

Артикаин Orabloc®, изготовитель Pierrel SpA, Италия

(артикаин гидрохлорид 4% и адреналин 1:100000
и адреналин 1:200000)

Только производители двух анестетиков на российском рынке используют при изготовлении технологию «Асептического заполнения».

С первым, вошедшим на рынок давно, Вы хорошо знакомы, и он уже стал анестетиком, пользующимся наибольшим доверием. Сейчас мы рады представить Вам Артикаин Orabloc®, обладающий теми же положительными свойствами, но по более доступной цене.

В зависимости от клинической ситуации вы можете выбрать
Артикаин **Orabloc®** с необходимой концентрацией эпинефрина



Артикаин Orabloc® 1:200 000

Длительность анестезии 45 минут

Показания:

Инфильтрационная и проводниковая анестезия в стоматологии (особенно у больных с сопутствующими тяжелыми стоматическими заболеваниями), в том числе при проведении следующих манипуляций:

- неосложненное удаление одного или нескольких зубов;
- препарирование кариозных полостей и зубов перед протезированием.

Артикаин Перрель Orabloc® 1:100 000

Длительность Анестезии 75 минут

Показания:

- операции на пульпе зуба (ампутация или экстирпация)
- удаление сломанного зуба (остеотомия)
- удаление зуба, пораженного апикальным пародонтитом
- продолжительные хирургические вмешательства (например, операция по Колдуэллу-Люку)
- чрескожный остеосинтез
- эксцизия кист
- вмешательства на слизистой оболочке десны
- резекция верхушки корня зуба
- обработка полостей и обтачивание перед протезированием высокочувствительных зубов

СПЕЦИАЛЬНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ!

При покупке 30 упаковок* Артикаин **Orabloc®** 1:100 000 или 1:200 000, Вы получаете в подарок “говорящий” автоматический тонометр

Talking B-Well WA -77.

*дополнительные скидки сохраняются

**RocadaTM
med**

ООО “Рокада Дент”

г.Казань,

ул. Петербургская, д. 26

тел. 8(843) 570-68-86



**Артикаин
Orabloc®**





**Стоматологическая
Ассоциация
России**

Редакционный совет:

Алимский А.В., Боровский Е.В.,
Вагнер В.Д., Гуревич К.Г.,
Дунаев М.В.,
Иванов С.Ю., М. Кипп,
Кисельникова Л.П., Козлов В.А.,
Козлов В.И., Колесник А.Г.,
Колесников Л.Л.,
Кузьмина Э.М., Кулаков А.А.,
Лебеденко И.Ю., Макеева И.М.,
Максимовская Л.Н.,
Митронин А.В.,
Пахомов Г.Н., Рабинович И.М.,
Рабинович С.А.,
Салеев Р.А., Сахарова Э.Б.,
Сорокоумов Г.Л., Сохов С.Т.,
И. Хен, Ющук Н.Д., Янушевич О.О.

Редакционная коллегия:

Конарев А.В.
Леонтьев В.К.
Садовский В.В.

Главный редактор:

Конарев А.В.

СОДЕРЖАНИЕ

International Dental Review

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Терапевтическая стоматология

Опыт и перспективы дальнейшего применения Международной классификации болезней в стоматологической практике.

И.М. Макеева, А.И. Грудянов, М.К. Макеева, М.В. Сарапульцева, С.О. Чикунов

Оценка эффективности прямых реставраций зубов фронтальной группы. С.Ю. Максюков, М.К. Лемешко

6
14

Детская стоматология

Эффективность лечения пульпита временных зубов методом витальной пульпотомии. Т.Ю. Ширяк, Р.А. Салеев

20

Ортопедическая стоматология

Клиническая эффективность покрывных протезов на внутрикостных имплантатах в сравнении с полными съемными протезами в динамике за 7 лет. Д.А. Бронштейн, С.А. Заславский, Т.Н. Новоземцева, А.А. Ремизова, Н.А. Узунян, Т.Г. Симакова, М.М. Пожарицкая

26

Исследование биоэлектрической активности жевательных мышц у пациентов с полной потерей зубов при ортопедическом лечении с использованием денальных внутрикостных имплантатов. А.Э. Каламкаров

29

Онкостоматология

Применение аутофлуоресцентной стоматоскопии для онкоскрининга заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Л.Н. Максимовская, А.А. Эрк, Н.Н. Булгакова, Б.В. Зубов

34

Экономика и организация в стоматологии

Оценка эффективности и оплата работы администраторов стоматологических клиник. В.В. Бойко

38

Эпидемиология

Характеристика частичной адентии зубов по индексу потери жевательной эффективности у больных с воспалительными заболеваниями пародонта. Н.А. Васильева, А.И. Булгакова, Ю.В. Бортновская

46

Геронтостоматология

Характеристика тревожности людей старших возрастных групп в процессе лечения заболеваний слюнных желез. В.В. Лобейко, А.К. Иорданишвили

50

Ортодонтия

Изучение взаимосвязи нарушений опорно-двигательного аппарата с патологиями прикуса у детей. С.А. Беляков, С.Ю. Косюга, Е.С. Богомолова, А.В. Бухнин

53

СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ

Избраны новые действительные члены и члены-корреспонденты РАН

56

Международная конференция по лазерной стоматологии Dentsply Sirona Laser Days—2016

58

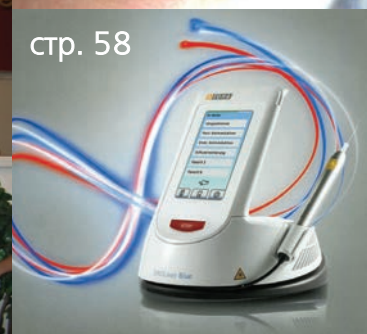
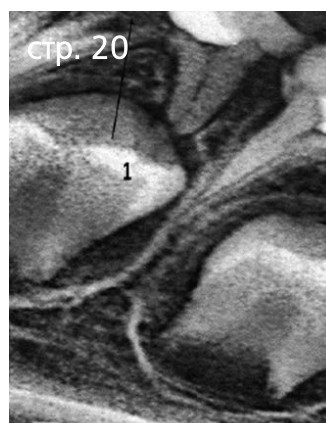
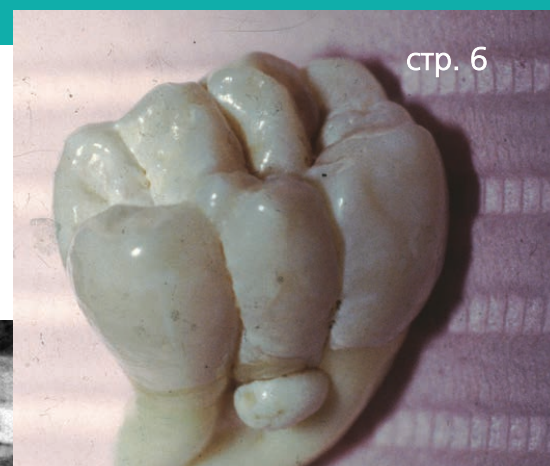
К 75-летию профессора

61

В. Мёрманна

62

Бал стоматологов России—2017



Журнал "Стоматология для всех" включен ВАК Минобрнауки РФ в "Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук".

С полной версией статей журнала "Стоматология для всех" можно ознакомиться в Научной электронной библиотеке на сайте www.elibrary.ru, а также на сайте журнала www.sdvint.com.

Публикации в журнале "Стоматология для всех" включены в национальную информационно-аналитическую систему РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

Журнал "Стоматология для всех" имеет статус печатного органа, аккредитованного при Стоматологической ассоциации России (СТАР)

Редакция журнала «Стоматология для всех/International Dental Review»

Адрес: 121099, Россия, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 34

Для переписки: 127473, Россия, Москва, а/я 109,

редакция журнала "Стоматология для всех"

Телефон/факс: (495) 609-24-40

E-mail: sdvint@mail.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных объявлений.

Мнение авторов публикаций может не совпадать с мнением редакции,

редакционной коллегии и редакционного совета.

Перепечатка — только с согласия редакции.

Официальный сайт журнала "Стоматология для всех" в Интернете: www.sdvint.com

СТОМАТОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ

ISSN 1999-172X (Print)
ISSN 2408-9753 (Online)

№ 4 (77) – 2016

POSSIBILITY OF DENTISTRY TODAY

Conservative dentistry

Experience and prospects of further application of the International classification of diseases in dental practice. I.M. Makeeva, A.I. Grudyanov, M.K. Makeeva, M.V. Sarapultseva, S.O. Chikunov 6

Evaluation of the efficiency of direct restorations of teeth of anterior group. S.Yu. Maksyukov, M.K. Lemesenko 14

Pedodontia

Effective treatment pulpitis of temporary teeth by vital pulpotomy. T.Yu. Shiryak, R.A. Saleev 20

Prosthetic dentistry

Clinical efficacy coating prostheses on endosseous implants compared with the total dentures in dynamics for 7 years. D.A. Bronshteyn, S.A. Zaslavskij, T.N. Novozemtseva, A.A. Remizova, N.A. Uzunyan, T.G. Simakova, M.M. Pozharitskaya 26

Research of bioelectric activity of chewing muscles at patients with total loss of teeth at orthopedic treatment with use of dental implants. A.E. Kalamkarov 29

Oncology in dentistry

Autofluorescence stomatoscopy as the method of oncological screening of oral mucosa. L.N. Maximovskaya, A.A. Erk, N.N. Bulgakova, B.V. Zubov 34

Economics and organization in dentistry

Efficiency evaluation and labour remuneration of dental clinic receptionists. V.V. Boyko 38

Epidemiology

Fracture partially edentulous teeth index loss masticatory efficiency in patients with inflammatory periodontal diseases. N.A. Vasiljeva, A.I. Bulgakova, Yu.V. Bortnovskaya 46

Gerontostomatology

Feature anxious people of older age during the treatment salivary glands diseases. V.V. Lobeyko, A.K. Iordanishvili 50

Orthodontics

The study of the relationship type disorders of the musculoskeletal system with abnormalities of bite in children. S.A. Belyakov, S.Yu. Kosyuga, E.S. Bogomolova, A.V. Buhnin 53

4

EVENTS

Elected new members and corresponding members of the Russian Academy of Sciences 56

International conference on laser dentistry Dentsply Sirona Laser Days—2016 58

On the 75th anniversary of professor V.H. Mörmann 61

Russian ball of the dentists —2017 62



Московский
Государственный
Медико-
Стоматологический
Университет



DENTALEXPO®



14-й Всероссийский стоматологический форум и выставка-ярмарка

ДЕНТАЛ-РЕВЮ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. НАУКА. ПРАКТИКА

На правах рекламы

Москва
Крокус Экспо
павильон 2, зал 5
м. Мякинино



Спонсор выставки:
 **Dentlman.ru**
Интернет-депо стоматологических товаров

Оргкомитет
конференции:

☎ 8-926-996-34-95
@ Адрес для отправки
работ для публикации:
Klinskaya@inbox.ru
www.msmsu.ru

Оргкомитет
выставки:

☎ (+7 499) 707-23-07
@ info@dental-expo.com
www.dental-expo.com

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Терапевтическая стоматология



И.М. Макеева, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова



А.И. Грудянов, д.м.н., профессор, зав. отделением пародонтологии ЦНИИС и ЧЛХ



М.К. Макеева, к.м.н., старший преподаватель кафедры терапевтической стоматологии РУДН



М.В. Сарапульцева, к.м.н., врач-стоматолог ООО "Медицинская фирма Витал — ЕВВ" (г. Екатеринбург)



С.О. Чикунов, д.м.н., доцент кафедры стоматологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента Российской Федерации

Для переписки:
E-mail: irina_makeeva@inbox.ru

Опыт и перспективы дальнейшего применения Международной классификации болезней в стоматологической практике

Резюме

В статье обобщен более чем 10-летний опыт использования МКБ-10 в стоматологической практике, установлены соответствия рубрик МКБ и отечественных классификационных систем, проанализированы нозологические формы, не имеющие прямых аналогов с отечественными классификационными системами.

Ключевые слова: классификация, одонтоклазия, меланоодонтоклазия, небная борозда, дилацерация.

Experience and prospects of further application of the International classification of diseases in dental practice

I.M. Makeeva, A.I. Grudyanov, M.K. Makeeva, M.V. Sarapulytseva, S.O. Chikunov

Summary

The article summarizes more than 10 years experience of the use of ICD-10 in dental practice, establishes compliance with the rubrics of the ICD and domestic classification systems. Parsed nosological forms that do not have direct analogues in the domestic classification systems.

Keywords: classification, odontoclasia, melanodontoclasia, palatal sulcus, dilacerations.

В 2012 г. начался процесс пересмотра МКБ-10, Международной классификации болезней, переведенной на 43 языка. С целью наиболее полного отражения современных достижений в области здравоохранения и медицинской практики в МКБ-11 Всемирная организация здравоохранения впервые пригласила экспертов и всех желающих пользователей принять участие в процессе пересмотра классификации, что позволит сделать ее более понятной и удобной для практических врачей. В практической деятельности российских стоматологов процесс перехода на Международную классификацию болезней ВОЗ начался в 1999 г. Переход на новые классификационные системы всегда долг и труден, а в медицине — особенно. Работая все эти годы в условиях "переходного периода", российские стоматологи накопили определенный опыт использования МКБ [4, 6]. Проведена огромная работа по установлению соответствия позиций МКБ-10 и классификаций, принятых в России, изучена новая информация о принципах классифицирования заболеваний и нозологических формах, которые в наши классификации включены не были. Под редакцией профессора Е.В. Боровского написан учебник "Терапевтическая стоматология", в котором впервые названия всех нозологических форм соответствуют МКБ-10 [7].

Для чего же нужны классификации в медицине и



почему обязательно нужна единая мировая классификационная система, несмотря на все сложности "переходного периода"? *Классификация* — это система соподчиненных понятий (классов объектов), используемых как средство для установления связей между этими понятиями (объектами). Классификация в медицине должна быть научно обоснованной, отражать неотъемлемые признаки объекта или патологического состояния, определять подход к выбору метода лечения. Наличие единой классификации позволяет врачам страны не только говорить на одном языке, но и придерживаться единых принципов диагностики и лечения. Первые попытки систематизации болезней и создания классификации относятся к середине XVIII века: известны публикации Франсуа де Лакруа "Методика нозологии" ("Nosologia Metodica") и работа Карла Линнея "Роды болезней" ("Genera Morborum"). Однако и до появления этих трудов были попытки статистического изучения и обобщения болезней, как правило, в виде сводок смертности [11, 12].

Необходимость пересмотра классификаций в медицине возникает тогда, когда появляются новые существенные наработки теоретического и клинического характера: по этиологии и патогенезу заболеваний, новые подходы к диагностике, профилактике и лечению. Важным следует признать и вопрос о международном единообразии и международной сопоставимости классификации болезней. Считается, что в числе первых этот вопрос поднял Уильям Фарр, известный эпидемиолог и первый медицинский статистик Управления записи актов гражданского состояния Великобритании, а в 1853 г. в Брюсселе участники первого Международного статистического конгресса обратились к нему с просьбой создать единую классификацию причин смерти. Так как в работе принимал участие Марк д'Эспин из Женевы, то были созданы две классификации, основанные на совершенно разных принципах. Уильям Фарр разделил все болезни на пять групп: эпидемические, системные, связанные с анатомической локализацией, связанные с дефектами развития, являющиеся следствием насилия.

Марк д'Эспин предложил классифицировать болезни по характеру их проявления: подагрические, герпетические, гематологические и т.д. Интересно, что был принят компромиссный вариант [13]. Классификация болезней пересматривалась четырежды, и можно точно утверждать, что принципы классифицирования, предложенные Уильямом Фарром, выдержали испытание временем и стали базой для создания "Международного перечня причин смерти", предложенного в 1893 г. Жаком Бертильоном, начальником Статистической службы Парижа. "Классификация причин смерти Бертильона", как она была сначала названа, получила общее признание и была принята к

использованию многими странами [9]. Далее "Классификация" постоянно совершенствовалась, в работе принимали участие представители многих стран, причем в основном — эпидемиологи и статистики. В настоящее время в мире принята "Международная классификация болезней", одобренная Международной конференцией по Десятому пересмотру МКБ в 1989 г., а в 1990 г. она была принята XLIII сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения. МКБ-10 состоит из трех томов. Международная классификация болезней (МКБ) является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов. Полное название Международной классификации болезней — *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем* (англ. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Это документ, который является главной статистической и классификационной основой в здравоохранении. В настоящее время действует Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10, ICD-10) [5]. В России органы и учреждения здравоохранения осуществили переход статистического учёта на МКБ-10 в 1999 г. В этой связи и возникла необходимость формулирования клинических диагнозов стоматологических заболеваний в соответствии с этой классификацией. Потому был издан приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 170 "О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра" от 27.05.1997 [14].

Тем не менее, интегрирование данной классификационной схемы в практику оказалось более сложным, чем это предполагалось, и вот почему: МКБ-10 является не клиническим, а статистическим классификатором. Собственно, она и изначально предназначалась не столько для работы клиницистов, сколько для статистиков, которые призваны учитывать проделанную врачами работу (при этом они совершенно необязательно должны быть медиками, тем более — специалистами), и для организаторов здравоохранения — в целях планирования и обоснования финансовых затрат на медицину, как в целом по стране, так и по регионам. Конечно же, в первую очередь данный классификатор заболеваний является базовым документом для страховых компаний, которые приняли его (и не без оснований) за единственное руководство к действию. Что же касается специалистов, то до сих пор ряд позиций МКБ вызывает у них обоснованные вопросы, которые упорно остаются на повестке дня и даже в перспективе явно не могут быть разрешены. В первую очередь, потому что позиция страховых компаний остается





ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

непреклонной и опираются они на узаконенную МКБ-10. Что же касается клиницистов, то они вынуждены повиноваться требованиям страховых компаний при оформлении документов (элементарно для того, чтобы получать заработанные деньги), внутренне совершенно справедливо не будучи согласными в определенных ситуациях. То есть уже на самом первом этапе возникли определенные "ножницы" между общепринятыми классификационными клиническими терминами заболеваний и терминами МКБ-10. Это вынуждает специалистов прибегать к компромиссным вариантам.

Следует в очередной раз напомнить, что

1. МКБ была создана для эпидемиологических и статистических целей (что зафиксировано в ее названии), а не для диагностики клинических случаев.

2. Отечественная стоматологическая литература, в том числе большинство учебников, основана на российских классификациях, что требует установления соответствия между рубриками наших классификаций и МКБ.

3. Так как МКБ создавалась для статистических целей, в ней есть такие подрубрики как, например, *K90-K93 Другие болезни органов пищеварения*. Такие формулировки подходят для статистики, но совершенно не устраивают клиницистов. Некоторые подрубрики вообще не могут быть использованы в качестве клинического диагноза.

Разумеется, говоря об упомянутых недостатках, следует учитывать тот факт, что версия МКБ-10, изданная в России, является переводной с английского языка, а при переводе подобных работ всегда возможны терминологические неточности и ошибки.

В этой статье мы хотим дать информацию о тех подрубриках МКБ-10, которые вот уже много лет вызывают вопросы у практических врачей, а в ряде публикаций толкуются ошибочно.

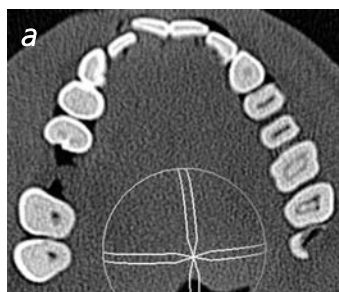
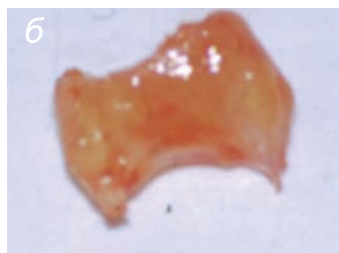


Рис. 1. а. Пульпарные дентиклы зубов 26 и 27 на КТ. Жалоб нет.
б. Дентикл, ставший причиной конкрематозного пульпита, занимал практически всю полость зуба



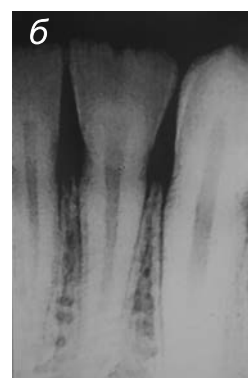
Как говорилось выше, в МКБ-10 (Стоматология) есть много подрубрик, которые не могут быть использованы в качестве клинического диагноза. Например, — *K04.2 Дегенерация пульпы (пульпарный дентикл)*. Пульпарный дентикл долгое время вообще никак себя не проявляет, и зуб с таким поражением не требует лечения (рис. 1а).

Наличие дентиклей и петрификатов, достигающих определенного размера и начинающих сдавливать ткань пульпы, может сочетаться с приступами иррадиирующей боли. Таким пациентам ошибочно ставят диагноз "невралгия", если зубы на стороне поражения интактны. Только на рентгеновском снимке можно увидеть дентикл, ставший причиной "конкрематозного пульпита". Дентикл может заполнить практически всю полость зуба и по-разному располагаться по отношению к ее стенкам [2] (рис. 1).

В рубрике *K00 2. Аномалии размеров и формы зубов* есть подрубрики *00.22 — сращение (синодензия)* и *00.23 — раздвоение (шизодензия)*. Эти особенности строения зубов не являются заболеваниями и при отсутствии жалоб на эстетический дефект вообще не требуют вмешательства стоматолога. Пациент К., 21 год, никаких жалоб не предъявлял, обратился с целью получения справки о санации полости рта. Расщепление зуба 31 стало случайной находкой стоматолога (рис. 2). Учитывая отсутствие зуба 32, можно было бы предположить синодензию зубов 31 и 32, дифференциальную диагностику синодензии и шизодензии проводить сложно, однако для синодензии характерно наличие сдвоенного корня с двумя пуль-



Рис. 2 а, б, в. Пациент К. Расщепление коронки зуба 31.
а. Вестибулярная поверхность
б. Прицельный снимок
в. Язычная поверхность



парными камерами [3], в данном случае корень имеет нормальное строение и размеры. Лечение не требуется, но возможно прямое закрытие композитным материалом зоны расщепления.

Нарушение поверхности прикорневой части зуба в виде наличия так называемых "эмалевых капель" (K00.2 Аномалия размеров и формы зуба) также не является клиническим диагнозом (рис. 3).



Рис. 3 а, б. Эмалевые капли на поверхности корней зубов

В приведенном случае причиной удаления зуба стало постоянное очаговое воспаление тканей пародонта, которое было обусловлено раздражающим действием "эмалевой капли". Это сопровождалось воспалительной линейной резорбцией альвеолярной кости до верхушки корня зуба. В свою очередь влияние хронического воспаления на сосудисто-нервный пучок в месте его выхода из корневого отверстия и стало причиной интенсивных болей, происхождение которых не было установлено при клиническом и функциональ-

ном обследовании. Ввиду неинформативности рентгенологической картины в случае подобных повреждений участок воспалительной деструкции не был выявлен и противовоспалительное лечение поражения не было своевременно проведено. В силу сказанного зуб был удален.

Как и в подавляющем большинстве клинических случаев, истинной причиной поражения пародонта и ретроградного пульпита было наличие эмалевой капли диаметром в 1,5 мм в придесневой области.

Традиционно много вопросов практические врачи задают по терминам "дилацерация", "одонтоклазия" и "небная борозда".

В рубрике K00.4 Нарушение формирования зубов есть подрубрика 00.44, в английской версии: 00.44 Dilaceration), которая была переведена на русский язык как "Трещина зуба" [3, 12]. Лишь только изучение английской версии МКБ-10 позволило через несколько лет обнаружить эту ошибку. На самом деле под дилацерацией (*dilaceratio* — смещение (лат)) понимают нарушение формы зуба в процессе развития, выражающееся в значительном перегибе корня, коронки, либо же в виде перегиба корня относительно коронки зуба (рис. 1). Есть еще одно определение дилацерации, которое трактует ее как аномалию развития зуба, при которой корень зуба и его коронка расположены под углом более 20° друг к другу. Таким образом, с дилацерацией врачи-стоматологи встречаются практически каждый день, но при этом никогда не ставят диагноз "дилацерация", так как искривление зуба само по себе не является заболеванием и не требует лечения. Генерализованная дилацерация зубов встречается при врожденном ихтиозе и окулофациокардиодентальном синдроме. Аномалии развития зубов в этом случае сочетаются с нейросенсорной тугоухостью, патологией глаза, пороками сердечно-сосудистой системы и умственной отсталостью. Местными причинами развития дилацерации зуба может стать травма во время формирования зуба, ортодонтическая тракция зуба с несформированным корнем, скученность зубов, наличие кисты, новообразования или же иного механического препятствия для нормального роста зуба (рис. 4).

При лечении дилацерированного зуба врач ставит диагноз в соответствии с клинической картиной, а

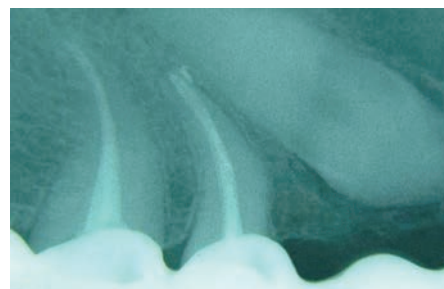


Рис. 4. Ретинированный и дистопированный клык стал причиной дистальной дилацерации корней зубов 14 и 15



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

дилацерация осложняет эндодонтическое лечение и создает риск перелома эндодонтического инструмента в канале, особенно если врач о ней не знает.

Часто встречается дилацерация третьего большого коренного зуба (моляра) в силу нехватки места для правильного формирования его корней. Дилацерацию именуют по направлению изгиба корня: "щечная дилацерация", "язычная дилацерация" и т.д. И хотя наличие в классификации подрубрики **00.44 Дилацерация** обосновано, так как она отражает неотъемлемые признаки объекта (значительное искривление зуба) и определяет подход к выбору тактики эндодонтического лечения — как для исключения перелома инструмента, так и для выбора тактики удаления зуба (рис. 4), само по себе такое нарушение клиническим диагнозом быть не может.



Рис. 5. Дистальная дилацерация зуба 43. С большой долей вероятности можно предположить причину удаления зуба 33. Из архива доктора К.Е. Москалева

Много вопросов у практических врачей вызывает подрубрика **K02.4 Одонтоклазия, Детская меланодентия, Меланодонтоклазия**, входящая в рубрику **K02 Кариес зубов** и не имеющая прямых аналогов в отечественных классификациях. Термин "одонтоклазия" был введен G. Beltrami в 1932; он назвал одонтоклазию "язвой эмали" и в качестве причин ее развития указал крайний дефицит питания. Одонтоклазия была обнаружена им при обследовании детей беднейшего населения Азии и Латинской Америки. Одонтоклазия у этой категории детей оказалась настолько распространена, что G. Beltrami настоял на ее выделении в самостоятельную нозологическую единицу и определил ее как "атипичный линейный кариес эмали, преимущественно поражающий губную поверхность передних зубов верхней челюсти в неонатальной зоне" (неонатальная зона представлена демаркацией между пре- и постнатальной эмалью и является гистологическим признаком временных зубов). Среди причин одонтоклазии G. Beltrami (1936) указал недоедание, родовую травму, сильный дефицит кальция. В дальнейшем микробио-

логические и гистологические исследования временных зубов L.J. Baume, J. Meyer (1966), показали, что одонтоклазия является разновидностью острого течения кариозного процесса у детей. **Меланодонтия** является формой кариеса, при которой процессы деминерализации и микробной инвазии ограничены и локализованы в слое постнатальной эмали, а **меланодонтоклазия** — это агрессивно протекающий кариес временных зубов (rampant caries), поражающий гипопластическую эмаль пренатального слоя и прилежащий к ней дентин [13], а черный цвет пораженных тканей зуба обусловлен наличием *Bacteroid Melanogenicus*. К сожалению, в практике современной детской стоматологии нередко встречаются случаи агрессивно протекающего кариеса (рис. 6 а и б) у детей, не испытывающих крайнего дефицита питания.



Рис. 6. а — Острейший кариес временных зубов, девочка 1 год 8 мес. По совокупности клинических признаков может соответствовать диагнозу **K02.4-Одонтоклазия**
б — Острейший кариес временных зубов, девочка 1 год 9 мес. По совокупности клинических признаков может соответствовать диагнозу **K02.4 — Меланодонтоклазия**

В рубрике **K00 2. Аномалии размеров и формы зубов** есть подрубрика **00.25 — инвагинированный зуб (зуб в зубе)**, аномалии резцов (конические резцы, небная борозда, лопато- и Т — образные резцы). Что же такое "небная борозда" и диагноз ли это? В литера-



туре встречаются термины "небная борозда", "небнo-десневая борозда", "борозда развития", "вертикальная корневая борозда развития".

Небная борозда является аномалией развития зуба и представляет собой складку листка гертвиговского корневого влагалища, который формирует корень. Некоторые авторы считают, что это не аномалия развития, а начавшееся, но не завершившееся разделение корней в процессе формирования. Небная борозда начинается в центре слепой ямки центральных или латеральных резцов верхней челюсти и, как правило, сходит на нет в области эмалево-цементного соединения. Мелкая десневая борозда заканчивается либо не доходя до цементно-эмалевого соединения, либо рядом с ним, при этом она не имеет сообщения с пульпой (рис. 7).



Рис. 7. Пигментированная мелкая небная борозда зуба 12 начинается в слепой ямке и заканчивается выше уровня эмалево-цементного соединения

Но глубокие борозды и борозды средней глубины переходят на корень и идут в направлении верушки. В таких случаях они могут иметь сообщение с пульпой и оказываются путем для проникновения в нее микроорганизмов. Характерно, что до тех пор, пока зубодесневое соединение не нарушено, никаких клинических проявлений нет. Но если зубодесневое соединение нарушается, то борозда быстро инфицируется, образуется зубной камень с последующим образованием глубокого узкого пародонтального кармана и внутрикостного дефекта при сохранении нормального прикрепления либо его незначительном нарушении в соседних участках пародонта. Учитывая наличие узкого (настолько узкого, что специалисты не всегда могут определить его расположение и войти в него даже при зондировании) и глубокого очага вертикальной деструкции, необходимо на первом этапе исключить вертикальную трещину зуба.

Лечение (которое, как правило, сводится к местному применению противовоспалительных и обезболивающих средств) в таких случаях без устранения неб-

ной борозды неэффективно. Кстати, и попытки устранения этой борозды консервативным путем тоже всегда безуспешны. В литературе есть единичные сообщения об успешном лечении таких зубов "в руках": такие зубы удаляют, удаляют из них пульпу, проводят полноценное эндодонтическое лечение, пломбировочным материалом закрывают имеющуюся борозду и затем реплантируют удаленный зуб [14].

