



Лучшие технологии - врачам!
Сияющие улыбки - пациентам!
Здоровье - нации!

Компания Рокада Мед

**25 лет
на рынке**

Гарантируем качество товара,
юридическую безопасность
сделок

**40 000 товаров
на складе**

Дентал-Депо
Мы снижаем Ваши затраты
на содержания склада
в клинике

**Мастер-классы
в 14 регионах**

Передвижной учебный
центр

Зал 8
Стенд В6

Cavitron®



Скейлер в США №1

**Безболезненный скейлинг -
пациент вернется к Вам снова!**

Подробную консультацию получите на выставке Дентал Салон 2017,
либо по телефону:

8 (800) 200-68-81 Москва
8 (800) 200-68-85 Регионы

Мы в социальных сетях





СОДЕРЖАНИЕ

International Dental Review



**Стоматологическая
Ассоциация
России**

Редакционный совет:

Алимский А.В., Боровский Е.В.,

Булгакова А.И., Вагнер В.Д.,

Гуревич К.Г., Дунаев М.В.,

Ибрагимов Т.И., 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.,

Мамедов А.А., 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, Цимбалистов А.В.,

Ющук Н.Д., Янушевич О.О.

Редакционная коллегия:

Конарев А.В.

Леонтьев В.К.

Садовский В.В.

Главный редактор:

Конарев А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Экономика и организация в стоматологии

О качестве оказания стоматологической помощи. Леонтьев В.К.,
Конарев А.В.

6

Ортопедическая стоматология

Исследование стоматологических материалов на основе диоксида циркония при изготовлении ортопедических конструкций. Первов Ю.Ю., Батоев А.А., Карпенко А.А., Карабцов А.А., Султанов А.А.

12

Геронтостоматология

Социально ориентированные программы профилактической стоматологической помощи для населения пожилого возраста. Кузнецов С.В.

17

Терапевтическая стоматология

Распространенность, этиологические аспекты и клинические проявления пузырчатки. Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р., Хамзина Г.Р.

24

Рентгеностоматология

Об информативности современного программного обеспечения ортопантомографов. Аржанцев А.П.

30

Пародонтология

Влияние адгезивно-волоконного шинирования подвижных зубов на состояние микроциркуляции в тканях пародонта при пародонтите. Абаев З.М., Зорина О.А., Северина Л.А.

36

Имплантология

Способ индексной оценки гигиенического состояния дентальных мини-имплантатов и фиксированных на них ортопедических конструкций. Кипарисова Д.Г., Кипарисов Ю.С., Нуриева Н.С.

42

Гигиена полости рта

Коучинг технология как способ формирования стоматологической культуры пациентов в вопросах гигиены полости рта. Леонтьева Е.Ю., Быковская Т.Ю., Тлепцерищев Р.А., Киреев В.В.

46

Эстетическая стоматология

Люминиры — новый метод лечения дисколорита. Флейшер Г.М.

52

Психологические аспекты в стоматологии

54

Влияние дефектов зубных рядов на психологическое здоровье и качество жизни пациентов с сахарным диабетом. Шевкунова Н.А.

СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ

58

Общественная Организация Стоматологи Столицы

60

Создана новая Ассоциация Пародонтологов Начала работу программа

61

"Детские улыбки России" "Клуб 32" в гостях у Клуба

62

"Легенды хоккея"

стр. 62



стр. 52



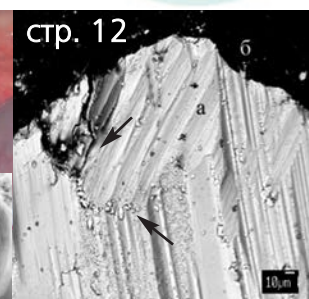
стр. 61



стр. 42



стр. 12



стр. 30



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: info@sdvint.com

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)

№ 1 (78) – 2017

POSSIBILITY OF DENTISTRY TODAY

Economics and organization in dentistry

On the quality of dental care. Leontyev V.K., Konarev A.V.

6

Prosthetic dentistry

The study of dental materials based on zirconium dioxide during manufacturing of orthopedic structures.

Pervov Yu.Yu., Batoev A.A., Karpenko A.A., Karabtcev A.A., Sultanov A.A.

