**ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ**

**Первый год обучения**

**Первый семестр**

**Производственная (клиническая) стоматология детского возраста (базовая)**

**ПК-1, 2, 5, 6, 7**

**Перечень вопросов для собеседования**

**по практике**

**(наименование дисциплины)**

**по специальности 31.08.76 Стоматология детская**

**(код и наименование)**

Инструкция Внимательно прочитайте задание, подумайте.

Время выполнения задания – 5 минут

**Раздел 1. Профилактика стоматологических заболеваний**

1. Современные принципы оказания профилактической помощи материнству и детству.
2. Преемственность в работе женских консультаций, детских поликлиник и детских стоматологических поликлиник.
3. Профилактика кариеса.
4. Роль питания.
5. Медикаментозные методы коррекции питания у детей.
6. Значение фтора в организме ребёнка.
7. Системные средства профилактики.
8. Современные средства и методы профилактики кариеса зубов в детском возрасте.
9. Показания и противопоказания системного применения фторидов.
10. Преимущества и недостатки методов системного применения фторидов.
11. Герметизация фиссур интактных зубов.
12. Современные средства индивидуальной гигиены полости рта в детском возрасте.
13. Профессиональная гигиена полости рта, объём, средства,методы, оборудование.

**Раздел 2. Организация стоматологической помощи и диспансеризация**

1. Организация стоматологической помощи детям.
2. Медицинская психология, этика и деонтология.
3. Планирование и учёт работы.
4. Диспансеризация.

**Раздел 10. Аномалии ЗЧС, дефекты зубных рядов и челюстей**

1. Этиология и патогенез зубочелюстных аномалий.
2. Классификация зубочелюстных аномалий.
3. Диагностика зубочелюстных аномалий.
4. Современные направления ортодонтического лечения.
5. Профилактика зубочелюстных аномалий.

