

Содержание

Предисловие к изданию на русском языке.....	9
Предисловие к изданию на английском языке.....	10
Соавторы	11
Список сокращений и условных обозначений	14
Клинический случай 1	
Пациент с высокой степенью распространения кариеса.....	15
Клинический случай 2	
Мультифокулярные очаги разрежения костной ткани.....	24
Клинический случай 3	
Неприятный сюрприз.....	31
Клинический случай 4	
Рецессия десны.....	38
Клинический случай 5	
Множественные отсутствующие зубы и соотношение резцов III класса	45
Клинический случай 6	
Пациент не в себе	54
Клинический случай 7	
Сухость полости рта.....	59
Клинический случай 8	
Болезненный тризм жевательных мышц.....	66
Клинический случай 9	
Глубокое кариозное поражение	73
Клинический случай 10	
Узелок неровной округлой формы на десне.....	82
Клинический случай 11	
Боль при накусывании	87
Клинический случай 12	
Компьютерное моделирование и автоматизированное фрезерование при несъемном протезировании.....	91
Клинический случай 13	
Внезапный обморок.....	103
Клинический случай 14	
Трудный маленький ребенок.....	106
Клинический случай 15	
Боль после удаления зуба.....	113
Клинический случай 16	
Онемевшая губа.....	116
Клинический случай 17	
Подвижный передний зуб.....	124

Клинический случай 18	
Ороантральный свищ.....	130
Клинический случай 19	
Язвы в полости рта, причиняющие беспокойство.....	137
Клинический случай 20	
Припухлость на шее.....	142
Клинический случай 21	
Травма, приводящая к смещению верхнего центрального резца.....	150
Клинический случай 22	
Гипогликемия.....	155
Клинический случай 23	
Зуб, выпавший во время приема пищи.....	159
Клинический случай 24	
Проблема с протезом.....	167
Клинический случай 25	
Ретинированные нижние третьи моляры.....	172
Клинический случай 26	
Полный вывих центрального резца.....	183
Клинический случай 27	
Дисколорит фронтальных зубов.....	188
Клинический случай 28	
Чрезвычайно болезненная полость рта.....	195
Клинический случай 29	
Внимание — рентген!.....	200
Клинический случай 30	
Чья проблема на этот раз?.....	206
Клинический случай 31	
Что делать, если врач получил проникающую травму стопы?.....	213
Клинический случай 32	
Отек лица и перикоронит.....	220
Клинический случай 33	
Первые постоянные моляры.....	224
Клинический случай 34	
Болезненная полость рта.....	229
Клинический случай 35	
Сломанный мостовидный протез.....	235
Клинический случай 36	
Травма от падения со скейтборда?.....	241
Клинический случай 37	
Побочная реакция.....	248
Клинический случай 38	
Осложненный пародонтит.....	253
Клинический случай 39	
Перелом резцов.....	266
Клинический случай 40	
Беспокойный пациент.....	271

Клинический случай 41	
Пузыри в полости рта	276
Клинический случай 42	
Вы осмотрите моего сына?	282
Клинический случай 43	
Изготовление мостовидных протезов.....	288
Клинический случай 44	
Антикоагуляция для пациента с искусственным сердечным клапаном	296
Клинический случай 45	
Белое пятно на языке	304
Клинический случай 46	
Еще одно белое пятно на языке.....	312
Клинический случай 47	
Эндодонтическое лечение моляров.....	317
Клинический случай 48	
Эндодонтическая проблема	322
Клинический случай 49	
Отек лица	329
Клинический случай 50	
Отсутствие верхних боковых резцов	336
Клинический случай 51	
Передний прикус (неправильный прикус III класса) со смещением в смешанном прикусе.....	347
Клинический случай 52	
Локализованный пародонтит?	352
Клинический случай 53	
Неожиданные результаты обследования.....	359
Клинический случай 54	
Промежуток между передними зубами.....	366
Клинический случай 55	
Отек нёба	375
Клинический случай 56	
Быстрое разрушение первых постоянных моляров (молярно-резцовая гипоминерализация)	381
Клинический случай 57	
Рак полости рта	388
Клинический случай 58	
Осложненное удаление	398
Клинический случай 59	
Проблема открывания рта	403
Клинический случай 60	
Эрозивный износ зубов.....	409
Клинический случай 61	
Повышенное истирание фронтальной группы зубов.....	414
Клинический случай 62	
Случай с зубной болью	421

Клинический случай 63	
Ребенок с увеличением лица	425
Клинический случай 64	
Рецидивирующая припухлость шеи	429
Клинический случай 65	
Неудачное эндодонтическое лечение	437
Клинический случай 66	
Боль в голове	441
Клинический случай 67	
Множественный кариес зубов	448
Клинический случай 68	
Нужно ли восстанавливать или менять эти реставрации? — 5 правил	454
Клинический случай 69	
Планирование имплантации	465
Клинический случай 70	
Стоматологическая помощь на дому	471
Клинический случай 71	
Работа с жалобами	481
Клинический случай 72	
Зубные протезы с плохой фиксацией и резорбированная форма гребня	486
Клинический случай 73	
«Невидимые» брекетты, изготовленные на заказ	492
Клинический случай 74	
Опухшие губы	500
Клинический случай 75	
Неудачное восстановление имплантатом	505
Предметный указатель	510

Предисловие к изданию на русском языке

Интенсивное развитие современной стоматологии, связанное с новыми достижениями и технологиями, требует постоянного пополнения и обновления знаний.