12

Gerontostomatology

Preventive dental care programs for older patients. Kuznetsov S.V.

17

Conservative dentistry

Prevalence, etiologic aspects and clinical manifestations of pemphigus vulgaris. Bulgakova A.I., Hismatullina Z.R., Hamzina G.R.

24

X-ray dentistry

Modern orthopantomograph software information capacity. Arzhantsev A.P.

30

Periodontics

Influence of adhesive fiber tissue of mobile teeth on microcirculation status in parodont tissues with parodontite. Abaev Z.M., Zorina O.A., Severina L.A.

36

Dental implantology

The method of assessment of the hygienic state index in dental mini-implants and orthopedic structures fixed on them. Kiparisova D.G., Kiparisov Y.S., Nurieva N.S.

42

Oral hygiene

Coaching technology as a way of forming a patient's good oral care habits. Leontyeva E.Yu., Bykovskaya T.Yu., Tlepzerischev R.A., Kireev V.V.

46

Aesthetic stomatology

Lumineers — a new method of treatment of discolourness. Fleicher G.M.

52

Psychological aspects in stomatology

The impact of dentition defects on the psychological health and quality of life of patients with diabetes mellitus. Shevkunova N.A.

54

4

EVENTS

The Dentists of the Capital public organization
New Association of the Parodontists is created
Started the program "Children's smiles in Russia"
"Club 32" visiting the Club "Legends of hockey"

58

60

61

62

**Приглашаем на выставку ДЕНТАЛ САЛОН, г. Москва,
17-20 апреля 2017 г., стенд - С18, зал 8**



Новый уровень комфорта.
Сделано в России.

DARTA

Участие в программе «Импортозамещение»
Регистрационное удостоверение РОСЗДРАВНАДЗОРА
Декларация Соответствия
Лицензия на производство

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
УСТАНОВКА DARTA**



Блок врача с нижней подачей
на 3-8 инструментов с автоматическим
включением выбранного наконечника



Блок врача с верхней подачей
на 3-5 инструментов с возможностью
оснащения под Ваши требования



Блок ассистента, оснащенный слюноотсосом
и пылесосом с возможностью
размещения 2х доп. инструментов



**Поворотная керамическая чаша-
плевательницы, поворачиваемая на 150°**



Светодиодный итальянский осветитель
FARO с тах яркостью до 50 000 LUX

Приглашаем к сотрудничеству региональных дилеров



Эксклюзивный представитель в России

тел./факс: (495) 663-77-26
(812) 655-50-50

www.coralspb.ru

vk.com/centr_coral



Экономика и организация в стоматологии

О качестве оказания стоматологической помощи

Резюме

В статье обсуждаются проблемы качества оказания стоматологической помощи. Академиком В.К. Леонтьевым дан анализ влияния на качество оказания стоматологической помощи факторов, связанных с функционированием рыночных механизмов, и административно-управленческих факторов, предложены принципы разделения профессиональных и административных функций управления стоматологической отраслью.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, качество, профессиональные функции, административные функции, управление.

Для цитирования: Леонтьев В.К., Конарев А.В. О качестве оказания стоматологической помощи. Стоматология для всех. — 2017. — № 1 (78). — С. 6–10.

On the quality of dental care
Leontyev V.K., Konarev A.V.

Summary

The article discusses the problems of the quality of dental care. Academician V.K. Leontyev analyzed the impact on the quality of dental care of factors associated with the functioning of market mechanisms, administrative and management factors; the principles of division of professional and administrative functions in management of stomatological branch are offered.

Keywords: dental care, quality, professional and administrative functions, management.

Citation: Leontyev V.K., Konarev A.V. On the quality of dental care. Stomatologia dla vseh. 2017; 1 (78): 6–10.

Вопросы академику РАН В.К. Леонтьеву задавал главный редактор журнала "Стоматология для всех" А.В. Конарев.

6

— **А. Конарев:** Какие факторы, с Вашей точки зрения, в наибольшей степени влияют на качество оказания стоматологической помощи?