Основной проблемой полного исключения клинических классификаций является невозможность с помощью терминов МКБ поставить полный диагноз, например, при лечении кариеса. Так, в соответствии с МКБ, при лечении кариеса необходимо поставить диагноз *K02.0 Кариес эмали, K02.1 Кариес дентина, K02.2 Кариес цемента или K02.3 Приостановившийся кариес зубов*. Однако клинически изолированное поражение кариесом дентина и цемента встречается крайне редко: кариозный процесс при кариесе дентина затрагивает эмаль и подлежащий дентин, а кариес цемента — цемент и подлежащий дентин корня. Используя терминологию МКБ-10, невозможно указать, какая поверхность зуба поражена, хотя именно это определяет выбор реставрационного материала. Поэтому для полноты диагноза при заполнении амбулаторной карты стоматолога в настоящее время комбинируют МКБ-10 и привычную классификацию Г.В. Блека (рис. 8): учитывая, что моляр имеет пять поверхностей, очень важно четко указать, на какой конкретно поверхности расположено кариозное поражение, а не просто ткани зуба, пораженные им.



Рис. 8. По МКБ-10 — *K02.1* — кариес дентина зуба 36. По классификации ММСИ — средний кариес. По классификации Г. Блека — кариес класса I (небная фиссура) и кариес класса VI (вершина дистального небного бугра). Полный диагноз: *K02.1 кариес дентина зуба 36, класс I и VI*

Сочетанное использование двух классификационных систем позволяет указать в диагнозе локализацию и глубину распространения кариозного процесса, то есть в соответствии с требованиями к медицинским классификациям отразить неотъемлемые признаки объекта или патологического состояния и определить



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

подход к выбору метода лечения.

В стоматологической практике встречаются ситуации, когда использование МКБ-10 в целях статистической отчетности затруднено. Так, примером этого являются эндодонто-пародонтальные поражения (ЭПП), в международной классификации не представленные (рис. 9 а и б).



Рис. 9. Эндодонто-пародонтальное поражение зуба 43 (пародонтальное поражение с вторичным вовлечением пульпы); а — до лечения, б — через 6 мес. после лечения



Эффективная терапия ЭПП требует единовременного проведения как эндодонтального, так и пародонтологического лечения в течение нескольких посещений, а в отчеты ФОМС включить это невозможно. Логично было бы включить в классификацию ЭПП, что облегчит отчетность и будет соответствовать логике лечебного процесса.

12

Некоторые сложности применения Международной классификации болезней (даже на представленных примерах) ни в коем случае не являются основанием для опровержения ее достоинств и самого факта, что на сегодня она является, безусловно, весьма информативной и к тому же единственной и принятой во всем мире стан-

дартной методикой для сбора данных о смертности и заболеваемости. При этом нам представляется, что внесение ряда поправок (даже на примере тех немногочисленных клинических ситуаций, которые приведены в статье) — это очевидная и назревшая необходимость.

Усовершенствованная МКБ позволит сделать информацию о стоматологических заболеваниях и более универсальной, и в то же время более понятной и информативной — как для стоматологов, так и для организаторов здравоохранения всего мира.

Литература

1. Алимова М.Я., Максимовская Л.Н. с соавт. Международная классификация болезней. — М., 2016. — С. 24.
2. Быков В.Л. Функциональная морфология и гистогенез органов полости рта человека. — 2-е изд. — СПб.: СПбГМУ, 1998. — 45 с.
3. Мак-Дональд Р.Е. Стоматология детей и подростков. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003.
4. Макеева И.М. Осложнения кариеса в версии Международной классификации болезней МКБ-10 // Эндодонтия Today. — 2009. — № 3. — С. 17–20.
5. Международная классификация болезней 10-й пересмотр. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1995. — Т. 1–3.
6. Саблина Г.И., Ковтонюк П.А., Соболева Н.Н. с соавт. Систематика хронических периодонтитов и их место в МКБ-10 // Сибирский медицинский журнал. — 2011. — № 6 (Т. 105). — С. 300–302.
7. Терапевтическая стоматология/ учебник для студентов медицинских вузов под ред. Е.В. Боровского. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 640 с.
8. Al-Hezaimi K., Naghshbandi J., Simon H. et al. Successful treatment of a radicular groove by intentional replantation and Emdogain(r) therapy August 2004 / Dental Traumat. — 2004. — № 4 (Volume 20). — P. 226–228.
9. Beltrami G., Romieu M.: Dental Dysplasia Related to Malnutrition, with Special Reference to Melanodontia and Odontoclasia // J DENT RES May 1966 45: 726–741.
10. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography, Washington, 1912.
11. Bulletin of the Institute of International Statistics. — Geneva. — 1900. — Vol. 12. — 280 p.
12. Knibbs G.H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision // Medical journal of Australia. — 1929. — № 1. — P. 2–12.
13. First annual report: registrar General of England and Wales. — London, 1839. — 99 p.
14. www.zakonbase.ru





dental
education
GEO SOFT

ОБУЧЕНИЕ ДЛЯ СТОМАТОЛОГОВ

"Dental Education" - единый портал всех ведущих обучающих центров по всей России

Представленные рубрики на портале "Dental Education":

 Терапия	 Детская стоматология	 Эндодонтия	 Гигиена, профилактика, сестринское дело
 Хирургия и имплантология	 Рентгенология, дентальная фотография	 Пародонтология	 Зуботехника, CAD/CAM
 Ортопедия	 Общие тематики	 Ортодонтия	 Менеджмент, маркетинг, право

Расписание обновляется ежедневно

Менеджер отдела обучения: 8 (495) 508-22-11; 8 (495) 663-22-11 доб. 137
education@geosoft.ru / Чапурин Виталий
Менеджер по размещению курсов: 8 (495) 663-22-11 доб. 150
org-edukation@geosoft.ru / Артюховская Наталья

www.dental-education.geosoft.ru



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Терапевтическая стоматология

Оценка эффективности прямых реставраций зубов фронтальной группы

Резюме

Проведен анализ основных показаний для выполнения прямых реставраций зубов фронтальной группы с учетом предшествующего терапевтического лечения и определена эффективность прямых реставраций зубов фронтальной группы по объективным критериям качества у 45 пациентов. При прямых реставрациях необходимо минимальное препарирование твердых тканей зуба, современные композиционные материалы обеспечивают высокие непосредственные клинические и эстетические результаты. Объективные критерии качества позволяют проводить первичную экспертизу качества лечения. Прямые реставрации зубов фронтальной группы показаны при дефектной структуре или текстуре зуба — 73,0% наблюдений, аномалиях твердых тканей — 9,0%, а также дефектах формы — 18,0%. При прямых реставрациях на этапе подготовительного лечения показано депульпирование 13,6% зубов, преимущественно зубы депульпируются при аномалиях твердых тканей — 20,0%. Доля прямых реставраций 11, 21, 31 и 41 зубов составляет 54,5%.

Ключевые слова: прямые реставрации зубов фронтальной группы, показания для прямых реставраций, экспертиза качества лечения.

Evaluation of the efficiency of direct restorations of teeth of anterior group

S.Yu. Maksyukov, M.K. Lemeshko

Summary

The analysis of the main indications for performance of direct restorations of teeth of anterior group taking into account the previous therapeutic treatment is carried out. The efficiency of direct restorations of teeth of anterior group on objective criteria of quality at 45 patients is determined. At direct restorations the minimum preparing of hard tooth tissues is necessary. Modern composite materials provide high short-term clinical and esthetic results. Objective criteria of quality allow to carry out primary expertize of quality of treatment. Direct restorations of teeth of anterior group are shown at defective structure or texture of tooth — 73,0% of observations, anomalies of hard tissues — 9,0%, and also defects of a form — 18,0%. At direct restorations at a stage of preparatory treatment depulping is indicated 13,6% of teeth. Mainly depulping is conducted at anomalies of hard tissues — 20,0%.

С.Ю. Максьюков, доцент, д.м.н., зав. кафедрой стоматологии № 2 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

М.К. Лемешко, аспирант кафедры стоматологии № 2 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, врач-стоматолог НУЗ "ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО "РЖД"

Для переписки:
E-mail: kafstom2.rostgmu@yandex.ru,
st.appoloniya@rambler.ru

The share of direct restorations of 11, 21, 31 and 41 teeth is 54,5%.

Keywords: *direct restorations of teeth of anterior group, indications for direct restorations, examination of the quality of treatment.*

Восстановление тканей зуба, сохранение морфологического единства является профилактикой дефектов и деформаций зубных рядов, предупреждает атрофию альвеолярных отростков, входит в повседневную практику стоматолога и имеет большое эстетическое значение для пациента. Современные технологии способствуют созданию конструкционных материалов, отвечающих высоким требованиям эстетической стоматологии [1, 13–16].

Совершенствование композиционных материалов привело к появлению адгезивных систем, обеспечивающих прочную микромеханическую связь материала с твердыми тканями зуба. Композиционные материалы стали более прочными, устойчивыми к абразивному износу, цветостабильными. Наиболее распространенными и востребованными пломбирочными материалами являются универсальные наноуплотненные и микроуплотненные композиционные материалы. Благодаря высоким эстетическим и прочностным характеристикам композиты занимают лидирующие позиции среди реставрационных материалов, [4, 7, 12]. Однако, несмотря на достижения стоматологии, совершенствование клинических методик и технологических процессов, случаи повторного лечения не редкость [3, 8, 9].

Цель исследования — анализ основных показаний для выполнения прямых реставраций зубов фронтальной группы с учетом предшествующего терапевтического лечения, а также определение эффективности прямых реставраций зубов фронтальной группы по объективным критериям качества.

Материал и методы исследования. Исследование основано на результатах анализа эффективности прямых реставраций зубов фронтальной группы композиционными полимерными материалами, выполненными у 45 пациентов, 18 (40,0%) мужчин, 27 (60,0%)





женщин. При прямых реставрациях использованы лицензионные материалы: GRADIA DIRECT, Esthet X и PREMISE. С точки зрения профессионального понимания были изучены пропорции, гармония и эстетические качества прямых реставраций. Состояние окклюзионных контактов реставрации оценивали артикуляционной бумагой "CROSSTEX" Combo Red & Blue (101,60 мкм) CROSSTEX® (США); BAUSCH® BK 10 (40 мкм) (Germany)). Плотность контакта между зубами и качество обработки контактной поверхности определяли интердентальным флоссом (Oral-B®, Johnson&Johnson®, "Спаццолифичо" и "Гуабер СпА"® и "МедиНова"®). Непосредственная оценка реставраций проводилась по эстетическому индексу качества (ЭИК), при динамическом наблюдении использовали индекс качества прямой реставрации (ИКПР) [2, 6, 7]. Удовлетворенность пациента результатами реставрации зуба является одним из главных критериев оценки результата, качество жизни пациентов после прямых реставраций изучено по методике Oral Health Impact Profile-ОНИР-14RU [2, 11]. Перед лечением, после препарирования и сразу после реставрации (исходный результат) выполняли масштабные цветные фотоснимки. Все пациенты повторно осмотрены через 6 и 12 месяцев после завершения лечения.

Статистическая обработка данных проводилась пакетом программы Statistica (StatSoft Version 6.0), а также с помощью программы Microsoft Excel 2010. Математическая обработка результатов исследования включала расчет средней величины (χ), стандартного квадратического отклонения (δ) и проверку статистической гипотезы по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Прямые реставрации зубов фронтальной группы композиционными полимерными материалами были выполнены у 45 (40,2%) пациентов, данные о возрастной и гендерной структуре наблюдений представлены в таблице 1.

Среди пациентов, перенесших прямые реставрации, преобладали женщины в возрасте от 21 до 30 лет – 12 (26,7%), пациентов в возрасте от 21 до 30 лет – 19 (42,2%). Средний возраст пациентов составил $33,2 \pm 8,8$ лет, средний возраст среди мужчин $32,8 \pm 9,2$ лет, средний возраст среди женщин $33,5 \pm 8,8$ лет.

Установлено, что среди показаний для прямых реставраций преобладали дефектная структура или текстура зуба – 33 (73,0%) наблюдения, аномалий твердых тканей – 4 (9,0%), дефекты формы лечены у 8 (18,0%) пациентов (рис. 1).

При прямых реставрациях, выполненных у 45 пациентов, было пролечено 66 зубов, среднее количество пролеченных зубов у 1 пациента составило $1,5 \pm 0,7$. Распределение пролеченных зубов по положению в зубном ряду, принадлежности к верхней или нижней

челюсти, а также показаниям для реставрации представлено в таблице 2.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрастным группам

Возрастная группа	Пол		Всего
	Мужской	Женский	
21–30 лет	7 (15,6%)	12 (26,7%)	19 (42,2%)
31–40 лет	6 (13,3%)	8 (17,8%)	14 (31,1%)
41–50 лет	5 (11,1%)	7 (15,6%)	12 (26,7%)
Итого:	18 (40,0%)	27 (60,0%)	45 (100,%)

Таблица 2. Общая характеристика наблюдений (количество зубов)

Зуб	Дефектная структура и текстура	Аномалии твердых тканей	Дефекты формы	Всего
11	7 (2*)	2 (1*)	3 (1*)	12 (4*)
12	5 (1*)	1	2	8 (1*)
13	3	0	1	4
21	7 (1*)	2 (1*)	3	12 (2*)
22	5	1	2	8
23	3 (1*)	0	1	4 (1*)
31	2	2	2	6
32	1	0	2	3
33	0	0	0	0
41	2	2	2 (1*)	6 (1*)
42	1	0	2	3
43	0	0	0	0
Итого	36 (5*)	10 (2*)	20 (2*)	66 (9*)

* – депульпированные зубы.

Из данных, представленных в таблице 2, следует, что на этапе подготовительного лечения было депульпировано 9 (13,6%) из 66 зубов, наиболее часто зубы были депульпированы при аномалиях твердых тканей – 2 (20,0%) наблюдения из 10, реже при дефектной структуре и текстуре – 5 (13,9%) из 36 зубов, наиболее редко зубы депульпировались при дефектах формы – 2 (10,0%) из 20. Доля прямых реставраций 11, 21, 31 и 41 зубов составила 54,5% (36 зубов) наблюдений.

При прямых реставрациях непосредственно после лечения по критериям форма, цвет, шероховатость и целостность хорошие результаты установлены во всех наблюдениях, по критерию "прилегание" оценка "хорошо" определена в 65 (98,5%) случаях, в 1 (1,5%) случае отмечено удовлетворительное прилегание (табл. 3).

Таблица 3. Непосредственный эстетический результат прямой реставрации (количество зубов)

Оценка	Форма, цвет, шероховатость	Целостность	Прилегание
Хорошо	66 (100,0%)	66 (100,0%)	65 (98,5%)
Удовлетворительно	0	0	1 (1,5%)
Всего	66 (100,0%)	66 (100,0%)	66 (100,0%)



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Через 6 месяцев "хорошо" форма, цвет, шероховатость, целостность и прилегание были оценены в 64 (96,9%) случаях прямых реставраций, "удовлетворительно" и "неудовлетворительно" по указанным критериям было оценено по 1 (1,5%) зубу (табл. 4).

Таблица 4. Оценка эстетического результата, 6 месяцев (количество зубов)

Оценка	Форма, цвет, шероховатость	Целостность	Прилегание
Хорошо	64 (96,9%)	64 (96,9%)	64 (96,9%)
Удовлетворительно	1 (1,5%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)
Неудовлетворительно	1 (1,5%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)
Всего	66 (100,0%)	66 (100,0%)	66 (100,0%)

В течение 12 месяцев "хорошо" форма, цвет, шероховатость и целостность были оценены в 63 (95,5%) случаях, прилегание — в 62 (93,6%) случаях, "удовлетворительно" по форме, цвету, шероховатости и прилеганию был оценен 1 (1,5%) зуб, по целостности и прилеганию — 2 (3,0%) зуба, "неудовлетворительно" по форме, цвету, шероховатости и прилеганию — 2 (3,0%) зуба, по целостности — 1 (1,5%) зуб (табл. 5).

Таблица 5. Оценка эстетического результата прямой реставрации, 12 месяцев (количество зубов)

Оценка	Форма, цвет, шероховатость	Целостность	Прилегание
Хорошо	63 (95,5%)	63 (95,5%)	62 (93,9%)
Удовлетворительно	1 (1,5%)	2 (3,0%)	2 (3,0%)
Неудовлетворительно	2 (3,0%)	1 (1,5%)	2 (3,0%)
Всего	66 (100,0%)	66 (100,0%)	66 (100,0%)

По критериям ЭИК, непосредственная оценка прямых реставраций от 0,9 до 1 баллов установлена во всех случаях — 66 (100%), среднесрочная оценка реставраций по ИКПР через 6 месяцев распределилась следующим образом: 1 балл — 63 (94,5%), от 0,73 до 1 балла — 3 (4,5%), через 12 месяцев результаты распределились следующим образом — 1 балл — 62

Таблица 6. Оценка состояния десны, прямые реставрации (количество пациентов)

Оценка	После лечения	6 месяцев	12 месяцев
Хорошо	44 (97,8%)	44 (97,8%)	43 (95,6%)
Удовлетворительно	1 (2,2%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)
Неудовлетворительно	0	0	1 (2,2%)
Итого	45 (100%)	45 (100%)	45 (100%)

(93,9%), от 0,73 до 1 балла — 4 (6,1%).

Исследованием реакции слизистой оболочки десны на различные методики и материалы, используемые при прямых реставрациях, установлено, что у большинства пациентов хорошее состояние прилежащей десны, однако в течение года данный показатель имеет недостоверную ($P < 0,05$) негативную динамику 97,8% — 97,8% — 95,6% (табл. 6). Как видно из таблицы, непосредственно после прямой реставрации в течение периода наблюдения полгода — год удовлетворительное состояние десны установлено у 1 (2,2%) пациента, в срок 1 год у 1 (2,2%) пациента установлено неудовлетворительное состояние десны на уровне реставрации.

Оценкой качества жизни, валидированной русскоязычной версией опросника OHIP-14-RU, установлено, что до лечения менее 14 баллов качество жизни оценивали 2 (4,4%) пациента, от 14 до 28 баллов — 12 (26,7%) пациентов, более 28 баллов — 31 (68,9%) пациент, средняя оценка по OHIP-14-RU до лечения составила $29,0 \pm 5,9$ балла (табл. 7).

Таблица 7. Качество жизни пациентов OHIP-14-RU (количество пациентов)

OHIP-14-RU	До реставраций	После лечения	6 месяцев	12 месяцев
<14	2 (4,4%)	43 (95,6%)	43 (95,6%)	43 (95,6%)
14–28	12 (26,7%)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	2 (4,4%)
>28	31 (68,9%)	0	0	0
Итого	45 (100%)	45 (100%)	45 (100%)	45 (100%)

Непосредственно после реставрации и в динамике 6 месяцев — 1 год качество жизни менее 14 баллов оценивали 43 (95,6%) пациента, от 14 до 28 баллов — 2 (4,4%) пациента, средняя оценка непосредственно после реставрации по OHIP-14-RU составила $9,6 \pm 2,4$ балла, через 6 месяцев — $8,7 \pm 2,3$ балла, через 12 месяцев — $9,7 \pm 2,1$ балла.

Результаты исследования иллюстрируют **клинический пример**.

Пациентка Анастасия, 32 года, дефекты пломб и вторичный кариес на 11 и 21 зубе, разрушенность вестибулярной поверхности и режущего края 40–45%.

При объективном осмотре выявлен дефект пломбы. При помощи кариес-маркера по краю и под реставрацией обнаружен вторичный кариес (рис. 2). Нами было предложено и получено информированное согласие на проведение реставрационной работы в области зубов 11 и 21 с целью устранения косметического дефекта с помощью системы Градиа



Дайрект.

Под инфильтрационной анестезией было проведено препарирование вестибулярной поверхности зубов 11 и 21 на глубину в области шейки до 0,3 мм, в области тела — до 0,9 мм и в области режущего края — до 2 мм, с образованием скоса эмали, были использованы конусные и шаровидные боры средней зернистости.

После препарирования проведена изоляция рабочего поля с помощью коффердама, проведены этапы композиционной техники прямой реставрации зубов 11 и 21 с использованием методики "силиконового ключа" (рис. 3). Проведена полимеризация материала, выполнена коррекция формы с помощью светотверждаемого жидкотекучего материала в области краевого прилегания, шлифование поверхностей

конусными борами мелкой абразивности, абразивными полосками с различной дисперсностью на аппроксимальных поверхностях. Полировка проводилась при помощи полировальных головок в виде чашек и конусов. Завершена работа снятием коффердама, окончательной полировкой с помощью щетки с восковым покрытием и окончательной полимеризацией реставрации (рис. 4).

Обсуждение. Для прямых реставраций характерны высокие непосредственные клинические и эстетические результаты, которые во многом определяются профессиональными навыками терапевта стоматолога, в среднесрочном периоде (полгода—год) прямые реконструкции достаточно надежны, основными показаниями их применения являются дефекты структуры и текстуры зубов. Однако, в 3,0% наблюдений в

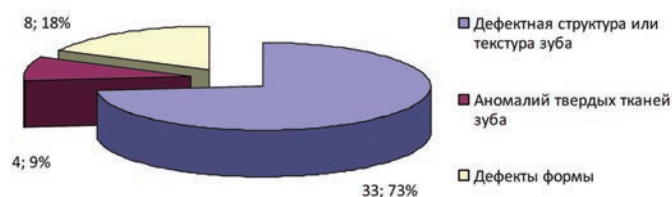


Рис. 1. Общая характеристика показаний для лечения (количество пациентов)



Рис. 3. Закончена "укладка" контура имитации будущих мамелонов, проверка цветового решения при снятом "силиконовом ключе"



Рис. 2. Выявление границ старой пломбы и вторичного кариозного поражения



Рис. 4. Окончательный вид реставрации (после снятия коффердама и ретракционных нитей и финишной полировки)



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

среднесрочный период возможно ухудшение качества реставрации в связи с изменением цвета и возникновением шероховатости поверхности, объективные показания для предварительного депульпирования восстанавливаемых зубов отмечаются в 13,6% случаях. Индексы ЭИК и ИКПР позволяют объективизировать клиническую оценку эстетической эффективности прямых реставраций зубов фронтальной группы, они доступны большинству лечебных учреждений для контроля качества стоматологической помощи. Прямые реставрации зубов фронтальной группы значительно улучшают стоматологическое качество жизни.

Выводы:

1. Для прямых реставраций необходимо минимальное препарирование твердых тканей зуба, современные композиционные материалы обеспечивают высокие непосредственные клинические и эстетические результаты.

2. Критерии индексов ЭИК и ИКПР позволяют объективизировать и унифицировать оценку клинической и эстетической эффективности применения прямых реставраций зубов фронтальной группы, они доступны большинству лечебных учреждений для контроля качества стоматологической помощи. Результаты оценки реставраций по индексам ЭИК и ИКПР могут быть использованы в многоцентровых рандомизированных исследованиях.

3. Преимуществом прямых реставраций является их доступность в связи с завершением лечения в "короткие" сроки при минимальном количестве посещений, а также небольшая стоимость используемых материалов.

4. Мониторинг качества жизни необходим для объективной оценки эффективности стоматологического лечения, грамотно выполненная, прямая реставрация положительно отражается на данном показателе в период от окончания лечения до 1 года, в современных условиях целесообразно использование русскоязычной версии опросника OHIP-14-RU.

5. Прямые реставрации зубов фронтальной группы показаны при дефектной структуре или текстуре зуба — 73,0% наблюдений, аномалиях твердых тканей — 9,0%, а также дефектах формы — 18,0%. При прямых реставрациях на этапе подготовительного лечения показано депульпирование 13,6% зубов, преимущественно зубы депульпируются при аномалиях твердых тканей — 20,0%. Доля прямых реставраций 11, 21, 31 и 41 зубов составляет 54,5%.

Литература

1. Арутюнов А.С. Оптимизация восстановления разрушенных зубов штифтовыми конструкциями / А.С. Арутюнов, И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнов, В.С. Зубов,

Е.Н. Чумаченко // Стоматология. — 2005. — № 6. — С. 40–43.

2. Горячев Н.А. Оценка качества восстановления твердых тканей зубов: учеб.-метод. пособие для студентов стомат. факультета // Н.А. Горячев, Д.Н. Горячев. — Казань: Медицина, 2013. — 28 с.

3. Карапетян К.Л. Внутриканальные штифты третьего поколения. Карбоволоконные и стекловолоконные пассивные штифты // Стоматология сегодня. — 2006. — Т. 52, № 2. — С. 71.

4. Луцкая И.К. Основы эстетической стоматологии. — Мн.: Интерпрессервис, 2005. — 332 с.

5. Луцкая И.К. Принципы эстетической стоматологии. — М.: Медицинская литература, 2012. — 224 с.

6. Луцкая И.К., Новак Н.В., Кавецкий В.П. Эстетические реставрации в области фронтальной группы зубов // Стоматолог. — 2008. — № 12. — С. 11–12.

7. Луцкая И.К. Клинический метод оценки качества эстетических реставраций / И.К. Луцкая, Н.В. Новак // Новое в стоматологии. — 2012. — № 3. — С. 20–29.

8. Найку Й.В. Рентгенологическое обоснование негативного воздействия эндодонтических (корневых) штифтов / Й.В. Найку, Р.К. Критеску // Dental Tribune. — 2008. — № 3. — Т. 7. — С. 2–6.

9. Ряховский А.Н. Новый метод реставрации культевой части зуба / А.Н. Ряховский, М.А. Мурадов, Е.В. Терепенчук // Панорама ортопедической стоматологии. — 2006. — № 2. — С. 10–16.

10. Ряховский А.Н., Карапетян А.А., Аваков Г.С. Сравнительное исследование различных CAD/CAM-систем для изготовления каркасов несъемных зубных протезов // Стоматология. — № 2. — 2011. — С. 71–73.

11. Фабрикант Е.Г. Социальная характеристика и качество жизни пациентов, обращающихся в клинику эстетической стоматологии / Е.Г. Фабрикант, К.Г. Гуревич, В.Д. Вагнер, Е.Н. Веденеева // Кремлевская медицина. — 2009. — № 2. — С. 149–151.

12. Чиликин В.Н., Сотникова Н.П., Гринева Т.В. Клин. стоматология. — 2008. — № 4. — С. 4–6.

13. Alfredo E. Effect of eugenol-based endodontic cement on the adhesion of intraradicular posts / E. Alfredo et al. // Braz. Dent. J. — 2006. — Vol. 17, № 2. — P. 130–133.

14. Bateman G. Fibre-based post systems: a review / G. Bateman, D.N. Ricketts, W.P. Saunders // Br. Dent. J. — 2003. — Vol. 19, № 1. — P. 43–48.

15. Brown P.L. Rehabilitation of endodontically treated teeth using the radiopaque fiber post / P.L. Brown, N.L. Hicks // Compend. Contin. Educ. Dent. — 2003. — Vol. 24, № 4. — P. 275–282.

16. Terry D.A. Изготовление реставраций на основе корневых штифтов // D.A. Terry // Новое в стоматологии. — 2006. — № 4. — С. 16–25.



German Dental Group

ПРЕДСТАВЛЯЕТ

**ProFeel+ OPTIMA - оптимальное решение для
многопрофильной российской стоматологии**

10 лет гарантии

Ортопедическая
стоматология

Терапевтическая
стоматология

или

Хирургическая
стоматология

NEW

ProFeel+ OPTIMA

Детская
стоматология

Ортодонтия



Лучшее для лучших

Официальный дилер фирмы Sirona Dental System GmbH в России ООО "Герман Дентал Групп И.Н.Т."
Тел./Факс: (495) 614-67-29, 614-56-23, 8-929-624-42-14.
E-mail: gdg-russia@mtu-net.ru



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Детская стоматология

Эффективность лечения пульпита временных зубов методом витальной пульпотомии

Т.Ю. Ширяк, к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО "КазГМУ"
Р.А. Салеев, д.м.н., профессор кафедры ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО "КазГМУ"

Для переписки:
E-mail: tanya_shiryak@mail.ru
E-mail: rinat.saleev@gmail.com

Резюме

В статье представлено исследование метода витальной пульпотомии во временных зубах, целью которого было изучение эффективности отечественных препаратов для витальной пульпотомии во временных зубах — "Триоксидент" (ВладМиВа), "Эодент-rapid" (ВладМиВа) в сочетании с различными антисептиками. По результатам исследования на основе рентгенологических данных за 3-летний период, выявлено: эффективность метода составила в группе Эодент + Гемостаб — 68,69%, в группе Триоксидент + Гваяфен — 78,43%, в группе Триоксидент + Гемостаб — 81,81%, в группе Триоксидент + гипохлорит натрия — 78,82%.

Ключевые слова: пульпит, временные зубы, пульпотомия.

Effective treatment pulpitis of temporary teeth by vital pulpotomy

T.Yu. Shiryak, R.A. Saleev

Summary

The article presents investigation of the method of vital pulpotomy in temporary teeth. The aim of the investigation was to study an effectiveness of domestic preparations for the vital pulpotomy in temporary teeth "Trioksident" (VladMiVa) and "Eodent-rapid" (VladMiVa) in combination with a variety of antiseptics. On the basis of X-ray data for the 3-year period revealed the effectiveness of the method in the group of "Eodent + Gemostab" effectiveness was 68.69%, in the group of "Trioksident + Gvayafen" — 78.43%, in the group of "Trioksident + Gemostab" — 81.81%, in the group of "Trioksident + sodium hypochlorite" — 78.82%.

Keywords: pulpitis, primary teeth, pulpotomy.

20

Пульпотомия — одно из наиболее широко используемых методов лечения пульпита временных зубов. Метод витальной пульпотомии в одно посещение имеет ряд преимуществ: возможность избежать трудностей, связанных с экстирпацией пульпы и пломбированием каналов; возможность лечения в одно посещение; сохранение жизнеспособной корневой пульпы. Зарубежными и отечественными авторами проведено

значительное количество клинических и экспериментальных исследований, предложены различные модификации витальной пульпотомии [12]. В настоящее время общеприняты следующие техники односеансной пульпотомии: техника формокрезол-терапии (ФК), техника с применением сульфата железа (СЖ), техника с минералтриоксиагрегатом (МТА) [13].