Диагностика и лечение твердых тканей зубов и слизистой оболочки рта — это основные направления в практике врача-стоматолога.

Качество оказываемой стоматологической помощи на амбулаторном приеме стоматологами общей практики во многом зависит от практико-ориентированного подхода врачей в их повседневной врачебной деятельности.

Большое достоинство этого издания заключается в широте и разнообразии представленных различными авторами клинических ситуаций, требующих вариативности в их решении.

В книге собран объемный клинический материал, освещающий проблемы всесторонней диагностики различных стоматологических заболеваний, а также обсуждение допустимых решений в оказании комплексного подхода к лечению в различных направлениях: терапевтической и ортопедической реставрации, а также в эндодонтическом, пародонтологическом, хирургическом и ортодонтическом аспектах.

Спектр решения клинических задач, представленных в этом издании, достаточно широк, а принятие решения требует от стоматолога общей практики глубоких, серьезных профессиональных знаний не только в области стоматологии, но и в области общеклинических и общемедицинских дисциплин.

Важно, что автором каждой клинической задачи представлены на обсуждение коллег последовательность плана клинического обследования и лечения пациента, проведение полной дифференциальной диагностики искомого заболевания. И эти решения можно корректировать. Авторы издания придают большое значение установлению доверительных отношений с пациентами, членами их семей, разъяс-

нению в доступной форме преимуществ и недостатков различных предлагаемых методов лечения, устраняя тем самым у пациентов чувство страха и тревоги, поддерживая доверие к врачу.

В этом издании современно и профессионально предлагается комплексный, научно обоснованный подход к лечению различных стоматологических заболеваний у пациентов с привлечением врачей других специальностей и четким обозначением стоящих перед ними задач.

Несомненно, эта книга привлечет к себе внимание широкого круга специалистов. Наглядно и компактно изложенный клинический материал, приведенный в этом издании, будет полезен не только молодым, начинающим врачам-стоматологам, но и имеющим достаточный опыт практикующим клиницистам. Очевидно, что, получая опыт дифференциальной диагностики, проведения и назначения диагностических исследований и лечения, врач постоянно нарабатывает основные знания и умения, соответствующие уровням компетентности, необходимые для совершенствования его профессиональной деятельности.

В целом настоящая книга актуальна, интересна, информативна по глубине поднятых в ней проблем, широте их обсуждения, новаторству понимания и изложения.

Обращаю ваше внимание на то, что при переводе книги максимально сохранен текст оригинала. Хочу особо отметить, что данная книга не может быть использована вместо учебников и учебно-методических пособий по клинической стоматологии, утвержденных в РФ. Однако ознакомление с интересными клиническими случаями, представленными авторами, расширит кругозор студентов, ординаторов и практикующих врачей стоматологического профиля.

Н.И. Крихели

Предисловие к изданию на английском языке

Для нас было честью и привилегией отредактировать это последнее издание такой значимой и авторитетной книги по стоматологии.

Успех предыдущих изданий свидетельствует о профессиональной компетентности, огромном опыте и упорной работе профессора Оделла на протяжении многих лет, так что эта книга сейчас считается одной из самых успешных в своей области с широкой читательской аудиторией и профессиональным признанием. Являясь новыми редакторами книги, мы считаем абсолютно уместным, что имя профессора Оделла теперь прочно ассоциируется с этим изданием, и надеемся воздать ему должное в будущем.

Мы стремились сохранить формат, который побуждает читателя реорганизовывать и применять знания и опыт к анализу клинических ситуационных задач. С этой целью мы использовали материалы нескольких новых авторов, обладающих опытом в соответствующих дисциплинах, для расширения охвата клинических ситуаций, обновления клинических случаев с учетом соответствующих изменений в национальном руководстве, соответствующем законодательстве и достижениях в лечебной практике. При этом данное издание предоставляет читателю более широкий спектр ситуационных задач, которые подпадают под сферу деятельности современного специалиста по профилактике стоматологических заболеваний, включая вопросы психологического статуса пациентов, использования цифровой стоматологии, различных методов лечения, имплантации зубов и оказания медицинской помощи на дому. Мы искренне надеемся, что содержание данной книги окажется полезным студентам и начинающим специалистам-практикам, а также нашим более опытным коллегам по всем

дисциплинам стоматологии. Поскольку клинические случаи не различаются по всему миру, мы также считаем, что содержание книги будет интересным для врачей-стоматологов независимо от страны проживания.

Эту книгу не следует рассматривать как замену учебников по предмету, и читателю важно оценить два момента при ее чтении. Во-первых, невозможно охватить все клинические случаи, с которыми сталкивается работающий в области стоматологии специалист. Поэтому мы, как редакторы, постарались выбрать широкий спектр полезных советов и подсказок, которые могут быть применены в различных клинических ситуациях. Подход к каждому клиническому случаю не всегда является окончательным, и эту книгу не следует воспринимать как руководство к действию. Во всех случаях надлежащая клиническая практика больше всего сосредоточена на интересах пациента. Этот путь может и будет меняться от случая к случаю и от одного практикующего врача к другому, поскольку нет двух одинаковых пациентов или врачей, работающих в одной и той же сфере.

Во-вторых, эта книга в значительной степени опирается на клинические знания и опыт всех авторов, внесших свой вклад в ее написание. Мы хотели бы отметить их огромный профессионализм. Нельзя недооценивать их вклад личного времени, энергии и целеустремленности. Без важного вклада наших друзей и коллег эта книга просто не могла бы быть представлена вашему вниманию, и мы в большом долгу перед ними.