— **В. Леонтьев:** На качество стоматологической помощи оказывает влияние чрезвычайно много факторов. Их можно разбить на 4 группы:

1) факторы, связанные с функционированием рыноч-



Леонтьев В.К., академик РАН, д.м.н., профессор МГМСУ им. А.И. Евдокимова



Конарев А.В., главный редактор журнала "Стоматология для всех"

Для переписки:
E-mail: leontyevvk@mail.ru

ных механизмов;

2) административно-управленческие факторы;

3) факторы, связанные с используемыми технологиями лечения, материалами, инструментами, оборудованием;

4) субъективные факторы.

Врач качественно вылечит своего пациента, если будут применены правильные подходы ко всем 4-м группам факторов. Мы зачастую автоматически считаем, что рыночные механизмы есть, но как и в чем они проявляются? Современные технологии лечения — соответствующая группа факторов, наиболее близка докторам, потому что это непосредственно их дело. Как административно-управленческие меры влияют на качество лечения? Вопросов очень много. Поэтому, если подходить к проблеме комплексно, я начну с рыночных механизмов.

Самое существенное влияние на качество стоматологической помощи рыночные отношения оказывают путем создания конкуренции на рынке услуг. Когда есть рыночные отношения, у пациента появляются три возможности: выбрать себе врача; выбрать условия, на которых оказывается частная или государственная помощь и т.д.; выбрать место, где он хочет получать помощь. Именно рыночные отношения дают все это, позволяют пациенту получить ту помощь, которую он желает. Сейчас уже достаточно часто встречаются пациенты, которые задаются вопросами: куда мне пойти, к какому врачу, в какую клинику? Я предпочитаю лучше заплатить за лечение, а если не буду платить, что я потеряю? В этом — проявление рыночных механизмов. Они пришли к нам вместе с теми хозяйственными механизмами, которые возникли и работают в нашей стране. Рыночные механизмы дают целый ряд новых качеств, о которых мы просто не ведали ранее в нашей специальности. Это, например, система гарантий (на пломбы, на вид лечения и т.д.). Гарантии дают возможность вам, в случае, если они не соблюдены,



повторно обратиться к врачу. Система гарантий во многом определяет, обратится в следующий раз к данному врачу данный пациент или нет. Система гарантий идет как бы параллельно и в значительной мере пересекается с системой страхования качества стоматологической помощи.

Важнейший рыночный фактор — это ценовая политика, которую ведет то или иное государственное или частное медицинское стоматологическое учреждение. Особенно этот фактор может быть эффективен в частных учреждениях, где каждый пациент под себя примеряет: устроит ли меня та или иная цена? Могу ли я заплатить меньше, могу ли я заплатить больше? Сейчас уже появился ряд пациентов, которые перед тем, как прийти к врачу, посещают несколько клиник. Они смотрят на многие показатели в этих клиниках, учитывают, как их встречают в регистратуре, смотрят, какие объявления висят, какие цены, и только после этого принимают решение.

Среди рыночных механизмов я особо бы выделил конкуренцию. В наше время конкуренция не заняла того места, которое она должна занять в системе факторов, влияющих на качество стоматологической помощи. Почему? Мы сами прежде всего не привыкли к этому. Мы не привыкли, что имеем право сами выбрать врача. Мы не всегда понимаем, по каким качествам нужно выбирать врача. Конкуренция, когда она развернется в полном объеме, будет самым главным фактором, влияющим на качество стоматологической помощи. Каждый врач будет стараться закрепить за собой пациента для того, чтобы он пришел к нему во 2-й, 3-й раз и т.д., чтобы врач стал для пациента его семейным врачом. Этот фактор является важнейшим.

— **А. Конарев:** Сейчас со стороны стоматологов предоставлять гарантии — это добровольное дело?

— **В. Леонтьев:** Это то обязательство, которое стоматологи берут на себя, потому что понимают, что это надо, без этого им трудно иметь общение с больным, трудно закрепить за собой больного. Ведь больные спрашивают: скажите, а на какой срок вы мне ставите пломбу? И врач должен ответить: гарантия на данный вид пломбы — столько-то и столько-то.

— **А. Конарев:** В наших государственных учреждениях сейчас есть такие гарантии?

— **В. Леонтьев:** В большинстве — есть. Систему гарантий внедрила Стоматологическая Ассоциация России. Этой проблемой занималась профессор М.П. Харитоновна из Екатеринбурга.