Несмотря на большое количество работ, из-за противоречивости данных сложно сделать вывод о наиболее эффективной методике лечения. Как показывают многочисленные исследования, результаты лечения пульпотомии с применением СЖ и ФК практически одинаковы. Эффективность ФК, оцениваемая клинически, по данным различных авторов, составляет 100—55%, по рентгенологическим данным — 99—31%; эффективность сульфата железа в 100—89% и 97—34% соответственно. Результаты ряда метаанализов не обнаруживают веских доказательств превосходства МТА над ФК и СЖ, так как отсутствует статистически достоверная разница [14, 20, 22, 23, 24]. Данные различных исследований приводят цифры клинической эффективности применения МТА в 100—66%, рентгенологической — в 100—39%, при этом до 55% может обнаруживаться внутренняя резорбция (как и при гидрокси кальция) и до 71% — облитерация корневых каналов [18, 22]. Neamatollahi A. с соавт. получили низкую эффективность лечения с применением МТА (69%), в сравнении с ФК (92%), и пришли к выводу, что препарат не следует рекомендовать для витальной пульпотомии во временных зубах [21]. В то же время другие исследователи статистически доказывают превосходство МТА над ФК [25].

Безусловно, эффективность пульпотомии в первую очередь определяется состоянием корневой пульпы, но используемые при лечении антисептические препараты и покровный материал также могут оказывать определенное влияние на исход лечения. Предварительной антисептической обработке культи пульпы перед покрытием лечебной прокладки уделяется особое внимание. Здесь существует двоякий подход: сильнодействующие антисептики коагулируют микрососуды, оказывают прижигающее, противовоспалительное, муцифицирующее действие; второй подход — во избежание излишнего травмирования тканей пульпы рекомендуются слабые антисептики,





дистиллированная вода, физиологический раствор. Общепринятыми антисептиками в методике пульпотомии временных зубов считаются ФК и СЖ и, в последнее время, гипохлорит натрия. Более эффективным гипохлорит натрия оказался в экспериментальных исследованиях Hafes A. с соавт. в сравнении с СЖ и ФК [16]; в исследованиях Naghgo R. с соавт. (2012) в сравнении с ФК [17]; в клинических исследованиях Vargas K.G. с соавт. (2006), (эффективность — 79%), в сравнении с СЖ (эффективность 62%) [26]. Недостаток — гипохлорит натрия, обладая высоким коэффициентом поверхностного натяжения, ограничивает возможность раствора доставляться в глубокие слои пульпы, в отличие от формальдегида [15].

Исследования, посвященные изучению метода витальной пульпотомии во временных зубах, в отечественной литературе немногочисленны. Эффективность с применением ФК и Пульпотек, по данным отечественных авторов, составила 80–99% [1, 2, 4, 7, 8, 10, 11]; эффективность пульпотомии с СЖ: 75,3–96% [1, 6, 9, 10]; эффективность с Триоксидент — 87,5–96% [9, 11]. Зарубежные препараты, применяемые в методике витальной пульпотомии, не всегда доступны для массового приема, отличаются от оригинала и в связи с этим определенный интерес представляло изучение эффективности отечественных аналогов: Триоксидент (ВладМиВа), Гемостаб, Гваяфен, Эодент-rapid (Омега-дент).

Целью исследования было изучение эффективности отечественных препаратов для витальной пульпотомии во временных зубах — Эодент-rapid, Триоксидент в сочетании с различными антисептиками.

Материалы и методы. Лечение пульпита методом витальной пульпотомии нами проведено у 154 детей в возрасте от 4 до 8 лет в 178 временных зубах с диагнозом "пульпит", МКБ-К 04.03. У каждого ребенка данный метод использовали не более чем при лечении 2-х зубов. В исследуемые группы вошли практически здоровые дети с компенсированной и субкомпенсированной формой кариеса зубов и интактным пародонтом. Для всех участников клинического исследования были проведены ознакомление и подписание информированного согласия. В зависимости от используемого покровного материала и антисептика были сформированы 4 группы: 1 группа — Эодент (гемостатик Гемостаб) 30 зубов, 2 группа — Триоксидент (антисептик Гваяфен) 49 зубов, 3 группа — Триоксидент (Гемостаб) 53 зуба, 4 группа — Триоксидент (антисептик гипохлорит натрия) 46 зубов.

В выборе зубов для витальной пульпотомии придерживались следующих клинических критериев: сообщение с полостью зуба обнаруживалось под относительно плотным слоем кариозного дентина; отсутствие клинических симптомов, боли в настоящем и в

анамнезе, боли при перкуссии, наличие отека или свищевых ходов; отсутствие рентгенологических признаков резорбции внутрикорневых и в области бифуркации; кровотечение после ампутации пульпы $\leq 1,5$ минуты. Все зубы на момент лечения имели сформированный корень или находились на стадии резорбции не более 1/3.

Этапы витальной пульпотомии [3, 5]:

1. Гигиена рта.
2. Инфильтрационное или проводниковое обезбоживание анестетиками на основе артикаина с разведением адреналина в соотношении 1:200000 (Ультраксин ДС).
3. Некрэктомия кариозного дентина, препарирование кариозной полости.
4. Широкое раскрытие полости зуба и удаление коронковой пульпы — стерильным бором с воздушным и водяным охлаждением.
5. Промывка дистиллированной водой полости.
6. Изоляция зуба стерильными валиками.
7. Оценка степени кровотечения из корневых каналов.
8. Медикаментозная обработка пульпы после остановки кровотечения. Устья корневых каналов обрабатывали одной из импрегнирующих жидкостей: Гваяфен на 5 минут, Гемостаб на 5 минут, 5% гипохлорит натрия в течение 30 сек.
9. Раневую поверхность корневой пульпы закрывали лечебной прокладкой Эодент или Триоксидент.
10. Временные зубы восстанавливали пломбами: Vitremer (3М) или Vitremer (3М) + FiltekZ 250 (3М).
11. Диспансерное наблюдение осуществляли через 3 мес., 6 мес., 12 мес., 24 мес., 30 мес., 36 мес. Результаты исследования оценивали, опираясь на клинические и рентгенологические данные.

Так как с каждым годом количество детей (и, соответственно, зубов), взятых на диспансерное наблюдение, уменьшалось в связи с неявкой на повторный прием, для статистической обработки использовались методы — Хи-квадрат и анализ выживаемости — S(t). Оценивали выживаемость до клинических и/или рентгенологических признаков периодонтита по уровням значимости критериев анализа выживаемости (Критерий Герхарда-Вилкоксона, F-критерий Кокса, Критерий Коха-Ментеля) и с помощью кривой выживаемости Каплана-Мейера визуализировали их в разных группах. В общей сложности через год было доступно для наблюдения 178 зубов, через 2 года — 150 зубов, через 3 года — 121 зуб. Результаты пульпотомии оценивались отдельно по клиническим и рентгенологическим данным. Подвижность зубов или отсутствие вследствие выпадения отмечалась нами как осложнение в случае ранней смены зубов — ранее 2-х лет до физиологического срока прорезывания.





ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты лечения хронического пульпита временных зубов комбинацией препаратов Гемостаб и Эодент-rapid (первая группа). В первой группе через 6 месяцев было доступно для наблюдения 30 зубов, через 2 года — 24 зуба, через 3 года — 18 зубов. В этой группе было больше всего осложнений, проявивших себя как клинически, так и рентгенологически в основном в первый год наблюдения: 3 зуба — 13,33% в связи с обострением хронического гранулирующего периодонтита были удалены, в 1 зубе произошла ранняя смена, вследствие патологической резорбции корня. В 2-х зубах периодонтит был выявлен только рентгенологически. Всего осложнения на втором году наблюдений составили 14,88%. На третьем году наблюдения имели место только рентгенологические осложнения — 4,59% (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма 7.4, 7.5 через 22 мес. после лечения. Ребенок — 6 лет, клинический диагноз: 7.4, 7.5 хронический фиброзный пульпит K04.03. 1 — внутриканальная резорбция в медиальном корне 7.4 зуба, в 7.5 патологии нет

Результаты лечения хронического пульпита временных зубов комбинацией препаратов Гваяфен и Триоксидент (вторая группа). Во второй группе в первый год наблюдения было оценено состояние 49 зубов, во 2 год — 37 зубов, в третий год — 35 зубов. За три года наблюдения во 2 группе ни в одном случае не наблюдалось признаков обострения периодонтита, 2 зуба сменились раньше положенного срока. Рентгенологически в 8 зубах отмечались патологические изменения (21,57%). В первый год наблюдения возникли осложнения в виде рентгенологических изменений (2,04%). Во второй год наблюдения — в 3-х зубах — в 8,11%, в третий год наблюдения в 11,44% (рис. 2, 3).

Результаты лечения хронического пульпита временных зубов комбинацией препаратов Гемостаб и

Триоксидент (третья группа). В третьей группе в первый год наблюдения было оценено состояние 53 зубов, во 2 год — 47 зубов, в третий год — 43 зубов. В первый год наблюдения осложнения имели место в 1 зубе виде

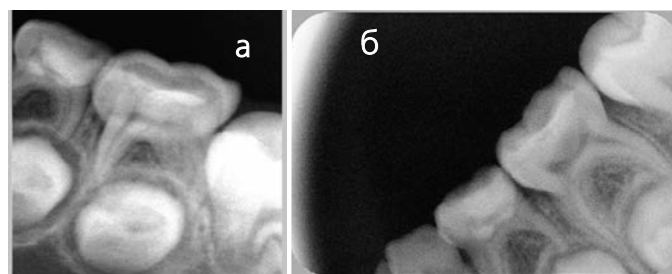


Рис. 2. Рентгенограмма 7.4. Ребенок 5,5 лет. Клинический диагноз: 7.4 хронический фиброзный пульпит K04.03. А — через 6 мес. после лечения, Б — через 17 мес.; В — через 28 мес.: незначительное разрежение костной ткани, резорбция корней на 1/2



Рис. 3. Рентгенограмма 8.4. Ребенок 3 года. Клинический диагноз: 8.4 хронический фиброзный пульпит K04.03. А — 8.4 в момент лечения, Б — через 29 мес.: патологических изменений нет, резорбция корня на 1/3, склерозирование дистального канала, В — через 43 мес., физиологическая резорбция корня на 1/2

рентгенологических изменений. Во второй год наблюдения 2 зуба были удалены в связи с обострением хронического гранулирующего периодонтита — 4,42% и в одном случае периодонтит протекал бессимптомно. В третий год наблюдения был удален 1 зуб в результате обострения хронического периодонтита и в 3-х зубах выявлены рентгенологические признаки периодонтита (рис. 4).

Результаты лечения хронического пульпита временных зубов комбинацией препаратов 5% гипохлорит натрия и Триоксидент (четвертая группа). В четвертой группе через год было доступно для наблюдения 46



зубов, через 2 года — 42 зуба, через 3 года — 34 зуба. Наибольшее число осложнений, проявившихся клинически, наблюдалось в первый год наблюдения: обострение хронического периодонтита, ранняя смена.



Рис. 4. Рентгенограмма 8.5. Ребенок 4 года. Клинический диагноз: 8.5 хронический фиброзный пульпит, K04.03. А — 8.5 зуб через 6 мес. и Б — через 44 мес. после лечения: патологии в 8.5 нет

Всего осложнений в первый год было диагностировано в 10,87% случаев, в том числе 8,7% в виде клинических проявлений. Во второй год наблюдения имело место осложнение в 2-х зубах. В третий год наблюдения обострение хронического периодонтита имело место в 1 зубе — в 2,78% случаев. Рентгенологические изменения отмечались в 2-х зубах (5,55%) (рис. 5).

Обобщая данные эффективности результатов лечения пульпита, выявлено, что наиболее часто осложне-

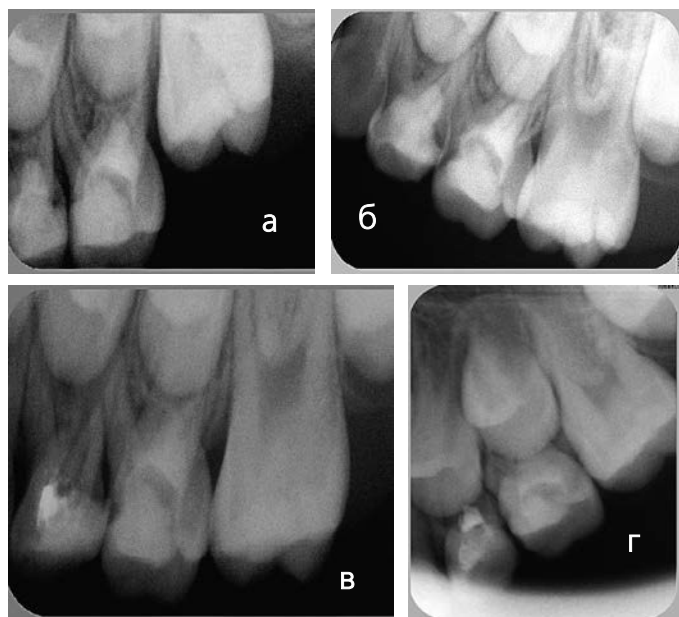


Рис. 5. Рентгенограмма 6.4, 6.5. Ребенок 6 лет. Клинический диагноз: 6.4, 6.5 хронический фиброзный пульпит, K04.03. А — 6.4, 6.5 на момент лечения, Б — через 23 мес., В — через 30 мес., Г — через 36 мес. после лечения. Патологии нет

ния выявляются в первые два года наблюдений. Наиболее часто осложнения проявляют себя клинически в виде обострения хронического периодонтита в первый год наблюдения в группах Эодент + Гемостаб (13,33%) и Триоксидент + гипохлорит натрия (8,7%). В этих группах были удаления временных зубов вследствие обострения хронического периодонтита. В равной степени во всех группах наблюдалась ранняя смена — хронический периодонтит вне обострения.

Наиболее благоприятной оказалась вторая группа, где в качестве антисептика применялся Гваяфен — ни одного случая клинического обострения периодонтита. Эффективность за 3 года наблюдения по клиническим данным составила 94%. Наиболее неблагоприятной оказалась первая группа с применением препарата Эодент + Гемостаб, где было выявлено наибольшее число осложнений в виде обострения хронического периодонтита и удалений временных зубов — эффективность 83,1%. В группе Триоксидент + Гемостаб клиническая эффективность составила 90,49%, в группе Триоксидент + гипохлорит натрия — 86,14% (рис. 6).

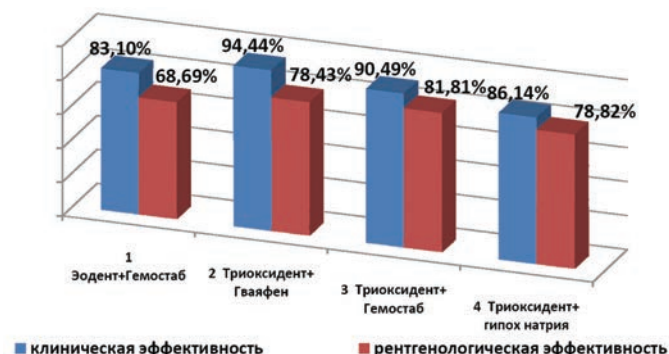


Рис. 6. Эффективность метода витальной пульпотомии по клиническим и рентгенологическим данным за трехлетний период наблюдения в исследуемых группах

Осложнений, выявленных рентгенологически, соответственно больше, чем клинических, так как процесс в периодонте может протекать бессимптомно длительное время без каких-либо клинических проявлений в виде разрыхления костной ткани в области бифуркации, патологической резорбции корней, а также в виде внутрикорневой резорбции. Внутрикорневая резорбция обнаруживалась нами в первой группе в 14,4%, во второй — в 8,57%, в третьей — в 6,57%, в четвертой — в 5,48% случаев наблюдений. Эти данные вошли в число рентгенологических осложнений.

Облитерация каналов, чаще всего обнаруживаемая на 2—3 году наблюдения, имела место во всех группах исследования в 1/2—1/3 случаев: в первой группе — в 45,19%, во второй группе — в 27,96%, в третьей — в 22,37%, в четвертой — в 24,3%. Кальцинированные массы свидетельствуют о дегенерации пульпы, но облитерация корневых каналов временных зубов не



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

считается многими авторами осложнением. В нашем исследовании они не вошли в процент неудач, при условии отсутствия патологических изменений со стороны периодонта. Пульпа реагирует на раздражающие факторы вещества путем отложения третичного дентина ниже зоны раздражения, таким образом пытаюсь "отделиться" от них. Минерализация пульпы может быть положительной реакцией, являясь альтернативой некротической пульпе, приводящей к воспалению в периапикальных тканях. Есть мнение, что кальцинированная ткань пульпы временных зубов может быть менее устойчива к притоку антигенных веществ [19].

Эффективность метода по рентгенологическим данным за 3-х-летний период наблюдения составила в группе Эодент + Гемостаб — 68,69%, в группе Триоксидент + Гваяфен — 78,43%, в группе Триоксидент + Гемостаб — 81,81%, в группе Триоксидент + гипохлорит натрия — 78,82%. Общий результат за 3 года наблюдения представлен на рисунке 6.

Статистический анализ. Наименьший процент выживаемости в наблюдаемый период имел место в первой группе Эодент + Гемостаб — 0,56. Во второй группе (Триоксидент + Гваяфен) уровень выживаемости сохранялся на высоком уровне длительное время и начинал снижаться в период 600–900 дней от 0,94 до 0,73 (наибольший процент выявленных рентгенологических осложнений) и далее уже не уменьшался. В третьей группе (Триоксидент + Гемостаб) показатель выживаемости к концу наблюдения достиг 0,76.

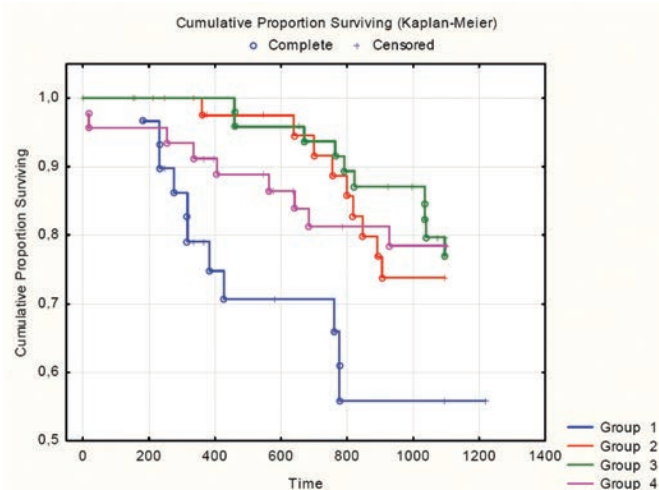


Рис. 7. График кумулятивной доли выживаемости временных зубов (рентгенологической), леченных методом пульпотомии по методу Каплана-Мейера в разных группах. Complete — зубы, завершившие лечение. Censored — зубы, выбывшие из исследования.

Ось X — время наблюдения, ось Y — процент выживаемости. Group 1 — группа Эодент + Гемостаб; Group 2 — группа Триоксидент + Гваяфен; Group 3 — группа Триоксидент + Гемостаб; Group 4 — группа Триоксидент + гипохлорит натрия

Наименее выраженные перепады в значениях выживаемости отмечались в четвертой группе (Триоксидент + гипохлорит натрия), где уровень выживаемости к концу времени наблюдения (1100 дней) был наибольшим в сравнении с другими группами и достиг 0,77 (рис. 7).

При сравнении групп исследования между собой статистически достоверная значимость получена между группами — Эодент + Гемостаб и Триоксидент + Гваяфен, ($p < 0,05$) и Эодент + Гемостаб и Триоксидент + Гемостаб ($p < 0,05$) (Хи-квадрат = 9,54, $p = 0,022$). Оценка выживаемости (рентгенологической) временных зубов по групповой принадлежности зубов показала наибольшую выживаемость в первых молярах, которая составила 0,75, во вторых молярах — 0,65, но статистически достоверной разницы не получено ($p > 0,05$).

Заключение. Долгосрочные наблюдения препарата Триоксидент в качестве лечебной прокладки в методике пульпотомии показали благоприятный клинический результат, подтвержденный рентгенологическими данными. Триоксидент может быть альтернативой PRORootMTA (Densply). Наиболее приемлемыми комбинациями для методики витальной пульпотомии мы считаем Триоксидент + Гваяфен и Триоксидент + гипохлорит натрия. При использовании формалинсодержавшего препарата Гваяфен главной целью была антисептическая обработка корневой пульпы, состояние которой мы оцениваем лишь косвенно по клиническим признакам. Сильнодействующие компоненты препарата Гваяфен, безусловно, оказывают определенное деструктивное действие на верхнюю треть пульпы, и цель сохранить целостность пульпы здесь не стоит. Триоксидент был выбран в качестве прокладки в данной группе, как препарат, оказывающий менее деструктивное действие, чем цинкооксидэвгенол, так и для стимуляции метаплазии пульпы в кальцифицированную ткань, что вполне приемлемо во временных зубах в отличие от постоянных. Из-за большого количества осложнений комбинация Эодент + Гемостаб не рекомендуется нами для практического использования.

Литература

1. Вавилова Т.П. Исследование реакции клеток пульпы временных зубов после лечения методом пульпотомии с применением различных препаратов / Т.П. Вавилова, И.Г. Островская, Л.П. Кисельникова, И.С. Щербинина // Эндодонтия today. — 2014. — № 1. — С. 34–38.
2. Гилева М.А. Эффективность препаратов "Pulpotec" и "Пульподент" для лечения пульпитов временных зубов [Электронный ресурс] / М.А. Гилева, М.А. Данилова. — Краевая клиническая стоматологическая поликлиника, г. Пермь, ГОУ ВПО "Пермская ГМА им. акад. Е.А. Вагнера"



Режим доступа: <http://medbe.ru/about/>.

3. Даггал М.С. Лечение и реставрация молочных зубов. Пер. с англ. Под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой. / М.С. Даггал, М.Е.Дж. Керзон, С.А. Фейл и др. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 160 с.
4. Дедеян С.А. Лечение пульпита во временных и постоянных молярах. [Электронный ресурс] / С.А. Дедеян, И.П. Донская. — Режим доступа: <http://www.stomport.ru/>.
5. Кисельникова Л.П. Современные подходы к лечению пульпита во временных зубах у детей / Л.П. Кисельникова, О.С. Ковылина, Савинова и др. // Институт стоматологии. — 2007. — № 4. — С. 79–81.
6. Кисельникова Л.П. Лечение пульпита временных зубов методом пульпотомии с применением сульфата железа / Л.П. Кисельникова, О.С. Ковылина, А.В. Токарева, И.С. Щербина // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2009. — № 3. — С. 22–27.
7. Кривулина Г.В. Частота применения разных ампутиационных методов и оценка отдаленных результатов лечения пульпита временных моляров. Материалы IV Российско-европейского конгресса по детской стоматологии "Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний". — М., 2015. — С. 159–161.
8. Маслак Е.Е. Частота встречаемости и результаты лечения пульпита во временных зубах у детей на массовом стоматологическом приеме / Е.Е. Маслак, Т.Н. Каменнова, М.Г. Абрамова и др. / Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний. Сб. трудов II Российского регионального конгресса Международной ассоциации детской стоматологии IAPD. — М., 2014. — С. 100–102.
9. Романова О.С., Шаковец Н.В. Оценка отдаленных результатов лечения хронического пульпита временных зубов у детей методом витальной пульпотомии // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2016. — № 1. — С. 9–12.
10. Харитонов М.П. К вопросу оказания стоматологической помощи детям раннего детского возраста в условиях амбулаторного общего обезболивания / М.П. Харитонов, О.А. Мосейчук, И.В. Русакова, Е.А. Конторщикова, С.Л. Кривцов // Проблемы стоматологии. — 2011. — № 3. — С. 54–57.
11. Шевченко О.Л. Опыт применения современных препаратов для лечения пульпитов временных зубов у детей / О.Л. Шевченко, А.А. Антонов, Н.И. Соломенко // Эндодонтия today. — 2014. — № 3. — С. 20–22.
12. Ширяк Т.Ю. Лечение пульпита временных зубов: вчера, сегодня, завтра / Т.Ю. Ширяк, Р.А. Салеев, Р.З. Уразова // Клиническая стоматология. — 2013. — № 1 (65). — С. 34–37.
13. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guidelines on pulp therapy for primary and young permanent teeth: reference manual 2006–2007 // Pediatr Dent — 2006. — Vol. 28. — P. 144–148.
14. Bekiroglu N. Evaluation of formocresol versus mineral trioxide aggregate in primary molar pulpotomy: Meta-analysis (Article) / N. Bekiroglu, A. Durhan, B. Kargul // Acta Stomatologica Croatica — 2010. — Vol. 44. — № 4. — P. 262–268.
15. Giardino L. Surface tension comparison of four common root canal irrigants and two new irrigants containing antibiotic / L. Giardino, E. Ambu, C. Becce, L. Rimondini, M. Morra // J Endod — 2006. — Vol. 32. — P. 1091–1093.
16. Hafez A.A. An in vivo evaluation of hemorrhage control using sodium hypochlorite and direct capping with a one or two component adhesive system in exposed nonhuman primate pulps / A.A. Hafez, C.F. Cox, M. Otsuki, N. Akimoto // Quintessence Int. — 2002. — Vol. 33. — P. 261–272.
17. Haghighi R. A histopathological comparison of pulpotomy with sodium hypochlorite and formocresol / R. Haghighi, F. Abbasi // Iran Endod J. — 2012. — Vol. 7. — № 2. — P. 60–62.
18. Holan G. Long-term evaluation of pulpotomy in primary molars using mineral trioxide aggregate or formocresol / G. Holan, E. Eidelman, A.B. Fuks // Pediatric Dentistry. — 2005. — Vol. 27. — № 2. — P. 129–136.
19. Klinge R.F. Further observations on tertiary dentin in human deciduous teeth / R.F. Klinge // Adv Dent Res. — 2001. — Vol. 15. — P. 76–79.
20. Lin P.Y. Primary molar pulpotomy: A systematic review and network meta-analysis (Review) / P.Y. Lin, H.S. Chen, Y.H. Wang, Y.K. Tu // Journal of Dentistry. — 2014. — Vol. 42. — № 9. — P. 1060–1077.
21. Neamatollahi, H. Comparison of clinical and radiographic success rates of pulpotomy in primary molars using formocresol, ferric sulfate and mineral trioxide aggregate (MTA) / H. Neamatollahi, A. Tajik // Journal of Dentistry. — 2006. — Vol. 3. — № 1. — P. 6–14.
22. Peng L. Evaluation of the formocresol vs mineral trioxide aggregate primary molar pulpotomy: a meta-analysis / L. Peng, L. Ye, H. Tan, X. Zhou // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. — 2006. — Vol. 102. — P. 40–44.
23. Simancas-Pallares M.A. Mineral trioxide aggregate in primary teeth pulpotomy. A systematic literature review / M.A. Simancas-Pallares, A.J. Dias-Caballero, L.M. Lina-Ricardo / M.A. Simancas-Pallares // Med. Oral Patol. Cir Bucal. — 2010. — Vol. 15 (6). — P. 942–946.
24. Smail-Faugeron V. Pulp treatment for extensive decay in primary teeth [Электронный ресурс] / V. Smail-Faugeron, F. Courson, P. Durieux, M. Muller-Bolla, A.M. Glenny, H. Fron Chabouis // Cochrane Database Syst Rev. — 2014. — Vol. 8 — P. Режим доступа: CD003220. Doi: 10.1002 / 14651858.
25. Stringhini Junior E. Evidence of pulpotomy in primary teeth comparing MTA, calcium hydroxide, ferric sulphate, and electro-surgery with formocresol [Электронный ресурс] / E. Stringhini Junior, M.E. Vitcel, L.B. Oliveira // Eur Arch Paediatr Dent. — 2015. — Vol. 16 (4). — P. 303–312. Режим доступа: doi: 10.1007/s40368-015-0174-z.
26. Vargas K.G. Preliminary evaluation of sodium hypochlorite for pulpotomies in primary molars / K.G. Vargas, B. Packham, D.J. Lowman // Pediatric Dent. — 2006. — Vol. 28. — № 5. — P. 11–17.



Ортопедическая стоматология

Клиническая эффективность покрывных протезов на внутрикостных имплантатах в сравнении с полными съемными протезами в динамике за 7 лет

Резюме

В статье приводятся сравнительные результаты клинической эффективности полных съемных протезов и покрывных протезов на имплантатах при наблюдении в течение 7 лет. Показано, что съемные протезы на имплантатах при полной адентии превосходят традиционные полные съемные протезы по сроку службы и качественным показателям.

Ключевые слова: протезирование, качество, съемный протез, имплантат.

Clinical efficacy coating prostheses on endosseous implants compared with the total dentures in dynamics for 7 years

D.A. Bronshteyn, S.A. Zaslavskij, T.N. Novozemtseva, A.A. Remizova, N.A. Uzunyan, T.G. Simakova, M.M. Pozharitskaya

Summary

The article presents the results of comparative clinical effectiveness of complete dentures and dentures on implants coating when viewed for 7 years. It is shown that the dentures on implants with fully edentulous superior to traditional full dentures for durability and quality indicators.

Keywords: prosthetics, quality, dentures, implant.

В последнее десятилетие проведено несколько исследований по оценке качества ортопедического лечения в разных регионах России, которые показывают распространенность устаревших конструкций протезов в ортопедической практике [1, 2]. В связи с этим целесообразно сопоставление результатов использования ортопедических конструкций, изготовленных в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) СтАР (2015 г.) [3]. Это в полной мере касается таких ортопедических конструк-

Д.А. Бронштейн, к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва
С.А. Заславский, д.м.н., профессор кафедры ГБОУ ДПО "Российская медицинская академия последипломного образования", г. Москва
Т.Н. Новоземцева, к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва
А.А. Ремизова, к.м.н., доцент, руководитель СНО на курсе ортопедической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва
Н.А. Узунян, к.м.н., ассистент кафедры комплексного зубопротезирования МГМСУ им. Е.И. Евдокимова, г. Москва
Т.Г. Симакова, д.м.н., профессор кафедры клинической стоматологии и имплантологии ФГБОУ ДПО "Институт повышения квалификации ФМБА России", г. Москва
М.М. Пожарицкая, д.м.н., профессор кафедры клинической стоматологии и имплантологии ФГБОУ ДПО "Институт повышения квалификации ФМБА России", г. Москва

Для переписки:
Тел.: +7 (910) 412-59-36
E-mail: bronshteyn.doc@mail.ru

ций, как полный съемный протез и покрывной протез с балочной фиксацией к внутрикостным имплантатам, поскольку полная адентия все чаще встречается в практике врача-стоматолога ортопеда [4–11].