Авиджит Банерджи,
Селвам Таварадж

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациент с высокой степенью распространения кариеса

АВИДЖИТ БАНЕРДЖИ

Краткий обзор

17-летний студент шестого курса колледжа обращается в вашу стоматологическую клинику с жалобой по поводу нескольких кариозных поражений, одно из которых очень большое. Какое лечение следует применить?



• **Рис. 1.1.** Нижний правый первый моляр. Гуттаперчевый штифт указывает на свищевое отверстие

История болезни

Жалобы

Пациент жалуется на то, что из зуба на нижней челюсти справа выпала пломба и острый край коронки зуба травмирует язык. В остальном у него бессимптомное течение заболевания.

Анамнез заболевания

Пломба установлена около года назад во время незапланированного визита к стоматологу, причиной которого была острая зубная боль, вызванная горячей и холодной пищей и напитками. Пациент не пришел на следующий прием для завершения курса лечения. Он потерял контакт с врачом при смене места жительства и в настоящее время не состоит на учете у врача стоматолога-терапевта.

Анамнез жизни

Общее состояние здоровья пациента удовлетворительное.

Осмотр

Внешний осмотр

Пациент — подтянутый и здоровый на вид подросток. Подбородочные, поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы не пальпируются, височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) без патологий.

Осмотр полости рта

Слизистая оболочка полости рта без особенностей. Гигиена полости рта удовлетворительная. В некоторых участках наблюдается воспаление десны, зубного камня нет, а глубина зондирования составляет 3 мм или менее. На щечной поверхности первого моляра на нижней челюсти справа большая кариозная полость. Реставраций ни на одном зубе нет. Зубы не были удалены, и третьи моляры отсутствуют. На окклюзионной поверхности второго моляра на нижней челюсти справа имеется небольшая кариозная полость.

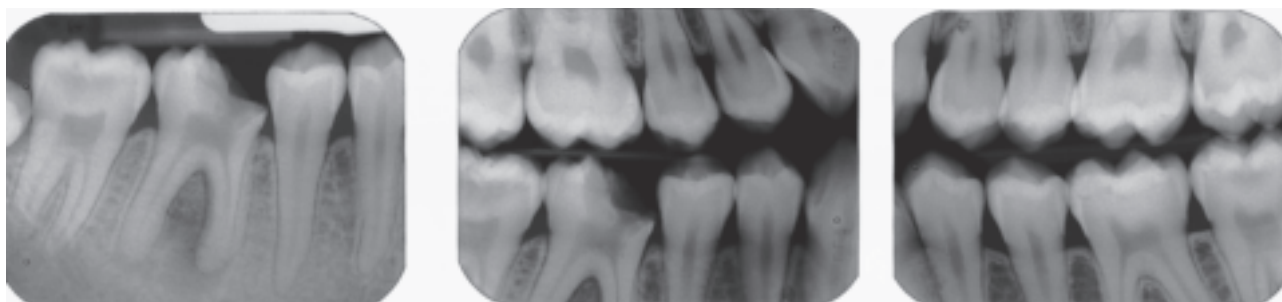
Исследования

- ♦ Какое дальнейшее обследование вы бы провели?

Проверка чувствительности зубов (жизнеспособности пульпы) со дна кариозной полости. Несмотря на то что наиболее вероятной причиной является первый моляр, следует проверить соседние зубы, потому что более одного зуба могут быть девитальными. Следует сравнить данные с данными зубов на противоположной стороне. Могут использоваться методы термометрии пульпы и метод электроодонтодиагностики (ЭОД) пульпы, поскольку обширный реакционный (третичный) дентин может снижать реакцию.

Первый моляр не реагирует ни на один тест. Все остальные зубы кажутся витальными.

- ♦ Какие рентгенограммы вы бы сделали? Объясните, почему требуется каждое изображение. См. табл. 1.1.



• **Рис. 1.2.** Внутриротовые контактная и интерпроксимальная рентгенограммы

ТАБЛИЦА 1.1

Необходимые рентгенограммы и их клиническая эффективность

Рентгенограмма	Цель
Прикусные рентгенограммы	Прежде всего обнаружить кариес на проксимальной поверхности зуба и конкретно в этом клиническом случае помочь определить кариес на окклюзионной поверхности
Внутриротовая контактная рентгенограмма нижнего первого моляра справа, выполненная методом параллельного расположения	Дооперационная оценка по поводу возможности эндодонтического лечения или удаления
Панорамный снимок полости рта	Может быть полезным в качестве общего обзора у нового пациента и для определения наличия и положения третьих моляров

- ◆ Какие проблемы присущи диагностике кариеса у этого пациента?

В настоящее время у подростков преобладает кариес на окклюзионной поверхности зубов.

Кариес на окклюзионной поверхности может остаться незамеченным при визуальном осмотре по двум причинам. Во-первых, он начинается на стенках фиссур и прячется под прочной поверхностной эмалью, а во-вторых, повреждения имеют тенденцию к длительному развитию кариозной полости, если вообще возникают, вероятно, потому что воздействие фтора усиливает ионную структуру вышележащей эмали. Наложение здоровой эмали также маскирует мелкие и средние поражения на рентгенограммах прикуса. Небольшая полость на окклюзионной поверхности во втором моляре вызывает подозрение в том, что ямки и фиссуры у других моляров будут кариозными. Если повреждения не очень большие, проникающие только в среднюю

треть дентина, их можно не обнаружить на прикусных рентгенограммах.