**Комплект ситуационных заданий**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид** | **Код** | **Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса** |
|  |  |  |
| Н | - | 001 |
| Ф | А/01.7 | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| Ф | А/02.7 | Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения |
| Ф | А/03.7 | Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ |
| Ф | А/04.7 | Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения |
|  |  |  |
| И | - | **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ** |
| У | - | К врачу – стоматологу обратилась мама с 13-летним сыном с жалобами на изменѐнный цвет зубов.При осмотре выявлено: лицо симметрично, СОПР бледно-розового цвета. Зубы обильно покрыты мягким зубным налѐтом. После его снятия, на пришеечных поверхностях зубов, наблюдается множество очагов деминерализации.При окрашивании 2% водным раствором метиленового синего, пятна приобретают голубую окраску. ГИ – 3,0Зубная формула:  с с с с8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 88 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| В | 1 | Определите гигиенический индекс пациента. |
| Э | - | Гигиенический индекс определяют по интенсивности окраски губной поверхности шести нижних фронтальных зубов йод-йодисто-калиевым раствором. Оценка окрашивания:Окрашивание всей поверхности коронки означает 5 баллов;Окрашивание ¾ поверхности коронки – 4 балла; Окрашивание ½ поверхности коронки – 3 балла; Окрашивание ¼ поверхности коронки – 2 балла; Отсутствие окрашивания – 1 балл. Оценку проводят по пятибалльной системе и рассчитывают по формуле: Кср=(∑Кu)/nгде Кср. – общий гигиенический индекс очистки; Кu – гигиенический индекс очистки одного зуба; n – количество зубов.Результаты оценивают следующим образом:• хороший ИГ - 1,1-1,5 балла;• удовлетворительный ИГ - 1,6-2 балла;• неудовлетворительный ИГ - 2,1-2,5 балла;• плохой ИГ - 2,6-3,4 балла;• очень плохой ИГ - 3,5-5 баллов.Гигиентический индекс данного пациента плохой ,так как сумма значений индекса у всех окрашенных зубов ,поделенная на количество обследованных зубов (шесть),составила 3 балла. |
| Р2 | - | Оценка гигиенического индекса проведена верно. |
| Р1 | - | Оценка гигиенического индекса проведена частично верно: нет обоснования. |
| Р0 | - | Оценка гигиенического индекса проведена неверно. |
|  |  |  |
| В | 2 | Поставьте предварительный диагноз. |
| Э | - | K02.0 Кариес эмали. Стадия «мелового пятна». Начальный кариес зубов 1.1, 2.1, 2.2, 2.4 |
| Р2 | - | Диагноз указан верно. |
| Р1 | - | Диагноз указан частично верно: неверно указан код по МКБ10.или Не указана стадия заболевания. |
| Р0 | - | Диагноз указан неверно. |
|  |  |  |
| В | 3 | Укажите причину данной патологии. |
| Э | - | Причина данной патолдогии заключается в1) неудовлетворительная гигиена рта. Неправильная техника чистки зубов.2) преобладание в рационе пищи, богатой легкоферментируемыми углеводами3) низкая резистентность эмали; 4)дефицит белков, витаминов и минералов в рационе питания;5) недостаточное количество фтора в питьевой воде; 6) нарушение биохимического состава слюны, гипосаливация, ксеростомия; 7)аномалии зубов и нарушения прикуса, скученность зубов;8) общие соматические заболевания |
| Р2 | - | Все причины указаны верно. |
| Р1 | - | Причины указаны частично верно: указано не менее 3 причин. |
| Р0 | - | Причины указаны частично верно: указано менее 3 причин. |
|  |  |  |
| В | 4 | Проведите дифференциальную диагностику. |
| Э | - | Кариес зубов в стадии мелового пятна необходимо дифференцировать с 1) Гипоплазей эмали, когда она проявляется в виде белых или пигментированных пятен, располагающихся на губных поверхностях резцов и клыков обеих челюстей ближе к режущему краю зубов. Общим признаком гипоплазии с кариозным пятном является изменение цвета эмали на ограниченном участке поверхности зуба. При гипоплазии пятна резко отграничены от здоровой эмали по периферии, эмаль не теряет блеска. Локализация пятна не характерна для кариеса. Белые кариозные пятна локализуются в пришеечной области, поверхность эмали становится матовой, границы пятна нечеткие. Если пятно пигментировано, то поверхность эмали шероховатая.2) Флюороз напоминает кариес в начальных стадиях (белые и пигментированные пятна) и в заключительной, когда развиваются дефекты эмали и дентина. При флюорозе пятна на эмали множественные и располагаются на любом участке коронки, в отличие от одиночных пятен при кариесе, локализующихся в пришеечной или контактных поверхностях и окрашивающихся 2 %-ным раствором метиленового синего. Степень изменения тканей зуба при флюорозе находится в прямой зависимости от количества поступающего в организм фтора. |
| Р2 | - | Дифференциальная диагностика данного заболевания проведена верно. |
| Р1 | - | Заболевания с которыми проводят дифференциальную диагностику данного заболевания указаны частично верно: неверно указана одна из нозологий. |
| Р0 | - | Заболевания с которыми проводят дифференциальную диагностику данного заболевания указаны неверно. |
|  |  |  |
| В | 5 | Какова профилактика данного заболевания? |
| Э | - | Обучение и подбор индивидуальных средств гигиены:1) щетки Junior (Жесткость: medium)2)флоссы ,ирригаторы полости рта3) Зубные пасты со фторидами 1450ррм. Например, R.O.C.S. Teens комплекс AMIFLUOR® - ксилит и аминофторид4.) ополаскиватели с фторидами, без спирта. Например, Альбадент детский, стоматофит детский, эльмекс. Спрей для полости рта на серебряной воде Silver Fresh Bambino с коллоидным серебром. 5) Коррекция питания, исключение углеводистых перекусов, употребление в пищу продуктов, богатых кальцием, фосфором и фтором, чистка зубов после каждого приема пищифторирование зубов 6 раз в год. |
| Р2 | - | Профилактика данного заболевания указана верно. |
| Р1 | - | Профилактика данного заболевания указана частично верно: не указаны примеры. |
| Р0 | - | Профилактика данного заболевания проведена неверно. |
|  |  |  |
| Н | - | 002 |
| Ф | А/02.7 | Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения |
| Ф | А/04.7 | Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения |
|  |  |  |
| И | - | **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ** |
| У | - | Ребенок 6 лет явился на профилактический осмотр. ГИ по Федоровой Володкиной = 2.0. Зубная формула 6 V lV lll ll 1 1 ll lll lV V 6. Со слов ребенка чистку зубов производит лишь в утреннее время гигиенической зубной пастой |
| В | 1 | Подберите ребенку индивидуальные средства гигиены (паста, щетка). Приведите примеры. |
| Э | - | ЗУБНАЯ ЩЕТКА – средней степени жесткости или мягкая,5 поколение. Например, Silver Care Teen, ROCS Teen, Jordan , CURAPROX SMARTЗУБНАЯ ПАСТА со фтором (ppm-1000)-лечебно-профилактическая. Например, ROCS Teen, Lacalut Teens, President Junior, Элмекс Джуниор |
| Р2 | - | Индивидуальные средства гигиены подобраны верно. Примеры указаны. |
| Р1 | - | Индивидуальные средства гигиены подобраны верно. Примеры не указаны. |
| Р0 | - | Индивидуальные средства гигиены подобраны неверно. Примеры не указаны. |
|  |  |  |
| В | 2 | Опишите алгоритм стандартного метода чистки зубов. |
| Э | - | Алгоритм стандартного метода чистки зубов 1. Разделить зубной ряд на несколько сегментов: моляры, премоляры, передние зубы. 2. Расположить щетку под углом 45 градусов к поверхности зубов (зубные ряды разомкнуты). 3. Чистить зубы с вестибулярной поверхности верхней челюсти слева, выполняя щеткой 10 подметающих движений сверху вниз, затем перейти ко всем остальным сегментам. 4. Чистить зубы с небной поверхности верхних зубов, переходя по сегментам от левого к правому, делая на каждом 10 подметающих движений. 5. Чистить зубы нижней челюсти в той же последовательности. 6. Чистить все поверхности зубов движениями щетки вперед-назад по 10 движений на каждую поверхность. 7. Завершить чистку зубов круговыми движениями по вестибулярной поверхности с захватом зубов и десен. |
| Р2 | - | Алгоритм стандартного метода чистки зубов описан верно, указаны все пункты алгоритма. |
| Р1 | - | Алгоритм стандартного метода чистки зубов описан частично верно: указаны неверно не более двух пунктов алгоритма. |
| Р0 | - | Алгоритм стандартного метода чистки зубов описан неверно, указаны неверно более двух пунктов алгоритма. |
|  |  |  |
| В | 3 | Что будет входить в дополнительные мероприятия профилактики стоматологических заболеваний рта? |
| Э | - | В дополнительные мероприятия профилактики стоматологических заболеваний рта будет входить: реминерализирующая терапия, флоссинг, герметизация фиссур, использование ирригатора, ополаскиватели для полости рта со фтором. |
| Р2 | - | Дополнительные мероприятия профилактики стоматологических заболеваний рта указаны верно. |
| Р1 | - | Дополнительные мероприятия профилактики стоматологических заболеваний рта указаны частично верно: указано не менее трех мероприятий. |
| Р0 | - | Дополнительные мероприятия профилактики стоматологических заболеваний рта указаны частично верно: указано менее трех мероприйилиДополнительные мероприятия профилактики стоматологических заболеваний рта указаны неверно. |
|  |  |  |
| В | 4 | Опишите метод определения индекса гигиены по Федорова-Володкиной. |
| Э | - | Для оценки гигиенического состояния полости рта по методу Федорова-Володкиной (1971 г.) окрашивают губную поверхность шести нижних фронтальных зубов 321 | 123 раствором Шиллера-Писарева.Оценку интенсивности окрашивания зубного налета оценивают баллами:1 балл - отсутствие окрашивания;2 балла - окрашивание 1/4 поверхности коронки зуба;3 балла - окрашивание 1/2 поверхности коронки зуба;4 балла - окрашивание 2/3 поверхности коронки зуба;5 баллов - окрашивание всей поверхности коронки зуба.Для вычисления индекса делят сумму значений индекса у всех окрашенных зубов на количество обследованных зубов (шесть).Результаты гигиены полости рта оценивают следующим образом:• хорошая гигиена - 1,1-1,5 балла;• удовлетворительная гигиена - 1,6-2 балла;• неудовлетворительная гигиена - 2,1-2,5 балла;• плохая гигиена - 2,6-3,4 балла;• очень плохая гигиена - 3,5-5 баллов. |
| Р2 | - | Метод определения индекса гигиены по Федорова-Володкиной описан верно. |
| Р1 | - | Метод определения индекса гигиены по Федорова-Володкиной описан частично верно: неверно указаны баллы конечных результатов. |
| Р0 | - | Метод определения индекса гигиены по Федорова-Володкиной описан неверно. |
|  |  |  |
| В | 5 | Проведите неинвазивное запечатывание фиссур с помощью светоотверждаемого герметика. |
| Э | - | Неинвазивная (простая герметизация)Методика проведения :• Механическая очистка зуба с помощью механической щетки и полировочной пасты.• Изоляция зуба от ротовой жидкости и протравливание 30-37% раствором либо жидкотекучим гелем фосфорной кислоты в течение 60 секунд.• Удаление протравочного агента с помощью струи воды в течение 40-60 секунд. Высушивание зуба.• Внесение герметика с помощью зонда, канюли. • Фотополимеризация в течение 60 секунд.• Контроль окклюзии. • Местное фторирование. |
| Р2 | - | Неинвазивное запечатывание фиссур описано верно. |
| Р1 | - | Неинвазивное запечатывание фиссур описано частично верно: не верно указан один из пунктов методики проведения. |
| Р0 | - | Неинвазивное запечатывание фиссур описано неверно. |
|  |  |  |
| Н | - | 003 |
| Ф | А/01.7 | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| Ф | А/02.7 | Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения |
| Ф | А/04.7 | Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения |
|  |  |  |
| И | - | **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ** |
| У | - | Пациент Н., возраст 2 года. Родители обратились с жалобами на образование на эмали зубов ребенка белесоватых пятен. Иных жалоб не предъявляют. При клиническом осмотре на вестибулярной поверхности верхних резцов 5.1, 5.2, 6.1, 6.2 обнаружены меловидные пятна. При зондировании в области пятен определяется шероховатая поверхность. Термометрия отрицательна |
|  |  |  |
| В | 1 | Поставьте предварительный диагноз |
| Э | - | Начальный кариес. Кариес в стадии пятна. МКБ10 - К02.0 Кариес эмали. |
| Р2 | - | Диагноз полностью поставлен верно. |
| Р1 | - | Диагноз поставлен частично верно: неверно указана глубина поражения; неверно указан код по МКБ10 |
| Р0 | - | Диагноз поставлен неверно. |
|  |  |  |
| В | 2 | Укажите основные методы диагностики кариеса. |
| Э | - | Опрос (жалобы, анамнез заболевания и жизни), осмотр, зондирование, перкуссия. |
| Р2 | - | Основные методы указаны верно. |
| Р1 | - | Основные методы указаны частично верно: отсутствует один метод диагностики кариеса.  |
| Р0 | - | Основные методы указаны частично верно:отсутствуют более одного метода диагностики илиМетоды диагностики полностью указаны неверно. |
|  |  |  |
| В | 3 | С какими заболеваниями дифференцируют данное заболевание? |
| Э | - | Данное заболевание дифференцируют с эндемическим флюорозом, гипоплазией эмали, зубами Тюрнера. |
| Р2 | - | Заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику, указаны верно. |
| Р1 | - | Заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику, указаны частично верно: указано только две нозологии. |
| Р0 | - | Заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику указаны, частично верно: указана только одна нозология илиЗаболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику, указаны неверно |
|  |  |  |
| В | 4 | Предложите два основных метода лечения. |
| Э | - | 1 метод: введение основных минеральных компонентов - реминерализирующая терапия.2 метод: серебрение 30 % раствором нитрата серебра |
| Р2 | - | Методы лечения указаны верно. |
| Р1 | - | Методы лечения указаны частично верно: указан только один метод лечения. |
| Р0 | - | Методы лечения полностью указаны неверно. |
|  |  |  |
| В | 5 | Какие рекомендации может дать врач-стоматолог данному пациенту? |
| Э | - | Данному пациенту врач-стоматолог может рекомендовать:1) Рациональное питание. Исключение из рациона большого количества углеводистой пищи. Включение в рацион растительной пищи, а также продуктов насыщенных ионами фтора и кальция.2) Правильный подбор гигиенических средств ухода за полостью рта: зубная паста, зубная щетка. Разъясняется необходимость контролируемой чисти зубов дважды в день.3) Пройти лечение общих хронических и системных заболеваний ребенка.4) Регулярное динамическое наблюдение у врача стоматолога детского. После проведения курса лечения начального кариеса, рекомендуется обратиться с целью осмотра через 2-3 месяца. |
| Р2 | - | Рекомендации даны полностью верно. |
| Р1 | - | Рекомендации даны частично верно: указаны две или три рекомендации. |
| Р0 | - | Рекомендации даны неверно: указано не более двух рекомендаций. |
|  |  |  |
| Н | - | 004 |
| Ф | А/01.7 | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза |
| Ф | А/02.7 | Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения |
| Ф | А/04.7 | Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения |
|  |  |  |
| И | - | **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ** |
| У | - | К врачу – стоматологу обратилась мама с 6-летним ребенком с жалобами на выпадение пломбы, застревание пищи в межзубном промежутке в области 64 и 65 зубов. 64 и 65 были лечены по поводу кариеса 3 месяца назад. Зуб не болит. Перенесенные заболевания: ОРЗ 2-3 раза в год. Аллергологический анамнез не отягощен. Гепатит отрицает. Родился здоровым, доношенным. При осмотре выявлено: лицо симметрично, кожные покровы чистые. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Прикус ортогнатический. СОПР бледно-розового цвета. ГИ =2.Зубная формула. КПУ+кп=6 (II степень активности кариеса) П П П6 V IV III II I ǀ I II III IV V 66 V IV III II 1 ǀ 1 II III IV V 6 П П П |
| В | 1 | Оцените гигиенический статус пациента. |
| Э | - | Гигиенический индекс определяют по интенсивности окраски губной поверхности шести нижних фронтальных зубов йод-йодисто-калиевым раствором. Оценка окрашивания:Окрашивание всей поверхности коронки означает 5 баллов;Окрашивание ¾ поверхности коронки – 4 балла; Окрашивание ½ поверхности коронки – 3 балла; Окрашивание ¼ поверхности коронки – 2 балла; Отсутствие окрашивания – 1 балл. Оценку проводят по пятибалльной системе и рассчитывают по формуле: Кср=(∑Кu)/nгде Кср. – общий гигиенический индекс очистки; Кu – гигиенический индекс очистки одного зуба; n – количество зубов.Результаты оценивают следующим образом:• хороший ИГ - 1,1-1,5 балла;• удовлетворительный ИГ - 1,6-2 балла;• неудовлетворительный ИГ - 2,1-2,5 балла;• плохой ИГ - 2,6-3,4 балла;• очень плохой ИГ - 3,5-5 баллов.ГИ удовлетворительный ,так как сумма значений индекса у всех окрашенных зубов ,поделенная на количество обследованных зубов (шесть),составила 2 балла. |
| Р2 | - | Оценка гигиенического индекса проведена верно. |
| Р1 | - | Оценка гигиенического индекса проведена частично верно: нет обоснования. |
| Р0 | - | Оценка гигиенического индекса проведена неверно. |
|  |  |  |
| В | 2 | Опишите Status localis 6.5 зуба. |
| Э | - | Status localis: зуб 6.5 - на медиальной поверхности кариозная полость в пределах эмалево-дентинной границы, дно, стенки светлые, слабопигментированные, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, полость зуба не вскрыта, на температуру безболезненная реакция, перкуссия безболезненная, слизистая бледно-розового цвета. |
| Р2 | - | Status localis описан верно. |
| Р1 | - | Status localis описан частично верно: указаны не все пункты объективного исследования.. |
| Р0 | - | Status localis описан не верно. |
|  |  |  |
| В | 3 | Поставьте диагноз. |
| Э | - | Диагноз: 65 острый средний кариес, МКБ К02.1. |
| Р2 | - | Диагноз указан верно. |
| Р1 | - | Диагноз указан частично верно: неверно указан код по МКБ10.или Не указана глубина поражения зуба. |
| Р0 | - | Диагноз указан неверно. |
|  |  |  |
| В | 4 | Проведите дифференциальную диагностику острого среднего кариеса с начальным и поверхностным кариесом. |
| Э | - | 1) Начальный кариес (острое или острейшее течение).Жалоб на боли нет. Выявляют начальный кариес во время профилактического осмотра. Иногда могут родители предъявлять жалобы на изменение цвета эмали. Для начального кариеса характерно: наличие пятен в виде участков помутнения эмали белого или меловидного цвета с нечеткими контурами, лишенных естественного блеска, без нарушения целостности эмали. Чаще начальный кариес выявляется в пришеечной области на вестибулярной поверхности любой группы зубов. При зондировании определяется шероховатость. Окрашивается очаг поражения 2% раствором метиленового синего, интенсивность которого находится в прямой зависимости от степени деминерализации эмали.2) Поверхностный кариес. Жалобы на кратковременную боль от химических раздражителей, но может протекать бессимптомно. При локализации на апроксимальной поверхности жалобы на попадание пищи между зубами. При осмотре выявляют неглубокую кариозную полость, локализующуюся в пределах эмали. Эмаль, окружающая кариозную полость, хрупкая, мягкая, белого цвета. Дефекты эмали обширные с неровными краями, т.к. процесс распространяется вширь. Характерна пришеечная локализация («циркулярный» кариес).  |
| Р2 | - | Дифференциальная диагностика данного заболевания проведена верно. |
| Р1 | - | Дифференциальная диагностика данного заболевания проведена частично верно: нет полного обоснования.. |
| Р0 | - | Дифференциальная диагностика данного заболевания проведена неверно. |
|  |  |  |
| В | 5 | Составьте план лечения и профилактики. |
| Э | - | Лечение: необходимо наложить изоляцию данного зуба, провести препарирование кариозной полости зуба 6.5, затем полость необходимо обработать 0,02% хлоргекседином, высушить полость, нанести праймер, провести светополимеризацию,наложить пломбу светового отверждения, например Vitremer. Провести полировку пломбы.Профилактика общая: использовать в пищу фторированную соль, «Кальцемин» по 1 табл 1 раз в день. Курс 1 месяц. (по согласованию с педиатром).Профилактика местная: Обработка зубов фторлаком. Провести герметизацию фиссур 16, 26, 36, 46 –Fissurit F. Обучить стандартной методике чистки зубов- проведести контролируемую чистку зубов. Дать рекомендации по питанию.Рекомендации на дом: назначена фторсодержащая зубная паста Elmex, зубная щетка Зубная щетка ORAL- B электрическая Squish Grip Disney. В течении месяца по утрам чистить реминирализирующим гелем R.O.C.S. Medical Minerals. Явка 3 раза в год. |
| Р2 | - | План лечения и профилактики составлены верно. |
| Р1 | - | План лечения и профилактики составлены частично верно: не указаны примеры и дозировки препаратов. |
| Р0 | - | План лечения и профилактики составлены неверно. |
|  |  |  |

**ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ**

**Первый год обучения**

**Первый семестр**

**Производственная (клиническая) стоматология детского возраста (базовая)**

**ПК-1, 2, 5, 6, 7**

**1.Современные принципы оказания лечебно-профилактической стоматологической помощи детям и материнству.**

Последовательность и преемственность профилактических и лечебных мероприятий. Начиная с антенатального периода развития и в течение всего периода детства. Приоритет мероприятий первичной профилактики стоматологических заболеваний.

Мониторинг стоматологической заболеваемости и основных факторов риска.

Комплексное воздействие на наиболее важные факторы риска стоматологических заболеваний, в первую очередь на поведенческие.

Включение вопросов профилактики стоматологических заболеваний в общие профилактические программы, основанные на мультидисциплинарном универсальном подходе, предусматривающем устранение общих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний человека.

**2.Преемственность в работе женских консультаций, детских поликлиник и детских стоматологических поликлиник.**

К основным методам профилактики основных стоматологических заболеваний среди населения относят:

стоматологическое просвещение;

обучение правилам рационального питания и гигиенического ухода за полостью рта;

использование препаратов фтора (коммунальные и местные методы);

плановую санацию полости рта.

Профилактическая работа в женских консультациях.

Главная задача детского стоматолога - организовать санитарно-просветительную работу с беременными. Он как профессионал обучает персонал, участвующий в медицинском обеспечении беременной, правилам формирования и сохранения стоматологического здоровья у ребенка. На основе этого происходит формирование привычек здорового образа жизни по профилактике стоматологических заболеваний в семье и поддержание этого стиля после рождения ребенка.

Стоматолог общей практики или стоматолог - терапевт, курирующий беременную (детский стоматолог, если беременной нет еще 18 лет), оказывает стоматологическую помощь и санацию полости рта.

Цель профилактической работы в детской поликлинике - формирование здоровьесберегающего поведения семьи после рождения ребенка, предупреждение возникновения стоматологических заболеваний у детей. В реализации этой цели участвуют стоматолог детский, педиатр, фельдшер и медсестра педиатрического профиля, гигиенист стоматологический.

**3.Профилактика кариеса**.

Патогенетический метод профилактики

Патогенетический метод профилактики фиссурного кариеса, направленный на регуляцию процессов созревания эмали, учитывает степень зрелости фиссур и уровень их кариесрезистентности.

Наиболее благоприятный период для проведения метода — первые 3 мес после прорезывания жевательной поверхности зуба. Рекомендуют длительное (не менее месяца) сочетанное применение фтор- и кальцийсодержащих препаратов сразу же после прорезывания жевательной поверхности.

