

головных болей. Избежать неправильной нагрузки и положения корпуса можно, научившись принимать эргономичное положение во время работы, периодически делать расслабляющие упражнения, тренировать мышцы спины. Весьма распространенным, щадящим спину положением в сидячей позе, является положение за головой пациента, так называемая позиция на «12 часов». В этой позиции в идеале поддерживаемой соответствующей конструкцией врачебного кресла –задействуются в первую очередь, предплечья, что значительно облегчает процесс лечения. Рекомендуется часто менять рабочую позицию, кроме того, необходимо носить удобную обувь, привлекать к работе ассистентов.

Развитие синдрома «выгорания» – процесс постепенный и первые тревожные сигналы организма нельзя игнорировать и необходимо принимать действенные контрмеры. В этом могут помочь не только психологи, но и организация условий работы для сотрудников.

Например: в ООО «ССБ. Объединенная стоматологическая поликлиника Старооскольского городского округа» для сотрудников организована не только так называемая комната приема пищи, но и ее доставка. Есть небольшой, но очень профессиональный тренажерный зал, кабинет разгрузки. Мы регулярно снимаем видео фильмы об успехах своих сотрудников, представляем интересные клинические случаи как на врачебных конференциях, так и для ознакомления посетителям, не забываем и о корпоративных праздниках.

Призываем руководителей стоматологических организаций позаботиться о своих сотрудниках, дать им возможность во время трудового дня в перерывах провести время с пользой и комфортом. Это непременно скажется на качестве работы и общем настроении в учреждении!

Лучникова Д.В., Пономарев А.А.
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ
ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

НИУ «БелГУ», г. Белгород

Клиновидный дефект – это дефект, который возникает в твёрдых тканях зуба и характеризуется образованием в полости клиновидной формы в области шейки зуба.

Диагностика данной патологии должна включать расширенный комплекс диагностических мероприятий, что связано с наличием широкого ряда факторов, которые предшествуют или способствуют развитию данной патологии. Анализируя литературные данные, можно выделить следующие методы диагностики КД.

В первую группу входят стандартные методы диагностики на стоматологическом приеме, такие как зондирование, термометрия, реакция на химические раздражители и витальное окрашивание. При зондировании выявляется повышенная чувствительность зубов при механическом воздействии в области клиновидного дефекта. Так же определяются границы дефекта, плотность дна и стенок. Выявляется характерное именно для клиновидного дефекта V-образное поражение зубов.

При термометрии выявляют гиперестезию при воздействии теплового и холодового факторов. Применяется воздействие водой с температурой +60-80 °С, эфиром, или нагретой гуттаперчей. Для определения холодовой пробы можно использовать воздействие воздушной струи из воздушного пистолета стоматологической установки, холодной воды из пистолета или специальных охлаждающих спреев.

При определении реакции на химические раздражители применяется 4%-40% раствор глюкозы, 1% хлористоводородной кислоты. Гиперестезия при воздействии химического агента отмечается уже на ранних этапах развития клиновидного дефекта.

При проведении диагностического теста с окрашиванием твердых тканей зуба используется 2% раствор метиленового синего. Время аппликации – 3 минуты. Цвет зуба изменяется при наличии зубных отложений, но сам клиновидный дефект не прокрашивается.

Во вторую группу входят методы для исследования электровозбудимости пульпы зуба при помощи различных аппаратов - электростимуляторов. При клиновидных дефектах зубов показатели электроодонтометрии увеличиваются в 2–3 раза по сравнению с нормой, что вполне объяснимо с точки зрения динамики и выраженности дистрофических процессов, происходящих в пульпе зуба при данной форме патологии.

В третью группу входят различные методы субъективной оценки пациентом интенсивности болевых ощущений при клиновидных дефектах. Для этого используются специальные шкалы, чаще всего 10- бальные, в которых фиксируются как пороги, так и интенсивность, либо экспериментально-вызванной боли описанными выше методами, либо субъективная глобальная оценка боли, связанная с личным восприятием интенсивности обычных ежедневных раздражителей.

В четвертую группу входит углубленный анамнез со стороны других органов и систем, патогенетически связанных с данной патологией. Уточняется наличие общих заболеваний ЖКТ и желчевыводящих путей, нарушений минерального обмена, эндокринных патологий, вредных привычек, бруксизма. Выясняются особенности питания: как часто пациент употребляет агрессивную кислую пищу. Также пациента просят продемонстрировать на макете, как происходит чистка зубов: какие выполняются движения и какая при этом сила нажатия. Уточняется название зубной пасты. Некоторые специалисты связывают образование дефекта с механическим повреждением, обусловленным применением жестких зубных щеток, частого использования зубной пасты, в составе которой содержатся абразивные вещества, чересчур активными самостоятельными попытками удаления зубного налета или камня, а также преимущественно горизонтальной техникой чистки зубов.

Лысков Н.В., Иорданишвили А.К.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ АЛЬВЕОЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ САМОКЛЕЮЩЕЙСЯ ПЛЁНКИ У ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СОМАТИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Актуальность. В последние годы отмечено увеличение больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа (СД) [1]. У этих пациентов отмечается практически 100% частота встречаемости воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП), а также хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции. Установлено, что имеющиеся у больных СД 2 типа нарушения обмена веществ, трофики тканей, а также сдвиги в функциональном состоянии внутренних органов и систем организма – прямо и косвенно влияют на состав слюны, местный иммунитет и микрофлору полости рта, что способствует более тяжелому течению воспалительных заболеваний чем у здоровых людей, а также часто осложняет инфекционно-воспалительным процессом течение послеоперационных ран в полости рта у пациентов. При этом раны в полости рта, образовавшиеся после удаления зубов часто осложняются инфекционно-воспалительным процессом, что приводит к необходимости пациентам повторно посещать врача-стоматолога для лечения альвеолита, что часто может сопровождаться потерей трудоспособности. Поэтому лечение инфекционно-воспалительных осложнений после операции удаления зуба у лиц, страдающих СД 2 типа является актуальной задачей стоматологии [2].

Цель исследования: разработать способ профилактики инфекционно-воспалительных осложнений, возникающих после операции удаления зуба у лиц, страдающих сахарным диабетом 2 типа с использованием стоматологической самоклеющейся плёнки, а также оценить его эффективность.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование на 59 (20 (33,87%) мужчинах и 39 (66,13% женщинах) пациентах в возрасте от 30 до 67 лет, страдающих СД 2