- ◆ Рентгенограммы, представленные на рис. 1.2. Что вы видите?

На внутриротовой контактной рентгенограмме показано, что кариозное поражение коронки нижнего первого моляра справа обширно, с вовлечением пульпы. Мезиальный контакт был полностью разрушен, и зуб наклонился мезиально.

Вокруг вершущек обоих корней имеется разрежение костной ткани, которое больше вокруг мезиального корня. Периодонтальная щель разрушена, в бифуркации и вокруг вершущек корней происходит потеря большей части костной ткани.

Прикусные рентгенограммы подтверждают наличие кариеса на окклюзионной поверхности всех моляров верхней и нижней челюсти за исключением первого моляра на верхней челюсти справа. На проксимальной поверхности кариес не выявлен.

- ◆ Если бы два или более зуба были возможными источниками свища, как бы вы могли выбрать между ними?

Гуттаперчевый штифт может быть установлен в отверстие свищевого хода до получения рентгенограммы как показано на рис. 1.1. Штифт среднего или маленького размера гибкий, и его можно слегка изогнуть при введении. Штифты рентгеноконтрастны, и их можно увидеть на рентгенограмме по направлению к источнику инфекции, как показано в другом случае на рис. 1.3.

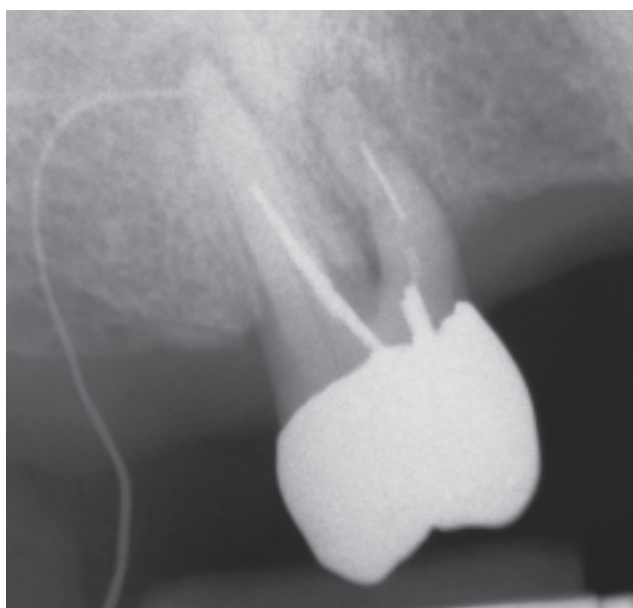
Диагноз

- ◆ Какой диагноз вы поставите?

У пациента нижний первый моляр справа с периапикальным абсцессом. Кроме того, у него высокий уровень распространения кариеса. Поэтому состояние классифицируется как «высокий риск/восприимчивость к кариесу» (>2 новых/активных поражения за 2 года).

Лечение

Пациент с ужасом обнаруживает, что его зубы находятся в таком плохом состоянии, поскольку



• **Рис. 1.3.** Другой случай, показывающий гуттаперчевый штифт, вставленный в свищевой ход для прослеживания пути свищевого хода

в прошлом к стоматологу он обращался всего один раз. Он стремится сделать все, что можно, чтобы

сохранить все зубы, и принимает решение попытаться восстановить нижний моляр.

- ♦ Как вы расставите приоритеты в лечении этого пациента? Почему лечение должно проводиться в этой последовательности?

См. табл. 1.2.

- ♦ Какие имеются материалы для временных реставраций? Каковы их свойства и в каких ситуациях они эффективны?

См. табл. 1.3.

Почему один коренной зуб так сильно разрушен по сравнению с другими? Трудно утверждать, но обширное кариозное поражение, вероятно, частично является результатом предыдущей неудачной реставрации. Учитывая характер повреждений на других зубах, представляется вероятным, что это была большая реставрация окклюзионной поверхности зуба, и история свидетельствует о том, что она была проведена в витальном зубе. Вероятно, это разрушило мезиальные выступы или краевой гребень. Два фактора могли привести к обширному кариозному поражению, появившемуся только 1 год спустя: плохое краевое прилегание и/или разрушение краевого гребня или мезиальных выступов, приводящие к выпадению пломбы из зуба.

ТАБЛИЦА 1.2 Последовательность лечения

Этап лечения	Приемы лечения	Задачи
Терапевтический этап	Формирование кариозной полости нижнего первого моляра справа, подготовка доступа для лечения корневых каналов (RCT), дренаж, орошение натрия гипохлоритом и установка временной реставрации	Важно, если зуб должен быть сохранен, удалить источник апикальной инфекции. Существует также острая необходимость свести к минимуму дальнейшее разрушение этого зуба, которое вскоре может стать необратимым. Временная реставрация необходима для облегчения изоляции раббердамом во время будущего эндодонтического лечения, а также для стабилизации прикуса и остановки мезиального смещения
Стабилизация кариеса	Удаление кариозного дентина и установка временных реставраций во всех пораженных кариесом зубах по квадрантам или по двум квадрантам	Чтобы предотвратить дальнейшее разрушение зуба и развитие пульпита, пока проводятся другие этапы лечения
Профилактический уход (стандартный и активный уход неоперативный/неинвазивный режим) или оперативная/инвазивная профилактика	Анализ питания, инструкция по гигиене полости рта, рекомендации по применению фтора, анализ слюны. При условии, что не образовались кариозные полости и бессимптомные поражения в пределах внешней трети эмали (выявленные рентгенологически), тогда можно было бы рассмотреть вопрос о том, чтобы терапевтические герметики помещались в кариозные фиссуры ± удаление кариозной эмали по мере необходимости («профилактическая композитная реставрация»)	Следует начинать вместе с вышеописанными задачами и проводить во время всего лечения, чтобы снизить высокий риск кариеса и обеспечить долгосрочное здоровье полости рта