Кальцийсодержащие препараты используют в домашних условиях («Белагель Ca/P», «R.O.С.S, Medical Minerals», «Ремогель» и т.д.). Применять средства следует 1-2раза в день (обязательно на ночь). После предварительной чистки зубов гель наносят на зубы либо повторно чистят зубы кальцийсодержащим препаратом. После процедуры не рекомендуется полоскать рот, принимать пищу в течение1-2ч.

Параллельно проводят кабинетную обработку зубов (3-4раза) фтористыми препаратами с интервалом5-10дней.

В качестве фтористых препаратов используют «Fluocal Gel» («Septodont»), «ProFluorid Gelee» («VOCO»), «Nupro APF» («Dentsply»), «Flor-OpalVarnish» («Ultradent») и др.

Этиотропный метод профилактики включает в себя герметизацию.

**4.Роль питания.**

Наибольшее значение в детском возрасте имеет неправильное питание, главным образом употребление большого количества сахаросодержащих (сахароза, глюкоза, фруктоза и др.) продуктов и напитков. Прием легкоферментируемых углеводов, крахмалистых продуктов, частый прием пищи, мягкая пища способствуют образованию толстой зубной биопленки с высоким содержанием сахаров, которые служат субстратом для выработки кислот, деминерализующих эмаль зубов. Длительное нахождение в полости рта пищевых остатков способствует образованию зубного налета, активному размножению бактерий и повышению риска развития кариеса. Развитию кариеса способствует искусственное вскармливание детей с первых месяцев жизни, недостаточное употребление молочных продуктов в первые годы жизни. У маленьких детей наиболее неблагоприятное воздействие на зубы оказывают частые ночные кормления сладкими и кислыми продуктами (сладкая каша, сладкий чай, компот, сок, снежок, бифидок и др.). так как во время сна снижено слюноотделение и уменьшена возможность самоочищения зубов и реминерализации эмали. Часто применяемый термин - «бутылочный кариес» — подчеркивает роль неправильного питания в развитии кариеса зубов у младенцев. Другие недостатки питания также способствуют развитию кариеса: недоедание, дисбаланс нутриентов, уменьшение содержания белка и незаменимых аминокислот, недостаток витаминов и микроэлементов, избыток рафинированной, консервированной, липкой пищи, питьевая вода низкого качества и др.

Недостаточное поступление фторидов в организм детей считается важным фактором развития кариеса, так как эмаль зубов, формирующаяся в отсутствии фторидов, обладает меньшей твердостью, высокой растворимостью в кислотах и повышенной кариесвосприимчивостью. Главный источник фторидов в питании детей - питьевая вода, оптимальное содержание фторидов - 0.7-1.3мг/л. Высокий риск развития кариеса зубов определяется при содержании фторида менее 0,5 мг/л.

В пищевом рационе должны преобладать белки, витамины, минеральные вещества, твердая пища. Следует ограничить применение углеводов и жиров, мягкой и липкой пищи.

**5.Медикаментозные методы коррекции питания у детей.**

Медикаментозная коррекция питания у детей предполагает назначение фторидов (фторированных воды, соли, молока, таблеток фторида натрия), препаратов кальция и фосфора (цитрата, лактата, глюконата, карбоната, глицерофосфата кальция), комплексов кальция с витаминами («Кальцид», «Кальций-Д,». «Кальцинова»), витаминов и микроэлементов («Алфавит», «Мультитабс»), средств повышения неспецифического иммунитета (препараты эхинацеи, элеутерококка). Медикаментозная коррекция питания у детей должна быть согласована с педиатром или семейным врачом.

**6.Значение фтора в организме ребенка.**

Фторид оказывает действие, предупреждающее развитие кариеса, различными способами.

Оптимальное поступление фторида в период внутричелюстного развития зубов способствует образованию в эмали фторапатитов (они повышают ее твердость и устойчивость к кислотному растворению), отложению фосфорно-кальциевых солей и формированию зубов с мелкими плоскими фиссурами.

Постоянное присутствие адекватных минимальных количеств фторида в слюне катализирует и ускоряет реминерализацию эмали (в начальной стадии повреждения).

Фторид обеспечивает отложение в эмали фторида кальция, который становится источником резервных минералов и повышает кариесрезистентность зубов.

Фториды препятствуют адсорбции на эмали компонентов зубной биопленки, подавляют биохимическую активность бактерий, нарушая процесс гликолиза и снижая кислотопродукцию в зубной бляшке. Высокие концентрации фторидов оказывают бактерицидное действие.

В малых дозах фторид стимулирует одонтобласты к выработке заместительного дентина.

**7.Системные средства профилактики.**

Методы фторпрофилактики:

Системное фторирование:

-питьевая вода;

-пищевая соль;

-молоко, таблетки, капли.

Сущность метода. Создают оптимальную концентрацию фторида (чаще всего используют кремнефтористый натрий) в питьевой воде коммунального централизованного водоснабжения с помощью специальных фтораторных установок. В регионах с умеренным и холодным климатом рекомендуют концентрацию фторида 1 мг/л, в регионах с жарким климатом — 0,5-0,7мг/л

Фторирование пищевой соли. Сущность метода: добавляют необходимое количество фторида (фторид калия, реже фторид натрия) в соль перед ее расфасовкой в пакеты и мешки. Правила и технические требования к фторированию соли отражены в ГОСТ13830-91«Соль поваренная пищевая. Общие технические условия» (1991).

Существуют два уровня внедрения - частичное и тотальное. При частичном внедрении фторируется только пищевая соль для домашнего использования или для выпечки хлеба. При тотальном внедрении фторируется вся соль, используемая как в домашнем, так и в общественном питании. При этом достигается наибольший противокариозный эффект.

Фторирование молока. Сущность метода: добавляют необходимое количество фторида (чаше всего фторида натрия) перед пастеризацией, стерилизацией, высокотемпературной обработкой или высушиванием молока для достижения концентрации фторидов 2,5 или 5 мг/л. При употреблении 200 мл фторированного молока в день ребенок получает 1 или 2 мг фторида соответственно.

Фторсодержащие таблетки, капли, витамины. В регионах, где невозможно применить фторирование воды, соли или молока, можно использовать таблетки, капли или витамины, содержащие фторид натрия.

При проведении коммунальных программ профилактики кариеса воспитатели детских садов и учителя школ раздают детям профилактические препараты и следят за их ежедневным приемом. На индивидуальном уровне ответственность за применение фторидных препаратов ложится на родителей, которые по назначению стоматолога или педиатра покупают их в аптеке и следят за приемом препаратов детьми в домашних условиях.

В России выпускают два вида таблеток: с 0.0011 и 0.0022 г фторида натрия. В 1 таблетке 0.0022 г фторида натрия содержится 1 мг иона фтора. Гомеопатический препарат «Жемчужные зубки» содержит фторид натрия и препараты кальция. Фторид натрия входит в состав некоторых витаминов («Витафтор», «Вита макс» и др.), которые выпускают в форме таблеток, капсул, капель.

**8.Современные средства и методы профилактики кариеса зубов в детском возрасте.**

Методы фторпрофилактики

Системное фторирование:

-питьевая вода;

-пищевая соль:

-молоко, таблетки, капли.

Местное (локальное) фторирование:

-пасты, гели, лаки;

-растворы, пленки;

-фторвыделяющие устройства и другие источники фторидов.

Сочетание системных и местных методов профилактики повышает их эффективность. Одновременно можно применять только один системный и несколько местных методов фторпрофилактики.

Патогенетический метод профилактики. Патогенетический метод профилактики фиссурного кариеса, направленный на регуляцию процессов созревания эмали, учитывает степень зрелости фиссур и уровень их кариесрезистентности.

Кальцийсодержащие препараты используют в домашних условиях («Белагель Ca/P», «R.O.С.S, Medical Minerals», «Ремогель» и т.д.). Применять средства следует 1-2раза в день (обязательно на ночь). После предварительной чистки зубов гель наносят на зубы либо повторно чистят зубы кальцийсодержащим препаратом. После процедуры не рекомендуется полоскать рот, принимать пищу в течение1-2ч.

Параллельно проводят кабинетную обработку зубов (3-4раза) фтористыми препаратами с интервалом5-10дней.

В качестве фтористых препаратов используют «Fluocal Gel» («Septodont»), «ProFluorid Gelee» («VOCO»), «Nupro APF» («Dentsply»), «Flor-OpalVarnish» («Ultradent») и др.

Этиотропный метод профилактики включает в себя герметизацию.

**9.Показания и противопоказания системного применения фторидов.**

Показания к фторированию воды. Концентрация фторида в питьевой воде менее 0,5 мг/л (менее половины оптимальной дозы для этого климатического региона).

Наличие у населения средней, высокой, очень высокой интенсивности кариеса и тенденции к ее росту, подтвержденной данными эпидемиологических исследований.