Я говорил также о страховой стоматологической помощи, оказываемой в соответствии с различными системами страхования. Например, имеется система страхования, связанная с оказанием того или иного вида помощи, которая предполагает, что врач должен провести определенные процедуры соответственно с тем, чтобы получить должный эффект. Это записано в договоре страхования.

Там же описаны обязательства, которые берет на себя пациент, когда и сколько раз в год он должен явиться на прием и т.д. Самое главное в системе страхования — это то, что пациент получает гарантированную обеспеченную стоматологическую помощь. И получает ее в определенном объеме, с определенным гарантированным уровнем качества этой помощи.

— **А. Конарев:** Таким образом, пациент страхует себя на случай возникновения стоматологических заболеваний и, оплатив страховку, получает стоматологическую помощь определенного уровня качества.

— **В. Леонтьев:** Вы меня поняли правильно. В прежней государственной системе этот подход был невозможен, так как реализовывался через систему диспансеризации, которая никогда должным образом не финансировалась.

Второй основной группой факторов, оказывающих влияние на качество стоматологической помощи, являются административно-управленческие меры. Важнейший фактор в этой группе — это профессиональные стандарты. То есть на каждый вид помощи, на каждый вид услуг должен быть составленный профессиональной Ассоциацией стандарт, который врач не имеет права при оказании помощи игнорировать. Он должен именно по этому алгоритму идти и именно такой вид помощи оказать. Это дает определенные гарантии качества помощи больным. Профессиональные стандарты уже примерно лет 10 наше государство пытается получить, и до сих пор они введены практически только в стоматологии и то еще не повсеместно.

Но стандарты могут нести в себе и отрицательную функцию. Когда утверждаются те или иные стандарты, мы должны иметь все условия для их выполнения. А вот эта часть далеко не всегда у нас реалистична. Чтобы оказать должный объем и должное качество помощи пациенту, нам нужно иметь хорошую стоматологическую службу, хорошую воду, определенный набор инструментов и т.д. Далеко не всегда это реально существует.

Второй отрицательный момент стандартов заключается в том, что стандарты и, например, такая вещь, как персонализированная помощь, в любой специальности противопоставлены друг другу. Это является важнейшим недостатком стандартов. Поэтому зачастую, и сейчас у нас в стране, слава Богу, к этому прислушались, стандарты нужно давать в виде рекомендаций, чтобы не ограничивать инициативу, волю, умение, знание врача. Кроме того, вводя ту или иную систему стандартов, мы сами создаем себе ловушку. Если в сложной ситуации получена жалоба, она попадает в соответствующие административные органы по проверке, которые прежде всего выясняют, выполнен стандарт или нет. Если получается, что вы в чем-то нарушили стандарт, вы автоматически уже виноваты, а это неправильно, потому что в ситуации необходимо разбираться профессионально.

Следующий административно-управленческий фак-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

тор — это наличие контроля. Это должен быть как ведомственный, так и вневедомственный контроль. У нас для контроля существует специальная административная система во главе с главным врачом, зав. отделением, начальником по медицинской части в государственных учреждениях. Они должны контролировать качество работы. Здесь есть также две стороны проблемы. С одной стороны, без контроля нельзя, потому что мы все люди, все имеем определенные недостатки в работе и недостатки знаний, умений, и поэтому любой контроль, особенно ведомственный, позволяет подойти к проблеме более ответственно, и каждый доктор должен думать, что его могут проверить по тем или иным параметрам и т.д. Но известно, что один контроль, будучи даже очень серьезным, глубоким, никогда не давал должного эффекта. Всегда приводят исторический пример: на площади Бастилии, где казнили воров, отрубали им руки и головы, было наибольшее количество случаев воровства в толпе людей, которые смотрели на эту казнь. Любой контроль имеет дефекты, потому что он всегда имеет субъективную сторону. Нельзя сбрасывать со счетов и коррупционную составляющую контроля.

Среди административно-управленческих факторов важное место занимают экономические меры воздействия. Это одни из главных мер, которые всегда должны быть у административно-управленческого аппарата.