Окончание табл. 1.2

Этап лечения	Приемы лечения	Задачи
Постоянная реставрация	Будет зависеть от того, что будет найдено во время или после размещения каких-либо временных реставраций	Окончательное восстановление может быть отложено до последнего; стабилизация, профилактика и снижение риска имеют приоритетное значение
Повторное посещение	Периодический обзор выполненных этапов лечения, соблюдение пациентом изменений в поведении; обсуждение с пациентом индивидуальных интервалов повторных посещений	Крайне важно следить за соблюдением пациентами рекомендаций по профилактике и отслеживать признаки колебаний риска/восприимчивости к кариесу

ТАБЛИЦА 1.3 Материалы для временных реставраций*

Материал	Примеры	Свойства	Ситуации
Цинка оксид и производные эвгенола	Kalzinol	Бактерицидный, легко смешивается и размещается, дешевый, но не очень прочный; легко удаляется	Подходит для временного восстановления большинства полостей, при условии отсутствия значительной окклюзионной нагрузки. Полости в проекции эндодонтического доступа
Самотвердеющие цементы цинка оксида	Cavit Coltosol	Затвердевают при контакте со слюной; достаточная прочность и легко снимаются	Полости в проекции эндодонтического доступа. Отсутствие окклюзионной нагрузки
Поликарбоксилатные цементы	Poly-F	Адгезивные к эмали и дентину; твердые и прочные	Используются при плохом механическом удержании. Достаточно прочные, чтобы обеспечить установку раббердама при использовании в сильно разрушенном зубе
Стеклоиономерные цементы (СИЦ), включающие препараты, содержащие серебро	Chem-fil Shofu Hi-Fi Ketac Silver	Адгезивный к эмали и дентину; твердый и прочный, хороший внешний вид	В качестве поликарбоксилатных цемента, а также эффективен для передних зубов. Могут быть использованы в качестве временной реставрации (до нескольких месяцев)

* Неполный список примеров.

- ◆ Следует ли обеспечить удаление всей кариозной ткани при восстановлении зубов с живой пульпой?

Удаление всей размягченной кариозной ткани на эмалево-дентинном соединении (периферия полости) имеет важное значение, и в идеальной ситуации следует сохранять только здоровые эмаль/дентин или пигментированный, но твердый дентин. Удаление кариозного дентина над пульпой лечится по-разному. При лечении более молодого пациента с относительно большим размером полости пульпы всегда существует тенденция к тому, чтобы специалист был более консервативным. Очень мягкий или слоистый дентин (поверхност-

ный, бактериально загрязненный, инфицированный кариесом дентин) идеально удаляется. Слегка размягченный дентин можно оставить на месте, покрывая пульпу при условии, что на него наложена хорошая, герметичная по периферии адгезивная реставрация.

Решение о том, следует ли оставлять последние слои размягченного дентина, может быть трудным, и это решение в определенной степени зависит от клинического опыта врача-стоматолога. Физически обработанный размягченный дентин при быстро прогрессирующих поражениях является недостоверным. Самые глубокие слои — мягкие из-за деминерализации, но необязательно

сильно инфицированные и могут удерживаться над пульпой (деминерализованный, пораженный кариесом дентин). Кроме того, бактериальное проникновение в дентин не всегда сопровождается пигментацией при прогрессирующих поражениях. Данные показывают, что, как только пульпа обнажается во время процедуры удаления кариозной ткани, шансы на быструю гибель пульпы в первоначально имеющих симптомы заболевания зубах значительно увеличиваются по сравнению с теми случаями, когда деминерализованный, пораженный кариесом дентин сохраняется в качестве косвенной защиты пульпы, а полость герметизируется адгезивным биоактивным реставрационным материалом.

Более подробная информация об этом минимально инвазивном (MI) подходе к оперативному селективному удалению кариозной ткани обсуждается в случае 9.

♦ Какие профилактические мероприятия следует рекомендовать этому пациенту? Объясните почему.

Анализ и модификация рациона питания. Метаболически активный процесс кариеса требует присутствия сахаров в питании, в частности сахарозы, глюкозы и фруктозы, ацидогенной флоры зубного налета, восприимчивой поверхности зуба и времени, чтобы стимулировать прогрессирование. Противодействие флоре зубного налета является наиболее эффективной мерой для остановки прогрессирования существующих кариозных поражений (вторичная профилактика) и предотвращения образования новых (первичная профилактика). Никакая профилактическая мера, влияющая на флору или зуб, не является столь эффективной. Еще к преимуществам акцента на диете относится то, что она заставляет пациентов признать, что они должны взять на себя ответственность за профилактику заболеваний и поддержание здоровья собственной полости рта. Крайне важно, чтобы пациенты понимали, что кариес зубов — это связанное с образом жизни, поведенческое, бактериально опосредованное, неинфекционное заболевание, которое полностью можно предотвратить только их действиями.

