

Г. М. Флейшер

Индексная оценка восстановленных зубов и реставраций

Руководство для врачей

Г. М. Флейшер

**Индексная оценка
восстановленных
зубов и реставраций.
Руководство для врачей**

«Издательские решения»

Флейшер Г. М.

Индексная оценка восстановленных зубов и реставраций.
Руководство для врачей / Г. М. Флейшер — «Издательские
решения»,

ISBN 978-5-44-961227-4

В книге содержатся индексы для оценки реставрации, вылеченных зубов, а также даны критерии и сроки гарантии стоматологического лечения и даны отличия между пломбой и реставрацией. Книга рекомендована стоматологам-терапевтам, пародонтологам, ортопедам, студентам, аспирантам и ординаторам.

ISBN 978-5-44-961227-4

© Флейшер Г. М.
© Издательские решения

Содержание

Об авторе	6
Введение	8
1. Уровень стоматологической помощи (УСП)	10
2. Способ оценки адаптивности и качества стоматологического лечения	11
Конец ознакомительного фрагмента.	16

Индексная оценка восстановленных зубов и реставраций Руководство для врачей

Г. М. Флейшер

© Г. М. Флейшер, 2019

ISBN 978-5-4496-1227-4

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Об авторе



Доктор Флейшер Григорий Михайлович – псевд. Гершон Флейшер (Dr Grigori Fleicher, pseudonym Dr. Gershon Fleicher) родился 11 января 1970 году в Перми; лето 1977—78 гг. – школа юнг Краснознаменный Черноморский Флот СССР (г. Одесса) – в 1980 г. награждён именной настольной медалью и кортиком-ручкой; 1987 г. – окончил школу №77 с углубленным изучением английского языка, г. Пермь; 1993 г. – окончил стоматологический факультет Пермского государственного медицинского института, г. Пермь; 1995—96 гг. – член Международной Ассоциации Молодых Стоматологов (Young Dentists Worldwide, YDW); 1995—96 гг. – член Международной Ассоциации Стоматологов (FDI World Dental Federation); с 1997 г. по н.в. – действительный член Международной Академии Пародонтологии (International Academy of Periodontology, IAP, New-York); с 1997 г. по н.в. – член Стоматологической Ассоциации России (СтАР); 2017 г. – Диплом за вклад в современную поэзию (Интернациональный Союз писателей).

В 2001 году была совместно написана и опубликована работа с проф. Г. А. Пашинян (г. Москва). Д-р Г. М. Флейшер является учеником профессоров А. В. Алимского и Г. В. Банченко (ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ, г. Москва). Совместно были написаны и опубликованы в различных медицинских изданиях работы, посвященных изучению заболеваний слизистой оболочки полости рта, гальванозу, гигиенистам стоматологическим и детской стоматологии.

Впервые в России с 1999 по 2010 гг на базе Стоматологического центра КМСЧ ОАО НЛМК Д-р Г. М. Флейшер на общественных началах организовал кабинет профилактики стоматологических заболеваний, в котором находилась Выставка средств гигиены полости рта. Целью создания кабинета была пропаганда и программа обучения правильной чистке зубов, языка, выполнение гигиенических манипуляций, выбор необходимой зубной пасты, щетки, ополаскивателя и т. д., обучение пациентов рациональному использованию средств и методов

ухода за зубами, пропаганда здорового образа жизни и т. п. Также на базе кабинета проходили обучение и стажировку студенты (гигиенисты стоматологические) Липецкого медицинского колледжа. Д-р Г. М. Флейшер проводил тематические уроки среди школьников в школах г. Липецка, выступал на Липецком радио, телевидении. Область научных интересов: судебная медицина, стоматология (история, развитие, организация, управление стоматологии, пародонтология, детская стоматология, ортопедическая стоматология, имплантология, ортодонтия).

Двукратный рекордсмен Мировой Книги Рекордов Гиннесс, писатель, поэт, автор и соавтор более 150 научных публикаций, в том числе 26 книги. Дети: дочь – Кристина (19.04.1994).

С 1993 г. по н.в. проживает в Липецке и работал врачом-стоматологом (а также – врачом-судебно-медицинским экспертом-стоматологом в Липецком областном бюро судебно-медицинской экспертизы, преподавателем – учебный центр КМСЧ ОАО НЛМК, Липецкий медицинский колледж).