Это прежде всего создание условий, чтобы врач был заинтересован в качестве своей работы. Этот вопрос решается очень сложно. Он зачастую упирается в то, что, например, для хозяина частной клиники, учредителя экономических мер сводятся прежде всего к получению должного заработка, чтобы цены были выше и т.д. Пациент или врач в этом далеко не всегда заинтересованы. Врач заинтересован, если его система работы связана с заработком. Например, если он получает какой-то процент от вырученных средств. Но если он будет стараться принять больше людей без учета своих возможностей — технических, технологических — это может привести к отрицательному результату.

Экономические меры всегда должны быть тщательно продуманы. Приведу несколько примеров удачного использования экономических мер. Сильнейшим фактором стимулирования качества работы врача было введение системы условных единиц трудоемкости и оценка работы врача по этим единицам. В чем заключалось воздействие этого фактора? Мы одним ударом в 1988–1989 году побороли систему "палочек" в стоматологии. Тогда зачастую работа стоматолога учитывалась по посещениям и во многом сводилась к тому, что "перекладывались ватки и ставились временные пломбы". Врач не имел возможности выполнить качественное лечение из-за ограниченности времени. Когда же эта система была заменена, то можно было на одного пациента потратить и один, и два часа, потому что при этом выполнялись определенные

единицы трудоемкости, и это создавало совсем другие условия для работы.

— **А. Конарев:** Сейчас эта система работает, действует?

— **В. Леонтьев:** Она сейчас главная. Она колоссальную пользу принесла нашей специальности. Она просто вынесла нашу специальность наверх, потому что кроме стоматологии эту систему не смогла ввести ни одна другая отрасль. Это было непросто. Надо отдать должное всей стоматологической корпорации. Над этим приказом работали 4 или 5 лет. И когда в начале 2000-х гг. одним росчерком некий министр все это отменил, это было просто преступление, по-другому нельзя назвать. Система себя полностью оправдала. Более того, я бы сказал, если бы эта экономическая система не была введена в строй, мы бы не смогли адаптироваться к рыночным отношениям.

Второй пример: в 1996 г. вышел приказ, который разрешал платную работу в рабочее время в государственных учреждениях. Не выделялось достаточно денег на стоматологическую помощь. Вышел приказ председателя Совета министров, который разрешал оказывать платную помощь, но не в государственных учреждениях и не в рабочее время. Мы добились, чтобы Минздрав разрешил это, что позволило вытащить всю стоматологию, потому что появилась возможность зарабатывать деньги, покупать современные материалы и т.д. и т.п.

В административно-управленческих мерах воздействия чрезвычайно важен такой фактор как создание системы конкуренции специалистов. Именно путем административно-экономических мер воздействия можно создавать конкуренцию специалистов. Каким образом? Например, путем создания определенных нормативов в зависимости от качества и количества объема работы врача, системы поощрения врачей, которые работают очень качественно и с хорошими результатами.

— **А. Конарев:** Эту систему должны внедрять люди, соответствующие администраторы, которые должны ее понимать, модифицировать, адаптировать для конкретных условий.

— **В. Леонтьев:** Абсолютно точно. Это прежде всего их работа. Если вы сейчас возьмете, например, десять стоматологических клиник, в ряде из них такая система будет действовать, в некоторых из них ее не будет. Функционирование такой системы во многом зависит от управленческого персонала. Управленческий персонал должен стимулировать создание такой конкуренции, при которой врачу за хороший труд начисляют больше зарплаты.

Последний важный момент из этого раздела — это организация обучения специалистов. Это самый тяжелый вопрос. Его тяжесть в том, что на сегодняшний день надо просто признаться себе, что государственная система обучения и особенно в первую очередь постдипломного образования работает слабо. Более того, можно утверждать что больше 20-ти лет постдипломное образование

в нашей специальности держалось только на лоббировании системой последипломного образования своих собственных интересов. Они лоббировали интересы, но не обучали людей. Обучали только некоторые немногочисленные учреждения постдипломного образования, а в остальных это образование покупалось. Покупались бумаги. Это, в общем-то терпелось стоматологическим сообществом, потому что не было прямой вины самой системы постдипломного образования. Она как таковая совершенно не вписывается и никогда не впишется в рыночные отношения, потому что самая лучшая система была предложена еще Гиппократом. Лучше этой системы никто ничего не придумал. Сейчас сколько есть обучающих центров, сколько частных врачей! Есть частные врачи, которые за час обучения берут 100 \$! И к ним есть очередь. Здесь же многочисленные специалисты из-за рубежа, которые читают лекции, проводят мастер-классы. То есть это место никогда не бывает пустым. Оно всегда заполняется чем-то.