♦ Как бы вы оценили питание пациента?

Анализ диеты состоит из двух элементов: изучения образа жизни пациента и самих продуктов, которые употребляет пациент. Информация о питании не имеет большой информативной ценности, если ее не рассматривать в контексте образа жизни пациента. Скорее всего, будут приняты только рекомендации, адаптированные к образу жизни пациента. Использование модели СОМ-В («способность», «возможность», «мотивация» и «поведение») позволяет контролировать/коррек-

тировать пищевое поведение пациентов в рамках их нынешнего образа жизни. Очень важно, чтобы стоматологический гигиенист работал с пациентом в этом отношении. Кроме того, может быть полезным использование подхода GPS для изменения поведения, ориентированного на пациента (постановка целей, планирование и самоанализ результатов). Дневник питания должен включать все потребляемые продукты и напитки, количество (в легко оцениваемых единицах) и время приема пищи или питья. Он должен охватывать как будние дни, так и выходные, потому что поведение часто может быть очень разным.

В данном случае следует отметить, что пациентом является 17-летний студент. Образ жизни зачастую резко меняется в возрасте от 16 до 20 лет. Возможно, он больше не живет дома и физически, финансово независим от своих родителей. Возможно, он ест дешевый, богатый углеводами фастфуд вместо регулярного питания.

Долгие часы учебы могут сопровождаться частым употреблением подслащенных напитков и сладких закусок. Анализ самого питания может быть выполнен различными способами. Пациента можно попросить перечислить все продукты, потребленные за предыдущие 24 ч. Это не очень эффективно, полагаясь, как это бывает, на хорошую память и честность, и вряд ли даст репрезентативный отчет. Полагаться на описанные по памяти события, которые произошли более 24 ч назад, слишком недостоверно.

Наиболее эффективный метод заключается в том, чтобы пациенты вели письменный учет своего рациона в течение 4 дней подряд, включая 2 рабочих дня и 2 дня отдыха (выходные). Необходимость того, чтобы пациенты полностью соблюдали и честно оценивали свою диету, следует подчеркивать, и, конечно, диету не следует менять, потому что она записывается. В идеале анализ следует проводить до того, как будут даны какие-либо рекомендации по питанию. Даже пациенты, которые не ведут честный учет, были более осведомлены о своем рационе питания. Если они знают, какие продукты следует исключить из списка, чтобы угодить своему стоматологу, то первый шаг в образовательном процессе уже сделан.

♦ Как вы проанализируете питание этого пациента за 4 дня (показано на рис. 1.4)? В чем причина его восприимчивости к кариесу?

Выделите продукты и напитки, богатые углеводами, как показано на рис. 1.4. Обратите внимание, входят ли они в основное время приема пищи или их часто едят и в течение дня в виде перекусов. Количество воздействий углеводов должно быть подсчитано и обсуждено с пациентом. Кроме того, обратите внимание на консистенцию пищи, потому

Анализ питания за 4 дня Джона Смита

	Четверг		Пятница		Суббота		Воскресенье	
	Время	Продукты	Время	Продукты	Время	Продукты	Время	Продукты
До завтрака			7:00	2 чашки чая с 2 кусочками сахара	7:30	4 шоколадных пирожных Чай с 2 кусочками сахара		
Завтрак	8:30	Колбаса Хлеб пита Кетчуп	8:30	Банан	8:00	Воздушный рис в шоколаде Хлопья 1 стакан колы		
Утро	9:20	1 стакан колы Горячий шоколад	9:30	Кружка горячего шоколада Упаковка криспов	11:00	1 кусочек вишневого торта	10:30	4 тоста с арахисовым маслом 1 кусочек торта
	11:15	Плитка шоколада		Баночка диетической колы				
Прием пищи в полдень	12:30	Турецкий салат Сэндвич 1 стакан колы Чай с 2 кусочками сахара	13:00	2 кусочка сыра на тосте, чесночная колбаса, 1 кусочек торта, 1 стакан колы	12:30	1 кусочек торта Чай с 2 кусочками сахара	13:00	Рыбный пирог 1 стакан колы
Обед	16:00	Газировка Плитка шоколада 1 кусочек торта	16:30	Ветчина 1 кусочек торта Чай с 2 кусочками сахара 1 стакан колы	15:00	Колбаса, фасоль, тост, апельсин, баночка колы	14:00	Чай с 2 кусочками сахара 1 печенье
			17:00				16:30	1 кусочек торта Чай с 2 кусочками сахара
Вечерний прием пищи	18:00	Салат, чесночная колбаса, ветчина, капустный салат с майонезом (Коул Слоу)	19:30	Бургер и чипсы Баночка диетической колы	20:00	Спагетти болоньезе, мороженое	21:00	Рыба и чипсы, горох, 1 стакан колы
Вечер	22:30	Колбаса, криспы, 1 стакан газировки			21:30	Чай с 2 кусочками сахара		

• Рис. 1.4. Дневник питания пациента (описание в тексте)

что сухие и липкие продукты дольше удаляются изо рта. Сладкие напитки, принимаемые непосредственно перед сном, имеют большое значение, поскольку во время сна уменьшается слюноотделение, и, следовательно, время очищения увеличивается. Определите продукты с высоким содержанием **скрытых углеводов**, потому что пациенты часто не осознают, что такие продукты важны; примеры — это консервированная фасоль, хлопья для завтрака, томатный кетчуп и «просто» печенье.