Показания к фторированию соли. Концентрация фторидов в питьевой воде - менее 0,5 мг/л.

Высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов у населения.

Невозможность фторирования питьевой воды по техническим, социальным, финансовым и другим причинам (например, наличие многих водоисточников с преобладанием источников с низким содержанием фторида).

Условия проведения:

Наличие централизованного производства и распределения соли, современных технологий изготовления и экспертизы рафинированной высокоочищенной соли.

Показания к фторированию молока. Показания:

Концентрация фторида в питьевой воде менее 50% оптимальной концентрации фторидов в данном регионе.

Высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов у населения.

Невозможность введения методов фторирования питьевой воды и соли.

Условия проведения: наличие молокозавода, производящего молоко в достаточном количестве.

Наличие системы распределения и ежедневной доставки молока в детские учреждения (детские сады, школы) или иной схемы распределения молока для детского населения (

например, в Чили порошковое молоко выдают мамам детей ежемесячно для употребления в домашних условиях).

Показания к применению препаратов фтора системного действия. У детей: высокий уровень кариеса зубов среди жителей региона.

Высокий индивидуальный риск развития кариеса зубов у ребенка при среднем или низком уровне кариеса зубов в регионе.

Обязательное условие: содержание фтора в питьевой воде ниже 50% оптимальной концентрации.

Противопоказания.

Использование в регионе какого-либо другого метода системной профилактики кариеса.

Содержание фторидов в питьевой воде более 0.6 мг/л.

Возраст ребенка менее 6 мес.

Для достижения максимального эффекта следует медленно рассасывать и разжевывать таблетки, перемещая их в полости рта, принимать препарат не менее 250 дней в году в течение всего периода детского возраста. Нежелательно принимать молочные продукты и препараты кальция за час до и в течение 2 ч после приема фторида натрия.

Фтористые таблетки можно назначать беременным в целях антенатальной профилактики, если есть высокий риск развития кариеса у ребенка и предполагается продолжение профилактики после его рождения (прием фторидов кормящей мамой для обеспечения ребенка профилактическим препаратом через грудное молоко, а после прекращения кормления грудью - прием фторидов ребенком с 6-12мес).

**10.Преимущества и недостатки методов системного применения фторидов.**

Фторирование воды.

Преимущества.

Охват профилактикой всех жителей участка коммунального водоснабжения независимо от желания человека, его социального и экономического положения, дисциплинированности и других факторов.

Действие в пре- и постэруптивный периоды, высокая эффективность, особенно для низших социальных слоев.

(редукция прироста кариеса постоянных зубов у детей 5-15лет -50-75%,временных -40-50%,снижение поражения кариесом корней зубов у взрослых).

Содействие уменьшению распространенности заболеваний пародонта.

Дешевизна (менее 50 центов на человека в гол): экономическая эффективность от 1:25 до 1:65 (на каждую денежную единицу, затраченную на фторирование, экономится от 25 до 65 единиц на лечении зубов).

Отсутствие необходимости в привлечении стоматологического персонала.

Недостатки.

Нельзя провести в населенных пунктах, не обеспеченных центральным водоснабжением.

Экономически невыгодна в малых населенных пунктах, требует больших первоначальных затрат,

специального оборудования и противокоррозийной защиты резервуаров и коммуникаций на водопроводных станциях.

Необходимы обеспечение безопасных условий труда персонала и надежный источник фтористого сырья; требуется мониторинг интенсивности кариеса и флюороза (при достижении содержания фторида 1 мг/л флюороз в легких формах появляется у 10% населения).

Нет свободы индивидуального выбора.

Необходимы научные исследования для отработки дозировки фторида с учетом потребления воды и климатогеографических условий региона.

Недостаточный профилактический эффект в области фиссур и ямок зубов

Фторирование соли.

Преимущества.

Широкий охват программой жителей региона, крупных и малых населенных пунктов без участия стоматологического персонала.

При регулярном использовании фторированной соли в пищу увеличение концентрации фторидов происходит не только в ротовой жидкости, но и в зубном налете, что дает высокий кариеспрофилактический эффект (40-60%редукции прироста интенсивности кариеса временных и постоянных зубов, снижение кариеса корня у взрослых);

фторирование соли дешевле фторирования воды, так как затраты несет потребитель (покупая соль в магазине).

Учреждения здравоохранения контролируют лишь безопасность этого метода и медицинскую эффективность.

Высокая экономическая эффективность (1:80). одна установка может обеспечить фторированной солью до 20 млн потребителей.

Соблюдаются права человека: он сам выбирает фторированную или нефторированную соль.

Недостатки.

Потребление соли различается из-за широких индивидуальных и традиционных для каждого народа привычек, поэтому до введения программы необходимы научные исследования для определения дозировки фтора в соли.

Необходим периодический (каждые 5 лег) контроль экскреции фторида с мочой у потребителей до начала, после введения программы.

Эффективность ниже, чем фторирование воды, так как не все население потребляет фторированную соль (обратный эффект свободы выбора).

Недостаточный профилактический эффект в области фиссур и ямок зубов.

Преимущества фторирования молока.

Фторированное молоко — естественный продукт питания детей, сочетает в себе полезные свойства молока и профилактические свойства фторидов.

КариеспрофилактическиЙ эффект выражается в уменьшении прироста кариеса временных зубов (30-68%)и постоянных зубов(30-50%)у детей.

Производство фторированного молока экономически выгодное и технологически простое.

Нет необходимости в привлечении стоматологического персонала.

Обеспечена свобода выбора употребления ребенком фторидных добавок.

Недостатки.

Ограниченность программы (низкий охват населения), она применяется только для детей, как правило, дошкольного и младшего школьного возраста.

Эффект зависит от продолжительности приема фторированного молока.

Эффективность на коммунальном уровне и местное воздействие фторированного молока ниже, чем при фторировании воды и соли.

Недостаточный профилактический эффект в области фиссур и ямок зубов.

Преимущества применения системных препаратов фтора.

Дешевая и простая технология производства препаратов.

Более высокая эффективность, чем у других системных фторидов. - редукция кариеса временных и постоянных зубов 60-80%,если ребенок регулярно принимал препараты с 6 мес до 16 лет.

Сосание и жевание таблеток повышает местный эффект фторидов, особенно для зубов в период прорезывания.

Легкость дозирования и контроля приема фторидов; при индивидуальном уровне применения расходы по приобретению профилактических препаратов перекладываются на родителей.

Обеспечено право свободного выбора приема фторидов.

Нет необходимости в привлечении стоматологического персонала.

Высокая экономическая эффективность (соотношение затрат и выгод - 1:18).

Недостатки.

Необходимо привлечение специального персонала (воспитателей, учителей, медицинских сестер, гигиенистов) или родителей, которые должны обладать высокой степенью мотивации и ответственности, для ежедневной раздачи фторидных препаратов.

Высока опасность развития флюороза при одномоментном приеме фторидных препаратов детьми младше 3 лет.

Необходимо обеспечить безопасность хранения препаратов.

Если ребенок начинает принимать фторидные препараты со школьного возраста, их эффективность ниже, редукция кариеса составляет 25-40%.

Недостаточный профилактический эффект в области фиссур и ямок зубов.

Часто не соблюдается регулярность и необходимая продолжительность приема препаратов вследствие невысокой мотивации родителей.

Контроль безопасности.

Существует опасность отравления при случайном проглатывании большого количества таблеток

**11.Профилактика кариеса.**

Патогенетический метод профилактики.

Патогенетический метод профилактики фиссурного кариеса, направленный на регуляцию процессов созревания эмали, учитывает степень зрелости фиссур и уровень их кариесрезистентности.

Наиболее благоприятный период для проведения метода — первые 3 мес после прорезывания жевательной поверхности зуба. Рекомендуют длительное (не менее месяца) сочетанное применение фтор- и кальцийсодержащих препаратов сразу же после прорезывания жевательной поверхности.

Кальцийсодержащие препараты используют в домашних условиях («Белагель Ca/P», «R.O.С.S, Medical Minerals», «Ремогель» и т.д.). Применять средства следует 1-2раза в день (обязательно на ночь). После предварительной чистки зубов гель наносят на зубы либо повторно чистят зубы кальцийсодержащим препаратом. После процедуры не рекомендуется полоскать рот, принимать пищу в течение1-2ч.

Параллельно проводят кабинетную обработку зубов (3-4раза) фтористыми препаратами с интервалом5-10дней.

В качестве фтористых препаратов используют «Fluocal Gel» («Septodont»), «ProFluorid Gelee» («VOCO»), «Nupro APF» («Dentsply»), «Flor-OpalVarnish» («Ultradent») и др.

Этиотропный метод профилактики включает в себя герметизацию.

