: | 466 | 397 | 241 |
| из них с диагнозом «Болезни пульпы зуба» («Р»): | 382 | 311 | 160 |
| из них с диагнозом «Болезни периапикальных тканей («Pt»): | 94 | 86 | 81 |
| 6. | Восстановление зубов пломбами всего: | 2468 | 2567 | 2774 |
| в том числе с использованием фотополимеров («СОМ»): | 1263 | 1293 | 1414 |
| в том числе с использованием композиционных материалов: | 1205 | 1234 | 1360 |
| 7. | Снятие наддесневых и поддесневых зубных отложений: | 154 | 186 | 220 |
| 8. | Нуждалось в санации полости рта: | 316 | 303 | 298 |
| 9. | Санировано всего: | 457 | 481 | 642 |
| 10. | Санировано в 1 посещение: | 201 | 276 | 376 |
| 11. | Выполнено условных единиц трудоемкости (УЕТ): | 11626,25 | 12448,84 | 13509,18 |

Главный врач А.Г. Климов

Медицинский статистик В.В. Куртова

***ТАБЛИЦА №2***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | **Средние и качественные показатели врача-стоматолога-терапевта** | **Год** |
| **2016** | **2017** | **2018** |
| 1. | Посещений в день: | 5,3 | 5,8 | 6,8 |
| 2. | Первичных в день: | 2,4 | 2,5 | 3,9 |
| 3. | % первичных от всех посещений: | 48,0 | 54,0 | 57,1 |
| 4. | Запломбировано всего зубов в день: | 10,9 | 11,1 | 11,4 |
| в том числе с диагнозом «Кариес зубов»: | 8,7 | 9,3 | 10,4 |
| 4. | в том числе по поводу осложненных форм «Кариеса зубов»: | 2,2 | 1,8 | 1,2 |
| 5. | Восстановление зубов пломбами в день: | 11,5 | 11,5 | 11,7 |
| 6. | % нуждающихся от числа первичных: | 57,7 | 43,5 | 32,2 |
| 7. | Санировано в день: | 2,1 | 2,2 | 2,7 |
| 8. | % санировано в 1 посещение: | 44,0 | 57,4 | 58,6 |
| 9. | Выполнено условных единиц трудоемкости (УЕТ) в день: | 54,3 | 55,9 | 57,0 |

За отчетный период времени прослеживается положительная динамика в работе. Так при анализе средних, так и качественных показателей прослеживается увеличение:

- количества посещений в день с 5,3 в 2019 году да 6,8 в 2021 году

- увеличился % первичных посещений в день с 27,15 в 2016 году до 29,53% в 2018 году

- прослеживается увеличение запломбированных зубов в день с 3,48 в 2016 году до 4,36 в 2018 году

- восстановление зубов пломбами в день с 3,54 в 2016 году до 4,55 в 2018 году.

Главный врач А. Г. Климов

Медицинский статистик В. В. Куртова

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. Благодаря хорошей профилактической направленности работы увеличивается выявление стоматологических заболеваний на наиболее ранних стадиях.

2. Необходимо обеспечивать приоритет профилактики в сфере охраны здоровья и пропаганды формирования у граждан здорового образа жизни.

3. Совершенствовать следующие организационные мероприятия:

- использование печатной продукции на темы стоматологического здоровья для целевых групп населения;

- проведение лекций, бесед, обучающих мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний для пациентов;

- участие в акциях и мероприятиях, направленных на формирование здорового образа жизни;

- онлайн-консультирование по вопросам стоматологического здоровья через официальный сайт Учреждения;

- динамическое наблюдение и проведение лечебных и реабилитационных мероприятий;

- достижение среднего количества здоровых секстантов пародонта в пределах 5,5 и выше;

- проведение профилактических осмотров и санация полости рта граждан в возрасте 35-55 лет в целях: достижения средней величины индекса КПУ 10,0 и ниже, сохранения в 90% случаев 20 и более естественных функционирующих зубов, снижения количества «беззубых» граждан до 1%, достижения среднего количества здоровых секстантов пародонта - более 2,0; проведение профилактических осмотров, активная санация полости рта и зубопротезирование граждан в возрасте 65 - 74 лет в целях получения функционально полноценной окклюзии (естественной или восстановленной зубными протезами), снижение количества полностью «беззубых» лиц до 1% и менее, достижение среднего количества секстантов с глубокими карманами - не более 0,5.

4. В целях формирования позитивной мотивации к сохранению стоматологического здоровья, повышения уровня стоматологического здоровья совершенствовать программы профилактики заболеваний органов полости рта и зубов, состоящей из следующих блоков:

4.1. **Информационный блок.** Информирование граждан через официальный сайт Учреждения, посредством размещения информационных модулей (стендов, стоек) и плакатов о необходимости регулярных осмотров и профилактики заболеваний органов полости рта и зубов.