Липецкий стоматолог Г. М. Флейшер – Двукратный рекордсмен Мировой Книги Рекордов Гиннесса. В 2008 г он попал на страницы всемирно известного издания как обладатель самой большой в мире коллекции зубных щеток. Коллекция насчитывала тогда 1320 различных единиц. Коллекция насчитывала – более 3000 единиц. Сейчас она значительно выросла. Помимо зубных щеток в коллекции а Г. М. Флейшер – зубные пасты, спреи, ополаскиватели, зубочистки и другие средства гигиены полости рта, всего – свыше 4500 экземпляров. Благодаря своей коллекции Г. М. Флейшер является также лауреатом Ассоциации «Русские рекорды» в номинации «Рекорды коллекционирования». Коллекция пополняется собственными приобретениями Г. М. Флейшер и подарками друзей. С 2014 г публикует свои книги в Германии, с 2017 г – в России.

Введение

Вопросы экспертизы качества проведенного лечения зубов были всегда в центре внимания отечественного здравоохранения. Улучшение качества медицинской помощи, по мнению экспертов ВОЗ, возможно только тогда, когда профессиональные работники здравоохранения возьмут на себя эту ответственность, и будут выработаны показатели, позволяющие проводить качественную оценку результатов оказания медицинской помощи.

При этом изменяются подходы к экспертизе качества по следующим направлениям: наблюдается переход от измерения компетенции врачей к измерению результатов и исходов лечения населения: уменьшается организационная изоляция обеспечения качества и прилагается больше усилий по интеграции его в повседневную работу на всех уровнях оказания медицинской помощи.

При восстановлении зубов эстетика из классического поиска прекрасного переходит в искусство подражания – способность точно имитировать естественные зубные ткани, т.е. копировать природу, повторяя форму, рельеф и цвет исходного образца.

Задачей врача-стоматолога является создание идеальной копии оригинала с незначительной коррекцией природных данных зубов пациента, а не замена на пусть и более красивый, но стандартный шаблон.

Успех восстановления твердых тканей зубов напрямую зависит от того, насколько они точно повторяют свойства естественных тканей и насколько они прочно и незаметно соединяются с зубными структурами. Единственным ориентиром и критерием истины могут быть только сохранившиеся соседние зубы и субъективная оценка самим пациентом степени соответствия восстановленного зуба сохранившимся оригиналам.

Внешний вид восстановленного зуба и всего лица в целом должны гармонично сочетаться друг с другом и подчеркивать индивидуальность пациента. Естественный внешний вид восстановленного зуба, не отличающегося от натурального интактного зуба, и полное восстановление его функции – это наивысшая награда за все усилия врача-стоматолога по обеспечению ее интеграции, путь к которой лежит через наблюдение, восприятие, понимание и воспроизведение.

Оценка восстановленных зубов является очень субъективной поскольку одни и те же результаты могут совершенно по-разному восприниматься врачом-стоматологом и пациентом.

Будет нелишним и врачу, и пациенту после завершения восстановления зубов оглянуться назад на совместно пройденный путь и оценить его, сравнивая результат с исходной клинической ситуацией, зафиксированной на фотографии или компьютере. После этого врач-стоматолог «передает» изготовленную им конструкцию (пломбу, реставрацию) пациенту, которая психологически становится его собственностью.

С этого момента прерогатива оценить качество конструкции переходит к ее пользователю, т.е. к самому пациенту, и эта оценка может быть субъективной только по форме, но объективной по сути.

Восприятие пациентом качества конструкции основано на его индивидуальном чувственном восприятии, на собственных представлениях о природе прекрасного и безобразного. Зрительное восприятие реставрационной конструкции является решающим в оценке ее качеств.

Врач-стоматолог может выполнить с профессиональной точки зрения достаточно качественное восстановление зубов с учетом имеющихся у него возможностей, однако пациент при этом может остаться недовольным.

Между тем восстановление твердых тканей зубов можно считать полностью успешным лишь в том случае, если его результаты соответствуют всем современным требованиям, а также индивидуальным запросам и ожиданиям всех заинтересованных сторон. Это означает, что

характеристики восстановленных твердых тканей зубов должны обеспечивать одновременно анатомическую, функциональную, эстетическую и полную психологическую реабилитацию пациента.

Если восстановление твердых тканей зубов не дало желаемого результата, то это может быть связано либо с неэффективностью одного из ее этапов, либо с неспособностью пациента адаптироваться к новым условиям в полости рта. В такой ситуации необходимо тщательно проанализировать все этапы восстановления зуба и определить причину неудачи.

1. Уровень стоматологической помощи (УСП)

Уровень стоматологической помощи (УСП) является групповым индексом для массовых стоматологических обследований.