**12.Герметизация фиссур интактных зубов.**

Герметизация, или запечатывание, фиссур - основной этиотропный метод профилактики фиссурного кариеса. Метод основан на обтурации фиссур и других анатомических углублений здоровых адгезивными материалами в целях создания барьера для внешних кариесогенных факторов (микроорганизмов и углеводов).

Задачи герметизации:

устранение (минимизация) локального риска возникновения кариеса;

создание условий для гибели оставшихся в глубоких участках фиссур микроорганизмов;

устранение потенциальных резервуаров для кариесогенных микроорганизмов, что должно снизить их количество в полости рта и соответственно уменьшить общий риск возникновения кариеса зубов;

ускорение минерализации эмали в области фиссур при использовании СИЦ и компомерных герметиков;

лучшая защита краев реставраций от микробной инвазии и вторичного кариеса при проведении технологии профилактического пломбирования (сочетание пломб и герметиков).

Определение понятий.

Неинвазивная (простая герметизация) - изоляция фиссур герметиками в целях ограничения реальных зон риска от действия кариесогенных факторов полости рта.

Инвазивная герметизация - герметизация с предварительной расшлифовкой эмали.

Консервативная адгезивная реставрация - профилактическое лечение, включающее препарирование на жевательной поверхности моляров и премоляров небольшой кариозной полости (до 2 мм в диаметре), непосредственное ее пломбирование с помощью различных пломбировочных материалов и последующее нанесение герметика на поверхность пломбы и прилегающих к ней здоровых ямок и фиссур.

**13.Современные средства индивидуальной гигиены полости рта в детском возрасте.**

Детям и подросткам рекомендуют пользоваться зубной щеткой средней степени жесткости, обучают навыкам использования флоссов, межзубных ершиков, суперфлоссов, особенно, если параллельно проводится ортодонтическое лечение. Желательно применение орального центра, который состоит из электрической зубной щетки и ротового ирригатора (системы Teledyne Water Pik и Oral-B).

**14.Профессиональная гигиена полости рта, объём, средства, методы, оборудование.**

Профессиональная гигиена полости рта включает комплекс индивидуальной работы с каждым ребенком, которая проводится в одно или несколько посещений.

1. Мотивация и обучение. С помощью окрашивающих растворов выявляют назубные отложения (определяют индекс гигиены полости рта), демонстрируют их ребенку в зеркале, объясняют связь с состоянием его полости рта, мотивируют к регулярной индивидуальной гигиене. Назначают школьнику предметы и средства для индивидуальной гигиены полости рта, проверяют на модели усвоение правил чистки зубов, при необходимости проводят повторное обучение гигиене полости рта.

2. Контролируемая чистка зубов (самостоятельная чистка зубов ребенка в присутствии врача стоматолога, гигиениста стоматологического и т.п.). Во время чистки зубов оценивают у ребенка правильность техники, времени чистки и та. Повторное окрашивание зубного налета помогает ребенку увидеть плохо очищенные участки зубов, а врачу оценить приобретенные ребенком навыки. Контролируемую чистку зубов повторяют до тех пор. пока школьник не научится хорошо чистить зубы со всех сторон. При необходимости назначают ребенку дополнительные предметы, средства и методы ухода за полостью рта. обучают методикам их использования. Например, обучают школьников с помощью зубочистки очищать десне вые бороздки, использовать флоссы для очищения контактных поверхностей зубов, применять чистку языка скребками, метод вращения щетки и метод Басс при невозможности очищения всех поверхностей зубов с помощью стандартного метода и др.

3. Перед удалением зубных отложении орошают полость рта растворами антисептиков (10% раствор повидон-йода.0.12% раствор хлоргексидина. раствор метронидазола, 10% водный раствор прополиса и др.) или настоями лекарственных трав (ромашка, шалфей, календула и др.). при необходимости используют местное аппликационное или инъекционное обезболивание.

Плотный зубной налет удаляют с помощью вращающихся щеточек, резиновых чашечек и пасты (Проксит, Детартрин, Полиш и др.), ультрадисперсного порошково-струйного воздействия (Air-Flow, Cavi-Jet). Но порошково-струйный метод можно использовать только у детей старшего возраста без заболеваний дыхательных путей и признаков деминерализации зубов при полном созревании зубной эмали.

Зубной камень снимают механически с помощью наборов ручных инструментов или аппаратов (пневмоскейлеры, ультразвуковые скейлеры). Перед удалением зубного камня можно применять аппликации химических препаратов для его размягчения (например, паста Полидент № 1. скалинг-гельи др.). Пневмоскейлеры используют для удаления наддесневых зубных отложений средней и слабой степени минерализации, ультразвуковые (магнитостриктивные, пьезоэлектрические) - для удаления наддесневых и поддесневых отложений любой плотности (например, Cavitron select, Piezon master, Vector, Suprasson и др.). Для удаления зубного камня из глубоких карманов используют микроультразвуковые насадки диаметром до 0.5 мм. Следует помнить, что ультразвуковые методы удаления зубных отложений противопоказаны у детей с временными зубами, постоянными зубами с незавершенной минерализацией или признаками деминерализации, у больных с кардиостимуляторами, инфекционными заболеваниями (включая острые респираторные заболевания и вирусные инфекции), нарушениями иммунитета, болезнями дыхательной системы, нарушениями глотания. При наличии имплантатов и реставраций из фарфора, золота, амальгамы и композитов следует использовать специальные насадки. Ультразвуковые скейлеры генерируют тепло (пьезоэлектрические в меньшей степени), поэтому в процессе работы необходимо использовать воду для охлаждения тканей. Эффективно сочетать снятие отложений с орошением растворами хлоргексидина, йода, фтора, соды. Во время снятия зубных отложений следует соблюдать меры личной безопасности: использовать щитки, маски, защитные очки, перчатки и др. Пациентам с высоким риском инфекционного эндокардита (пороки сердца, пролапс митрального клапана, оперативные вмешательства) перед процедурой профессиональной гигиены полости рта следует, по согласованию с педиатром, проводить превентивную антибиотикотерапию.

После снятия зубного камня полируют шейки зубов, доступные участки корней зубов и пломб, процедуру завершают реминерализующей терапией и флюоризацией.

Раздел 2. Организация стоматологической помощи и диспансеризация

**15.Организация стоматологической помощи детям.**

Занятия для беременных в школе будущих родителей проводит детский стоматолог в женской консультации.

Школьные стоматологические кабинеты или кабинеты в детских садах.

Частные детские стоматологические кабинеты.

Детское стоматологическое отделение в стоматологических поликлиниках (частные и государственные).

Детская стоматологическая поликлиника (частные и государственные).

**16.Медицинская психология, этика и деонтология.**

Обследование проводят с учетом психоэмоционального статуса детей разного возраста. Ребенок младше 3 лет боится неожиданных движений, незнакомых людей, поэтому при стоматологическом обследовании он должен находиться на коленях у родителей. Дети трехлетнего возраста могут общаться с врачом, сидеть в стоматологическом кресле самостоятельно, а один из родителей должен быть рядом. Дети в возрасте 4 лет более послушны, но и более упрямы. Они с интересом слушают объяснения врача, могут положительно реагировать на словесные требования, задавать множество вопросов. Дети этого возраста могут находиться в кресле без родителей, однако присутствие родителей рядом все еще требуется многим из них. Дети возраста 5-6 лет ощущают чувство гордости за свою самостоятельность, испытывают желание заслужить похвалу, у них уменьшается чувство страха, и в стоматологическом кабинете они могут находиться без родителей. Дети в возрасте от 7 до 12 лет становятся менее зависимыми от родителей, у них появляется чувство ответственности и долга, они лучше знают окружающий мир, учатся понимать его. Однако если один из родителей находится поблизости в кабинете, то ребенку в данной ситуации легче осознать, что проведение процедуры было разрешено его родителями, они были рядом и принимали в этом непосредственное участие. Подростки старше 12 лет, как правило, предпочитают находиться в стоматологическом кабинете без родителей.

Несмотря на эти различия, обследование и лечение ребенка в первое посещение желательно проводить в присутствии родителей или опекающих его взрослых.

Эмоциональное состояние родителей влияет на поведение ребенка во время первого визита к врачу-стоматологу. Дети — самое дорогое для родителей, ни мать, ни отел не могут спокойно относиться к болезни малыша. Врач должен понять волнение родителей, которые могут вести себя по-разному. Из-за волнения родители могут давать неточные ответы на вопросы врача, поэтому родителей нужно расспрашивать очень внимательно и иногда повторять вопрос не один раз. Стоматологу необходимо проявлять терпение и спокойствие, придерживаться правил этики и деонтологии.