Цель исследования — сравнение клинической эффективности покрывных протезов на внутрикостных имплантатах в сравнении с полными съемными протезами в динамике за 7 лет.

Материал и методы. В течение 7 лет проводилось ежегодное обследование стоматологических показателей и качества ортопедических конструкций у 83 пациентов с полными съемными протезами (106 протезов) и у 42 пациентов со съемными (покрывными) протезами с балочной фиксацией на 4 имплантатах (42 протеза). Среди пациентов с полными съемными протезами было 42,2% мужчин и 57,8% женщин (среди пациентов с протезами на имплантатах — 61,9% и 38,1%); возраст пациентов с полными съемными протезами 40–49 лет относился к 10,8% обследованных, 50–59 лет — 33,7%, 60 лет и старше — 55,4% (у пациентов с протезами на имплантатах возраст 30–39 лет был у 4,9%, 40–49 лет — у 19,0%, 50–59 лет — у 57,1%, 60 лет и старше — 19,0%); локализация полного съемного протеза на верхней челюсти была у 38,6%, на нижней челюсти — у 33,7%, на обеих челюстях — у 27,7% (у пациентов с протезами на имплантатах соответственно у 33,3%, 66,7% и 0,0%); исходная атрофия протезного ложа умеренной и выраженной степени встречалась у 39,8% и 60,2% пациентов с полными съемными протезами (у 66,7% и 33,3% у пациентов с



покрывными протезами на имплантатах) (рис. 1, 2).

В ходе наблюдения пациентам 1–2 раза в год проводилась профессиональная гигиена рта и, по показаниям, окклюзионная коррекция и контроль фиксации протезов.

Критериями эффективности протезирования были 38 показателей при оценке состояния съемных протезов и подлежащих тканей, в частности, периодичность пользования (постоянно, временами для эстетики, временами для жевания), неудовлетворительная фиксация, несоответствие протезному ложу, поломка протезов, воспаление в периимплантатной десне, потребность в переделке или замене конструкции протеза.

Результаты исследования. Средний срок адаптации к полным съемным протезам составлял $26,3 \pm 1,8$ дней. Недостаточная фиксация начинала проявляться через 1 год нагрузки (6 протезов; 5,7%), достигала через 7 лет 100,0% от оставшихся протезов. В той же мере с увеличением срока эксплуатации нарастала степень атро-

фии протезного ложа: через 1 год нагрузки она выявлялась у 2 протезов (1,9%), через 7 лет — у 5 протезов (100,0%). Травма слизистой оболочки выявлялась через 1 год нагрузки (5 протезов; 4,7%), увеличивалась до 20,0% при контроле в 7 лет (1 протез). Сухость и жжение слизистой оболочки под протезом отмечались через год нагрузки (соответственно 4 и 2 протезов, 3,8% и 1,8%), через 7 лет эти явления отмечались у 1 протеза (20,0%). Гиперемия протезного ложа составляла 4,7% (5 протезов) через год наблюдения, достигала 40,0% (2 протеза) через 7 лет. Гипертрофия протезного ложа выявлялась через 3 года эксплуатации (1 протез, 1,0%) и увеличивалась по частоте встречаемости до 20,0% через 7 лет (1 протез). Довольно часто встречались поломки протезов в виде трещин, отколов, расколов базисов и отколов искусственных зубов (часто в сочетании). Через год нагрузки произошла поломка одного протеза (0,9%), в течение 7-го года наблюдения — 2-х

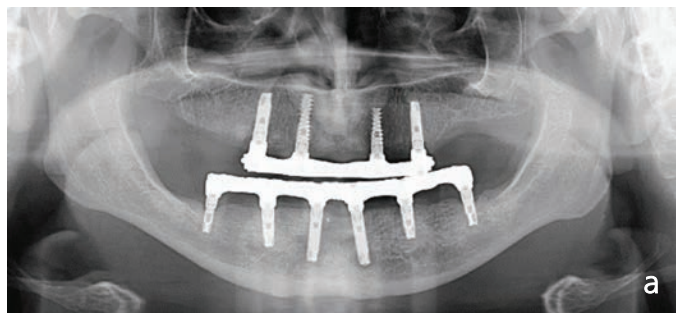


Рис. 1. Рентгенограммы пациентов с покрывными протезами на имплантатах: а — на верхней челюсти, б — на нижней челюсти



Рис. 2. Покрывной протез на балочной фиксации с опорой на внутрикостные имплантаты



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

протезов (40,0%). Чаще всего наблюдались трещины и отколы искусственных зубов, а также расколы базиса. Перебазировка полных съемных протезов в связи с атрофией протезного ложа производилась, начиная с 1 года нагрузки (3 протеза, 2,8%), составляла 14,3% через 6 лет эксплуатации (2 протеза). Починка протезов производилась через год нагрузки у 1 протеза (0,9%), 20,0% через 7 лет нагрузки (1 протез). Стираемость искусственных зубов быстро нарастала от 2,8% (3 протеза) через 2 года наблюдения до 100,0% (5 протезов) — через 7 лет. Снижение нижней трети лица и проявления патологии ВНЧС выявлялись после 2 лет эксплуатации у 1 протеза (0,9%), через 7 лет соответственно — 80,0% и 40,0% (4 и 2 протеза). Часто регистрировалась недостаточная гигиена полных съемных протезов, которая наблюдалась у 24,5% протезов через год нагрузки (26 протезов), 60,0% — через 7 лет (3 протеза). В связи с этим, а также в связи с патологией желудочно-кишечного тракта запах изо рта встречался у 11,3% протезов (12 протезов) через год наблюдения, 40,0% (2 протеза) — через 7 лет. Постоянное пользование полными съемными протезами характерно для 69,1% протезов в среднем за год наблюдения (от 91,5% при контроле за год до 20,0% — за 7 лет). Не использовались 9,7% полных съемных протезов в среднем за год (от 1,9%, 2 протеза за первый год до 20,0%, 1 протез за 7 лет). Остальные 12,8% протезов в среднем за год больше использовались для эстетики, а 12,6% — для жевания. В итоге за 7 лет эксплуатации полных съемных протезов 95,3% из них нуждались в замене в связи с теми или иными недостатками. Достаточное функциональное качество оставалось только у 4,7% протезов. Эта потребность проявилась на сроке контроля 3 года.

По сравнению с полными съемными протезами срок адаптации с опорой на имплантаты существенно короче (средний срок адаптации $18,8 \pm 1,2$ дней). Недостаточная фиксация через 2 года нагрузки определялась у 2 протезов (4,8%), достигала через 7 лет 83,3% (10 протезов), что также меньше в сравнении с полными съемными протезами. Атрофия протезного ложа при наличии имплантатов проявлялась в меньшей степени в сравнении с полными съемными протезами: через 2 года нагрузки у 9,6% (4 протеза), через 7 лет — 91,7% (11 протезов). Травма слизистой оболочки выявлялась в три раза реже, чем у полных съемных протезов. Реже отмечалась сухость полости рта: через 2 года нагрузки — 4,8% (2 протеза), через 7 лет — 16,7% (2 протеза). Жжение полости рта не зарегистрировано. Гиперемия или гипертрофия протезного ложа встречались редко. Съемные протезы на имплантатах реже подвергались поломке: от 2,4% через 3 года эксплуатации до 8,3% через 7 лет. Перебазировка съемных протезов на имплантатах в связи с атрофией протезного ложа производилась, начиная с 2 лет

нагрузки (1 протеза, 2,4%), составляла 6,3% (1 протез) через 7 лет эксплуатации (реже, чем у полных съемных протезов). Починка протезов производилась через 4 года нагрузки у 1 протеза (2,4%), через 7 лет — у 1 протеза (8,3%) (существенно меньше полных съемных протезов). Велика частота выявления стираемости искусственных зубов, но все же менее выраженная по сравнению с полными съемными протезами: от 9,6% (4 протеза) через 2 года наблюдения до 100,0% (12 протезов) — через 7 лет. Снижение нижней трети лица через 2 года эксплуатации выявлялось у 1 протеза (2,4%) и увеличивалось до 33,3% (4 протезов) через 7 лет, что почти в полтора раза реже в сравнении с полными съемными протезами. Проявления патологии ВНЧС обнаруживались редко. Обострение периимплантита было однократным на 7 году нагрузки имплантатов (8,3%), хронический периимплантит в виде периимплантатных карманов начинал проявляться на 3 году нагрузки (1 протез, 2,4%), увеличивался до 16,7% (2 протеза) через 7 лет. Под 2 протезами в конце срока наблюдения проявилась подвижность имплантатов (8,3%). Рецессия десны у имплантатов проявилась через 3 года нагрузки у 1 протеза (2,4%) и у 2 протезов (12,6%) через 7 лет. Хроническое воспаление десны у имплантатов (мукозит): от 2,4% при контроле 2 года (1 протез) увеличивалось до 16,7% (2 протеза) при контроле в 7 лет. Недостаточная гигиена наблюдалась у 7 протезов (16,9%) через год нагрузки, 7 протезов (58,3%) при контроле в 7 лет (эти показатели близки к полным съемным протезам). Запах изо рта встречался у 9,5% протезов (4 протеза) через год наблюдения, 33,3% (4 протезов) — через 7 лет. Переломов имплантатов не отмечалось. Удаление опорного имплантата происходило через 6 лет нагрузки (5,0%, 1 протез), 2 протеза (16,7%) — через 7 лет. Всего было удалено 12 имплантатов (8,1% от установленных). Постоянное пользование протезами на имплантатах характерно для 97,5% протезов в среднем за год наблюдения (от 100,0% при контроле за год до 87,5% — за 7 лет), что лучше в сравнении с полными съемными протезами. Только 2 протеза использовались последние 2 года чаще всего для эстетики. В итоге за 7 лет эксплуатации протезов на имплантатах 64,3% из них нуждались в замене в связи с теми или иными недостатками (27 протеза), а 7,2% (3 протеза) нуждались в смене конструкции в связи с удалением имплантатов. Достаточное функциональное качество оставалось у 28,5% протезов.

Выводы. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что съемные протезы с опорой на дентальные имплантаты превосходят полные съемные протезы по всем показателям. Основные причины снижения функциональной эффективности протезов связаны с атрофией протезного ложа, стертой искус-



ственных зубов, поломкой протезов. Развитие мукозита и периимплантита приводит к удалению не более 10,0% имплантатов в конце 7-летнего наблюдения.

Литература

- Максюков С.Ю. Причины повторного протезирования зубочелюстной системы у больных в Ростовской области и пути его оптимизации: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2011. — 254 с.
- Малый А.Ю. Клинико-эпидемиологический анализ результатов лечения несъемными конструкциями пациентов с частичным отсутствием зубов // Стоматология. — 2006. — № 5. — С. 56–59.
- Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита) / СтАР. — М., 2014. — 37 с.
- Дубова Л.В., Маджидова Е.Р., Дзаурова М.А., Киткина Т.Б., Лебеденко И.Ю. Ближайшие результаты применения съемных зубных протезов из нового отечественного базисного материала "Нолатек" // Российский стоматологический журнал. — 2016. — № 1. — С. 16–19.
- Жусев А.И., Жусев В.А. Немедленная имплантация // Российский вестник дентальной имплантологии. — 2016. — № 1. — С. 35–38.
- Иванов С.Ю., Мураев А.А., Гажва Ю.В., Бунёв А.А., Рукина Е.В. Российская система стоматологических имплантатов: опыт 3-летнего клинического использования // Российский вестник дентальной

имплантологии. — 2016. — № 1. — С. 60–66.

- Коннов В.В., Николенко В.Н., Гоог Л.А., Музурова Л.В., Анисимова Е.А., Николенко Л.В. Морфометрические характеристики височно-нижнечелюстного сустава у людей зрелого возраста с ортогнатическим прикусом // Морфологические ведомости. — 2005. — № 3–4. — С. 181–182.
- Костин И.О., Каламкар А.Э. Исследование параметров микроциркуляции протезного поля при ортопедическом лечении пациентов с полной потерей зубов с использованием дентальных внутрикостных имплантатов // Российский стоматологический журнал. — 2016. — № 1. — С. 25–27.
- Кузнецов А.В., Атаян Д.В., Дулов Ф.В. Эффективность конических поверхностно-пористых дентальных имплантатов после 10 лет функционирования // Российский вестник дентальной имплантологии. — 2016. — № 1. — С. 67–70.
- Никольский В.Ю., Разумный В.А., Никольская Л.В., Шушпанова О.В., Садыкова О.М. Сравнительный анализ основных типов мостовидного и съемного протезирования с опорой на имплантаты при полном отсутствии зубов // Российский вестник дентальной имплантологии. — 2015. — № 2. — С. 31–37.
- Шулятникова О.А. Оптимизация ортопедического этапа лечения в комплексной специализированной помощи пациентам с дефектами челюстно-лицевой области // Российский стоматологический журнал. — 2016. — № 2. — С. 38–41.

Исследование биоэлектрической активности жевательных мышц у пациентов с полной потерей зубов при ортопедическом лечении с использованием дентальных внутрикостных имплантатов

А.Э. Каламкар, врач-стоматолог ортопед клиники "Уездный врач", г. Москва, докторант кафедры ортопедической стоматологии Тверского ГМУ, к.м.н.

Для переписки:
E-mail: info@tvergma.ru,
armenkalamkarov@mail.ru

Резюме

В статье отражены результаты изучения электромиографии собственно жевательных и височных мышц у пациентов с полной потерей зубов при повторном протезировании, со старыми и новыми протезами, завершивших ортопедическое лечение с использованием дентальных внутрикостных имплантатов. Динамику электромиографических исследований биопотенциалов жевательных мышц после ортопедического лечения оценивали сразу после наложения протезных конструкций и через 1 месяц после завершения протезирования. В результате анализа данных электромиографии была установлена динамика биоэлектрической активности жевательных мышц в разные сроки после наложения протезов у пациентов с полным отсутствием зубов. Проведена сравнительная оценка данных показателей, на основании которых были сформулированы выводы о динамике показателей электромиографиче-

ских исследований биопотенциалов жевательных мышц у пациентов с полной потерей зубов при повторном ортопедическом лечении, со старыми и новыми протезными конструкциями и даны соответствующие рекомендации для практики.

Ключевые слова: показатели электромиографии жевательных мышц, дентальный имплантат, полная потеря зубов, ортопедическая конструкция, протезное поле.

Research of bioelectric activity of chewing muscles at patients with total loss of teeth at orthopedic treatment with use of dental implants

A.E. Kalamkarov

Summary

Results of studying of an electromyography of actually



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

chewing and temporal muscles at patients with total loss of teeth at a repeated prosthetic repair are reflected in article, with old and new prostheses, the dental implants which finished orthopedic treatment with use. Dynamics of electromyographic researches of biological potentials of masseters after orthopedic treatment was estimated right after applying of prosthetic designs and in 1 month after completion of prosthetics. As a result of the analysis of data of an electromyography dynamics of bioelectric activity of masseters in different terms after applying of prostheses at patients with total absence of teeth was established. The comparative assessment of these indicators on the basis of which conclusions about loudspeakers of indicators of electromyographic researches of biological potentials of masseters at patients with total loss of teeth at repeated orthopedic treatment were formulated is carried out, with old and new prosthetic designs and the corresponding recommendations for practice are made.

Keywords: indicators of an electromyography of chewing muscles, dental implants, total loss of teeth, orthopedic design, prosthetic field.

Протезирование пациентов с полной потерей зубов до настоящего времени остается одной из актуальных и важных проблем ортопедической стоматологии. Лечение данной категории больных при помощи съемных протезов, изготовленных "традиционным" способом, не может успешно решить задачу обеспечения полноценного функционирования жевательной системы и повышения качества жизни пациентов. В связи с этим система реабилитации больных с полным отсутствием зубов требует дальнейшего совершенствования с применением современных научных и практических достижений.

В практике стоматолога широко и успешно используется метод дентальной имплантации. С этим направлением связывают решение ряда проблем не только ортопедического лечения, но и профилактики распространенных стоматологических заболеваний. Результативность и возможности дентальных внутрикостных имплантатов больше не вызывают сомнений. Сегодня вектор переместился на многообразие механических и эстетических проблем, которые остаются пока до конца нерешенными, как на ортопедическом, так и на хирургическом этапах лечения [2, 3]. Спектр возможностей применения дентальных имплантатов весьма широкий — от замещения одного зуба до восстановления участка челюсти [1, 4]. Однако сложность протезирования обусловлена анатомо-топографическими особенностями строения альвеолярной кости беззубых челюстей [7]. Имплантат для своего успешного функционирования должен обеспечить перераспределение жевательной нагрузки на опорные ткани поло-

сти рта таким образом, чтобы сохранить их нормальную функцию и не вызывать морфологических изменений в костной ткани [5, 8]. Одним из определяющих факторов, обеспечивающих успех ортопедического лечения пациентов с полной утратой зубов, является функциональное состояние собственно жевательных и височных мышц [6]. При этом изменения, происходящие в процессе адаптации больных с полным отсутствием зубов к новым протезным конструкциям, опирающимся на дентальные внутрикостные имплантаты, могут приводить к развитию функциональной перегрузки и ускорению резорбции костной ткани и, вследствие этого, увеличению подвижности и последующему удалению имплантата за счет уменьшения рабочей длины его внутрикостной части [9, 10].

Целью нашего исследования было изучение динамики показателей электромиографии собственно жевательных и височных мышц у пациентов с полной потерей зубов при повторном протезировании, со старыми и новыми протезами, завершивших ортопедическое лечение с использованием дентальных внутрикостных имплантатов после нормализации окклюзионных взаимоотношений между зубными рядами и межальвеолярной высоты под контролем акта глотания.

Материалы и методы исследования. Для оценки результатов ортопедического лечения нами проведена электромиография (ЭМГ) височных и собственно жевательных мышц у 53 (21 мужчины и 32 женщин) больных в возрасте от 18 до 61 года с полной потерей зубов при повторном протезировании, со старыми и новыми протезами, после нормализации окклюзионных взаимоотношений между зубными рядами и межальвеолярной высоты под контролем акта глотания. ЭМГ проводилась на компьютерном миографе Нейромиоанализатор НМА-4-01 "Нейромиан" производства НПК "Медиком-МТД", Таганрог, Россия. Перед проведением ЭМГ пациентам объясняли безвредность этого исследования, цель и его значение для оценки результатов ортопедического лечения. При повторном протезировании пациентов пожилого и старческого возраста с полной потерей зубов и тяжелыми клиническими условиями протезного ложа во всех случаях возникала необходимость в одномоментном увеличении окклюзионной высоты от 4 до 10 мм.

Пациента усаживали в кресло в максимально удобном положении, голову располагали вертикально, руки — свободно. Затем пальпаторно определяли участки наибольшей выпуклости мышцы при максимальном ее напряжении. Для этого использовали протезы пациента, которые вводились в полость рта, и просили его максимально сжать зубы. Контакт с поверхностью кожи осуществлялся через специальные серебряные электроды округлой формы, смазанные электропроводным гелем. Участки кожи, на которые накладывались элект-



троды, тщательно обрабатывались дезинфицирующим раствором, а электрод, смоченный физраствором, фиксировался в области запястья руки. Электроды располагали в проекции двигательной точки *m. masseter* вначале с одной стороны, затем с другой и закрепляли лейкопластырем. Таким же образом располагали электроды на *m. temporalis*. Расстояние между электродами составляло около 20 мм. Запись показаний производилась в положении центральной окклюзии при максимально сомкнутых зубных рядах сначала со старыми, затем с новыми протезами. Обработка полученных данных заложена в программу электромиографа и происходит автоматически. Электромиографические исследования биоэлектрической активности жевательных мышц проводились сразу после наложения протезов и через 1 месяц после завершения ортопедического лечения.

Результаты исследования и их обсуждение.

Сравнение электромиографий, полученных у пациентов, которым были установлены новые и старые протезы в день наложения, показало наличие статистически значимых различий в амплитуде биопотенциалов всех групп жевательных мышц ($p=0,003$). Установка новых протезов по сравнению со старыми сопровождалась значительным увеличением такой амплитуды. Есть основания полагать, что данные изменения являются ответной реакцией мышц на нормализацию окклюзионной высоты и взаимоотношений. С другой стороны, у данных пациентов отсутствовали симптомы завышения окклюзионной высоты (боль в области мышц, жжение в нижней челюсти, ощущение лишнего предмета в полости рта, стук зубов при разговоре и др.), а также ЭМГ признаков спонтанной активации жевательных мышц. Все это может быть расценено как четкие признаки установления рациональной окклюзионной высоты под контролем глотания. После привыкания к новым зубным протезам, спустя один месяц после их установки, результаты ЭМГ показали незначительное снижение амплитуды биопотенциалов, что свидетельствует о начинающейся адаптации мышечного аппарата к новой окклюзионной высоте. Тем не менее, амплитуда по-прежнему оставалась статистически выше, чем у пациентов со старыми протезами ($p=0,021$). После коррекции окклюзии зубных рядов новых полных съемных протезов мы выявили выраженные изменения функционального состояния жевательной мускулатуры. Данные изменения также были статистически значимыми ($p=0,009$). На миограммах некоторых пациентов обнаружилась характерная для одностороннего типа жевания асимметрия активности, а также смещение баланса активности жевательных мышц от собственно жевательных к височным мышцам. Очевидно, что параметры миограмм пациентов, которым были установлены новые протезы с опорой на

дентальные внутрикостные имплантаты, спустя 1 месяц после установки, постепенно приближаются к таковым у пациентов со старыми протезами.

Как видно из представленных данных, значения биопотенциалов, полученных у пациентов с полным отсутствием зубов с новыми протезами во всех случаях, превышают данные показатели у лиц, протезированных старыми протезными конструкциями. Данные миографического исследования пациентов со старыми и новыми протезами справа соответствуют левым и подтверждают наблюдение о постепенном нивелировании изменений через месяц после установки протезов. Как и в случае сравнения биопотенциалов у пациентов с новыми и старыми протезами в целом, исследование данных по стороне (правая/левая) не опровергает информации о временном характере различий и постепенном их нивелировании.

По нашему мнению, целесообразно ввести дополнительные критерии, которые могут помочь в оценке степени выполнения каждой группы требований. Такими векторами, позволяющими измерить количественным или качественным методом отдельные свойства протеза, могут быть (F_g , F_e , F_o , F_v).

$F_g = (G, \dots, G_m)$, $F_e = (E, \dots, E_r)$, $F_o = (O, \dots, O_r)$, $F_v = (V, \dots, V_t)$

Пример. Критерий F_g , который характеризует степень выполнения требований, обеспечивающих функцию жевания, состоит из трех частных критериев: G_1 — степень устойчивости протеза при жевании, G_2 — точность воспроизведения зубной дуги, G_3 — состояние собственно жевательных и височных мышц.

В таблице 1 сведены данные о биоэлектрической

Таблица 1. Биоэлектрическая активность жевательных мышц в разные сроки после наложения протезов

Мышцы	Сторона	Старые протезы ($a \pm \sigma$)	Новые протезы	
			Сроки	
			Сразу после наложения ($a \pm \sigma$)	1 месяц после наложения ($a \pm \sigma$)
Жевательные	Слева	237,3 $\pm$ 102,7	461,2 $\pm$ 214,7	291,6 $\pm$ 137,2
	Справа	292,1 $\pm$ 117,3	508,7 $\pm$ 175,9	328,3 $\pm$ 135,4
Височные	Слева	309,3 $\pm$ 105,0	491,4 $\pm$ 141,7	363,1 $\pm$ 119,5
	Справа	349,5 $\pm$ 122,2	601 $\pm$ 180,1	409,8 $\pm$ 167,8



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

активности жевательных мышц (мкВ) в день установления протеза и спустя 1 месяц после наложения протеза у пациентов со старыми и новыми протезами. Среднеквадратичное (стандартное) отклонение рассчитывалось по формуле:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (a_i - a)^2}{n-1}}$$

где a — среднее значение измерений.

Более высокие значения биопотенциалов собственно жевательных и височных мышц у пациентов, у которых были установлены новые протезы с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты, по сравнению со старыми протезами, являются маркером проходящих процессов адаптации и свидетельствуют о последующей полноценной реабилитации пациентов с полной утратой зубов.

Нами установлено, что средняя величина биопотенциалов собственно жевательных мышц увеличилась после ортопедического лечения новыми протезами на 35,5–36,8%, височных на 26,1–31,8%.

Наше исследование показало, что ЭМГ является диагностическим методом, позволяющим определить функциональные изменения в собственно жевательных и височных мышцах, происходящие в процессе адаптации больных с полным отсутствием зубов к новым протезным конструкциям, опирающимся на дентальные внутрикостные имплантаты, вследствие нормализации межчелюстных контактов и окклюзионной высоты, и может использоваться для прогноза эффективности ортопедического лечения данной категории стоматологических пациентов.

Выводы:

1. Результаты электромиографического исследования показали, что при ортопедическом лечении пациентов с полной потерей зубов, которым были установлены новые и старые протезы в день наложения, свойственно наличие статистически значимых различий в амплитуде биопотенциалов всех групп жевательных мышц ($p=0,003$). Установка новых съемных протезов с опорой на дентальные внутрикостные имплантаты, по сравнению со старыми, сопровождалась значительным увеличением такой амплитуды. Данные изменения являются ответной реакцией мышц на нормализацию окклюзионной высоты и взаимоотношений.

2. Результаты ЭМГ, проведенной после привыкания к протезам (1 месяц), показали небольшое снижение амплитуды биопотенциалов по сравнению с первым днем наложения протезов, что говорит о постепенной адаптации жевательных мышц к новой окклюзионной высоте.

3. Анализ показателей электромиографических

исследований у больных до и после повторного ортопедического лечения показал значительное улучшение функционального состояния жевательных мышц после коррекции окклюзии зубных рядов и межальвеолярной высоты на новых съемных зубных протезах.

4. Данные проведенного параклинического метода исследования свидетельствуют о положительных результатах ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов с опорой на внутрикостные дентальные имплантаты по научно-обоснованной оптимальной методике.

Литература

1. Перова М.Д. Реабилитация тканей дентоальвеолярной области. Клинико-теоретические исследования в современной пародонтологии и имплантологии. Часть V. Характеристика ответных тканевых реакций на имплантацию различных внутрикостных внутренних опор // Новое в стоматологии. — 2001. — № 3 (специальный выпуск). — С. 63–84.
2. Чумаченко Е.Н., Лебеденко И.Ю., Чумаченко С.Е., Козлов В.А. Математическое моделирование напряженно-деформированного состояния металлокерамических конструкций зубных протезов // Вестник машиностроения. — 1997. — № 10. — С. 12–18.
3. Качанов Л.М. Основы механики разрушения. — М.: Наука, 1974. — С. 312.
4. Арутюнов С.Д., Чумаченко Е.Н., Копейкин В.Н., Козлов В.А., Лебеденко И.Ю. Математическое моделирование и расчет напряженно-деформированного состояния металлокерамических зубных протезов // Стоматология. — 1997. — Т. 76. — № 4. — С. 47–51.
5. Чумаченко Е.Н., Воложин А.И., Портной В.К., Маркин В.А. Гипотетическая модель биомеханического взаимодействия зубов и опорных тканей челюсти при различных значениях жевательной нагрузки // Стоматология. — 1999. — Т. 78. — № 5. — С. 4–8.
6. Саакян Ш.Х. Применение штифтовых вкладок с эстетическим покрытием при полном разрушении коронковой части зуба: дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984. — 147 с.
7. Чумаченко Е.Н., Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю., Ильиных А.Н. Анализ распределения нагрузок и вероятности необратимых изменений в костных тканях челюсти при ортопедическом лечении с использованием дентальных внутрикостных имплантатов // Клиническая стоматология. — 2002. — № 2. — С. 44–48.
8. Демидова И.И., Лисенков В.В. Пародонт: биомеханические свойства // Пародонтология. — 1998; 4 (ч. 1). — С. 6–8; — 1999; 1 (ч. 2). — С. 22–26.
9. Чумаченко Е.Н., Арутюнов С.Д., Лебеденко И.Ю. Математическое моделирование напряженно-деформированного состояния зубных протезов. — М.: Молодая гвардия, 2003. — 270 с.
10. Шварц А.Д. Биомеханика и окклюзия зубов. — М: Медицина, 1994. — 203 с.
11. Branemark P-i, et 3l: Osseointegrated implants in the Treatment of the Edentulous Jaw Experience from a 10-year Period. — 1977. V. 14 p. 64–72.



Runyes®
FOCUS ON DENTAL

PHARMADENTAL

**АВТОКЛАВЫ
В КЛАССА**



17 Litres

Tinho 12/16

22 Litres

Wind 18/23

18 Litres

Wave 18/23

ЛУЧШИЕ ЦЕНЫ!



Одним из крупнейших производителей стоматологического оборудования является компания Runyes. Компания уже на протяжении нескольких лет является лидером азиатского региона в производстве стерилизационного оборудования для стоматологии. Всегда в наличии большой выбор. Любые возникшие у вас вопросы можно задать специалисту по контактному телефону или получить контакты на свой телефон, распознав qr-код.

PHARMA-DENTAL.RU

+7 495 645 2047



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Онкостоматология

Применение аутофлуоресцентной стоматоскопии для онкоскрининга заболеваний слизистой оболочки полости рта

Резюме

В данной работе представлены результаты применения аутофлуоресцентной стоматоскопии как нового метода онкологического скрининга. В ГУЗ "Тульская областная стоматологическая поликлиника" осмотр слизистой оболочки полости рта в свете ее аутофлуоресцентного излучения с использованием светодиодного аппарата АФС был проведен у 25503 пациентов. По результатам осмотра на диспансерный учет у врача-стоматолога было взято 1012 пациентов. Онкологическая настороженность стала причиной направления в ГУЗ "Тульский областной онкологический диспансер" 217 пациентов. На основании гистологического анализа у 28 пациентов подтвержден диагноз злокачественного новообразования полости рта и ротоглотки. Предраковые заболевания были выявлены у 110 пациентов, доброкачественные образования — у 28. У 2421 пациента, не предъявляющих жалоб, были выявлены воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: стоматология, слизистая оболочка полости рта, онкоскрининг, аутофлуоресценция.