Для определения:

- Группы не менее 20 человек по возрастам;
- Регистрация индекса КПУ;
- Визуальный осмотр;
- Инструментальный осмотр (зонд, зеркало).

$$УСП = 100 - \frac{K + A}{КПУ} \times 100\%$$

К – среднее количество нелеченных кариозных поражений, включая кариес пломбированного зуба;

А – среднее количество удаленных зубов, не восстановленных протезами;

КПУ – средняя интенсивность кариеса зубов обследованной группы лиц.

Значения индекса УСП:

Значение индекса УСП %	Характеристика
менее 10%	плохой уровень стоматологической помощи
от 10 до 49%	недостаточный уровень
от 50 до 74%	удовлетворительный уровень
75% и выше	хороший уровень

2. Способ оценки адаптивности и качества стоматологического лечения

Способ оценки адаптивности и качества стоматологического лечения может быть использован при диагностике стоматологического статуса, определении тактики и качества лечения стоматологических больных.

На каждом этапе лечения осуществляют осмотр параметров зубочелюстной системы, проведение компьютерной стабилотметрии.

Влияние параметров зубочелюстной системы на постуральную систему оценивают по показателю качества функции равновесия (КФР) и, или площади эллипса статокинезиграммы. Для оценки влияния параметров зубочелюстной системы на постуральную систему проводят пробу с закрытыми глазами на мягком коврике, которую принимают за исходное положение для сравнения с дополнительными стоматологическими пробами, а дополнительные стоматологические пробы включают в себя пробу в положении центральной окклюзии, пробу с передней окклюзией, пробу положения с максимально широко открытым ртом, пробу с двусторонним разобщением прикуса, пробу правостороннего разобщения прикуса, пробу левостороннего разобщения прикуса. Способ позволяет осуществить назначение индивидуального объема лечения и на основании этого прогнозировать итоговый эффект лечения, а также выделить среди стоматологических больных лиц с высоким напряжением регуляторных систем, повышенным риском срыва адаптации и последующим отсутствием эффекта от стоматологического лечения.

Стабилотметрическое исследование проводят в пять этапов, при этом первый этап проводят до лечения и определяют как исходное состояние зубочелюстной системы, второй этап проводят в день сдачи протезов (у пациентов с полным отсутствием зубов), в день начала ношения каппы или накусочной пластинки у больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и зубоальвеолярными деформациями, третий и четвертый этапы проводят через 1 и 2 недели соответственно после начала ношения протезов, каппы или накусочной пластинки, пятый этап проводят через 3 месяца ношения протезов, каппы или накусочной пластинки.

При проведении пробы с двусторонним разобщением прикуса в области боковых групп зубов от 7 до 4 справа и слева располагают пластины толщиной 0,25—0,35 мм, например из плотного картона.

При проведении пробы с правосторонним разобщением прикуса в области боковых групп зубов от 7 до 4 справа располагают пластину толщиной 0,25—0,35 мм, например, из плотного картона.

При проведении пробы с левосторонним разобщением прикуса в области боковых групп зубов от 7 до 4 слева располагают пластину толщиной 0,25—0,35 мм, например, из плотного картона.

По данным стабилотметрического исследования определяют три группы стоматологических пациентов, при этом к первой группе относят пациентов со значениями КФР, изменяющимися при проведении стоматологических проб относительно исходной пробы не более чем на 10%, и, или значениями площади эллипса, изменяющимися при проведении стоматологических проб относительно исходной пробы не более чем на 50% и считают, что у этих пациентов система равновесия находится в сохранном состоянии, отягощающий вклад стоматологической патологии минимален и стандартные методики лечения дают полный стойкий эффект, ко второй группе относят пациентов со значениями КФР, изменяющимися при проведении стоматологических проб относительно исходной пробы на 10—20% и, или значениями пло-

щади эллипса, изменяющимися при проведении стоматологических проб относительно исходной пробы на 50—100% и считают, что у пациентов этой группы состояние системы равновесия снижено ввиду их функционального состояния, а пациентам данной группы необходимо максимально индивидуализировать стоматологическое лечение для достижения положительного результата, к третьей группе относят пациентов со значениями КФР, изменяющимися при проведении стоматологических проб относительно исходной пробы более чем на 20% и, или значениями площади эллипса, изменяющимися при проведении стоматологических проб относительно исходной пробы более чем на 100% и считают, что у пациентов этой группы состояние системы равновесия резко снижено ввиду их функционального состояния, а пациентам данной группы необходимо не только максимально индивидуализировать стоматологическое лечение для достижения положительного результата, но и привлекать иных специалистов и дополнительные методы лечения, причем в ряде случаев достижение положительного эффекта лечения у таких больных невозможно вследствие тяжелого общесоматического состояния.