Государство просто обязано принять меры по улучшению постдипломного образования. И это не может быть чисто государственной системой. Государство не способно обеспечить хорошую систему постдипломного образования в стоматологии. Я неспроста говорю "в стоматологии", потому что в других разделах медицины последипломное образование у нас иногда очень высокого качества. Почему в стоматологии так? Да потому, что для эффективного постдипломного образования в стоматологии каждый наш доктор должен иметь свое кресло. А где он его возьмет? Для этого нужно построить свою клинику. Брать в аренду — нет денег...

— **А. Конарев:** А ведущие организации, которые, казалось бы, имеют эти условия?

— **В. Леонтьев:** Там, действительно, условия лучше. Но если взять заработок врача в постдипломном образовании, если взять невозможность купить современные материалы, технологии и т.д. — все это также касается государственного сектора. Нужна новая продуманная система постдипломного образования. Старая не может выполнять свои функции. Не спорю, есть отдельные вузы, где такая система работает неплохо. Один из примеров — система постдипломного образования в стоматологии в Санкт-Петербурге, весомый вклад в развитие которой внесли профессора В.А. Козлов и А.В. Цимбалистов. Есть и отличные частные системы, как, например, система "Меди" в том же Санкт-Петербурге. Но это, скорее, исключения. В целом системы нет. Раньше в системе постдипломного образования работали подлинные специалисты образования, и не их вина была в том, что они не смогли адаптироваться к новым условиям. Встает важнейший вопрос: кто должен платить за это? Во всем мире платит сам врач как в дипломном секторе, так и в постдипломном. В дипломном не всегда, в постдипломном почти повсеместно. Вот тогда он может

потребовать, чтобы его обучили. Единственное, что я могу сказать твердо, что систему государственного постдипломного образования, на мой взгляд, воссоздать невозможно. Прежде всего потому, что государство не может дать тех средств, которые необходимы для полноценного постдипломного образования. Не может дать сейчас и не даст в будущем. Это должна быть система, которая зиждется на других корнях. Не на государственных. В большинстве стран мира таким образованием руководят Ассоциации, следят за качеством, определяют ценообразование и все остальное. Но для того, чтобы к этому реально подойти, надо учитывать важнейший фактор: платежеспособность населения. Пока не будет платежеспособным население, все это не завертится. Потому что в итоге денег брать на эти цели можно у населения или у самих врачей. А сами врачи берут, опять таки, у населения.

Говоря об административно-управленческих факторах, не могу не отметить, что влияние государственной системы регулирования должно сводиться к тому, чтобы создавать систему работы с пациентом и лечения его, которая удобна для пациента, которая устраивает государство и которая устраивает врача. Если эти три единицы не будут в чем-то удовлетворены, не будет никакого качества. Врачи должны быть обучены как следует и должны иметь условия для оказания помощи. А пациент должен знать, что он может и должен получить, и выбрать себе врача, метод оплаты его работы и учреждение. От всего этого зависит качество.

— **А. Конарев:** И все это, по-видимому, должно быть процессом, который постоянно идет, совершенствуется, корректируется, вносятся регулировки, а раз навсегда вопрос не решишь, бирку не повесишь, что эта клиника оказывает помощь нужного качества. Как сделать, чтобы этот процесс шел?

— **В. Леонтьев:** Хочу в связи с этим затронуть очень острую, на мой взгляд, проблему — проблему управления стоматологической отраслью. Все управление медициной делится на два вида: административное и профессиональное. Сейчас все виды управления взял на себя Минздрав и уже давно, много лет назад. Министерство может создавать образовательные программы? Кто, чиновник их будет создавать? Определение уровня профессионального знания тоже он будет производить? Таких пунктов, на которые Минздрав тратит время совершенно бесполезно, я вижу 21 — см. табл. 1. Эти функции (назовем их профессиональными) должны относиться к компетенции профессионального сообщества. А функций Министерства (назовем их административными) всего, на мой взгляд, 16 (табл. 1).