Autofluorescence stomatoscopy as the method of oncological screening of oral mucosa

L.N. Maximovskaya, A.A. Erk, N.N. Bulgakova, B.V. Zubov

Summary

The paper described the results of autofluorescence-stomatoscopy as a new method of oncological screening in dentistry. Autofluorescence visualization of oral mucosa with the LED-based AFS device (Polironic Ltd, Russia) were performed in 25503 patients in the State Tula Region Dental Clinic. As a result, 2638 sites with the abnormal autofluorescence emission were visualized, 1012 patients were included in the risk group, 217 patients were sent to the oncological hospital for more detailed examination of oral mucosa. Oral malignancies were diagnosed in 28

Л.Н. Максимовская, профессор, д.м.н., зав. кафедрой терапевтической стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва
А.А. Эрк, к.м.н., главный внештатный специалист стоматолог ДЗ МЗ Тульской области, главный врач ГУЗ "Тульская областная стоматологическая поликлиника"

Н.Н. Булгакова, доцент, к.ф.-м.н., руководитель научно-образовательного центра ИОФ РАН им. А.М. Прохорова, Москва
Б.В. Zubov, к.ф.-м.н., заведующий лабораторией лазерной медицинской техники ИОФ РАН им. А.М. Прохорова, Москва

Для переписки:
Москва, ул.
Долгоруковская, д. 4,
стр. 2
Тел.: +7 (499) 973-
02-23
Кафедра терапевтической стоматологии

patients. The premalignant lesions were revealed in 110 patients, the benign lesions — in 28. The inflammatory processes of oral mucosa were visualized in 2421 patients who do not show complaints.

Keywords: dentistry, oral mucosa, oral malignancies, tissue, autofluorescence.

Несмотря на то, что рак слизистой оболочки полости рта (СОР) относится к новообразованиям визуальной локализации, более чем в 70% случаев заболевание выявляется на поздних стадиях. В 2014 г. в РФ зарегистрировано 8219 злокачественных новообразований (ЗНО) слизистой оболочки полости рта, из них 62,3% — на 3–4-й стадиях [3]. При этом летальность на 1 году составляет 34,8%. В Тульской области в 2014 г. зарегистрировано 133 ЗНО, из них 72,2% — на 3–4-й стадиях, летальность на 1 году составила 42,9%. Низкие показатели диагностики и выявляемости ЗНО СОР свидетельствуют об отсутствии эффективной системы профилактических и скрининговых обследований населения [2].

Для проявления онкологической настороженности врачам-стоматологам требуются неинвазивные бесконтактные методы визуализации патологических изменений СОР на ранних стадиях и аппаратура для их реализации. К таким методам относится метод аутофлуоресцентной диагностики рака (АФД) [7]. Как показано во многих клинических исследованиях, в месте злокачественного перерождения слизистой оболочки происходит резкое уменьшение интенсивности аутофлуоресцентного излучения, обусловленное морфологическими и биохимическими изменениями, сопровождающими развитие дисплазии и раннего рака [5, 6]. При освещении поверхности ткани возбуждающим излучением в диапазоне 380–440 нм патологические очаги визуализируются в виде затемнения на фоне зеленого свечения здоровой слизистой оболочки (эффект "темного пятна").





Уменьшение интенсивности аутофлуоресцентного излучения при развитии патологических изменений СОР показано в работах зарубежных и отечественных авторов [1, 11]. Для визуализации этого эффекта выпускается светодиодный аппарат VELscope® (LEDDentalInc., BC, Канада), который в настоящее время не зарегистрирован в РФ [10]. Клиническая апробация показала, что дополнительный осмотр СОР с аппаратом VELscope® улучшает выявляемость онкопатологии, а также позволяет определять истинные границы поражения [8]. По данным разных авторов, чувствительность АФД дисплазии и раннего рака с аппаратом VELscope® колеблется от 84% до 98%, специфичность — от 15 до 100% [9–10, 12].

В 2012 г. МГМСУ им. А.И. Евдокимова совместно с ИОФ РАН им. А.М. Прохорова впервые в нашей стране были инициированы исследования по изучению возможностей АФД предрака и ранних форм рака СОР. При изучении спектров лазер-индуцированной аутофлуоресценции СОР были выявлены значительные различия, как в интенсивности, так и в спектральном составе аутофлуоресцентного излучения нормальной СОР, очагов предрака и раннего рака [1, 4]. Помимо резкого (до 10 раз) уменьшения интенсивности в зеленой области спектра (эффект "темного пятна") у некоторых пациентов в патологических очагах регистрировались пики флуоресценции эндогенных порфиринов различной интенсивности (красная область спектра).

В 2013 г. с использованием отечественного светодиодного аппарата АФС (Регистрационное удостоверение № ФСР 2011/106669) (ООО "Полиорник", Москва) была проведена аутофлуоресцентная стоматоскопия СОР у 24 пациентов с различными предраковыми и онкологическими заболеваниями [1]. Было показано, что визуализация аутофлуоресцентного излучения СОР с использованием аппарата АФС позволяет выявлять очаги аномального свечения, связанные с наличием предраковых и злокачественных заболеваний. Полученные результаты позволили сделать вывод о возможности применения данного аппарата для целей онкологического скрининга заболеваний СОР.

В данной работе представлены результаты применения светодиодного аппарата АФС в ГУЗ "Тульская областная стоматологическая поликлиника".

Результаты. Всего за период с января по декабрь 2015 г. включительно осмотр СОР с использованием светодиодного аппарата АФС был проведен у 25503 пациентов в возрасте от 18 до 79 лет. В данную группу входили первичные пациенты, обратившиеся на прием к врачу-стоматологу в тех отделениях ГУЗ "Тульская областная стоматологическая поликлиника", где имелся аппарат "АФС-400". Также в группу входили пациенты, добровольно обратившиеся для осмотра СОР при приеме в передвижном стоматологическом комплексе

во время проведения акций: "День открытых дверей", "Вместе против рака", "Твое сердце — в твоих руках".

Аутофлуоресцентную стоматоскопию проводили после обычного клинического осмотра в соответствии с принятыми стандартами. Для избегания попадания светодиодного излучения в глаза пациенту надевали защитные очки. При выключенном дневном искусственном освещении излучение аппарата АФС направ-



Рис. 1. Проведение аутофлуоресцентной стоматоскопии

ляли в полость рта и через специальные очки проводили осмотр всех отделов СОР, обращая внимание на цветовую палитру возникающего свечения (рис. 1). При освещении аппаратом АФС здоровая СОР (щека, мягкое и твердое небо) имела яркое зеленое свечение. На слизистой оболочке языка в области бактериального налета у всех пациентов визуализировалась яркая красная флуоресценция, обусловленная наличием эндогенных порфиринов как продуктов жизнедеятельности патогенной микрофлоры. Боковые и вентральная поверхность языка имели темно-зеленую флуоресценцию, менее интенсивную, чем другие отделы здоровой СОР, за счет сильной кровенаполненности органа. Менее интенсивная флуоресценция ввиду значительной пигментации визуализировалась также в области красной коймы губ. Очаги воспаления (пародонтиты, гингивиты) имели красное свечение различной интенсивности.

Для оценки особенностей свечения был разработан протокол, представленный ниже (рис. 2).

Онкологическую настороженность проявляли при выявлении очагов со значительным затемнением и полной потерей свечения, а также при наличии подозрительных очагов красной флуоресценции.

Зоны аномального свечения выявлены у 2638 пациентов. Очаги красной флуоресценции выявлены у 2440. У 169 пациентов были выявлены очаги с уменьшенной интенсивностью свечения в зеленой области.

Онкологическая настороженность была причиной направления в ГУЗ "Тульский областной онкологический диспансер" 217 пациентов. На основании гистологического анализа у 28 пациентов подтвержден



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

диагноз злокачественного новообразования полости рта и ротоглотки. Рак языка — 7 пациентов, рак десны и слизистой оболочки альвеолярной части нижней челюсти — 7, рак десны и слизистой оболочки альвеолярной части верхней челюсти — 3, рак дна полости — 3, рак нижней губы — 2, рак твердого неба — 2, рак малой слюнной железы — 2, рак язычка — 1, рак ротоглотки — 1. У 23 пациентов ЗНО было диагностировано на 1–2 стадии, у 4 пациентов — на 3 стадии, у 1 — на 4 стадии. Плоскоклеточный рак был диагностирован в 25 случаях, мукоэпидермоидный рак — в 2, аденокистозная карцинома — в 1.

Рис. 2. Протокол осмотра СОР

Аномальное свечение:

1. Красная флуоресценция: + (розовая), ++ (красно-коричневая), +++ (ярко-красная).

2. Затемненные участки (очаги с потерей свечения в зеленой области):

- (незначительное затемнение), -- среднее затемнение, --- полная потеря свечения.

	Очаги красной флуоресценции (+, ++, +++)	Затемненные очаги (-, --, ---)
Спинка языка		
Боковые поверхности языка		
Вентральная поверхность языка		
Слизистая оболочка щек		
Дно полости рта		
Слизистая оболочка твердого неба		
Слизистая оболочка мягкого неба		
Слизистая оболочка преддверия полости рта		
Слизистая оболочка губ		
Ретромолярная область		
Слизистая оболочка десны		
Небные дужки		
Небные миндалины		

Предраковые заболевания были выявлены у 110 пациентов, доброкачественные образования — у 28. Доброкачественные образования включали: фибромы (11), гемангиомы щеки (4) и красной каймы губы (7), остеомы (1), ДНО спинки языка (2), ДНО малых слюнных желез (2), ДНО глоточной миндалины (1). Предраковые заболевания СОР включали: хронические язвы (травмы) (19), папилломы щеки (7), папиллома мягкого неба (1), папиллома языка (6), плоская и веррукозная лейкоплакия, красный плоский лишай, папиломатоз, хроническая трещина нижней губы (77).

11 пациентов категорически отказались от направления в онкодиспансер, из них один вернулся с ухудшением состояния. Остальные были приглашены на повторный прием, проведена беседа, после прохождения обследования в ТООД диагноз ЗНО не подтвердился, взяты на диспансерный учет у стоматолога.

Всего по результатам осмотра на диспансерный учет

у врача-стоматолога было взято 1012 пациентов. У 2421 пациента, не предъявляющих жалоб, были выявлены воспалительные заболевания СОР, проявляющиеся в виде краевого красного свечения области маргинальной части десны. Данные пациенты были направлены на лечение к пародонтологу.

Отдельные клинические наблюдения:

1. Пациент М., 24 года, вся СОР имела интенсивное красное свечение, что предполагало наличие в полости рта большого количества эндогенных порфиринов (продуктов жизнедеятельности бактериальной микрофлоры). При освещении СОР у пациента возникло чувство жжения. После проведения назначенного дополнительного обследования пациенту был впервые постановлен диагноз сахарный диабет. Причиной болевых ощущений, по-видимому, был индуцированный фотодинамический эффект.

Излучение с длиной волны 400 нм поглощается эндогенными порфиринами, в результате чего происходит их фотоактивация с последующей генерацией синглетного кислорода (фотодинамический эффект) [11].

2. Пациентка Р., 79 лет, обширный участок некроза на небе, подозрение на онкологическое заболевание. При осмотре в подозрительном участке было визуализировано зеленое свечение, без эффекта "темного пятна". Результаты нескольких гистологических исследований, в том числе и во время операций, исключили злокачественное новообразование. После исключения онкологического заболевания и установления диагноза буллезный пимфегоид проведено лечение в стоматологической поликлинике с положительным результатом.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения аутофлуоресцентной стоматоскопии с помощью светодиодного аппарата АФС в условиях стоматологической поликлиники для соблюдения онкологической настороженности. Аппарат крайне прост в использовании, работает от "одной кнопки" и, что крайне важно, не требует дополнительных расходных материалов. Время осмотра СОР не превышает, как правило, 3–10 минут. Он может применяться врачами-стоматологами в рамках стоматологической поликлиники, в том числе и в условиях стоматологического приема в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по ОМС.

При внедрении метода аутофлуоресцентной стоматоскопии в работу поликлиники нами выявлены следующие проблемы:

- низкая культура стоматологического здоровья населения;
- низкая информированность населения;
- страх пройти обследование и отказ пациентов от дальнейшего обследования;
- недостаточная онконастороженность врачей-сто-



матологов;

— настораживающее отношение к новому методу диагностики как со стороны пациентов, так и со стороны стоматологов;

— недоверие на начальном этапе внедрения к новому методу обследования со стороны стоматологов;

— "несерьезное" отношение врачей-онкологов к результатам обследования методом аутофлуоресцентной стоматоскопии;

— ошибки при проведении гистологических исследований;

— отсутствие единого алгоритма диагностики (кроме визуального).

Литература

1. Булгакова Н.Н., Волков Е.А., Позднякова Т.И. Аутофлуоресцентная стоматоскопия как метод онкоскрининга заболеваний слизистой оболочки рта // Российский стоматологический журнал. — 2015. — Т. 19 (1). — С. 27–30.
2. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 912 с.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 году. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ "НМИРЦ" Минздрава России, 2015.
4. Смирнова Ю.А. Сравнительная оценка скрининговых методов

диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки рта: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2014.

5. Соколов В.В., Чиссов В.И., Филоненко Е.В., Телегина Л.В., Булгакова Н.Н. Флуоресцентная диагностика начального центрального рака легкого // Пульмонология. — 2005. — № 1. — С. 107–116.
6. Тучин В.В. Тучина Оптическая биомедицинская диагностика. — М.: Физматлит, 2007.
7. Чиссов В.И., Соколов В.В. и соавт. Флуоресцентная эндоскопия, дермаскопия и спектрофотометрия в диагностике злокачественных опухолей основных локализаций // Российский биотерапевтический журнал. — 2003. — Т. 2. — № 4. — С. 45–56.
8. Awan K.H., Morgan P.R., Warnakulasuriya S. Evaluation of an autofluorescence based imaging system (VELscope(tm)) in the detection of oral potentially malignant disorders and benign keratosis // Oral Oncology. — 2011. — Vol. 47, Iss. 4. — P. 274–277.
9. Balevi B. Evidence-based decision making: should the general dentist adopt the use of the VELscope for routine screening for oral cancer? // J. of the Can. Dent. I Ass. — 2007. — Vol. 73, №7. — P. 603–606.
10. Lane P.M., Gilhuly T., Whitehead P., et al. Simple device for the direct visualization of oral-cavity tissue fluorescence. J Biomed Opt. 2006; 11 (2): 024006.
11. Konopka K., Goslinski T. Photodynamic Therapy in Dentistry. J Dent Res 2007; 86 (8): 694–707.
12. Wilder-Smith P., Holtzman J., Epstein J. et al. Optical diagnostics in the oral cavity: an overview. Oral Diseases (2010) 16, 717–728.

ГЛАВНЫЕ СОБЫТИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ



VIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

Инновации в медицине – здоровье нации



VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОНГРЕСС

Внедрение современных достижений медицинской науки в практику здравоохранения Украины



МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС



При поддержке:
Президента Украины



Под патронатом:
Комитета Верховной Рады
Украины по вопросам
здравоохранения



Кабинета Министров
Украины



Национальная академия
медицинских наук Украины



Официальная поддержка:
Министерства
здравоохранения Украины

Организаторы:



НМАПО имени
П. Л. Шупика



Киевской городской
государственной
администрации



Компания LMT



MEDICA EXPO
МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



DENTALEXPO
МЕЖДУНАРОДНАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА



PHARMA EXPO
МЕЖДУНАРОДНАЯ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ВЫСТАВКА

ВСЕ СПЕКТР ОБОРУДОВАНИЯ, ТЕХНИКИ, ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНЫ И СТОМАТОЛОГИИ,
НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ОТ МИРОВЫХ И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

СТРАН	30	25–27 АПРЕЛЯ 2017 Украина, Киев, ул. Салютная, 2-Б 	70	НАУЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
ЭКСПОНЕНТОВ	400		800	ДОКЛАДЧИКОВ
ПОСЕТИТЕЛЕЙ	15 000		100	ВРАЧЕБНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

ШКОЛЫ И МАСТЕР-КЛАССЫ НА ДЕЙСТВУЮЩЕМ ОБОРУДОВАНИИ

По вопросам участия в Форуме:

+380 (44) 206-10-16

@med@lmt.kiev.ua



По вопросам участия в Конгрессе:

+380 (44) 206-10-99

@congress@medforum.in.ua

WWW.MEDFORUM.IN.UA



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Экономика и организация в стоматологии

Оценка эффективности и оплата работы администраторов стоматологических клиник

Резюме

В статье рассмотрены: 1) предпосылки эффективной оплаты труда администраторов — начисление зарплаты в соответствии с количеством отработанных смен, оплата в месяц не должна быть меньше среднего заработка администраторов у ближайших конкурентов, оплата за рабочую смену должна корректироваться с учетом итогов присвоения категории на основе известных персоналу показателей, учитывающих общение по телефону и в холле и др.; 2) неэффективные системы оценки и оплаты работы администраторов — установление всем одинаковой оплаты, равнение на среднюю зарплату администраторов в клиниках города, начисление платы по усмотрению руководителей клиники, привязка оплаты администраторам к показателям работы клиники, которые от них не зависят или зависят косвенно, оплата с учетом стажа работы администратора в клинике.

Предложена система объективной и многопрофильной оценки работы и оплаты администраторов.

Ключевые слова: эффективная работа администраторов клиники, предпосылки эффективной оплаты труда администраторов, система оплаты труда администраторов, готовность менеджеров к объективной оценке работы администраторов, обучение администраторов.

Efficiency evaluation and labour remuneration of dental clinic receptionists

V.V. Boyko

Summary

The following is considered in the article: 1) prerequisites for an effective payment of receptionists' work — the prerequisites include the salary accounting in accordance to the number of the worked-up shifts; the monthly payment is not to be less than the average wages of receptionists of the nearest concurrent clinics; the shift payment is to be corrected taking into consideration the results of awarded category based on indices known to the staff and considering the communication skills in the hall, per telephone, etc.; 2) ineffective estimation and remuneration systems of receptionists' work — setting an equal payment; imitating the average receptionists' salary of the city clinics; accounting the payment at discretion of clinical managers; anchoring the receptionists' work payment to the figures of the clinic activities not dependent or indirectly dependent on them; payment with regard for the receptionist's record of service.

Keywords: effective work of clinic receptionists; prerequisites

Для переписки:

E-mail: vv_boyko@rambler.ru



В.В. Бойко, академик международной БПА, чл.-корр. Петровской Академии Наук и Искусств, д. психологических н., профессор, зав. кафедрой психологии и медицинской деонтологии СПбИНСТОМ

for effective remuneration of receptionists' work; systems of receptionists' work remuneration; managers' readiness to estimate objectively the work of receptionists; receptionists training.

Довольные условиями работы сотрудники четко выполняют свои обязанности, лучше относятся к клиентам, и это способствует повышению доходов клиники.

Работа администраторов — слабое звено стоматологических клиник. Причины разные: недостатки их отбора и обучения, в клиниках отсутствуют или нечетко прописаны должностные обязанности и стандарты сервиса, не действуют материальные стимулы, отсутствует система профессионального роста и контроля работы, плохая организация труда. Обычно не дают желаемых результатов попытки владельцев, директоров и прочих менеджеров оценивать в работе администраторов то, чего они сами не знают, не понимают или о чем имеют приблизительные представления.

К сожалению, на практике часто происходит так: администраторы плохо знают содержание своей деятельности, а менеджеры, не подготовленные к роли арбитров, субъективно оценивают их работу и устанавливают оплату.

Предлагаем по-новому подойти сразу к двум взаимосвязанным аспектам деятельности администраторов: объективная оценка эффективности и обоснованная оплата их работы.

Предпосылки эффективной оплаты труда

1. Оплата в месяц начисляется в соответствии с количеством отработанных смен.

* Количество рабочих часов в неделю не может превышать нормальную продолжительность рабочего времени работников на предприятиях, в учреждениях и организациях — 40 часов (ст. 42 ТК РФ).

Работа сверх соответствующего количества смен в месяц должна исключаться в максимальной степени, поскольку противоречит трудовому законодательству.





* Идеально, если администратор в смену работает 8 часов в соответствии с трудовым законодательством.

* Если администратор работает более 8 часов в смену, то на следующий день он имеет право на отдых.

* Работать в режиме от открытия и до закрытия клиники (например, с 8 утра до 20 часов) — основание для более высокой оплаты за смену.

* Работать в таком напряженном режиме (с утра и до вечера) два дня подряд допустимо только в порядке исключения (например, болезнь коллеги).

* Очень плохо, когда администраторы работают по несколько дней подряд более 8 часов в смену, что происходит, например, в отпускные периоды или по желанию сотрудников.

Работать в течение трех дней в режиме от открытия и до закрытия клиники категорически запрещается, так как в этом случае администратор не в состоянии должным образом выполнять свои функции: на второй день — работает в полсилы, на третий — во всем сказывается усталость и апатия.

Это никому не выгодно: клиенты не хотят, чтобы их обслуживали по принципу конвейера, администраторы расплачиваются за переутомление своим здоровьем, владелец клиники теряет деньги из-за неудовлетворительной работы администраторов.

2. Оплата в месяц должна быть не меньше среднего заработка администраторов у ближайших конкурентов, тем более не меньше, чем у конкурентов, у которых цены ниже, сервис организован хуже.

Когда администраторы знают, что им платят меньше, чем в менее престижных клиниках, они воспринимают это как принижение своего достоинства, не стремятся работать хорошо и готовы сменить место работы.

3. Оплата администратору, установленная за рабочую смену, должна корректироваться в сторону повышения или снижения или оставаться прежней с учетом итогов периодической переаттестации и присвоения категории на основе известных персоналу показателей.

Оплата за смену, установленная раз и навсегда, не стимулирует профессиональный рост администраторов даже в тех случаях, когда дополнительно даются премии и бонусы поощрительного характера.

4. Коррекция оплаты за рабочую смену должна проводиться по результатам объективной и многосторонней системы оценок, получаемых администратором накануне и в процессе аттестации (переаттестации).

* Объективность оценок исключает личные симпатии и антипатии руководителей клиники и недостоверные выводы о работе администраторов, основанные на случайных наблюдениях или сделанные под влиянием настроений.

* Главный врач рассказывает о том, как оценивает работу администраторов: "Иногда я прислушиваюсь к тому, что и как отвечает девушка по телефону. Если мне нравится, я принимаю решение повысить зарплату".

Такой способ установления оплаты труда неприемлем, он показывает случайность выводов и субъективизм менеджера,

что может провоцировать недовольство других администраторов и стать причиной межличностных конфликтов.

* Многосторонность оценок предполагает учет следующих показателей:

а) итогов прослушивания записей общения администратора с пациентами по телефону;

б) данных наблюдений за поведением администратора в холле;

в) отзывов о работе администратора, полученных из разных источников (данные обратной связи с клиентами, книга отзывов, обращения к руководству);

г) мнения врачей и ассистентов о работе администратора.

Объективная и многосторонняя система оценки эффективности работы и оплаты труда администраторов — задача непростая, но чем четче и полнее она решается, тем перспективнее увеличить доходы клиники с их участием.

5. В клинике целесообразно установить категории, отражающие уровень эффективности работы администраторов с учетом их квалификации, способности привлекать и удерживать клиентов в клинике, профессионально общаться по телефону и в холле.

Уместно ввести такие категории (соответствующий им уровень оплаты за смену устанавливает руководство клиники):

* Стажёр — сотрудник находится на испытательном сроке, осваивает должностные обязанности и стандарты сервиса, инструкции по информированию пациентов об услугах клиники и ценах, при этом работает в сменах с опытным администратором-наставником, который отвечает за прохождение стажёром подготовительного этапа (наставник должен получать вознаграждение за хорошую подготовку стажёра).

Не следует допускать малоопытных стажёров к информированию клиентов об услугах клиники и записи на консультацию.

Опыт показывает: они наносят большой вред престижу клиники и экономическим интересам владельцев.

* Третья категория — присваивается стажёру после 2–3 месяцев работы, если он успешно прошел подготовку и набрал перед аттестацией установленное количество баллов по системе объективных и многосторонних оценок.

* Вторая категория — присваивается администратору после 1,5–2 лет работы, если он набрал при переаттестации установленное количество баллов по системе объективных и многосторонних оценок.

* Первая категория — присваивается администратору после 2–2,5 лет работы или раньше, если он набрал при переаттестации установленное количество баллов по системе объективных и многосторонних оценок.

Примечание. Если в клинику оформлен администратор с опытом работы в других местах, он должен пройти аттестацию на любую категорию по системе объективной и многосторонней оценки с установлением соответствующей оплаты за смену.

6. Разница в оплате за смену в зависимости от присвоенной категории должна быть весомой, хорошо ощутимой.

Только в этом случае сотрудники будут работать с полной отдачей и дорожить своей позицией в клинике. Особенно





ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

хорошо должен оплачиваться труд администраторов первой категории.

За мизерную надбавку за объективно установленную категорию напрягаться никто не станет.

7. Соответствие требованиям, предъявляемым к администраторам той или иной категории, должно проверяться в рамках текущего контроля с частотой 1—4 раза в месяц (в зависимости от наличия проблем в работе конкретного сотрудника).

Текущий контроль проводится без предупреждения и включает:

- а) прослушивание записей общения администраторов с пациентами по телефону;
- б) наблюдения за их поведением в холле;
- в) отзывы пациентов о работе администраторов, полученные из разных источников (обратная связь с клиентами, книга отзывов, обращения к руководству).

8. При выявлении текущим контролем отклонений от заданных параметров эффективной деятельности администратор любой категории должен понести материальное наказание соответственно тяжести нарушений в его работе за месяц.

Размер штрафа за то или иное нарушение должен быть установлен заранее при обсуждении в коллективе системы оплаты труда и доводиться до сведения кандидата на вакансию администратора при поступлении на работу.

9. В целях поддержания постоянной активности администраторов разной категории необходимо проводить их плановую переаттестацию.

Переаттестация происходит спустя 1,5—2 года после присвоения третьей, второй или первой категории. Участник переаттестации либо подтверждает свою категорию, либо повышает, либо категория снижается, если он не смог набрать установленное количество баллов в соответствии с показателями объективной и многосторонней оценки эффективности работы администраторов, а также с учетом результатов текущего контроля и негативных отзывов, полученных из разных источников.

Практика показывает, что при отсутствии периодической переаттестации, сотрудники постепенно снижают уровень эффективности своей работы, при этом продолжают получать установленную им оплату за отработанную смену.

Типичные причины снижения эффективности работы:

- * постепенное эмоциональное выгорание, обусловленное частыми переработками или стереотипным, не творческим стилем общения по телефону и в холле;
- * руководители медлят с увеличением оплаты за рабочую смену администраторам, которые повысили свой профессиональный уровень;
- * неудовлетворительные условия работы (плохое компьютерное обеспечение, большое количество смен в месяц, душное помещение и т.д.);
- * плохой психологический климат в коллективе;
- * некорректное отношение руководителей и/или стоматологов к администраторам (несправедливость, грубость, унижение личности).

* На семинарах-тренингах администраторы порой расска-

зывают о неудовлетворительных условиях работы:

"У нас администраторы отвечают за все: почему ремонтники своевременно не привезли двери для замены, почему не доставили заказанные баллоны с водой для кулеров, почему не поступили стоматологические материалы? Директор выговаривает нам за всё и за всех, его мало интересует, что это не входит в наши обязанности".

"От своего директора я часто слышу: "Не нравится — увольняйтесь, не держу".

"Врачи не ценят нашу работу. Когда что-то надо уточнить по поводу информирования пациентов (суть новых технологий лечения, медицинский термин и т.п.), можно услышать: "А оно тебе надо?".

Результаты работы клиники напрямую зависят от состояния производственной среды. Менеджеры своим поведением часто дестабилизируют отношения в коллективе, что, в частности приводит к снижению эффективности работы администраторов.

10. Чтобы администраторы могли работать эффективно и получать заслуженную зарплату, они должны освоить ряд обязательных пособий, которые позволят им выйти на более высокий уровень профессионализма.

Администратору надо помочь уйти от стереотипа работы с пациентами в госбюджетной поликлинике и перейти к режимам взаимодействия с клиентами при оказании платных услуг в условиях конкуренции.

Вот шаги профессионального роста администратора:

- * режим "регистратора" — сообщает по телефону время приема, фамилию доктора, уходит от информации о стоимости, гарантиях, на все вопросы отвечает: "врач расскажет на консультации";
- * режим "информатора" — умеет объяснить суть технологий, знает стоматологические термины, ориентируется на тип получателя услуг);
- * режим "бизнес-единицы" — умеет переходить от заявленного клиентом повода обращения к вероятному реальному поводу, информирует о вариантах устранения нарушений в полости рта, имеющихся в клинике, оказывает убеждающее воздействие на потребителя в общении по телефону и в холле, зарабатывает себе очки доверия, показывает конкурентные преимущества клиники.

Администраторы должны освоить:

1. Инструкцию "Информирование клиентов о цене услуг и условиях приема в стоматологической клинике".
2. Словарь стоматологических терминов.
3. Таблицы для ориентации в проблеме пациента (как перейти от заявленной к вероятной реальной проблеме, к какому специалисту записывать клиента, какие варианты лечения есть в клинике, как говорить о стоимости услуг).
4. Особенности взаимодействия с использованием маркеров по формуле ACR: Attention—Care—Respect (Внимание—Забота—Уважение).
5. Десять шагов эффективного телефонного разговора с



Экономика и организация в стоматологии

клиентом при записи в клинику.

6. Десять аспектов взаимодействия в холле по "принципу контраста с конкурентами".

7. Речевые шаблоны (скрипты) для использования во всех значимых аспектах сопровождения клиентов от "входа" до "выхода" (предложение уведомления о соблюдении рекомендации врача, договора, анкеты о здоровье, информирование о добровольном согласии, гарантиях, скидках, обратной телефонной связи, встреча в клинике и прощание с клиентом после завершения лечения, реакция на рекламации и др.).

8. Заполнение "Сервисной карты клиента".

9. Типичные ошибки в работе администраторов.

10. Способы юридической защиты клиники и профессиональной защиты стоматологов.

Пособия, которые позволяют администраторам работать эффективно, должны быть подготовлены специалистами в области психологии и менеджмента, имеющими большой опыт работы в частной стоматологии.

Интернет буквально напичкан предложениями обучить администраторов. Однако программы составлены на уровне здравого смысла, упрощенные и даже наивные, включают отдельные фрагменты деятельности администратора; не раскрывают суть его профессионализма, который необходим в условиях конкуренции, командного стиля продажи дорогих услуг взыскательным клиентам. Судите сами: сколько можно взывать администраторов улыбаться и преодолевать сопротивление пациентов?!