Всего производится 15 проб. Каждая проба занимает 20 секунд, в течение которых произвольно звучит от 14 до 24 звуковых сигналов для отвлечения внимания от обследования.

Типовое стабилметрическое исследование включает в себя следующие пробы:

Стандартные пробы:

1. Проба с открытыми глазами.

Обследуемый устанавливается на стабилметрическую платформу в удобном для него положении. Глаза открыты, обследуемый смотрит прямо перед собой. Проба отражает совокупность и координированность всех систем, определяющих функцию равновесия.

2. Проба с закрытыми глазами.

Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему. Глаза закрыты, обследуемый смотрит прямо перед собой. Данная проба позволяет оценить влияние зрительного анализатора на функцию равновесия.

3. Проба с поворотом глаз вправо.

Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему. Обследуемый поворачивает глазные яблоки вправо, не открывая глаз. Проба позволяет оценить влияние рецепторных полей мышц, приводящих и отводящих глазное яблоко.

4. Проба с поворотом глаз влево.

Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему. Обследуемый поворачивает глазные яблоки влево, не открывая глаз. Проба позволяет оценить влияние рецепторных полей мышц, приводящих и отводящих глазное яблоко.

5. Проба с поворотом головы вправо.

Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему. Обследуемый поворачивает голову вправо, глаза закрыты. Данная проба позволяет оценивать состояние мышц шеи, нарушение мышечного тонуса, микроциркуляцию шейной области, и влияние этих факторов на функцию равновесия.

6. Проба с поворотом головы влево.

Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему. Обследуемый поворачивает голову влево, глаза закрыты. Данная проба позволяет оценивать состояние мышц шеи, нарушение мышечного тонуса, микроциркуляцию шейной области, и влияние этих факторов на функцию равновесия.

7. Проба с поворотом туловища вправо,

Обследуемый, находящийся на стабиллоплатформе, поворачивает вправо верхнюю часть туловища, не поворачивая при этом таз. Глаза закрыты. Проба характеризует состояние мышц спины, тазобедренных и коленных суставов, а также вклад импульсации с этих зон в общее состояние функции равновесия.

8. Проба с поворотом туловища влево.

Обследуемый, находящийся на стабиллоплатформе, поворачивает влево верхнюю часть туловища, не поворачивая при этом таз. Глаза закрыты. Проба характеризует состояние мышц спины, тазобедренных и коленных суставов, а также вклад импульсации с этих зон в общее состояние функции равновесия.

В дополнение к вышеизложенным пробам добавлены стоматологические пробы, разработанные на большом количестве фактического материала, которые позволяют оценить влияние состояния зубочелюстной системы на функцию равновесия.

9. Проба с закрытыми глазами на мягком коврике (ИП).

Обследуемый устанавливается на стабилметрическую платформу в удобном для него положении, на мягком коврике, глаза закрыты. Данная проба является исходной для проведения следующих стоматологических проб и используется для сравнения со специальными стоматологическими пробами.

10. Проба в положении центральной окклюзии (ЦО).

Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему.

Зубные ряды сомкнуты со средним усилием до множественных фиссурно-бугорковых контактов. Данное положение в норме характеризуется отсутствием влияния или минимальным влиянием рецепторных полей зубочелюстного аппарата (прикусных и мышечно-суставных вкладов) в общее состояние системы равновесия.

11. Проба в положении передней окклюзии (ПО).

Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему. Необходимо сомкнуть зубные ряды до контакта верхних и нижних передних зубов («перекусывание нитки»). Проба показывает вклад в поддержание равновесия в основном суставного компонента зубочелюстного аппарата. Проба будет информативной при нарушении прикуса и патологической дистальной окклюзии.

12. Проба в положении с максимально широко открытым ртом (ОР).

Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему. Обследуемому необходимо открыть рот с максимальной амплитудой, до первых признаков дискомфорта.

Данная проба является выражением влияния мышечного компонента зубочелюстного аппарата на состояние функции равновесия. Проба будет информативной при различных поражениях суставного диска ВНЧС.

13. Проба с двусторонним разобщением прикуса (ДРП). Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему. При проведении пробы в области боковых групп зубов (от 7 до 4) обследуемого справа и слева располагаются специальные элементы стандартной толщины ($0,3 \pm 0,05$ мм), изготавливаемые из плотного картона. Обследуемому предлагается сомкнуть зубы до контакта с элементами, не прокусывая их. При проведении этой пробы оценивается степень вовлеченности рецепторных полей капсулы ВНЧС и прикусных взаимоотношений в функцию равновесия.