Чрезмерное беспокойство родителей негативно сказывается на поведении ребенка. Личный опыт родителей общения со стоматологом является определяющим для ребенка в первые годы его жизни, поэтому все усилия врача могут оказаться бесполезными, если не будет проведена соответствующая работа по формированию у родителей позитивной мотивации на посещение врача-стоматолога, проведение профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детей, родители определяют поведение ребенка, одобряя или не одобряя те или иные его поступки, устанавливают дисциплинарные правила и степень свободы. В раннем возрасте только родители могут научить ребенка, как он должен вести себя в кабинете.

Действия врача должны быть осторожными, продуманными, чтобы не испугать ребенка, не причинить ему боль. Стоматолог должен предупредить родителей, что во время обследования маленького ребенка им придется его держать и что, если он будет плакать, это нормально и не говорит о болезненности манипуляций. Одна из главных задач детского стоматолога — психологическая подготовка ребенка к обследованию. О каждом своем действии врач должен предупреждать ребенка, разъяснять в доступной форме необходимость и цель этих действий.

**17.Планирование и учет работы.**

Значимой вехой сегодняшней детской стоматологии стал приказ Минздравсоцразвития России № 289 от 14 апреля 2006 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию стоматологической помощи детям в РФ».

В нем определено, кто может осуществлять профессиональную деятельность. В должности врача-стоматолога детского и врача-хирурга, какие виды деятельности у этих врачей, и увеличено количество врачебных должностей на 10 000 населения.

Впервые рекомендуется выделять одну должность медицинской сестры на каждого врача и одну должность гигиениста на шесть должностей врачей стоматологов терапевтического и лечебно-профилактического отделений.

Имеет значение для детской стоматологии факт выделения отдельной строкой необходимости санации полости рта в организованных детских коллективах и диспансеризации детей со стоматологическими заболеваниями.

Профилактическая, консультативно-диагностическая и лечебная помощь детям должнаосуществляться в соответствии с приказом МЗ РФ № 620 от 30 декабря 2003 г. «Об утверждении протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями».

В приказе определена примерная структура ДСП и порядок организации ее отделений икабинетов.

В виде приложения представлен перечень оборудования и инструментария ДСП.

Таким образом, данный приказ стал юридической базой современной детской стоматологической службы.

Медицинская документация:

амбулаторная медицинская карта (вариант для школы - санационная карта) — форма 43/у;

диспансерная карта (форма 30/у);

анкета о состоянии здоровья ребенка;

листок ежедневного учета работы врача-стоматолога(форма 37/у);

листок ежедневного учета работы гигиениста стоматологического;

лист месячного отчета врача-стоматолога(форма 39/у);

лист месячного отчета гигиениста стоматологического.

**18.Диспансеризация.**

Основные задачи диспансеризации:

контроль развития челюстно-лицевой области ребенка;

первичная профилактика стоматологических заболеваний:

выявление и лечение ранних стадий заболеваний органон и тканей полости рта (вторичная профилактика, санация);

реабилитация детей с врожденной и приобретенной патологией челюстно-лицевой области.

Организация диспансеризации детского населения включает несколько этапов.

подготовительный - обучение персонала, подготовка документации, изучение эпидемиологической обстановки, распределение детей по группам диспансеризации;

основной - диспансеризация детей в соответствии с индивидуальными программами;

этап оценки эффективности диспансеризации.

При составлении индивидуальных планов (программ) диспансеризации детей используют три основных блока.

1. Информационно-обучающий блок.

Беседа с родителями и детьми: санитарное просвещение по вопросам профилактики и лечения стоматологических заболеваний

2. Медико-профилактический блок - медицинские методы индивидуальной профилактики, выполняемые детским стоматологом, гигиенистом стоматологическим или родителями (по назначению стоматолога).

3. Лечебный блок

Персонал и документация

Диспансеризацию детей осуществляет детский стоматолог совместно со стоматологическим гигиенистом

Документация: контрольная карта диспансерного наблюдения (форма №30), амбулаторная (форма №43) или санационная карта (№267)

По результатам первичного обследования определяют ребенку диспансерную группу.

До 3 лет:

I группа — здоровые дети;

II группа - дети с факторами риска развития стоматологических заболеваний (см. табл. 2-1);

III группа — дети, имеющие различные стоматологические заболевания (врожденные и приобретенные ЗЧА и деформации, пороки развития твердых тканей зубов, кариес зубов и др.).

от 3 лет:

I группа - здоровые дети, не имеющие никаких стоматологических заболеваний и факторов риска их развития;

II группа - здоровые дети, имеющие факторы риска возникновения любого стоматологического заболевания;

III группа - дети, имеющие любое хроническое стоматологическое заболевание легкой степени тяжести и факторы риска его утяжеления;

IV группа — дети, имеющие любое хроническое стоматологическое заболевание средней степени тяжести и факторы риска его утяжеления;

V группа - дети, имеющие любое хроническое стоматологическое заболевание тяжелой степени и факторы риска его утяжеления.

Раздел 3. Кариес зубов у детей и пороки развития твердых тканей

**19. Этиология и патогенез ЗЧА.**

Механическая травма плода, при типичном положении плода руки и ноги прижаты к лицу, и вследствие повышения давления около­плодной жидкости или механического надавливания извне может произойти деформация и задержка роста челюстно-лицевого скелета (Weinberger). Физиологическая связь плода с матерью уже отмечалась выше и общеизвестна. Однако нельзя не подчеркнуть, что заболевания матери такие, как туберкулез, сифилис, хронические отравления ал­коголем, никотином, наркотическими веществами, нарушения эндокринного равновесия могут нарушить развитие плода и, конеч­но, жевательно-речевого аппарата. Нарушения развития жевательного аппарата в постэмбрио­нальном периоде. Неправильное вскармливание ребенка может привести к возник­новению ряда нарушений жевательно-речевого аппарата. Значение вида вскармливания не только в подводе питания, без которого не­мыслима жизнь, — для развития зубочелюстной системы имеет ог­ромное значение естественная сосательная функция. Острые инфекционные заболевания в раннем детском возрасте (корь, скарлатина, коклюш, пневмония, дифтерия и др.) также вред­но отражаются на формировании жевательного органа. Необратимые дефекты развития эмали — гипоплазии могут быть следствием диспепсий и других детских заболеваний, свя­занных с общим нарушением развития детского организма Важную роль в развитии зубочелюстных аномалий играет забо­левание ребенка рахитом. В основе патогенеза рахита лежат нару­шения кальциевого обмена. Кости и зубы лишаются достаточного количества минеральных солей, и при воздействии определенной силы на кости скелета и челюстные кости, в процессе жизнедеятель¬ности организма, они могут деформироваться Немаловажным фактором является положение головы ребенка во время сна. При высоком изголовье нижняя челюсть смещается мези-ально. Если ребенок спит с откинутой головой способствует формиро¬ванию дистального прикуса. Предраспологающим фоном для зубочелюстных аномалий явля¬ются вредные привычки. если ребенок про­должает систематически сосать пальцы в возрасте старше 1,5 лет, то эта длительная травма приводит к деформации челюстей. Преждевременное удале­ние молочных зубов нарушает процесс прорезывания и расстановку постоянных зубов.

**20. Классификация ЗЧА.**

I. Аномалии величины челюстей: макрогнатия (верхняя, нижняя, комбинированная); микрогнатия (верхняя, нижняя, комбинированная); асимметрия. II. Аномалии положения челюстей в черепе: прогнатия (верхняя, нижняя); ретрогнатия (верхняя, нижняя); асимметрия; наклоны челюстей. III. Аномалии соотношения зубных дуг: дистальный прикус; мезиальный прикус; чрезмерное резцовое перекрытие (горизонтальное, вертикальное); глубокий прикус; открытый прикус (передний, боковой); перекрестный прикус (односторонний — двух типов; двусторонний — двух типов). IV. Аномалии формы и величины зубных дуг: а) аномалии формы: суженная зубная дуга (симметричная, или U-образная, V-образная, О-образная, седловидная; асимметричная); уплощенная в переднем отделе (трапециевидная) зубная дуга; б) аномалии размеров: увеличенная дуга; уменьшенная дуга. V. Аномалии отдельных зубов: нарушение числа зубов (адентия, гиподентия, гиперодентия); аномалии размеров и формы зубов (макродентия, микродентия, слившиеся зубы, конические или шиловидные зубы); нарушения формирования зубов и их структуры (гипоплазия, дисплазия эмали, дентина); нарушения прорезывания зубов (ретенированные зубы, сохранившиеся молочные зубы); дистопия или наклоны отдельных зубов (вестибулярные, оральные, мезиальные, дистальные, высокое, низкое по¬ложение; диастема, тремы; транспозиция; тортоанома-лии; тесное положение).