4.2. **Обучающий блок.** Проведение лекций и бесед среди различных возрастных категорий граждан на индивидуальном и групповом уровне обучающих мероприятий, бесед.

4.3. **Диагностический блок.** Проведение профилактических осмотров полости рта.

4.4. **Профилактический блок.** Реализация комплекса профилактических мероприятий.

4.5. **Лечебный блок.** Своевременность и правильность выбора методов диагностики, лечения в связи с выявленными при осмотре заболеваниями органов полости рта и зубов, степень достижения запланированного результата.

5. Для реализации запланированных целей необходимо совершенствовать механизм маршрутизации пациента с максимально удобным вариантом дистанционной записи к врачу-специалисту.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.**

1. В.П. Блохин, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров, Е.В. Леонова, В.С. Казаков, Ю.С. Соснина «Комплексное лечение генерализованного пародонтита», СПб МАПО, 2007.

2. Б.Т. Мороз, О. В. Мироненко «Особенности дезинфекции и стерилизации в амбулаторной стоматологии», практическое руководство, СПб, 2008,

3. «Терапевтическая стоматология», учебник под редакцией проф. Г.М. Барера, М: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

4. Ю.А. Федоров, С.А. Туманова, Е.В. Леонова, Н.В. Рубежова, И. А. Киброцашвили, Н.Е. Абрамова «Повышенная чувствительность зубов. Клиническая картина, диагностика и лечение», СПб МАПО, 2010.

5. Ж. А. Баарт, Х. С. Бранд «Местная анестезия в стоматологии», медицинская литература, 2010.

6. И.В. Фирсова, А.Н. Попова, Х.Ю. Салямов, М.Б. Морозова «Примеры ведения медицинской карты в практике терапевтической стоматологии», учебное пособие, Волгоград: ООО «Феникс», 2011.

7. Л.Л. Лазаренко, Б.Т. Мороз «Аллергические реакции в практике врача-стоматолога», учебное пособие, 2012.

8. И. В. Кулик, Л.В. Миргородская, М.А. Шевяков «Клиника, диагностика и основные принципы лечения кандидоза слизистой оболочки рта», учебное пособие, СПб, 2012.

9. E.В. Боровский «Терапевтическая стоматология. Болезни пародонта», учебник, М: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

10. Б.Т. Мороз, В.Р. Вебер «Болезни полости рта в общей врачебной практике», Санкт-Петербург. 2013.

11. С.А. Рабинович, Е.Н. Анисимова, Л.А. Аксамит, Е.В. Зорян «Средства и способы местного обезболивания в стоматологии», учебное пособие, М, 2013.

12. И.К. Луцкая «Эндодонтия», практическое руководство, 2013.

13. Терезхальми Геза Т., Хубер Михаэль А., Джонс Энн Кале «Физикальное исследование в стоматологической практике», практическое руководство, 2013.

14. Л.М. Лукиных, Н.В. Круглова «Оптимизация комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта», монография, Нижма НГМА, 2013.

15. В.В. Афанасьева, О.О. Янушевича «Стоматология. Запись и ведение истории болезни», руководство, ГОТАР-Медиа, 2013.

16. Ю.М. Максимовский, А.В. Митронин «Терапевтическая стоматология. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия», учебное пособие, М: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

17. Е.А. Шевченко, Л.М. Лукиных, О.А. Успенская «Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии», учебно-методическое пособие, НижГМА, 2014.

18. В.Л. Ковальский «Алгоритмы организации и оказания основных видов стоматологической помощи», практическое руководство, Медицинская книга, 2014.

19. Н.И. Крихели «Методы обследования в эстетической стоматологии», практическая медицина, 2015.

20. Паскаль Магне, Юр Бельсер «Адгезивные керамические реставрации передних зубов», МЕДпресс-информ, 2015.

21. И. В. Кулик, Л.В. Миргородская, И.К. Евсеева, Е.А. Хромова, Е.А. Лесоцкая «Пузырные дерматозы: пузырчатка (pemphigus). Патогенез, лабораторная диагностика, клиника», учебное пособие, СПб, 2015.

22. И. В. Кулик, Е.С. Михайлова, В.А. Гордеева, Н.Е. Абрамова, Л.В. Миргородская «Парестезия слизистой оболочки рта», учебное пособие, СПб, 2015.

23. Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Г.В. Банченко и др. «Терапевтическая стоматология», учебник, 2016.