Типичные недостатки программ обучения администраторов, которые настойчиво предлагают различные некомпетентные авторы, таковы:

1. **Подмена предмета обучения.** Например, вместо того, чтобы обучать администраторов правильно информировать клиентов о консультации, руководителям клиник подробно объясняется техника подсчета процента пациентов, записанных администратором на консультацию. В простом варианте это соотношение чисел позвонивших в клинику и записавшихся, а в более сложном варианте — сравнительные коэффициенты "эффективности" разных администраторов клиники по результатам записи клиентов.

Имеет место не только подмена предмета обучения, но допускается серьезная ошибка в определении показателя эффективности работы администраторов. Дело в том, что запись на консультацию напрямую не связана с профессиональным уровнем администраторов, но зависит от ряда обстоятельств работы клиники, потому не должна завязываться на оплату их труда (см. ниже).

2. **Упрощенный подход к работе администратора.** Обучающая программа включает отдельные фрагменты, связанные с повседневной работой администратора, но не раскрывает суть его профессионализма. Обычно такие программы предлагаются ведущими, которые не имеют психологической подготовки или позаимствовали чьи-то отрывочные мысли, обтекаемые советы и выдают их за секреты мастерства администраторов.

Ограничимся одним примером. Программа, рассылаемая по электронной почте, посвящена "трем главным сферам деятельности администратора". Что же она предлагает?

Сфера 1. Общение по телефону. "Улыбка. Необходимо, чтобы администраторы научились улыбаться во время телефонного разговора. Темп, громкость и четкость речи. Инициатива. Поддержание инициативы при разговоре с клиентом и соблюдение принципов сервисного общения".

Сфера 2. "Администратор должен уметь быстро налаживать контакт с клиентом, чтобы располагать его к себе и чтобы тот в свою очередь получил удовольствие от общения и посещения вашей клиники или салона".

Сфера 3. Умение продавать. "Главная задача администратора — правильно выявить потребность, грамотно работать с возражениями, типа "У Вас дорого", "Я подумаю" и т.д., провести презентацию вашей компании и ее услуг и, как итог, записать пациента/клиента на услугу".

Наш комментарий. Обозначенные сферы деятельности администратора — общение по телефону, установление контактов и умение продавать услуги — разграничены необоснованно, раскрыты упрощенно и не отражают содержание деятельности администратора современной коммерческой клиники, которая проводит дорогое лечение, работает в условиях жесткой конкуренции и имеет дело с взыскательным клиентом, требующим уважения к своей личности.

Администратор действительно продает услуги, но осуществляет это не вообще и не отдельно. Умение продавать — составная часть телефонного и непосредственного общения, информирования о консультации, преимуществах клиники и хороших специалистах.

Умение работать с возражениями — задача, в первую очередь, стоматологов, и она не должна уводить администраторов от сути их профессионального мастерства.

Если пациент в заключение разговора с администратором говорит: "Я подумаю", то непрофессиональные учителя рекомендуют такую схему "работы с возражением": согласиться, задать уточняющие и проверочные вопросы, спросить, что непонятно. Это запоздалые действия, пациент уже вешает трубку, а администратор старается удержать его в диалоге, о чем-то сказать вдогонку, рискуя показаться назойливым. Значит, совет, предложенный гуру, сомнительный.

"Я подумаю" — естественная реакция в случае как убедительной, так и неубедительной информации администратора. Чтобы минимизировать такую реакцию пациента, администратор должен уметь действовать упреждающе: выявить вероятную реальную проблему пациента, не ограничиваясь заявленной им, сообщать адекватную "упакованную" информацию о вариантах лечения в его случае, о цене и стоимости услуг (и), гарантиях, сообщить о содержании консультации. Если администратор будет действовать по такому алгоритму, то желание пациента подумать не должно смущать нас: пациенту есть над чем думать. Однако администратора не учат эффективно взаимодействовать с пациентами, но предлагают простенькие советы.



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Умение улыбаться и устанавливать контакты — всего лишь частные условия эффективного прямого или опосредованного общения.

Профессионализм администратора включает более значимые умения, а именно: работать с обратной связью "здесь и сейчас"; "присоединяться к пациенту" (по ситуации выражать сочувствие и соучастие); вовлекать позвонившего в управляемый диалог (иначе трудно удержать его в информационном поле); переходить от проблемы, заявленной пациентом, к вероятной реальной проблеме, которую выявит врач (иначе нет возможности правильно сообщать о цене и стоимости лечения, о вариантах лечения, имеющихся в клинике); объяснять принцип определения гарантий; пояснять назначение информированных добровольных согласий.

Среди главных сфер деятельности администраторов в обсуждаемой программе не нашлось места для работы администратора в холле, где он имеет возможность не только показать конкурентные преимущества клиники, но и проявлять себя в режиме бизнес-единицы. Здесь администратор имеет дело с документно-информационным сопровождением клиента от "входа" до "выхода": предлагает пациенту подписать уведомление о соблюдении предписаний врача и договор оказания услуг, ознакомиться с анкетой о здоровье, заполнить анкету "Обратите внимание на мои пожелания перед лечением", осуществляет внутреннюю рекламу достижений клиники, поясняет назначение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Правильно работая с документами сопровождения, администратор обеспечивает юридическую защиту клиники и профессиональную защиту стоматологов.

3. Программы нафаршированы советами сомнительного содержания под заманчивым девизом "большие доходы за минимум времени!".

Приводим выдержки из пособий, составленных для администраторов непрофессионалами, и наши комментарии к ним:

"Прощаясь с пациентами, необходимо сказать: "Приходите к нам, мы всегда рады Вам". — Как можно радоваться тому, что человек в очередной раз обращается для лечения или испытывает дискомфорт, или явился по гарантии исправлять дефект?!

"Когда пациент закончил лечение и вышел из кабинета, попросите его высказать свое впечатление о качестве лечения и сервиса". — Бестактно обращаться с такой просьбой к человеку, который едва пришел в себя после напряжения, испытанного в процессе стоматологического вмешательства. Кроме того, результаты опроса будут недостоверны, поскольку оценить качество лечения можно некоторое время спустя. О сервисе говорить в такой ситуации также нестати — человеку сейчас не до того.

"Научитесь вызывать у пациентов "вау-эффект!". На второй или третий день после лечения позвоните пациенту и спросите о самочувствии, задайте еще пару вопросов. Это покажет вашу искреннюю заботу о нем и побудит участвовать в сарафанном радио". — Узнать о самочувствии человека надо, но не так. Во-первых, зачем этот важный показатель заботы о человеке после

лечения надо опускать до легкомысленного "вау-эффекта"? Во-вторых, еще в клинике следует получить позволение: можно ли звонить, куда, когда. Иначе звонок покажется неуместным и вызовет раздражение у респондента. В-третьих, если хотите узнать полезные и достоверные сведения о результатах лечения, общении с персоналом и сервисе, должен использоваться стандартизованный (одинаковый для всех респондентов) и тщательно продуманный опросник, а по результатам опроса надо проводить грамотную обработку полученных данных.

Вот очередная агитация посетить тренинг для администраторов, который вряд ли чему научит:

"Есть администраторы, которые поступают наоборот: им говорят, надо улыбаться, они не улыбаются, надо здороваться с пациентами, они не здороваются. Для таких надо составить инструкции наоборот: никогда не улыбайся, хмурое лицо криви, на посетителя ругайся, обсуждай его штаны... Тогда они будут поступать, как надо! Приходите на мой тренинг, он встряхнет вас!".

11. Чтобы администраторы могли работать эффективно и получать заслуженную оплату, им нужно предоставить качественно составленное документно-информационное сопровождение клиентов от "входа" до "выхода".

Правильно составленные документы демонстрируют уважение к правам клиентов, юридическую ответственность и честность персонала, заботу об интересах потребителей услуг.

Чем выше качество и полнее пакет документно-информационного сопровождения пациентов (клиентов), тем выше конкурентная способность клиники, ее привлекательность для посетителей, тем продуктивнее работа персонала передней линии.

Критерии качества документно-информационного сопровождения:

1) соответствие юридическим нормативам, Приказам Министерства здравоохранения и рекомендациям СтАР;

2) отражение интересов потребителей услуг;

3) соответствие "законам читабельности" — информация изложена простым языком, легко понимается, запоминается, воспринимается зрительно (этому способствуют хороший стиль изложения, уместные абзацы, использование разных шрифтов, высота букв);

4) соответствие "законам коммуникабельности" — документы приятно взять в руки, они отпечатаны на хорошей бумаге, имеют логотип клиники, что свидетельствует об уважении клиентов и материальной состоятельности производителя услуг;

5) соответствие векторному принципу — документы согласованы между собой и не содержат противоречий, по мере прохождения клиентом пути от "входа" до "выхода" персонал постепенно усиливает свое информационное и психологическое воздействие на него, каждый предыдущий участник вектора "работает" на последующего, а каждый последующий учитывает вклад предыдущего; все формируют у пациента впечатление: "У нас — лучше, чем у других".

В результате усилий одушевленных и неодушевленных участников векторного воздействия (контактный персонал и



Экономика и организация в стоматологии

документы сопровождения) возникает синергический эффект, который превышает влияние любого отдельного участника воздействия на клиента при достижении желаемых целей — создание конкурентоспособного качества услуг и обслуживания, увеличение потока пациентов.

Пакет документов сопровождения, отвечающих всем критериям качества и грамотно предлагаемых администраторами потребителям услуг, — "продаваемый" продукт, в том смысле, что клиент вносит их в вывод: стоимость услуг клиники оправдана.

Подведем итог:

Для успешной работы администраторов руководители клиники должны создать необходимые предпосылки. Наивно думать, что достаточно ограничиться подбором вежливых и улыбающихся девушек, и они будут эффективно работать сами по себе.

Неэффективные системы оценки и оплаты работы администраторов

1. Установление всем администраторам одинаковой оплаты за рабочую смену или в месяц.

Недостатки системы:

- действует принцип уравниловки, который всегда осуждают сотрудники;
- нет заинтересованности в профессиональном росте, так как данная система оплаты его не стимулирует и не мотивирует;
- игнорируется квалификация сотрудника, его профессиональный уровень и качество труда;
- добиться повышения зарплаток администратор может только одним путем — брать больше смен, но это приводит к снижению качества его работы;
- если руководитель захочет повысить оплату кому-либо из администраторов, он вынужден будет повысить ее всем, либо отказаться от данного способа оплаты труда;
- за установлением одинаковой оплаты всем администраторам видна стратегия неграмотных менеджеров — экономить во вред доходам клиники.

На семинаре-тренинге три администратора из одной клиники делятся мнениями, не скрывая возмущения:

"У нас все администраторы, включая новичков, получают одинаковую ставку. Директор даже слышать не желает о пересмотре своей позиции".

Менеджерам необходимо понять: нельзя экономить за счет подготовки администраторов, создания надежной системы оценки эффективности их работы и низкой оплаты их достижений.

2. Равнение на среднюю зарплату администраторов в клиниках города.

Недостатки системы:

* "средняя зарплата администраторов в городе" — понятие сомнительное, неясно кто, как и когда вывел "среднюю", значит, сотрудники всегда с недоверием будут относиться к оплате, основанной на сомнительном доводе;

* ваши администраторы могут знать, что в некоторых клиниках платят больше заявленного вами "среднего", следова-

тельно, вы провоцируете недовольство своей методикой оплаты их труда;

* непонятно, на кого вы ориентируетесь — на клиники, где работа администраторов организована лучше, так же, как у вас, или хуже;

* если вы хотите, чтобы ваши администраторы имели конкурентные преимущества, работали лучше, чем в других клиниках, то они будут рассуждать так: за среднюю по городу зарплату нас заставляют работать больше и лучше. Значит, по их мнению, вы не справедливы или принимаете своих сотрудников за простачков, которые не способны ориентироваться в ситуации на рынке услуг.

Из бесед с администраторами, которые решили сменить место работы:

"Уходим, потому что за последнее время с нас стали требовать значительно больше, а платят, как в других клиниках, где работать проще и не надо напрягаться".

"У нас провели учебу, ввели новые параметры оценки нашей работы, а платят по-прежнему мало".

Если вы не обозначили администраторам перспективы увеличения оплаты за успешную реализацию полученных знаний, то мотивировали их на поиск нового места работы или вызвали сопротивление вашим возросшим требованиям.

3. Повышение оплаты труда под давлением администраторов.

Нередко инициативные сотрудники настаивают на повышении оплаты и приводят руководителям такие аргументы: "вы давно не повышали нам зарплату", "в других клиниках зарплата администраторов выше", "цены в магазинах выросли", "я одна воспитываю ребенка".

В одной клинике конфликт с хозяином приобрел категоричную форму:

"Если вы не повысите оплату, мы все подадим заявление об увольнении".

И действительно написали заявления, полагая, что клиника без них не обойдется. Но хозяин отказал увеличить оплату, в результате уволилась только одна девушка, которая подняла "бучу".

В другой клинике владелец поддался требованиям администраторов и повысил оплату.

Следом о повышении зарплаты поставили вопрос ассистенты, пришлось удовлетворить и их просьбу. Спустя некоторое время хозяин понял: зарплату повысил, но качество работы осталось на прежнем уровне.

Естественно, периодически необходимо повышать оплату труда сотрудникам, но делать это надо обоснованно, технология такая:

- * обучите администраторов работать лучше
- * дайте время на усвоение знаний
- * затем объективно оцените достижения каждого
- * на основе полученных показателей повышайте зарплату тем, кто заслужил.

Многие сотрудники ставят телегу впереди лошади: увеличьте нам зарплату, и мы будем работать лучше.



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Такая логика противоречит основам бизнеса.

4. *Начисление заработной платы осуществляет хозяин или директор клиники по своему усмотрению.*

Недостатки системы оплаты:

— методика основана на допущении, будто руководитель объективен, знает, чего добивается в работе администраторов. Однако такой подход зависит от управленческой и психологической компетентности руководителя, понимания им сути маркетинга и грешит личными пристрастиями.

— часто данная методика оценки кадров является продолжением субъективизма, который проявился на стадии отбора администраторов. На работу были приняты малопригодные к этой роли женщины и девушки, но, очевидно, владелец или директор не смог своевременно заметить это обстоятельство.

Фиксируется такая связь явлений: непрофессиональный отбор кадров становится причиной непрофессиональной работы администраторов.

Менеджер, неподготовленный к отбору кадров, принимает на работу неперспективного претендента, ориентируясь на его внешний вид, умение улыбаться, относительно свободное владение речью. При этом не выявляются его интеллектуальные способности, свойства характера, волевые и нравственные качества.

Через некоторое время выясняется, что администратор не справляется со своими обязанностями, особенно в аспекте общения с клиентами, проявляет безответственность, необязателен, обманывает, конфликтен, не способен менять свой стиль работы даже после обучения. Начинаются увещевания, усиливаются наказания. Уволить сразу — рука не поднимается — затрачены деньги на обучение, жаль человека. И все же приходится с ним расставаться.

Вывод: привлекайте к отбору контактного персонала квалифицированных специалистов, в противном случае любая система оценки работы плохо отобранных администраторов не приведет к повышению их профессионального уровня.

5. *Привязка формы оплаты администраторам к показателям работы клиники, которые от них не зависят или зависят косвенно.*

Это касается таких форм оплаты, как:

* оплата в зависимости от количества пациентов, записавшихся на консультацию в смену (смены) администратора;

* премия при увеличении доходов клиники за тот или иной период (месяц, квартал, год).

Недостатки этих систем оплаты:

— в увеличении потока пациентов и доходов клиники трудно увидеть заслуги администратора или его заслуг вовсе нет — он работал как всегда, не лучше и не хуже или плохо;

— хорошая запись на консультацию или рост доходов клиники могут быть обусловлены временными обстоятельствами — проведена рекламная акция, стали использоваться новые технологии, усилились эффекты "сарафанного радио" под влиянием профессиональных стоматологов;

— запись на консультации и денежная выручка клиник обычно возрастает накануне праздников, летних отпусков граждан, детских каникул — люди стараются решить свои сто-

матологические проблемы, чтобы спокойно отдыхать;

— нет оснований говорить о вкладе администратора в дневные экономические показатели клиники, когда прием ведет высококвалифицированный специалист, у которого большая запись и который дает высокую выручку. Кому-то из администраторов повезет, если несколько его смен в месяц совпадет с приемами продвинутых стоматологов. Но заслужил ли этот администратор премию? Как увидеть его личный вклад в доходы клиники?

С другой стороны, надо понимать, что администратор может работать на высоком профессиональном уровне, умеет записывать пациентов на консультацию, хорошо обслуживает их в холле, но пациенты не остаются на лечение по вине стоматолога. Он плохо продает услуги, непрофессионально общается с клиентами, в результате они не приходят на лечение или отказываются выполнять рекомендуемый план — клиника теряет доходы. Некоторые врачи сводят на нет усилия толкового администратора. Почему от этого должен страдать хороший работник?

Вывод: чтобы обоснованно определить вклад администратора в экономические достижения клиники, необходимо оценивать его работу независимо от переменных обстоятельств.

Для этого необходимо:

* проводить плановые переаттестации каждого администратора с использованием объективных и многоплановых оценок,

* присваивать (пересматривать или оставлять без изменения) его категорию,

* в соответствии с категорией оплачивать рабочую смену.

Только в этом случае можно с высокой вероятностью считать, что администратор всегда делает все возможное, чтобы пациент записался в клинику и стал постоянным получателем услуг.

6. Трехкомпонентная система оплаты труда.

Система включает такие компоненты:

1. Окладная часть — оплата по количеству отработанных смен в месяц при фиксированной и равной для всех администраторов стоимости смены.

2. Переменная часть — ежемесячная доплата в размере X рублей при соблюдении имеющихся в клинике стандартов сервиса и взаимодействия с клиентами. Соблюдение стандартов контролируется посредством прослушивания аудиозаписей переговоров администраторов с пациентами и видеонаблюдений за работой администраторов в холле. Контроль соблюдения стандартов каждым администратором осуществляет директор 2–3 разв месяц с фиксацией результатов в специальном бланке. Если администратор выполнил стандарт, то в соответствующей строчке бланка ставится "+", за 10 таких отметок начисляется премия.

3. Бонусная часть — ежеквартальная надбавка X рублей при отсутствии жалоб пациентов и врачей в адрес администратора. При наличии жалоб администратор лишается бонусной надбавки.

Недостатки системы:



Экономика и организация в стоматологии

— самое уязвимое в ней место — окладная часть. Здесь игнорируется квалификация сотрудника и провоцируется торможение его развития, что отмечалось выше при обсуждении недостатков фиксированной равной для всех оплаты за смену, начисляемой в соответствии с количеством отработанных смен;

— оценка выполнения стандартов при помощи плюсов или минусов очень обтекаемая (грубая), ведь в каждом стандарте несколько компонентов, какой-то из них находит отражение в поведении администратора, а какой-то отсутствует. Например, относительно простой элемент "вступление в контакт" касается общения по телефону и в холле, в соответствии с ним администратор должен приветствовать пациента с учетом времени суток, называть свое имя и должность, доброжелательно улыбаться, спросить у пациента, как к нему обращаться. Какую отметку ставить, если элемент выполнен частично, с разным качеством?

Выход такой: стандарты надо оценивать при помощи шкал, например, пятибалльных, тогда появится возможность более гибко оценивать работу администраторов.

Важно также предусмотреть разный вес (значение) каждой шкалы в общей системе оцениваемых параметров, например, стандартов сервиса.

Ежеквартальные надбавки (бонусы), выплачиваемые при отсутствии нареканий в адрес администратора — адекватная мера поощрения, поскольку отражает его стремление работать хорошо.

7. Оплата с учетом стажа работы администратора в клинике.

Недостатки системы:

— стаж работы и ее эффективность напрямую не связаны, более того, часто складывается обратная зависимость: чем больше лет администратор работает в клинике, тем он консервативнее, безразличнее относится к обязанностям;

— с увеличением стажа все заметнее проявляется синдром "эмоционального выгорания".

Известна серьезная управленческая проблема, связанная с администраторами, у которых большой опыт работы в клинике.

Нередко их назначают старшими администраторами, поскольку они преданы хозяину, знают его "тайны" в проведении оплаты услуг и т.д. Обычно они "входят в роль" и служат владельцу клиники, а не персоналу, к тому же не всегда способны быть примером для коллег в обслуживании клиентов.

Наш опыт проведения занятий в клиниках позволяет обобщить личностные особенности некоторых старших администраторов, которые плохо влияют на своих подчиненных и снижают конкурентную способность клиник: они самоуверенны, считают, что все знают, очень консервативны, не пользуются авторитетом у коллег, не способны обучать подчиненных на основе конспектов, оставленных после семинаров.

8. Низкая оплата труда администраторов как следствие недооценки руководителями их роли в формировании доходов клиники.

Эту систему берут на вооружение нерентабельные руководители двух типов:

— во-первых, те, кто считает, что с администраторов спрос

невелик — надо записать пациента к врачу, с этим может справиться "любая девочка";

— во-вторых, те, у кого диссонанс в сознании: экономят на оплате сотрудникам, но в то же время хотят, чтобы они хорошо работали, привлекали и удерживали пациентов.

Недостатки системы:

— она устраивает тех сотрудников, кто не может претендовать на большее по причине своей ограниченности, низкого образовательного уровня (правда, это не мешает завышенным притязаниям);

— если же работник имеет некоторые задатки, закончил вуз или техникум, имеет хорошие внешние данные, то через некоторое время увольняется.

Таким образом, низкая оплата администраторам приводит к тому, что в клинике на многие годы оседают посредственности, либо наблюдается повышенная текучесть кадров.

С учетом всего сказанного, нами разработана и предлагается клиникам система объективной и многопрофильной оценки работы и оплаты труда администраторов.

Достоинство системы в том, что она учитывает интересы трех субъектов — клиентов, владельцев клиник и администраторов.

Каждый администратор должен знать: его труд оценивается объективно и многогранно, в перспективе он может повысить или снизить свой заработок. Его работа всегда под контролем, и расхолаживаться — значит, потерять свой заработок, понизить уровень жизни.

Система включает:

1. Параметры и шкалы для оценки основных аспектов работы администраторов:

- 1) телефонное общение при записи клиентов в клинику,
- 2) взаимодействие с клиентами в холле,
- 3) исполнение должностных обязанностей,
- 4) выполнение стандартов сервиса.

2. Методики для сбора информации перед аттестацией и переаттестацией администраторов:

- а) анонимный опрос врачей и ассистентов о работе аттестуемого,
- б) отзывы о работе аттестуемого, полученные из разных источников (обратная связь с клиентами, книга отзывов, обращения к руководству).

Литература

1. Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии. — Том I. — Клиника "под ключ". — СПб., 2009 — 1008 с.
2. Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии. — Том II. — Персонал—команда. — М., 2016. — 520 с.
3. Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии. — Том VI. — Врач, ребенок, родитель. — СПб., 2014. — 512 с.
4. Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии. — Том VII. — Сервис — детям. — СПб., 2013. — 200 с.
5. Бойко В.В. Психология и менеджмент в стоматологии / В.В. Бойко, В.В. Садовский. — Том VIII. — Бизнес-мышление и развивающаяся клиника. — М., 2015. — 408 с.



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Эпидемиология

Характеристика частичной адентии зубов по индексу потери жевательной эффективности у больных с воспалительными заболеваниями пародонта

Н.А. Васильева, врач-стоматолог ГБУЗ РБ "Стоматологическая поликлиника № 5", к.м.н., г. Уфа
А.И. Булгакова, зав. кафедрой пропедевтики физиотерапии стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО "Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России", д.м.н., профессор, г. Уфа
Ю.В. Бортновская, аспирант кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО "Государственный медицинский университет Минздрава России", г. Уфа

Для переписки:
 Тел./ факс: +7 (347) 236-34-20
 E-mail: nadezhda.aleksandrova@mail.ru

Резюме

В статье приведены результаты оценки у 269 больных с воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП) клинико-anamnestических, социальных (возраст, пол) параметров, определено состояние стоматологического статуса по индексам кариеса зубов КПУ и пародонтологическим ГИ, ПИ, РМА с учетом удаленных зубов по индексу потери жевательной эффективности (ПЖЭ).

Выполненный анализ стоматологического статуса больных ВЗП показал достоверное увеличение всех индексов в сравнении с контрольной группой, что свидетельствует о локальных и системных факторах риска, обуславливающих снижение локальной иммунологической резистентности ротовой полости и организма в целом.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, стоматологические индексы ГИ, ПИ, РМА, ПЖЭ, КПУ.

Freture partially edentulous teeth index loss masticatory efficiency in patients with inflammatory periodontal diseases

N.A. Vasiljeva, A.I. Bulgakova Yu.V. Bortnovskaya

Summary

Was assessed in 269 patients with inflammatory periodontal diseases (CDW) clinicoanamnestic, social (age, gender) parameters determining the state of dental status on indexes of caries CPU teeth and periodontal GI, PI, PMA and responsive to extracted teeth on the index loss of chewing efficiency (PZHE).

Analysis of the status of dental patients CDW characterized by a significant increase in all indices in comparison with the control group, indicating that the local and systemic risk factors causing the decrease in local immune resistance of the oral cavity, and the organism as a whole.

Keywords: inflammatory periodontal disease, dental indexes GI, PI, PMA, PZHE, CPU.

По данным ведущих экспертов ВОЗ (WHO oral data bank), потеря зубов вследствие заболеваний пародонта развивается в 5–6 раз чаще, чем при осложнениях кариеса, а у лиц в возрасте от 40–50 лет более 80% зубов удаляются по причине заболеваний пародонта [9, 11, 12]. В Российской Федерации высокая распространенность осложнений кариеса (пульпит и периодонтит) составляет более трети объема всех стоматологических заболеваний [6, 7]. В Республике Башкортостан заболевания пародонта среди стоматологических патологий занимают второе место после кариеса [1, 2, 4]. Воспалительно-деструктивные заболевания пародонта рассматриваются одной из основных причин потери зубов у взрослого населения. Частичная адентия одного или группы зубов является одним из показателей локальных факторов риска углубления воспалительного процесса в тканях пародонта, развития вторичной травматической окклюзии и зубочелюстных деформаций, появления трем, диастем [3, 5]. Новые окклюзионные отношения могут изменять не только характер жевательных движений, но вызывать изменения в височно-нижнечелюстном суставе, влиять на жизнедеятельность организма, психоэмоциональное состояние, снижать качество жизни больных с воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП) [9, 13].

Целью настоящего исследования была оценка удаленных зубов по индексу потери жевательной эффективности у больных с воспалительными заболеваниями пародонта.

Материалы и методы. Исследования проведены на кафедре пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО "БГМУ Минздрава России" и на базе ГБУЗ РБ "Стоматологическая поликлиника № 5", г. Уфа у 269 больных с воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП) в возрасте 18–65 лет, из них 75 больных — с хроническим катаральным гингивитом (ХКГ) и 194 больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) легкой, средней, тяжелой степени развития. Контрольную группу составили 40 клинически здоровых лиц в возрасте 18–52 года. Диагноз заболева-





ния — хронический катаральный гингивит (ХКГ) — (K05.1) и хронический генерализованный пародонтит (ХГП) — (K05.3) устанавливали в соответствии с международной классификацией стоматологических болезней МКБ-С-3 на основе МКБ-10 (3-е издание ВОЗ, 1997) [8, 13]. Клиническое стоматологическое обследование включало клинико-инструментальные и рентгенологические методы исследования по общепринятой методике. Проводили оценку клинико-анамнестических и социальных (возраст, пол) параметров. Сбор анамнеза жизни и анамнеза заболевания проводили по анкетам историй болезней (МКСБ ф.043-у). Исследования стоматологического статуса больных определяли по состоянию зубов и тканей пародонта в зависимости от степени выраженности заболевания по индексам: КПУ (сумма кариозных, пломбированных, удаленных зубов); удаленные зубы по индексу ПЖЭ (потеря жевательной эффективности); по индексам гингивита и пародонтита: гигиенического Грин-Вермильона (ГИ), пародонтального Рассела (ПИ), папиллярно-маргинально-альвеолярного Парма (РМА) с использованием стандартных методик. Оценка состояния костной ткани проводили на ортопантомографе "Odontorama PC/IRIX 708-6" — Франция с применением рентгеновской пленки и радиовизиографе (RVG) "IRIX-70- RVG" — Франция. При анализе рентгенограмм обращали внимание на состояние кортикальной пластинки, форму, высоту, состояние верхушек межальвеолярных перегородок, степень минерализации губчатого вещества костной ткани альвеолярных отростков челюстей, качество эндодонтического лечения зубов [4, 6, 7].

Статистическую обработку результатов проводили с использованием общепринятых стандартных методов. Определяли среднюю арифметическую (M), стандартную ошибку средней арифметической (Se), квадратичное отклонение. Оценка значимости различий показателей проводили с использованием t -критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ [10].

Результаты и обсуждение. Клиническое стоматологическое обследование больных ВЗП начинали с установления неизменяемых социальных параметров возраста и пола. Среди наблюдавшихся было 198 женщин (73,6%) и 71 мужчина (26,4%). Число больных с гингивитом составило 75 (27,9%), легкой степенью тяжести ХГП — 54 (20,1%), средней — 66 (24,5%) и тяжелой — 74 (27,5%). Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1. Среди обследованных преобладали лица в возрасте от 26–55 лет (157 человек, 80,9%). Во всех обследованных группах больных преобладали женщины (от 68,3 до 83,3%). В контрольной группе преобладали лица в возрасте от 26 до 45 лет (62,5%), в группе больных ХГП легкой степени — от 26 до 45 (63,0%), средней — 36–55 (63,5%),

тяжелой — 36 лет и старше (90,5%). По результатам наших исследований выявлено, что средний возраст у мужчин был ниже, чем у женщин, что указывает на более раннее формирование патологии пародонта у лиц мужского пола. Высокая распространенность очагов хронической инфекции в полости рта обуславливает значительную ее роль в развитии соматической патологии. Заболевания пародонта могут являться как следствием, так и причиной развития некоторых общесоматических заболеваний. Общая характеристика соматической заболеваемости больных ВЗП показала, что наблюдается уменьшение числа практически здоровых лиц от 45,3% среди лиц с гингивитом до 31,5% в группе больных ХГП легкой степени, средней — 9,1% и до 4,1% при тяжелой степени. Из анамнеза историй болезней установлено, что с увеличением степени тяжести ВЗП увеличивается количество соматических заболеваний на одного больного, имеющих по несколько заболеваний. По 2–3 соматических заболевания одновременно имели 21,4% лиц с гингивитом, при ХГП легкой степени — 35,1%, средней — 41,7% и 47,2% при тяжелой степени. По анкетным данным, табакокурение выявлено у 75% мужчин и 5,2% женщин. Из анамнеза и интервьюирования установлено, что зубы чистят 2 раза в день 76% обследованных лиц, 1 раз в день 18% и не чистят 6% лиц с гингивитом и пародонтитом. Наследственную отягощенность по заболеваниям пародонта среди родителей отмечали 84% обследованных лиц. Анализ стоматологического статуса мужчин и женщин больных ВЗП характеризовался достоверным увеличением значений всех индексов ГИ, ПИ, РМА, ПЖЭ, КПУ в сравнении с контрольной группой, что свидетельствует о типовом течении ВЗП независимо от половой принадлежности. Характеристика тканей пародонта у больных ВЗП составила в среднем по индексу гигиены полости рта (ГИ) — $2,54 \pm 0,13$ ед.; пародонтального индекса (ПИ) — $4,43 \pm 0,22$ ед., интенсивность и распространенность воспалительной реакции по индексу РМА — $65,77 \pm 2,61\%$. Клиническая характеристика больных с ВЗП показала, что с увеличением степени тяжести пародонтита средний уровень значений индекса КПУ, являющийся интегральным показателем состояния полости рта, возрастал в 1,4 раза у пациентов с гингивитом, в 2,1 раза при легкой, в 2,2 раза при средней и при тяжелой степени тяжести ХГП, в 3,3 раза в сравнении с данными больных контрольной группы.