**21. Методы диагностики ЗЧА**

Методы диагностики ЗЧА: 1) клинический; 2) биометрический (исследование диагностических моделей челюстей); 3) антропометрический; 4) рентгенологический; 5) функциональный. Анамнез жизни и заболевания собирают со слов пациента и (или) его легитимного представителя по общепринятой в здравоохранении схеме. Особое внимание уделяют факторам, которые могли являться этиологическими в формировании патологии челюстнолицевой области. При проведении общего осмотра оценивают соматическое и психоэмоциональное развитие пациента, их соответствие возрасту и полу.

Динамическое (функциональное) исследование включает: исследование состояния мышц челюстнолицевой области, физиологических функций челюстнолицевой области, состояния соматического здоровья и заключается в проведении тестов и клинических и лабораторных функциональных проб, 18 направленных на изучение и характеристику общего состояния организма пациента. Выявляют парафункции мышц челюстнолицевой области – губ, щек, языка, дна полости рта, мягкого нёба, бруксизм, гипертрофию носоглоточного лимфатического кольца, патологию височнонижнечелюстного сустава (ВНЧС).Клинические функциональные пробы дают представление о направлении смещения нижней челюсти и его причинах, нарушении смыкания зубных рядов, изменениях в ВНЧС, величине межокклюзионного пространства в области боковых зубов, различиях в напряжении жевательных мышц слева и справа, асимметрии костей лицевого скелета. Функциональная проба по Ильиной-Маркосян: 1. Осматривая пациента, оценивают положение нижней челюсти в покое и во время разговора, выявляя лицевые признаки аномалий прикуса; 2. Пациенту предлагают сомкнуть зубные ряды, не размыкая губ. При аномалиях обусловленных смещением нижней челюсти, лицевые признаки нарушения становятся более выраженными соответственно направления смешения. Сагиттальные отклонения регистрируют по изменению профиля лица, горизонтальные – по изменениям его в фас; 3. Пациенту предлагают широко открыть рот. При перекрестном прикусе со смещением нижней челюсти, обусловленном патологией ВНЧС или её размеров (морфологическая разновидность) асимметрия лица увеличивается. 19 Если имеет место «привычное» смещение челюсти – асимметрия самоустраняется (функциональная разновидность). Смещение средней линии между резцами на верхней челюсти оценивают по отношению к срединно- сагиттальной плоскости лица, на нижней – по отношению к центру верхней зубной дуги. 4. Если при мезиальном прикусе удается сместить нижнюю челюсть кзади до краевого смыкания резцов, при этом эстетика профиля лица улучшается, то патология связана со смещением челюсти. Если этого достичь невозможно, то III класс дизокклюзии обусловлен разницей в размерах зубоальвеолярных дуг и (или) челюстей. Методы лучевой диагностики: дентальная рентгенография; рентгенография небного шва; томография височно-нижнечелюстного сустава; ортопантомография челюстнолицевой области; рентгенография кисти руки; телерентгенография головы.

**22. Направления ортодонтического лечения.**

Методы лечения зубочелюстных аномалий можно разделить на 5 основных видов: миотерапия, аппаратурное лечение (ортодонтический метод), комплексное лечение (сочетание нескольких методов лечения), хирургическое и ортопедическое лечение. Миотерапия– метод профилактики и лечения зубочелюстных аномалий, заключающийся в длительных и систематических упражнениях неправильно функционирующих групп жевательных, мимических мышц, мышц языка и дна полости рта. Исправление преобладающего числа зубочелюстных аномалий проводится *аппаратурным методом*, поэтому его можно считать основным в периоды смешанного и постоянного прикуса. Аппараты условно можно разделить на 3 основных вида: А) профилактические – предназначены для предотвращения формирования деформаций зубных рядов и нормализации функций зубочелюстной системы. Б) лечебные – для устранения сформированных зубочелюстных аномалий. В) ретенционные – для закрепления достигнутых результатов и предупреждения развития рецидивов. Наиболее многочисленными и разнообразными является группа лечебных аппаратов, которые можно разделить на следующие группы. По принципу действия различают аппараты механически-действующие, функционально- направляющие, функционально- действующие, сочетанные. По способу и месту действия: одночелюстные, одночелюстные межчелюстного действия, двучелюстные, внеротовые, сочетанные. По виду опоры: взаимодействующие (реципрокные), стационарные. По месту расположения: внутриротовые (небные, язычные), вестибулярные, внеротовые – головные (лобно-затылочные, теменно- затылочные, сочетанные), шейные, челюстные (верхненагубные, нижненагубные, подбородочные, подчелюстные, угловые) сочетанные. По способу фиксации: несъемные, съемные, сочетанные. По виду конструкции: дуговые, капповые, пластиночные, блоковые, каркасные. Комплексный метод может быть основным при резко выраженных нарушениях зубочелюстной системы, связанных с аномалиями размеров и прорезывания зубов в периоды смешанного и постоянного прикуса. Хирургический метод применяется не часто, в период сформированного постоянного прикуса (после 16 лет), когда другими методами невозможно достигнуть положительного результата лечения. Хирургическое лечение зубочелюстных аномалий – это сложные реконструктивные операции на челюстях, способствующие изменению размера и положения челюстей. Ортопедический метод лечения является основным во все периоды формирования прикуса, если применение этого метода позволяет устранить эстетические, функциональные и морфологические нарушения зубочелюстной системы.

**23. Профилактика ЗЧА.**

Среди этиологических факторов возникновения зубочелюстных аномалий выделяют вредные привычки: а) привычки сосания – сосание пальцев, - сосание и прикусывание губ, щек и различных предметов, - сосание и прикусывание языка; б) зафиксированные неправильно протекающие функции: - нарушение функции жевания, - нарушение функции глотания, - нарушение функции дыхания, - нарушение функции речи; в) зафиксированные рефлексы, которые определяют неправильное положение тела в покое: - неправильная поза тела и нарушение осанки, - неправильное положение нижней челюсти и языка в покое. Задержка стирания бугров временных зубов, нарушение порядка смены зубов, наличие сверхкомплектных зубов, адентия зубов, множественный кариес и ранняя потеря зубов. Аномалии прикрепления уздечки верхней губы, нижней губы или языка, мелкое преддверие полости рта. Устранение вредных привычек – важный момент профилактики зубочелюстных аномалий. Для устранения вредной привычки сосания соски используют гель: (состав 6% альгинат натрия в 7,0-10,0% в настои травы полыни горькой). При сосании пальца детям в повышенной возбудимостью рекомендуют консультацию невролога и использование локтевой шины, рукавички, а при наличии нарушений формы зубных рядов и челюстей назначают стандартную вестибулярную пластинку. В борьбе с вредными привычками большое внимание уделяют массажу и миогимнастике. К профилактическим мероприятия, предупреждающим нарушение речи, относят соблюдение женщиной режима труда, отдыха и питания в дородовом периоде, правильный уход за ребенком и профилактику психических и физических травм, полноценное речевое окружение. При наличии нарушения речи рекомендуют консультацию и лечение у логопеда. Важнейшим в профилактике данной патологии является нормализация носового дыхания, устранение вредных привычек сосания, нормализации миодинамического равновесия с помощью миогимнастики. зубное протезирование при наличии дефектов. Нарушение функции дыхания проявляется в виде смешанного или ротового дыхания. Для регуляции дыхания проводят следующие мероприятия: консультация и лечение у ЛОР-врача; консультация и лечение у врача-педиатра (при наличии заболеваний органов дыхания); миогимнастика; массаж (область крыльев носа); возможно использование головной шапочки с подбородочной пращой. Профилактика и нормализация функции глотания включает следующие мероприятия: лечение ребенка у ЛОР-врпача и нормализация носового дыхания; обучение ребенка правильной методике глотания с соблюдением основных правил (губы и зубы сомкнуты, мышцы лица и шеи максимально расслаблены, кончик языка прижат к переднему краю неба). Профилактика нарушений функции жевания заключается в проведении разъяснительной работы с родителями и детьми о необходимости и полезности включения в рацион питания жесткой пищи, своевременное устранение вредной привычки – сосание соски. Важное значение имеет качественное лечение временных зубов и своевременное их протезирование в случаях ранней утраты, сошлифовывание нестершихся бугров временных зубов, нормализация носового дыхания. При наличии аномалий прикрепления уздечек проводят френулопластику в определенные возрастные периоды. Наличие у ребенка зубочелюстной аномалии или хотя бы одного фактора, вызывающего зубочелюстную аномалию – является поводом наблюдения и лечения у врача-ортодонта. В профилактике зубочелюстных аномалий важное место занимает гармоничное развитие всего тела человека. Этому способствует правильно составленный режим работы и отдыха. Рациональное питание, соблюдение гигиенических мероприятий, занятия спортом – важнейшие составляющие здорового образа жизни.