24. Базикян, Л.В. Волчкова, Г.И. Лукина «Пропедевтическая стоматология. Ситуационные задачи» учебное пособие, ГЭОТАР-Медиа, 2016.

25. А.В. Силин, Е.Ю. Лубская, М.А. Николаева «Анатомия и морфология зубов. Особенности строения корневых каналов», СПб, 2016.

26. В.Н. Трезубов, В.Р. Вебер, Л.М. Мишиев «Справочник врача-стоматолога по клинической фармакологии», учебное пособие. Издатель «Человек», 2017.

27. О.А. Успенская, А. А. Плишкина, М.Л. Жданова «Гиперестезия зубов», учебное пособие, НижГМА, 2017,

28. Фил Джевон «Неотложные состояния в стоматологической практике», Клиническое руководство. 2017.

29. А.П. Григорьянц, И.Н. Антонова, И.В. Марусов, Т.Д. Федосенко, А.А. Григорьянц «Местное обезболивание в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», СПб, 2017.

30. И.К. Луцкая, В.Ю. Мартов «Лекарственные средства в стоматологии», Медицинская литература, 2018,

31. Н.И. Крихели «Эстетическая стоматология», Практическая Медицина, 2018.

32. А. И. Николаев, А. И. Цепов, И.М. Макеева, А.П. Ведяева «Профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта у взрослых», МЕДпресс-информ, 2018.

33. А. И. Николаев «Практическая терапевтическая стоматология», МЕДпресс-информ, 2018.

34. Л.А. Аксамит, А.А. Цветкова. «Заболевания слизистой оболочки рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение», М: МЕДпресс-информ, 2018.

35. Р.В. Ушаков, В.Н. Царев «Антимикробная терапия в стоматологии. Принципы и алгоритмы», Практическая медицина, 2018.

36. С.Б. Улитовский «Средства индивидуальной гигиены», СИМК, 2018.

37. Л.М. Лукиных «Механическая обработка корневых каналов», НижГМА-ПИМУ, 2018.

38. Дж. Сильверман, С. Кери, Дж, Дж. Дрейпер «Навыки общения с пациентами». Гранат Россия, 2018.

39. Научно-практические журналы: «Российский стоматологический журнал», «Институт стоматологии», «Новое в стоматологии», «Стоматология», «Клиническая стоматология», «Эстетическая стоматология», «Пародонтология», «Современные технологии в медицине», Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова.

врач стоматолог-терапевт: (Латенко Людмила Ивановна)

«СОГЛАСОВАНО»:

заведующая отделением, врач-стоматолог-терапевт

ПО №1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(И.Л.Соловьева)

Приложение № 1.

**Клинические примеры П-II-IV касс полости по Блэку.**

Пример I. Пациент 38 лет, обратился с жалобами на чувство «дискомфорта и попадание пиши в области нижней челюсти слева, после осмотра и постановки диагноза «Кариес зубов» (кариес дентина 36 зуба, мезиально-жевательная поверхность), II класс по Блэку, К 02.1 по МКБ -Х).

Реставрация 36

|  |  |
| --- | --- |
| Полость после препарирования | Восстановление 36 зуба пломбой с использованием материала из фотополимера «Filtek «Ultimate» |

Пример II. Пациентка Л, 33 лет, обратилась с жалобами на эстетический дефект в области верхней челюсти справа. После осмотра – установлен диагноз «Кариес дентина» 11 зуба, IV класс по Блэку (К 02.1 по МКБ -X).

Эстетическая реставрация 11 зуба.

|  |  |
| --- | --- |
| Полость после препарирования | Восстановление 11 зуба пломбой с использованием материала из фотополимера «Esteliite Flow Quick» (A 3,5)/Esteliite Sigma (A2) |

Пример III. Пациентка, 45 лет, обратилась с жалобами на попадание пищи в области нижней челюсти справа. После осмотра - установлен клинический диагноз: «Кариес зубов» (кариес дентина» 46, 47 зубов, апроксимально-дистальная поверхность, К 02.1 по МКБ -Х).

Реставрация 46,47

|  |  |
| --- | --- |
| Полости после препарирования | Восстановление 46, 47 зубов пломбами с использованием материала из фотополимера «Filtek Z 550» |

Реставрация 45, 46 зубов.

|  |  |
| --- | --- |
| Полости после препарирования | Восстановление 45, 46 зубов пломбами с использованием материала из фотополимера «Filtek Z 250» |
| 45, 46 зубы после финишной обработки пломб |  |

Приложение 2.

**Клинические примеры эндодонтического лечения.**

**Контрольные визиограммы после эндодонтического лечения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11, 21 зубы | 33, 34 зубы | 43, 44, 45 зубы |
|  | 47 зуб |  |