Таблица питания показывает, что основная проблема этого пациента — слишком большое количество напитков, содержащих сахар, и частые перекусы пирожными и печеньем. Большинство блюд или закусок содержат хотя бы один элемент с высоким содержанием сахара, а некоторые — более одного. Другой типичной причиной высокого уровня кариеса в этой возрастной группе являются конфеты, особенно мятные леденцы.

Систематический обзор фактических данных, связывающих сахар с заболеваемостью кариесом, в настоящее время подчеркивает важность не только частоты потребления сахара в день, но и общего фактически потребленного количества. Как для взрослых, так и для детей Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) настоятельно рекомендует, чтобы потребление свободных сахаров не превышало 10% общего потребления энергии. Это составляет примерно 50 г/чел в день, или 18 кг/чел в год. Таким образом, важно читать этикетки продуктов питания, чтобы понять относительное содержание сахара как часть общей энергии, потребляемой в день. Примеры диетического содержания сахара включают одну упаковку апельсинового сока объемом 200 мл (20 г), одну чашку чая с одной чайной

ложкой сахара (5 г), небольшую баночку нежирного фруктового йогурта (15 г).

♦ Какой совет вы дадите пациенту?

Принципы более безопасного питания показаны в табл. 1.4. Рекомендации по питанию предоставляются с помощью COM-B/GPS модели санитарного просвещения, основанной на модели здорового образа жизни. Однако хорошо известно, что просвещение о рисках и последствиях образа жизни, привычек и питания часто оказывается неэффективным для большинства пациентов. Важно оценить вероятное соблюдение пациентом режима лечения и дать рекомендации по питанию, которые можно использовать для внесения небольших, но значительных изменений, а не пытаться исключить весь сахар из рациона. По мере улучшения рациона питания рекомендации должны быть адаптированы и расширены во время регулярных и первоначально частых повторных консультаций, привлекая пациента к расчету подходящих интервалов между консультациями.

Советы должны быть приемлемыми, практичными и доступными. В этом случае пациент уже перенес серьезные неблагоприятные последствия своего неправильного питания, и это может помочь изменить его поведение.

Пациент должен быть осведомлен о том, что повреждение зубов продолжается в течение 1 ч после приема сладкой пищи. Объяснение, данное некоторым пациентам, может быть не более чем простое утверждение. Многие другие пациенты могут без труда понять концепцию (если не детали) кривой Стефана (симуляционная модель того, как бактерии в налете реагируют на ферментируемые углеводы).

ТАБЛИЦА 1.4

Советы по питанию

Цель	Методы
Уменьшить количество сахара (<10% общего потребления энергии, 50 г/чел в день)	Проверьте этикетки производителей и избегайте продуктов с углеводами, такими как сахароза, глюкоза и фруктоза, перечисленных в начале списка ингредиентов. Натуральные сахара (например, мед, коричневый сахар) также кариесогенны, как очищенные или добавленные сахара. Когда требуются сладкие продукты, выбирайте те, которые содержат подсластители, такие как сахарин, ацесульфам-К и аспартам. Диетические составы содержат меньше сахара по сравнению с их стандартными аналогами. Уменьшите сладость напитков и продуктов питания. Привыкайте к менее сладкой пище в целом
Насколько это возможно, ограничить частоту употребления сахара во время еды	Постарайтесь уменьшить количество перекусов. Когда требуются закуски, выбирайте безопасные, такие как сыр, чипсы и фрукты или сладости без сахара — мятные леденцы или жевательную резинку (которые не только не содержат сахара, но также стимулируют слюноотделение и повышают pH зубного налета). Используйте искусственные подсластители в напитках, принимаемых между основными приемами пищи
Быстрое удаление углеводов изо рта	Никогда не заканчивайте прием пищи сладкой едой или напитком. Употребляйте сладкие продукты с напитком без сахара, жевательной резинкой или защитной пищей, такой как сыр

Пациенту следует посоветовать пользоваться зубной пастой, содержащей фтор. В период изменения рациона питания было бы полезно также использовать еженедельное полоскание фтором. Это может продолжаться до тех пор, пока питание считается небезопасным.

Инструкция по гигиене полости рта также важна и должна повторяться на всех этапах ухода. Инструкция по уходу за полостью рта также очень важна для данного пациента, и ему следует ее соблюдать на всех этапах ухода. Это не остановит сам кариозный процесс, что является критичным для пациента, и у него только легкая форма гингивита. Однако постоянное разрушение биопленки зубного налета, предотвратит ее превращение в нездоровую, дисбиотическую кариесогенную биопленку и поможет сохранить здоровье полости рта в долгосрочной перспективе. Существует ограниченное количество доказательств того, что электрические вращающиеся/колеблющиеся зубные щетки при постоянном и правильном использовании могут быть более эффективными по сравнению с их ручными аналогами.

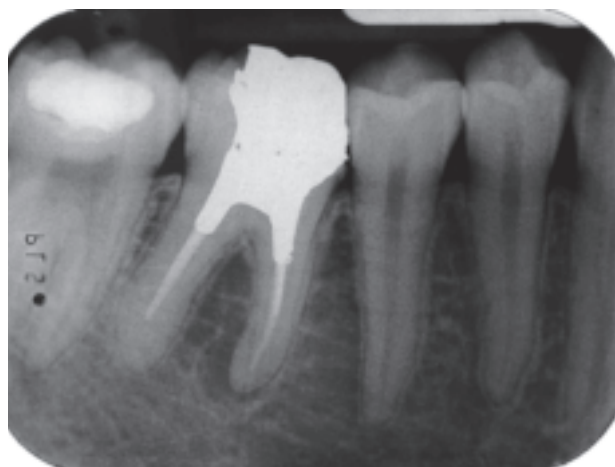
- ♦ Предполагая хорошее соблюдение предписаний и мотивацию, как вы установите постоянную реставрацию?