На следующем этапе для уточнения влияния одного из локальных факторов риска на возникновение и развитие ВЗП проводили оценку удаленных зубов по индексу потери жевательной эффективности (ПЖЭ). По результатам нашего исследования выявлено, что при гингивите индекс ПЖЭ у мужчин составил $5,33 \pm 0,04$ ед., при легкой степени ХГП — $11,20 \pm 0,34$,





ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

средней — $14,49 \pm 1,04$, тяжелой — $23,40 \pm 1,03$ против $1,71 \pm 0,03$ ед. с гингивитом, легкой степени ХГП — $10,25 \pm 1,10$, средней — $14,97 \pm 1,03$, тяжелой — $38,00 \pm 1,06$ ед. у женщин (рис. 1). Полученные данные показали, что с возрастом индекс ПЖЭ увеличивается с увеличением степени тяжести ВЗП в 3 раза при легкой степени, в 4,2 раза при средней и в 9 раз при тяжелой степени ХГП, в сравнении с данными у обследованных лиц с гингивитом. По гендерной принадлежности показатели ПЖЭ превышали в 3 раза у мужчин при гингивите в сравнении с женщинами, при ХГП легкой и средней степени статистически не значимо. При тяжелой степени развития выявлена обратная зависимость показателя индекса ПЖЭ — в 1,6 раза превышал у женщин в сравнении с лицами мужского пола.

По результатам нашего исследования выявлено, что в возрасте 16–25 лет у женщин удалено в 2 раза больше зубов, чем у мужчин. В возрастной категории 26–35 — в 1,3 раза, 36–45 лет — в 1,4 раза, 56–65 — в 1,6 раза. В возрасте 46–55 и 66–75 лет и старше у мужчин удалено в 1,6 и в 1,2 соответственно раза больше зубов, чем у женщин. По анатомической принадлежности на верхней челюсти удалено в 1,3 раза больше зубов, чем на нижней челюсти. После 45 лет удалено в 2,2 раза больше зубов, чем до 45 лет независимо от гендерной принадлежности. Полученные результаты подтверждают, что с возрастом клинические признаки заболевания и жалобы у пациентов с ВЗП нарастают, что говорит о прогрессировании патологического процесса у обследованных лиц. После 40 лет превалировала тяжелая степень тяжести пародонтита, при которой снижалось количество соматически здоровых лиц в 19,5 раза и увеличивалось количество соматических заболеваний на одного пациента, имеющего одновременно по 2–3 заболевания, в 9,5 раза в сравнении с контрольной группой. Индекс КПУ возрастал в 3 раза в сравнении с контрольной группой и пародонтологическими индексами гингивита и пародонтита (ПИ) в 3,7 раза и РМА в 3 раза в сравнении с гингивитом.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что

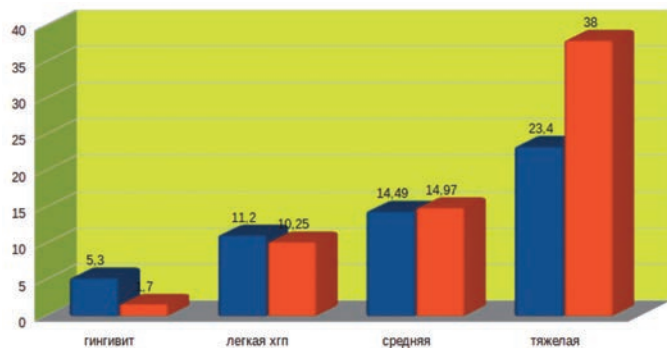


Рис. 1. Характеристика индекса потери жевательной эффективности при воспалительных заболеваниях пародонта у мужчин и женщин

с возрастом и повышением степени тяжести заболевания пародонта в ротовой полости у больных ВЗП увеличивается число удаленных и пломбированных зубов по индексам КПУ и ПЖЭ, снижается уровень гигиены полости рта по индексу ГИ, углубляются воспалительно-деструктивные процессы в тканях пародонта по индексам ПИ, РМА. Перечисленные параметры нарушают защитную систему пародонта, создают благоприятные условия для патогенного влияния микрофлоры на ткани пародонтального комплекса, особенно на зубодесневое прикрепление, так как пульпа зуба является его трофическим центром, эмбрионально и анатомически связана с тканями пародонта; влияют на течение и исход воспалительно-дистрофических процессов и деструкцию в тканях пародонта, вызывают прогрессирование патологического воспалительного процесса от клинически здоровой десны и гингивита с формированием начальной стадии пародонтита до дальнейшего развития воспалительного процесса в более глубоких слоях тканей пародонта, появления и увеличения глубины пародонтальных карманов, появления и усиления подвижности зубов и воспалительно-деструктивных процессов в костной ткани. Удаление одного или группы зубов, которые не удается сохранить как орган, выполняющий жевательную и эстетическую функции, приводит к нарушению целостности зубочелюстной системы и ее функционирования, вызывает перегрузку сохранившихся одного или группы зубов, приводит к вторичным зубочелюстным аномалиям и деформациям зубных рядов и прикуса, снижает локальную иммунологическую резистентность ротовой полости и организма в целом, повышает потребность в хирургической, ортопедической и ортодонтической помощи в зависимости от клинической ситуации с замещением отсутствующих зубов имплантатами и рациональным протезированием, которые влияют на восстановление целостности зубочелюстной системы, стабилизацию патологических процессов в пародонте, жевательной и эстетической функции, повышает резистентность ротовой полости и жизнедеятельность организма, качество жизни и психоэмоциональное состояние пациента с воспалительными заболеваниями пародонта.

Выводы

1. С увеличением степени тяжести пародонтита значения КПУ возрастали в 1,4 раза при гингивите, в 2,1 раза при легкой, в 2,2 раза при средней, в 3,3 раза — при тяжелой степени в сравнении с данными больных контрольной группы.
2. Показатель ПЖЭ увеличивался с увеличением степени тяжести ВЗП и превышал в 3 раза у мужчин при гингивите в сравнении с женщинами, при ХГП легкой и средней степени статистически не значимо, а при тяжелой ПЖЭ превышал в 1,6 раза у женщин в сравнении с мужчинами.
3. Показатель удаленные зубы по индексу потери



жевательной эффективности (ПЖЭ) увеличен в 3 раза при легкой степени, в 4,2 раза при средней и в 9 раз при тяжелой степени ХГП в сравнении с гингивитом.

4. В возрасте 16–25 лет у женщин удалено в 2 раза больше зубов, чем у мужчин, в возрастной категории 26–35 лет в 1,3 раза, 36–45 лет – в 1,4 раза, 56–65 – в 1,6 раза. В возрасте 46–55 и 66–75 лет и старше у мужчин в 1,6 и в 1,2 раза удалено соответственно больше зубов, чем у женщин. По анатомической принадлежности на верхней челюсти удалено в 1,3 раза больше зубов, чем на нижней челюсти, как у мужчин, так и у женщин. После 45 лет удалено в 2,2 раза больше зубов, чем до 45 лет независимо от гендерной принадлежности.

5. Пародонтологический статус больных с воспалительными заболеваниями пародонта характеризовался в среднем по индексу гигиены полости рта (ГИ) – $2,54 \pm 0,13$ ед.; по пародонтальному индексу (ПИ) – $4,43 \pm 0,22$ ед., по интенсивности и распространенности воспалительной реакции по индексу РМА – $65,77 \pm 2,61\%$.

6. С увеличением степени тяжести пародонтита уменьшается число практически здоровых лиц от 48,3% с гингивитом, 31,9% легкой, 12,1% средней до 3,9% при тяжелой степени ХГП и увеличивается количество соматических заболеваний на одного больного, имеющего одновременно по 2–3 заболевания, из них с гингивитом – 21,4% лиц, при ХГП легкой степени – 35,1%, средней – 41,7% и возрастает до 47,2% при тяжелой степени.

7. По анкетным данным табакозависимость имеют 75% мужчин и 5,2% женщин при воспалительных заболеваниях пародонта.

8. Анализ стоматологического статуса мужчин и женщин, больных ВЗП, характеризовался достоверным увеличением всех индексов ГИ, ПИ, РМА, ПЖЭ, КПУ в сравнении с контрольной группой, что свидетельствует о типовом течении ВЗП независимо от половой принадлежности. Отклонение показателей оценочных индексов от нормы свидетельствует о локальных и системных факторах риска, обуславливающих снижение иммунологической резистентности ротовой полости и организма в целом.

Литература

1. Булгакова А.И., Медведев Ю.А., Зубаирова Г.Ш. Иммунологические аспекты пародонти-

та. Патогенез, методы лечения: монография. – Уфа., 2012. – 125 с.

2. Булгакова А.И., Васильева Н.А., Солдатов Е.С., Бортновская Ю.В. Использование комплекса зубная паста Parodontax с фтором и ополаскиватель для полости рта Parodontax без спирта в лечении воспалительных заболеваний пародонта // Актуальные проблемы стоматологии Урала. – 2016. – № 3. – С. 13–15.

3. Блашкова С.Л., Мустафин И.Г., Халиуллина Г.Р. Диагностические критерии риска развития воспалительных заболеваний пародонта у лиц, находящихся на ортодонтическом лечении гингивитом // Пародонтология. – 2015. – № 2 (63). – С. 9–12.

4. Васильева Н.А., Булгакова А.И., Валеев И.В. Клиническая характеристика местных факторов риска больных хроническим катаральным гингивитом // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа. – 2015. – № 5. – С. 32–35.

5. Грудянов А.И. Количественная оценка микробиоценозов полости рта при заболеваниях пародонта / А.И. Грудянов [и др.] // Пародонтология. – 2011. – № 2 (59). – С. 19–22.

6. Кантаторе Дж. Ирригация корневых каналов и ее роль в очистке и стерилизации корневых каналов // Эндодонтия. – 2004. – № 10. – С. 58–65.

7. Митронин А.В., Чунихин А.А. Важные аспекты применения диодного лазера при эндодонтическом лечении хронического пульпита. Анализ клинко-лабораторного исследования // Российская стоматология. – 2011. – № 4. – С. 34–40.

8. Орехова Л.Ю. Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста (обзор литературы) / Л.Ю. Орехова [и др.] // Пародонтология. – 2014. – № 2 (71). – С. 3–5.

9. Вольф Г.Ф., Хэссел Т.М. Пародонтология. Гигиенические аспекты. – пер. с англ.: под ред. проф. Г.И. Ронь. – М.: Медпресс-информ, 2014. – 300 с.

10. Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы. – М.: Изд-во РАМН, 2000. – 52 с.

11. Янушевич О.О., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э. Пародонтит XXI век. – М.: МГМСУ, 2012. – 366 с.

12. Gulabivala K. Новейшие исследования в эндодонтии // Эндодонтическая практика. – 2008. – Вып. 3, № 3. – С. 44–45.

13. Scanapiesco F.A. Воспалительные заболевания пародонта (от гингивита до системных заболеваний) // Cathedra. – 2005. – Vol. 15, № 3 (15). – P. 18–20.

Таблица 1. Распределение больных с воспалительными заболеваниями пародонта по полу и возрасту

Возраст, лет	Контроль		ХКГ		ХГПЛС		ХГПСС		ХГПТС		итого
	(муж.)	(жен.)	(муж.)	(жен.)	(муж.)	(жен.)	(муж.)	(жен.)	(муж.)	(жен.)	
16–25	4	8	16	24	1	4	2	4	1	0	52
26–35	5	9	13	18	6	10	4	9	0	6	66
36–45	3	8	0	4	1	17	7	10	6	12	57
46–55	0	2	0	0	0	12	2	23	6	26	69
Старше 55	0	1	0	0	1	2	1	4	4	13	25
Всего	12	28	29	46	9	45	16	50	17	57	269



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Геронтостоматология

Характеристика тревожности людей старших возрастных групп в процессе лечения заболеваний слюнных желез

Резюме

В работе проведено динамическое наблюдение за 69 больными пожилого и старческого возраста в возрасте от 61 до 85 лет, страдающими хроническими заболеваниями слюнных желез, сопровождающимися выраженными изменениями в образовании слюны и психофизиологическом статусе. Пациенты были разделены на 3 группы: страдающие различными злокачественными новообразованиями больших слюнных желез (21 чел.), сиалозами — болезнью Микулича и синдромом Шегрена (16 чел.), медикаментозной или лучевой сиалоаденопатией (32 чел.). В ходе лечения оценивали уровни их личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ). По завершении первого этапа терапии у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез, клинически отмечено улучшение, однако достоверной динамики в показателях уровней ЛТ и РТ не произошло. Использование на втором этапе лечения дополнительно к применяемой терапии анксиолитика "Афобазол" оказалось эффективным и позволило на 19–49,3% улучшить результаты лечения, снизить на 17,1–34,3% уровни ЛТ и РТ, что благоприятно повлияло на качество жизни пациентов.

Ключевые слова: заболевания слюнных желез, люди пожилого и старческого возраста, злокачественные опухоли, сиалоzy, сиалоаденопатии психическое состояние человека, личностная и реактивная тревожность.

Featube anxious people of older age during the treatment salivare glands diseases

V.V. Lobeyko, A.K. Iordanishvili

Summary

The work carried out dynamic monitoring of patients 69 elderly aged 61 to 85 years, suffering from chronic diseases of the salivary glands, accompanied by marked changes in the formation of saliva and psychophysiological status. Patients were divided into 3 groups suffering from various malignant tumors of the major salivary glands (21 pers.), Sialozami — Mikulicz disease and Sjogren's syndrome (16 pers.), Drug or radiation sialoadenopatyei (32 pers.). In the course of treatment was assessed levels of their personality (RT) and reactive anxiety (RT). Upon com-

В.В. Лобейко, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, н.с. лаборатории возрастной клинической патологии, к.м.н.

А.К. Иорданишвили, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, профессор кафедры ортопедической стоматологии, д.м.н., профессор, г. Санкт-Петербург

Для переписки:
E-mail: mdgrey@bk.ru

pletion of the first phase of treatment for patients suffering from chronic diseases of the salivary glands clinically observed improvement, but reliable indicator of the level of dynamics in LT and RT did not happen. The use of the second stage of treatment in addition to the anxiolytic "Afobazol" the therapy was effective and allowed for 19–49.3% improve outcomes, reduce by 17.1–34.3% level LT and RT, which affected favorably on the quality of their life.

Keywords: diseases of the salivary glands, people with middle and old age, malignancy, sialozy, sialoadenopatii person's mental state, personal and reactive anxiety.

В Российской Федерации в настоящее время проживает 27,2 млн. человек старше 60 лет. Доля этой популяционной группы в структуре всего населения в 2013 г. составила 19%. При этом в некоторых субъектах Российской Федерации она доходит до 24% от общей численности населения региона [7]. Высокая доля старшего поколения в демографической структуре России полностью соответствует общемировым тенденциям и требует принятия комплексных решений административного, юридического, экономического, медицинского, социального и культурного характера [5]. В настоящее время в связи со старением населения России, а также в связи с увеличением заболеваний слюнных желез различного генеза, которые находятся в прямой зависимости от социальных причин, условий жизни и возраста человека, вопросы повышения эффективности лечения данных заболеваний приобретают важное медико-социальное значение [3, 9, 11, 12]. Это делает актуальным в медицинском и социальном плане задачу не только эффективного лечения заболеваний слюнных желез, а также совершенствования лечения с учетом психофизиологического статуса людей пожилого и старческого возраста [1, 10, 13]. Вместе с этим, в отечественной и зарубежной литературе недостаточно внимания уделяется комплексному изучению психофизиологического профиля лиц старших возрастных групп, страдающих коморбидной патологией, и практически не изучен данный аспект у людей, страдающих разной патологией слюнных





желез, в том числе в процессе их лечения [1, 14]. В связи с вышеизложенным, мы сочли необходимым проведение настоящего клинического исследования.

Цель работы состояла в улучшении результатов комплексного лечения людей пожилого и старческого возраста, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез.

Материал и методика. Под нашим наблюдением находилось 69 больных пожилого и старческого возраста (16 мужчин и 53 женщины) в возрасте от 61 до 85 лет, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез, сопровождающимися выраженными изменениями в образовании слюны и психофизиологическом статусе. Пациенты были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли 21 (9 мужчин и 12 женщин) человек в возрасте от 61 до 85 лет, страдающих различными злокачественными новообразованиями больших слюнных желез. Во вторую группу вошли 16 (1 мужчина и 15 женщин) в возрасте от 61 до 77 лет, страдающих сиалозами (5 чел. — болезнью Микулича и 11 чел. — болезнью Шегрена). В третью группу вошло 32 человека (6 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 61 до 75 лет, которые страдали медикаментозной (17 чел.) или лучевой (15 чел.) сиалоаденопатией.

На первом этапе терапии всем больным проводилось общепринятое лечение у врача-стоматолога, направленное на профилактику возникновения воспалительных и прогрессирование дегенеративно-дистрофических процессов в тканях слюнных желез, а также улучшение слюнообразования, для чего пациенты дополнительно получали пептидный биорегулятор "Везуген" по 1 таблетке 3 раза в день в течение месяца, биокорректоры питания "Альгиклам" по 2 таблетки 2 раза в день и "Лесмин" — по 1 таблетке 3 раза в день в течение месяца. Курс указанной терапии повторяли 4 раза в год, то есть ежеквартально. На втором этапе лечения (спустя 6 месяцев после завершения первого этапа) пациентам трех исследуемых групп дополнительно к указанной терапии назначали "Афобазол" по 10 мг 3 раза в день в течение 4 недель. Пациентов наблюдали в течение года от момента завершения второго этапа комплексного лечения. Эффективность лечения оценивали по методике А.К. Иорданишвили [7].

Контрольную группу (35 человек, в том числе 8 мужчин и 27 женщин) составили лица пожилого и старческого возраста, осмотренные в порядке санации полости рта на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района", не имеющие заболеваний слюнных желез.

Для оценки реактивной тревожности (РТ) как состояния, проявляющегося напряжением, беспокойством, нервозностью, а также личностной тревож-

ностью (ЛТ), характеризующейся устойчивой склонностью воспринимать большой круг ситуаций как угрожающий и реагировать состоянием тревоги, использовали тест Спилбергера-Ханина [2]. Показатели РТ и ЛТ подсчитывали по специальной формуле [8]. Количественная оценка реактивной и личностной тревожности проводилась следующим образом: до 30 баллов — низкая тревожность, 30–45 баллов — умеренная тревожность, более 46 баллов — высокая тревожность [1, 13].

Полученный в результате клинического исследования жевательного аппарата военнослужащих цифровой материал обработан на ПК с использованием специализированного пакета для статистического анализа "Statistica for Windows v. 6.0". Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Данные, полученные по результатам тестирования лиц контрольной группы и больных, страдающих различными заболеваниями слюнных желез до начала лечения по методике Спилбергера-Ханина, представлены в таблице 1. Анализ результатов теста Спилбергера-Ханина не выявил достоверных различий в показателях личностной и реактивной тревожности в зависимости от возраста и пола, как среди лиц, вошедших в контрольную группу, так и среди больных, страдающих патологией слюнных желез.

Таблица 1. Результаты теста Спилбергера-Ханина при обследовании лиц пожилого и старческого возраста контрольной группы, страдающих различными заболеваниями слюнных желез (в баллах), $X \pm t$

№ п/п	Характеристика патологии слюнных желез	Личностная тревожность	Реактивная тревожность
1	Злокачественные новообразования	$60,3 \pm 2,04^*$	$64,4 \pm 2,14^*$
2	Сиалозы	$50,4 \pm 2,31^*$	$56,3 \pm 2,11^*$
3	Сиалоаденопатии	$55,4 \pm 2,09^*$	$57,8 \pm 2,32^*$
4	Контрольная группа	$38,1 \pm 2,02$	$37,4 \pm 2,07$

Примечание: * значения достоверны по сравнению с контролем при $p < 0,05$

Следует отметить, что у лиц контрольной группы показатели ЛТ и РТ колебались в пределах 32–44 баллов, что следует трактовать как наличие умеренной тревожности. Это, очевидно, было связано с наличием у них комобидной патологии. В то же время у людей пожилого и старческого возраста, страдающих патологией слюнных желез показатели ЛТ и РТ были достоверно отличны от аналогичных данных контрольной группы, а также в зависимости от характера имеющей-





ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

ся у них патологии слюнных желез ($p < 0,05$). У пациентов всех групп отмечена высокая тревожность, особенно у лиц, страдающих злокачественными новообразованиями слюнных желез ($p < 0,05$). Показатели ЛТ и РТ у них до начала лечения достигали, соответственно, $60,3 \pm 2,04$ и $64,4 \pm 2,14$ баллов. В то время как у лиц, страдающих сиалозами и сиалоаденопатиями, соответственно, $50,4 \pm 2,31$ и $56,3 \pm 2,11$ баллов и $55,4 \pm 2,09$ и $57,8 \pm 2,22$ баллов. Очевидно, онкологическая настороженность, сложности в быту из-за тяжелого заболевания, а также наличие ксеростомии, существенно нарушали жизнедеятельность таких онкостоматологических пациентов, а также неблагоприятно влияли на их психофизиологическое и эмоциональное состояние. У лиц старших возрастных групп, страдающих сиалозами, а также лучевыми и медикаментозными сиалоаденопатиями, высокая тревожность, очевидно, была связана с наличием канцерофобии, а также с постоянной ксеростомией, которая мучительна для таких больных и тяжело поддается лечению.

По завершении первого этапа комплексной терапии у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез, клинически отмечено улучшение, что было связано с незначительным, но достоверным увеличением количества выделяющейся слюны. Оценка эффективности лечения по завершении первого этапа лечения в 1–3 группах пациентов составила от 19 до 49,3%. В то же время достоверной динамики в показателях ЛТ и РТ у пациентов не произошло ($p < 0,05$). Поэтому на втором этапе лечения в комплекс лечебно-профилактических мероприятий был включен, по рекомендации врача психотерапевта, анксиолитик "Афобазол".

На рисунке 1 представлена диаграмма, отражающая средние значения личностной и реактивной тревожности у обследуемых людей, страдающих патологией слюнных желез, и лиц контрольной группы без учета их возраста и пола после завершения второго этапа лечения. По завершении второго этапа исследования у пациентов всех обследуемых групп, страдающих заболеваниями слюнных желез, было отмечено достоверная положительная динамика показателей ЛТ



Рис. 1. Средние показатели ЛТ и РТ у лиц старших возрастных групп, страдающих различными заболеваниями слюнных желез по завершении второго этапа лечения. По оси ординат – баллы; по оси абсцисс – группы исследования

и РТ ($p < 0,05$). У больных всех исследованных групп, страдающих патологией слюнных желез, был достигнут умеренный уровень их тревожности. Значения ЛТ и РТ у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, сиалозами и сиалоаденопатиями снизились в среднем на 17,1–34,3%.

Проводимое комплексное лечение лиц старших возрастных групп, страдающих заболеваниями слюнных желез по предложенной методике, с применением анксиолитика "Афобазол", позволило сохранить достигнутые положительные результаты терапии ($p < 0,05$) на протяжении всего периода наблюдения за пациентами, то есть в течение года (рис. 2).

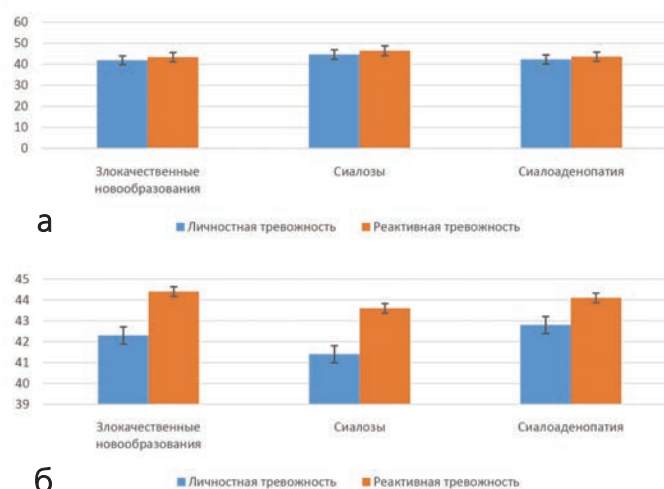


Рис. 2. Средние показатели ЛТ и РТ у лиц старших возрастных групп, страдающих различными заболеваниями слюнных желез в процессе их динамического наблюдения: спустя 6 (а) и 12 (б) месяцев после завершения второго этапа лечения. По оси ординат – баллы; по оси абсцисс – группы исследования

Заключение. Таким образом, проведенное клиническое исследование показало, что предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение слюнообразования, а также устранение тревожных состояний у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих злокачественными новообразованиями слюнных желез, сиалозами, а также лучевыми и медикаментозными сиалоаденопатиями с использованием пептидного биорегулятора "Везуген", биологически активных веществ "Лесмин", "Альгиклам", а также анксиолитика "Афобазол", оказался эффективным и позволил на 19–49,3% улучшить результаты лечения, снизив на 17,1–34,3% уровни ЛТ и РТ у таких больных, что, несомненно, благоприятно повлияло на качество их жизни.

Литература

1. Заборовский К.А. Психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями



- ми слюнных желез / К.А. Заборовский, В.В. Лобейко, А.К. Иорданишвили // Курск. науч.-практич. вестн. "Человек и его здоровье". — 2014. — № 3. — С. 47–54.
2. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. — СПб.: Питер, 2005. — 412 с.
3. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. — М.: МедПресс, 2008. — 208 с.
4. Иорданишвили А.К. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез / А.К. Иорданишвили [и др.] // Пародонтология. — 2012. — № 2 (63). — С. 1–75.
5. Иорданишвили А.К. Заболевания слюнных желез в разном возрасте и их особенности / А.К. Иорданишвили, В.В. Лобейко // Вестник Российской Военно-медицинской академии. — 2014. — № 3 (45). — С. 85–89.
6. Иорданишвили А.К. Возрастные изменения жевательно-речевого аппарата. — СПб.: Изд-во "Человек", 2015. — 140 с.
7. Иорданишвили А.К. Геронтостоматология. — СПб.: Изд-во "Человек", 2015. — 214 с.
8. Личко А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1980. — № 8. — С. 1195–1198.
9. Лобейко В.В. Характеристика диагностических и лечебных мероприятий среди взрослых людей разного возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез / В.В. Лобейко, А.К. Иорданишвили // Курск. науч.-практич. вестн. "Человек и его здоровье". — 2014. — № 1. — С. 81–84.
10. Лобейко В.В. Лучевые сиаденопатии у пожилых и старых людей и их лечение / В.В. Лобейко, А.К. Иорданишвили // Вестник Российской Военно-медицинской академии. — 2014. — № 1 (45). — С. 75–79.
11. Матина В.Н. Заболевания и опухоли слюнных желез // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области: рук — во для врачей / Под ред. проф. А.К. Иорданишвили. — СПб.: СпецЛит., 2007. — С. 229–230.
12. Максютя Д.А. Хронические паротиты и их лечение / Д.А. Максютя, В.В. Лобейко. — СПб.: Нордмедиздат, 2012. — 112 с.
13. Судаков К.В. Индивидуальность эмоционального стресса // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2005. — Т. 105, № 2. — С. 4–12.
14. Martinmaki K. Intra individual validation of heart rate variability index estomea sure vagal effects on heart / K. Martinmaki [et al.] // American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology. — 2006. — Vol. 290 (2). — P. 640–647.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Ортодонтия

Изучение взаимосвязи нарушений опорно-двигательного аппарата с патологиями прикуса у детей

Резюме

В статье описывается взаимосвязь патологий прикуса с заболеваниями опорно-двигательного аппарата у детей, выявленная в результате исследования детей в возрасте 6, 9 и 12 лет. Установленный в ходе исследования характер взаимосвязей между отдельными формами патологий прикуса и осанки может быть использован в разработке программ профилактики и последующего лечения заболеваний.

Ключевые слова: дети, зубочелюстные аномалии, заболевания опорно-двигательного аппарата, профилактика.

The study of the relationship type disorders of the musculoskeletal system with abnormalities of bite in children

С.А. Беляков, аспирант кафедры стоматологии детского возраста НижГМА
С.Ю. Косюга, д.м.н., доцент, зав. кафедрой стоматологии детского возраста НижГМА
Е.С. Богомолова, д.м.н., профессор, зав. кафедрой гигиены НижГМА
А.В. Бухнин, к.т.н., Нижегородский государственный технический университет им. П.Е. Алексеева

Для переписки:
E-mail: sergebelyakov407@gmail.com

S.A. Belyakov, S.Yu. Kosyuga, E.S. Bogomolova, A.V. Buhnin

Summary

This article describes the relationship of pathological occlusion diseases of the musculoskeletal system in children identified in the study the children were chosen at the age of 6, 9 and 12 years. The established nature of the relationship between the individual forms of pathology of occlusion and posture can be used in the development of prevention programs and the subsequent treatment of diseases.

Keywords: children, dentoalveolar abnormalities, diseases of the musculoskeletal system, prevention.