14. Проба с правосторонним разобщением прикуса (ПРП).

Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему. В области боковых групп зубов (от 7 до 4) обследуемого справа располагается специальный элемент стандартной толщины ($0,3 \pm 0,05$ мм), изготавливаемый из плотного картона. Обследуемому предлагается сомкнуть зубы до контакта с элементом, не прокусывая его. По данной пробе определяется влияние ВНЧС в функцию равновесия.

15. Проба с левосторонним разобщением прикуса (ЛРП).

Положение обследуемого на платформе аналогично предыдущему. В области боковых групп зубов (от 7 до 4) обследуемого слева располагается специальный элемент стандартной толщины ($0,3 \pm 0,05$ мм), изготавливаемый из плотного картона. Обследуемому предлагается

сомкнуть зубы до контакта с элементом, не прокусывая его. По данной пробе определяется влияние ВНЧС в функцию равновесия.

По всем проведенным пробам составляют таблицы, наглядно показывающие состояние постуральной системы.

Стабилометрическое исследование рекомендуется проводить исходно и на этапах реабилитации:

1-й этап – исходное состояние ЗЧА.

2-й этап – начальный: исследование проводится в день сдачи протезов (у пациентов с полным отсутствием зубов), в день начала ношения каппы или накусочной пластинки у больных с дисфункцией ВНЧС и зубоальвеолярными деформациями.

3-й и 4-й этапы – отражают процесс и степень адаптированности ЗЧА к стоматологическому лечению: исследование проводится через 1 и 2 недели соответственно после начала ношения протезов, каппы или накусочной пластинки.

5-й этап – отдаленный результат стоматологического лечения – проводится через 3 месяца ношения протезов, каппы или накусочной пластинки, и соответствует срокам формирования нового стереотипа жевания.

На различных этапах стоматологического лечения регистрируется и анализируется изменение следующих показателей – качества функции равновесия (КФР) и площади эллипса ста-токинезиграммы.

При положительном исходе процесса стоматологического лечения происходит восстановление адекватных взаимосотношений проприоцептивной системы, ВНЧС и опорно-двигательного аппарата.

При проведении пробы анализируется два критерия – площадь эллипса ста-токинезиграммы и показатель качества функции равновесия (КФР в рамках одной пробы и на этапах реабилитации).

1. Площадь эллипса ста-токинезиграммы – показатель, отображающий динамику перемещения центра тяжести человека относительно стабильной платформы.

Площадь эллипса отражает возможность развития компенсаторных механизмов, обеспечивающих функцию равновесия. Степень влияния состояния зубочелюстного аппарата на функцию равновесия определяется изменением показателя площади эллипса ста-токинезиграммы относительно пробы No9 и стоматологических проб No10—15.

2. Показатель качества функции равновесия является интегральным, отражающим общие свойства функции поддержания равновесия. КФР отражает динамику перестройки двигательных стереотипов.

Более наглядным из вышеназванных показателей является площадь эллипса ста-токинезиграммы, как наиболее лабильный и информативный показатель.

Показатель КФР, в большей степени являющийся врожденным свойством, является более стабильным. Однако при некоторых состояниях ОДА ведущим показателем (с более выраженной динамикой) может являться показатель КФР.

Стоматологические пробы отражают как состояние мышечно-суставного аппарата (центральная, передняя окклюзии, открытый рот), так и влияние прикусных взаимоотношений (двустороннее, правостороннее и левостороннее разобщение прикуса).

Информативными и специфическими являются изменения КФР и площади эллипса ста-токинезиграммы в шести стоматологических пробах, происходящие на этапах реабилитации. Изменение площади эллипса и КФР в какой-либо стоматологической пробе свидетельствует об изменениях в соответствующей зоне зубочелюстного аппарата.

Разработана шкала оценки изменений стабильнометрических показателей стоматологических проб относительно пробы No9. По данным стабильнометрического исследования определяют три группы стоматологических пациентов:

– Пациенты со значениями КФР, изменяющимися при проведении стоматологических проб относительно исходной пробы не более чем на 10%, и низкими значениями площади эллипса, изменяющимися при проведении стоматологических проб относительно исходной пробы не более чем на 50%. У этих пациентов система равновесия находится в сохранном состоянии, отягощающий вклад стоматологической патологии минимален и стандартные методики лечения дают полный стойкий эффект.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.