Первый моляр на нижней челюсти справа требует эндодонтического лечения корневого канала и замены временной реставрации постоянным материалом. Удержание постоянного материала может быть обеспечено остаточной тканью зуба при условии, что разрушение кариозной ткани не является большим. Восстановительный материал может быть уплотнен в полости пульпы и первых 2–3 мм корневого канала (форма Nanyang core). Если естественной коронки остается недостаточно, ее можно дополнить предварительно сформированным штифтом обычно в более прямых дистальных каналах. Дистальный канал в этом случае неидеален, так как находится дальше от наиболее сильно разрушенной области, но он больше.

У других зубов необходимо также заменить временные реставрации на постоянные. Кариес затронул только окклюзионную поверхность, но удаление этих поражений, вероятно, оставило бы мало эмали. Восстановление таких зубов амальгамой потребовало бы чрезмерного удаления всей лишенной поддержки разрушенной эмали. Восстановления было бы лучше достигнуть с помощью рентгеноконтрастного стеклоиономерного цемента и полимерного композитного гибридного/послойного восстановления. Стеклоиономерный цемент, используемый для замены отсутствующего дентина, должен быть рентгеноконтрастным, чтобы его не путали с остаточным или вторичным кариесом на рентгенограммах.

Полимерный композит, соединенный с дентином с помощью стоматологического адгезива, станет альтернативой стеклоиономерному цементу. В качестве альтернативы трехкальциевые силикатные цементы (например, биодентин) также могут использоваться для восстановления большей части утраченного дентина, за которым следует восстановление поверхности полимерным композитом, в идеале проведенным через несколько недель после размещения биодентина, на повторном приеме.

- ♦ На рис. 1.5 показан восстановленный нижний первый моляр через 2 мес после эндодонтического лечения. Что вы видите и какая долгосрочная проблема очевидна?



• **Рис. 1.5.** Внутриротовая контактная рентгенограмма восстановленного первого моляра на нижней челюсти

Вокруг верхушек корня и в области бифуркации происходит некоторое восстановление костной ткани. Полное восстановление ожидается через 6 мес — 1 год, и тогда можно будет судить об успехе общего лечения корневых каналов (RCT).

Как отмечено на начальных рентгенограммах, нижний первый моляр справа с разрушенным мезиальным контактом сдвинулся и наклонился. Это делает невозможным восстановление нормального контура мезиальной поверхности и контактного пункта. Мезиальная поверхность плоская, и нет определенной точки соприкосновения. В долгосрочной перспективе существует риск развития кариеса дистальной поверхности второго премоляра, и кариес, вероятно, затронет более широкую область зуба и распространится дальше под десну. Эту область также будет трудно очистить, и существует риск локализованного пародонтита. Наклон окклюзионной поверхности также может способствовать попаданию пищи в контактный пункт,

если только контур реставрации не включает искусственно увеличенный краевой гребень.

Поэтому для этого зуба, вероятно, потребуются коронка в долгосрочной перспективе. Большая часть эмали разрушена, и зуб ослаблен эндодонтическим лечением.

Коронка позволила бы контакту иметь лучший контур, но проблема неразрешима, пока зуб остается в своем нынешнем положении. Можно было бы рассмотреть возможность ортодонтического лечения.

♦ Почему бы просто не удалить этот зуб?

Удаление нижнего первого моляра справа вполне может быть предпочтительным методом лечения. Кариес обширен, восстановление зуба будет сложным и дорогостоящим, и в долгосрочной перспективе, вероятно, возникнут проблемы. Отсутствующий зуб может быть плохо виден.

В значительной степени решение будет зависеть от пожеланий пациента и рекомендаций специалистов по гигиене полости рта. Если пациент был бы доволен беззубым пространством, удаление представляется привлекательным предложением. Однако, если требуется реставрация, мостовидный протез потребует подготовки еще двух зубов. Восстановление на основе зубного протеза, вероятно, не показано, но имплантат может быть рассмотрен позже. Любые колебания или неуверенность

со стороны пациента вполне могут повлиять на то, чтобы вы предложили удаление.

Еще одним фактором, влияющим на принятие решения, является состояние и долгосрочный прогноз других коренных зубов. Если в краткосрочной или среднесрочной перспективе есть вероятность потери других зубов жевательной группы, имеет смысл сохранить те зубы, которые могут быть успешно восстановлены.

♦ Медико-правовые соображения по этому вопросу.

С точки зрения изменения восприимчивости пациента к кариесу крайне важно, чтобы все консультации/встречи документировались своевременно. Пациент должен придерживаться философии профилактической помощи, чтобы иметь наибольшие шансы на успех в среднесрочной и долгосрочной перспективе. Сведения обо всех консервативных и оперативных вмешательствах должны быть записаны вместе с их обоснованием. Все исследования должны быть полностью освещены соответствующей информацией, включая даты их проведения, а также результаты.

Периодичность повторных консультаций должна быть отмечена и объяснена с доказательствами того, что пациент был полностью информирован и дал согласие на эпизод оказания медицинской помощи.