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

С конца XIX—начала XX века ученые обратили внимание на проблему взаимосвязи нарушений опорно-двигательного аппарата с нарушениями прикуса [1]. Было отмечено, что у детей с деформациями позвоночника регистрировался дистальный прикус (II класс, 1 подкласс по классификации Энгля), а также парафункции языка [5]. В последующие десятилетия накапливались данные, которые послужили созданию теории постурального баланса и подтвердили, что зубочелюстная система функционально влияет на опорно-двигательный аппарат [3, 8]. Соответственно, нарушения в зубочелюстной системе и опорно-двигательном аппарате могут быть причиной отягощения друг друга. Однако, недостаточно клинических исследований, в которых изучается анализ результатов ортодонтического лечения с учетом нарушений опорно-двигательного аппарата [2, 6, 7]. Отмечается, что при проведении ортодонтического лечения без учета нарушений опорно-двигательного аппарата присутствует большее количество неудач и рецидивов, в том числе со стороны височно-нижнечелюстного сустава. В связи с этим необходимо комплексно подходить к лечению и профилактике данных групп заболеваний [4].

Цель исследования — изучить взаимосвязь зубочелюстных аномалий в период сменного прикуса у детей с патологиями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы исследования. Для исследования распространенности зубочелюстных аномалий и заболеваний опорно-двигательного аппарата были осмотрены 360 школьников в возрасте 6, 9 и 12 лет (по 120 человек в каждой группе). Зубочелюстные аномалии определяли врачи-ортодонты в соответствии с рекомендациями и критериями ВОЗ, МКБ-10 и регистрировали распространенность и интенсивность патологий прикуса. По классификации МКБ-10 сотрудниками кафедр гигиены и физического воспитания, врачебного контроля и лечебной физкультуры НижГМА, а также остеопатами оценивалось наличие деформаций позвоночника и стоп (тип и степень тяжести). Результаты вносили в индивидуальные карты пациентов, после чего проводился поиск ассоциативных правил в программе Deductor Studio Academic.

Результаты исследования. Данные обследования школьников показали высокую распространенность как зубочелюстных аномалий, так и патологий опорно-двигательного аппарата. Все дети, имевшие зубочелюстные аномалии, имели более высокую интенсивность кариозного процесса, заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта и более низкий уровень гигиены, чем их сверстники без патологий прикуса. Аномалии положения отдельных зубов у 6, 9 и 12-летних школьников регистрировались в 54,4%, 66,7% и 80,3% случаях, соответственно. Патологии прикуса оценивались в трех плоскостях (сагиттальной, верти-

кальной и трансверсальной) — 53%, 63% и 65%, соответственно (табл. 1).

Таблица 1. Распространенность патологий прикуса у школьников

Прикус	Распространенность патологий прикуса по возрасту (%)		
	6-летние	9-летние	12-летние
K07.20 Дистальный	25	28	29
K07.21 Мезиальный	2	4	2
K07.23 Глубокий	11	13	16
K07.24 Открытый	3	1	1
K07.25 Перекрестный	12	17	17

При обследовании опорно-двигательного аппарата было выявлено, что среди всех детей в возрастных группах 6, 9 и 12 лет нарушения выявлены у 87,5%, 87,5% и 91,6% детей, соответственно. Плоскостопие регистрировали в 66%, 62% и 65,5% случаев, соответственно. Данная патология встречалась как отдельно, так и совместно с деформациями позвоночного столба. При наличии искривления позвоночника у детей с большей долей вероятности наблюдались деформирования стоп. Распределение по типу деформации позвоночника представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распространенность патологий ОДА у школьников

Патологии ОДА	Распространенность патологий ОДА по возрасту (%)		
	6-летние	9-летние	12-летние
M40.0 — Кифоз позиционный	0,84	4,17	6,67
M40.1 — Другие вторичные кифозы	—	5,83	2,5
M40.2 — Другие и неуточненные кифозы	0,84	—	—
M40.3 — Синдром прямой спины	8,34	8,34	4,17
M40.4 — Другие лордозы	5,83	4,17	—
M41.0 — Инфантильный идиопатический сколиоз	14,17	33,34	26,67
M41.1 — Юношеский идиопатический сколиоз	7,5	5,83	6,67
M41.2 — Другие идиопатические сколиозы	0,84	4,17	—
M41.4 — Нервно-мышечный сколиоз	2,5	0,84	—
M43.8 — Другие уточненные деформирующие дорсопатии	30	18,34	29,17



Отмечено, что у всех детей, имеющих деформации позвоночника и стоп, наблюдаются патологии прикуса, причем в более выраженной форме, чем у школьников, не имеющих нарушений опорно-двигательного аппарата. Данные были занесены и обработаны в программе Deductor Studio Academic (табл. 3).

Таблица 3

№	Условие	Следствие	Поддержка		Достоверность	Лифт
			Кол-во	%		
1	M40.4	K07.21	8	2,23	57,14	17,095
2	K07.21	M40.4	8	2,23	66,67	17,095
3	M40.1	K07.23	6	1,67	75,00	5,609
4	K07.20	K07.23	4	1,11	57,14	4,274
	M40.0					
5	K07.20	M41.0	4	1,11	100,00	3,902
	M21.0					
6	M40.0	K07.20	4	1,11	100,00	3,860
	M41.0					
7	M41.4	K07.20	4	1,11	100,00	3,860
8	M21.0	M43.8	4	1,11	100,00	3,779
	M40.3					
9	K07.25	M43.8	4	1,11	100,00	3,779
	M21.0					
10	K07.23	M43.8	5	1,39	100,00	3,779
	M21.0					
11	K07.25	M43.8	42	11,70	91,30	3,450
12	M40.3	K07.20	4	1,11	80,00	3,088
	M41.0					
13	M21.0	K07.20	4	1,11	80,00	3,088
	M41.0					
14	M41.1	K07.20	17	4,74	70,83	2,734
15	K07.23	K07.20	9	2,51	69,23	2,672
	M41.0					
16	K07.20	M41.0	4	1,11	66,67	2,601
	M40.3					
17	M41.2	K07.20	4	1,11	66,67	2,573
18	K07.20	M41.0	4	1,11	57,14	2,230
	M40.0					
19	M41.0	K07.20	53	14,76	57,61	2,224
20	K07.20	M41.0	53	14,76	56,99	2,224
21	K07.20	M41.0	9	2,51	52,94	2,066
	K07.23					

При статистическом анализе полученных результатов были выявлены следующие закономерности, справедливые для обследованных детей вне зависимости от возраста и пола: дистальный прикус чаще всего встречается совместно с различными видами сколиотических изменений позвоночника; мезиальный прикус сочетается с лордозами; глубокий прикус сочетается с дистальным прикусом; глубокий прикус встречается со всеми видами нарушений опорно-двигательного аппарата; перекрестный прикус чаще всего сочетается с деформирующими дорсопатиями ("кривошеей").

Заключение. Результаты комплексного обследования продемонстрировали высокую распространенность и интенсивность аномалий зубочелюстной системы и деформаций опорно-двигательного аппарата в виде нарушений осанки и плоскостопия (продольного и поперечного). Полученные данные говорят о тесной взаимосвязи патологий зубочелюстной системы и опорно-двигательного аппарата у школьников. В большинстве случаев данные нарушения носят сочетанный характер и взаимно отягощают друг друга. Таким образом, наиболее эффективной стратегией является разработка комплексов лечебно-профилактических мероприятий для школьников в возрасте от 6 до 12 лет, имеющих как аномалии соотношения челюстей, так и поструральные нарушения, с привлечением врачей различной специализации (ортодонт, детских стоматологов, врачей-гигиенистов, остеопатов и специалистов ЛФК).

Литература

- Беленький В.Е., Попова Н.Ю. Компенсированная и декомпенсированная вертикальная поза больного сколиозом // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 1988. — № 3. — С. 34–38.
- Зубкова Л.П., Колесников О.В. Патогенетическое действие массажа в комплексном лечении больных с вертикальными аномалиями прикуса и нарушениями осанки // Курортология и физиотерапия: Респ. межвед. сб. — К., 1994. — Вып. 26. — С. 97–98.
- Кууз Р.А., Фирсов Г.И. Проблемы стандартизации в постурологии. Материалы международного симпозиума, клиническая постурология, поза и прикус. — СПб., 2004. — С. 41–46.
- Образцов Ю.Л. Проблемы изучения распространенности и организации профилактики зубочелюстных аномалий у детей // Стоматология. — 1994. — № 4. — С. 71–73.
- Хорошилкина Ф.Я. Нарушения осанки при аномалиях прикуса // Ортодонт-Инфо. — 2000. — № 1–2. — С. 40–47.
- Caltabiano M., Verzi P., ScireScappuzzo G. Considerazioni sulla postura del capo in ortognatodonzia: fisiopatologia ed aspetti clinici. Nota II // Mondo Ortod. — 1989. — Vol. 14. — № 3. — P. 313–324.
- Leutert G., Schmidt W. Systematische und funktionelle Anatomie für medizinische Assistenzberufe. URBAN&FISCHER. — München-Jena, 2004. — 380 s.
- Steddin S., Glasauer S. Variability of the subjective upright head position (SUHP) in normal subjects. ISPG. Paris, 1996.



Избраны новые действительные члены и члены-корреспонденты РАН

28 октября 2016 г. на общем собрании Российской академии наук были утверждены результаты выборов новых членов РАН.

Поздравляем избранных в состав академии стоматологов!

Отделение медицинских наук, специальность
челюстно-лицевая хирургия

Академик РАН Кулаков Анатолий Алексеевич, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники и Премии РАМН имени А.И. Евдокимова, главный внештатный специалист по челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ. С 2004 г. по настоящее время А.А. Кулаков является директором ЦНИИС и ЧЛХ, возглавляет созданную им школу имплантологов.



Под его руководством активно осуществляется развитие научного направления "Разработка и совершенствование методов хирургического лечения воспалительных заболеваний и приобретенных дефектов и деформаций челюстно-

лицевой области и хирургической имплантологии, основными приоритетами которого являются: разработка и усовершенствование методов диагностики и лечения больных с дефектами и деформациями черепно-челюстно-лицевой области на основе новых технологических возможностей реконструктивной восстановительной хирургии, хирургические аспекты имплантации, математическое моделирование, экспериментальные исследования по использованию различных материалов для стимуляции остеогенеза при имплантации, разработка новых конструкций зубных имплантов.

Под руководством А.А. Кулакова создана профильная комиссия по челюстно-лицевой хирургии, проделана большая работа по разработке и внедрению стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях челюстно-лицевой области.

А.А. Кулаков — главный редактор журнала "Стоматология", председатель редакционного совета газеты "Известия ЦНИИС и ЧЛХ", член редакционного совета журнала "Стоматология для всех" и ряда других стоматологических изданий, заведующий кафедрой стоматологии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Отделение медицинских наук, специальность
стоматология

Член-корреспондент РАН Гветадзе Рамаз Шалвович, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники, заместитель директора ЦНИИС и ЧЛХ по научно-лечебной работе.

Р.Ш. Гветадзе был в числе первых в России стоматологов-ортопедов, начавших заниматься проблемами зубной имплантации. Разработанный им комплекс



исследований позволил значительно повысить качество и эффективность лечения с использованием метода зубной имплантации, решить ряд проблем биосовместимости имплантатов и протезных конструкций с тканями полости рта, дать достоверную оценку ортопедической реабилитации пациентов в отдален-

ные сроки имплантации. Под его научным руководством разработаны методы исследования оценки состояния локального иммунного гомеостаза слизистой оболочки протезного ложа, что позволяет значительно повысить прогнозирование и качество стоматологической помощи и является основой дифференцированного подхода при выборе ортопедических конструкций из различных стоматологических материалов. Определены преимущества и недостатки применения различных видов оттисковых материалов, оттисковых ложек и методов получения оттиска, используемых при протезировании с опорой на имплантаты. Разработана технология изготовления диагностических шаблонов, позволяющая проводить планирование направления и места установки дентальных имплантатов по данным. Разработан ряд новых видов имплантатов, что подтверждено 10 Патентами РФ.

Профессор Р.Ш. Гветадзе входит в состав редакционной коллегии журналов "Стоматология" и "Российский вестник дентальной имплантологии".



Отделение медицинских наук, специальность
челюстно-лицевая хирургия

Член-корреспондент РАН Иванов Сергей Юрьевич, д.м.н., профессор, врач высшей категории, президент секции хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов СтАР, член Британской ассоциации челюстно-лицевых хирургов, член Европейской ассоциации черепно-челюстно-лицевых хирургов.

Служил в органах МВД на различных должностях: заместитель начальника отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Цен-трального госпиталя МВД, главный стоматолог МВД РФ.



В 1996 г. работал в Великобритании (г. Бристол, Фречхей госпиталь) старшим врачом отделения че-люстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

В 1996–2008 гг. работал в МГМСУ им. А.И. Евдокимова — заведовал кафедрами факультетской хирургической стоматологии и имплантологии, госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой

хирургии, был деканом стоматологического факультета.

Награжден премией РАМН за книгу "Премедикация в условиях стоматологической поликлиники".

С 2008 г. руководит кафедрой челюстно-лицевой хирургии и имплантологии Нижегородской государственной медицинской академии, с 2014 г. — зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии РУДН.

Автор свыше 300 научных трудов, 8 монографий, 9 руководств и учебных пособий, 39 изобретений. Под его научным руководством защищено 7 докторских и 36 кандидатских диссертаций.

Участвовал в миротворческой миссии ООН, в Югославии, награжден медалью ООН "За службу миру" и орденом "За личное мужество".

С.Ю. Иванов — автор российской имплантационной системы "ИРИС" (Инвестиционная российская имплантационная система), член редакционного совета журнала "Стоматология для всех".

Отделение медицинских наук, специальность
стоматология

Член-корреспондент РАН Янушевич Олег Олегович — ректор МГМСУ им. А.И. Евдокимова с 2007 г. по настоящее время; профессор, д.м.н., главный внештатный специалист стоматолог Министерства здравоохранения РФ, президент Общества врачей России, лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники, заместитель председателя Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов Минздрава РФ, председатель Совета Стоматологического научно-образовательного кластера.

Направления научной деятельности О.О. Янушевича включают лечение больных, имеющих сопутствующую соматическую патологию, в том числе заболевания



эндокринной и сердечно-сосудистой системы; взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта и соматического статуса пациентов при сахарном диабете, атеросклерозе,

патологии желудочно-кишечного тракта; аспекты использования синтетических и природных остеопластических материалов в лечении заболеваний пародонта; молекулярно-генетическую диагностику и прогнозирование течения основных стоматологических заболеваний; проблемы направленной тканевой регенерации в стоматологии; одонтосохраняющие биотехнологии; остеопороз и стоматологическую имплантологию; применение одонтосохраняющих биотехнологий и др.

О.О. Янушевич разработал и внедрил уникальные методики по профилактике осложнений при проведении операций по направленной тканевой регенерации, автор 12 патентов на изобретения, возглавляет кафедру пародонтологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, автор свыше 200 научных работ, ряда учебников и монографий, большинство из которых посвящены вопросам клинической стоматологии и пародонтологии, является главным редактором журнала "Российская стоматология", членом редакционного совета журнала "Стоматология для всех" и ряда других стоматологических изданий.



Международная конференция по лазерной стоматологии Dentsply Sirona Laser Days—2016

29 сентября — 1 октября 2016 г. в отеле "Бахмайр" на озере Тегерезее, Германия состоялась Международная конференция по лазерной стоматологии Dentsply Sirona Laser Days. Конференция проводилась компанией Дентсплай Сирона уже в третий раз и собрала свыше 50 специалистов, клиницистов и ученых в области лазерной стоматологии из 21 страны.

Приехавшие на конференцию имели возможность заслушать содержательные доклады и принять участие в семинарах по различным методам лечения с использованием стоматологических лазеров.

С появлением усовершенствованного SiroLaser Blue пользователи получили возможность выбрать между голубым, красным и инфракрасным лазерами и применить свыше 20 методик лечения. В частности, голубой лазер с длиной волны 445 нм дает существенные преимущества, связанные с бесконтактным способом проведения хирургических процедур. Диодные стоматологические лазеры высоко ценятся благодаря широким возможностям безрубцового заживления и антимикробным свойствам.

30 сентября участники конференции посетили 25-й конгресс Немецкого общества лазерной стоматологии,



Инго Хёвер: Сегодня мы представляем наши последние достижения в лазерной стоматологии — SiroLaser Advance и SiroLaser Xtend, а также новейший аппарат в линейке лазеров для стоматологии — SiroLaser Blue.

Подробная информация о них есть в соответствующих подразделах Instruments сайта www.dentsplysirona.com. Их возможности для применения очень широки.

Мы поставляем сейчас в Россию SiroLaser Advance и SiroLaser Xtend и проводим регистрацию в России SiroLaser Blue.



Инго Хёвер



Карло Ф. Самбри



Александр Беккер

проходивший в Мюнхене в отеле "Вестин Гранд" под девизом "От корней к новым горизонтам". Во время работы конгресса состоялось интервью с представителями компании Дентсплай Сирона — Community Manager Ingo Höver и Head of Product Management Alexander Becker, а также с доктором Карло Ф. Самбри, Триест, Италия, фрагменты которого публикуются ниже.

А. Конарев: Что производит для лазерной стоматологии Дентсплай Сирона? Каковы преимущества и сильные стороны этой продукции?

Особенность SiroLaser Blue в том, что он может работать на трех длинах волн:

970 нм — инфракрасный, 660 нм — красный и 445 нм — синий.

Новый синий лазер на длине волны 445 нм идеально подходит для работы на мягких тканях, стоматологической микрохирургии. Он является также малоинвазивным, имеет малую глубину проникновения в ткани. Более подробная информация — на нашем разделе Laser platform www.sirona.com/en/sirolaser.



Слева направо: А. Беккер, А. Конарев, И. Хёвер, К.Ф. Самбри

из одного кабинета в другой. Эта функция является ключевой особенностью на рынке среди других лазеров. И, конечно, надо отметить максимально широкие показания для применения: хирургия на мягких тканях, гемостаз, периодонтология, эндодонтия, лечение бактериальных инфекций (герпес, афты и т.д.), отбеливание зубов, лазерная терапия.

А. Конарев: Кто представляет компанию Дентсплай Сирона в России? Что планируется для развития продвижения продукции компании в России? Вы заинтересованы в расширении дилерской сети?

Александр Беккер: Мы имеем дочернюю компанию в России, которая координирует работу всех наших дилеров. Мы, конечно, заинтересова-



Выступает А. Фёрстер

Карло Ф. Самбри: Как клиницист хочу отметить, что система SiroLaser очень проста в использовании. Благодаря тому, что лазер полностью беспроводной, с ним легко передвигаться от одного кресла к другому и



ны в дальнейшем расширении дилерской сети. Сегодня, после состоявшегося слияния компаний Дентсплай и Сирона у нас есть планы существенного развития, включающие, конечно, российский рынок, который очень

Таблица 1. Применение лазеров в стоматологии

	SiroLaser Blue	SiroLaser Advance &	Er:YAG laser	Nd:YAG laser	CO2 laser
Длина волны	445 нм + 660 нм + 970 нм	Xtend 970 нм	2940 нм	1064 нм	10600 нм
Тип и модель	Компактная модель	Компактная модель	Большая установка	Большая установка	Большая установка
Применение					
Хирургия (мягкие ткани)	●	○	●	—	●
Гемостаз	●	●	—	●	○
Периодонтология	●	●	○	●	●
Эндодонтия	●	●	—	●	—
Бактериальные инфекции (герпес, афты)	●	●	○	●	●
Медицинское отбеливание*	●	●	—	●	—
Лазерная терапия (LLLT)	●	—	—	—	—
Препарирование твердых тканей	—	—	●	—	—

● Применим

○ Частично применим

— Неприменим

* например, после эндодонтического лечения; нет predetermined программы лечения

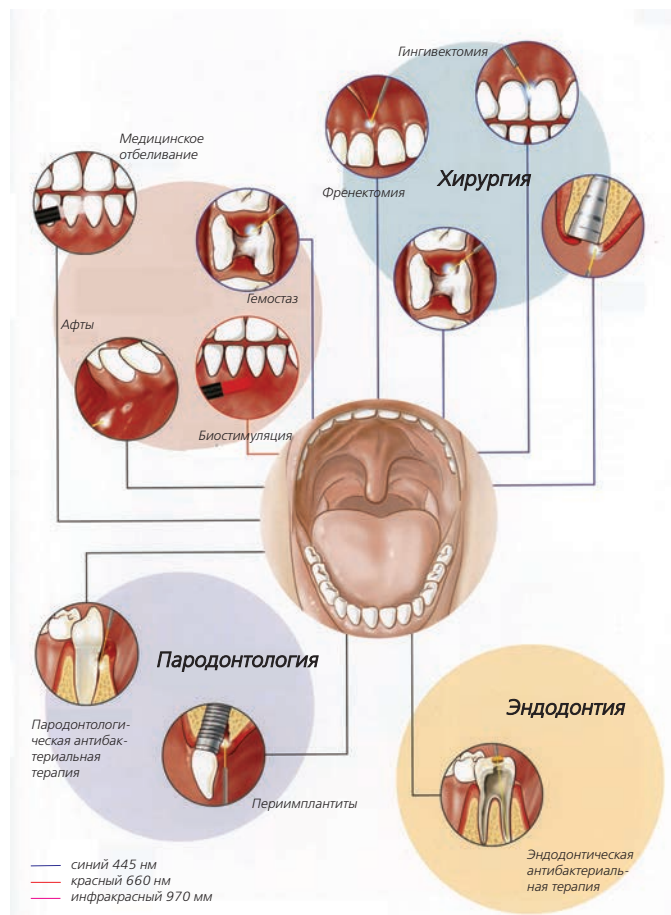
СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ

важен для нас.

Всю информацию можно получить на нашем российском сайте www.sirona.ru.

А. Конарев: Спасибо за интервью.

Благоприятная творческая атмосфера, царившая на Dentsply Sirona Laser Days—2016, позволила состояться многочисленным личным контактам, которые, безусловно будут способствовать дальнейшему развитию международного сообщества лазерной стоматологии.



Особо запомнится участникам дружеский ужин в баварском стиле 1 октября 2016 г.

Главный редактор журнала «Стоматология для всех»
А.В. Конарев

Редакция журнала "Стоматология для всех" выражает благодарность компании Дентсплай Сирона за предоставленную возможность посетить Dentsply Sirona Laser Days—2016 в Германии и персональную признательность господам Tanja Lauinger и Ingo Höver за поддержку и содействие.



Вечеринка в баварском стиле



Участники конференции



К 75-летию профессора В. Мёрманна

В 1998 г. в нашем журнале была опубликована статья о компьютерной технологии реставрации зубов "CEREC*", подготовленная на основе материалов компании "Сирона Дентал Системс" ("Стоматология для всех", № 3-1998, с. 6–7). Тогда в мире работало свыше 2000 установок "CEREC", на которых было выполнено свыше 1 млн. реставраций зубов. Мы помним встречу с профессором В. Мёрманном на выставке "Стоматологический салон" на Юго-Западе Москвы, куда он приезжал читать лекцию о своем изобретении.

Сегодня каждые 5 сек. производится одна реставрация методом CEREC, на земном шаре имеется около 38000 активных пользователей CEREC, которые установили своим пациентам свыше 35 млн. вкладок, коронок, виниров.

А начиналось это более 30 лет назад, когда доктор Вернер Мёрманн и инженер-электронщик доктор Марко Брандестини искали альтернативу амальгамовым пломбам. Тогда родилась идея создания установки для компьютеризированного изготовления керамических реставраций, открыв эпоху цифровой стоматологии, в которой В. Мёрманна по праву можно назвать первопроходцем.



Профессор В. Мёрманн

В. Мёрманн родился в 1941 г. в Гёппингене, небольшом городе, расположенном недалеко от Штутгарта, Германия. После учебы и защиты диссертации в Гейдельберге В. Мёрманн в 1970 г. начинает работать в Стоматологическом институте в Цюрихе (Швейцария).

В 1981 г. В. Мёрманн и М. Брандестини подали заявку на получение патента на изобретение оптической внутриротовой измерительной системы. В 1985 г. были впервые изготовлены зубные вкладки по технологии CAD/CAM** на установке CEREC.

* CEREC — Ceramic Restoration

** CAD — Computer Aided Design, CAM — Computer Aided Manufacturing

В 1988 г. компания Sirona Dental Systems (тогда подразделение компании "Сименс", сегодня — Dentsply Sirona) начала массовое производство оборудования CEREC, разработанного на основе исследований В. Мёрманна и М. Брандестини.

В 2000 г. впервые был запущен в производство CEREC in Lab с внеротовым сканером, в 2007 г. его оснастили трехмерным сканером и программным обеспечением с возможностью воспроизведения 3D моделей. В 2010 г. было произведено программное обеспечение Biogenetic, которое позволяет воспроизводить недостающие зубы по считываемым точкам с любых сохранившихся зубов.

Технология CEREC, создателем которой является В. Мёрманн, стала, таким образом, в полной мере технологией XXI века.

Поздравляем В. Мёрманна с 75-летием!

А.В. Конарев



Лекция о технологии CEREC почетного профессора МГМСУ В. Мёрманна 5 декабря 2008 г. в Москве



Профессор В. Мёрманн и профессор О. Янушевич со студентами МГМСУ им. А.И. Евдокимова

проводится под эгидой



**В ЧЕСТЬ ВСЕМИРНОГО
ДНЯ СТОМАТОЛОГА**

организатор

НИИАМС

стратегический партнер

DENTALEXPO®

**7 ФЕВРАЛЯ
2017 ГОДА**

БАЛ СТОМАТОЛОГОВ РОССИИ

**МЕСТО
ПРОВЕДЕНИЯ**

GOLDEN PALACE
РАЗВЛЕКАТЕЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС

НАЧАЛО В 19.00

г. Москва, 3-я улица Ямского Поля

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР

**Rocada
med**

РЕГИСТРАЦИЯ ПО ТЕЛ.:

8-800-500-52-62

8-495-108-04-22



СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ



Бал стоматологов России—2017

Уважаемые коллеги! 9 февраля 2017 г. вся мировая стоматологическая общественность отмечает Всемирный день стоматолога. Традиционно в честь нашего профессионального праздника Стоматологическая Ассоциация России и ЗАО НИИАМС приглашают Вас принять участие в ежегодном федеральном мероприятии года "Бал стоматологов России-2017", проводимом под эгидой СТАР и МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Как всегда, на праздник соберутся ведущие специалисты стоматологической отрасли страны, главные стоматологи субъектов РФ, главные врачи клиник разных форм собственности, профессорско-преподавательский состав стоматологических кафедр медицинских вузов, врачи всех стоматологических специальностей и представители стоматологической индустрии.

Бал состоится в Москве в дни проведения федерального мероприятия "Дентал Ревю" 7 февраля 2017 г. (начало в 19.00 часов) в уникальном развлекатель-

ном комплексе Golden Palace по адресу: г. Москва, 3-я улица Ямского Поля, д. 15, <http://www.golden-palace.ru/>

Приглашаем Вас вместе отметить наш профессиональный праздник в кругу коллег и единомышленников! Гостей ожидает яркая шоу-программа, розыгрыши ценных призов и незабываемая атмосфера!

Регистрация гостей на федеральный "Бал стоматологов России—2017": <https://dentalassociation.timepad.ru/event/383054/>;

или на официальном сайте СТАР: <http://www.e-stomatology.ru/kalendar/2017/bal2017/>;

а также по телефонам: 8(800)500-52-62, 8(495)108-02-44.

Внимание, количество мест ограничено! Специальная стоимость участия действует только до конца декабря 2016 г.!

Пресс-служба СТАР



Фрагменты фоторепортажа с "Бала стоматологов России—2016"



КРУПНЕЙШИЙ КОНГРЕССНО-ВЫСТАВОЧНЫЙ ПРОЕКТ
В ОБЛАСТИ СТОМАТОЛОГИИ

**1-3
марта
Красноярск**



СИБИРСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ



DENTALEXPO

• ТЕХНОЛОГИИ • ОБОРУДОВАНИЕ • МАТЕРИАЛЫ
• ПРЕЗЕНТАЦИИ НОВИНОК ОТРАСЛИ
• МАСШТАБНАЯ ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА

Организатор – ВК «Красноярская ярмарка»



МВДЦ «Сибирь», ул. Авиаторов, 19
тел.: (391) 22-88-606, 22-88-611
e-mail: stom@krasfair.ru,
www.krasfair.ru

Как подписаться на журнал "Стоматология для всех"

Подписку на журнал можно оформить в любом отделении связи или непосредственно через редакцию.

Индексы журнала в каталоге агентства "Роспечать" — 47477 и 80711.

Подписку на журнал через редакцию можно сделать, начиная с любого номера.

Оплатив подписку, Вы будете получать журнал, **начиная с очередного номера**, выходящего после даты подписки.

Внимание! Перечисляя деньги за подписку на расчетный счет редакции или делая почтовый перевод, обязательно **укажите** в платежном поручении в графе "Назначение платежа" или на бланке почтового перевода **адрес, по которому должен быть доставлен журнал**.

* Банковские реквизиты для перечислений по безналичному расчету: ООО "Редакция журнала "Стоматология для всех", ИНН 7704167552, КПП 770401001, р/с 40702810438260101570 в Московском банке Сбербанка России ОАО, г. Москва, БИК 044525225, к/с 30101810400000000225.

* Банковские реквизиты для перечислений в Евро: Deutsche Bank AG, Frankfurt/Main, SWIFT: DEUTDEFF; for SBERBANK Moscow, Russia, SWIFT: SABR RU MM; for "Stomatologia dlya vsieh", account 40702978238260201570.

* Для почтового перевода в графе "Кому" указать: 125955, Москва, ООО "Редакция журнала "Стоматология для всех", ИНН/КПП 7704167552/770401001, р/с 40702810438260101570 в Московском банке Сбербанка России ОАО, г. Москва, БИК 044525225, к/с 30101810400000000225.

Информация для авторов

Чтобы опубликовать статью в журнале "Стоматология для всех/International Dental Review" следует, сделав предварительный звонок, принести подготовленный для публикации материал (в соответствии с требованиями редакции) в редакцию или выслать его по электронной почте (E-mail: sdvint@mail.ru). Перед публикацией статьи рецензируются. Материалы аспирантов публикуются бесплатно.

Периодичность выхода журнала 1 раз в 3 месяца. Цена журнала при продаже в розницу — договорная. Тираж 8 000 экз.

Адрес редакции для переписки: 127473, Россия, Москва, а/я 109, Редакция журнала "Стоматология для всех"

Телефон/факс: (495) 609-24-40; **E-mail:** sdvint@mail.ru; **Интернет:** www.sdvint.com

Главный редактор: Конарев Александр Васильевич

Подписано в печать: 12 декабря 2016 г.

© «СТОМАТОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ/International Dental Review», 2016