Качество стоматологической помощи можно определять по-разному. С моей точки зрения, **качественной стоматологической помощью может быть только при таком ее состоянии, которое удовлетворяет интересам государст-**

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

ва, пациентов и стоматологического сообщества в целом. Если она кого-то из этой тройки не удовлетворяет, качества нет.

— **А. Конарев:** В этом есть четкая логика. Спасибо, Валерий Константинович! Выражаю от имени читателей

нашего журнала надежду продолжить в следующем номере обсуждение проблем качества оказания стоматологической помощи.

— **В. Леонтьев:** С удовольствием готов принять в этом участие.

Таблица 1.

Административное и профессиональное управление	
Профессиональные функции 1. Создание образовательных программ профессиональной подготовки медицинских кадров. 2. Определение программ и путей развития медицины. 3. Оценка уровня профессиональных знаний специалистов для любых целей. 4. Экзаменирование, аттестация и сертификация медицинских кадров в любых целях. Аккредитация любых медицинских организаций. 5. Разносторонняя характеристика и оценка технологий профессионального лечения и реабилитации. 6. Оценка, испытание и рекомендации любых видов медицинского оборудования, инструментов и материалов. 7. Создание профессиональных добровольных общественных организаций на основе закона. 8. Проведение профессиональных съездов, конференций, симпозиумов, совещаний, выставок. 9. Создание системы информатики в специальности. Издание журналов, газет, создание сайтов и др. 10. Осуществление международной деятельности. 11. Определение конкретного менеджмента, финансирования и экономики негосударственных медицинских организаций. Создание рекомендаций по данному разделу в рамках закона. 12. Разработка и реализация этического кодекса. 13. Осуществление негосударственной деятельности по постдипломному образованию. 14. Проведение конкурсов, чемпионатов, мастер-классов профессионального мастерства среди специалистов. 15. Создание узкопрофессиональных объединений специальности для профессиональной деятельности. 16. Создание независимых экспертных компаний для разрешения конфликтов и др. мер, программ страхования рисков. 17. Награждение профессиональными наградами. 18. Написание учебников, руководств, монографий, рекомендаций, пособий. 19. Деловые и профессиональные контакты с промышленностью, выпускающей медицинские изделия. 20. Проведение благотворительной деятельности. 21. Определение качества медицинской помощи для любых целей.	Административные функции 1. Издание и подготовка законов, постановлений, нормативов. 2. Определение типов медицинской помощи (государственная, смешанная, кооперативная, частная и др.) населению. 3. Определение вида медицинских организаций, оказывающих помощь населению (поликлиники, отделения, кабинеты и пр.). 4. Определение способов и видов оплаты медицинской помощи (страхование, бюджет, личные средства и др.). 5. Определение (вид, способ, номенклатура) подготовки кадров для медицинской помощи населению. 6. Определение вида, объема и способа налогообложения медицинской помощи. 7. Непосредственное управление государственными медицинскими организациями. 8. Государственное планирование, отчетность и статистика медицинской помощи населению. 9. Непосредственное руководство государственной системой подготовки кадров. 10. Разработка и проведение системы лицензирования. 11. Определение льготных групп для медицинского лечения в государственных медицинских учреждениях. 12. Создание и контроль за государственными системами профилактики. 13. Определение условий и проведение нострификации дипломов. 14. Награждение государственными наградами, грамотами, дипломами. 15. Организация и проведение проверок в государственных медицинских учреждениях. 16. Определение функций врачебных должностей.
Подготовлено академиком В.К. Леонтьевым	

42-й Московский
международный
стоматологический
форум и выставка



Дентал-Экспо

25-28 сентября 2017

Москва, Крокус Экспо
павильон 2, залы 5, 7, 8
Проезд: м. "Мякинино"

На правах рекламы, 6+



www.dental-expo.com

Устроитель:

DENTALEXPO®

Стратегический
партнер



S.T.I.dent - спонсор выставки,
эксклюзивно представляет

Septanest®

Генеральный
информационный
партнер

Стоматология
СЕГОДНЯ

Генеральный
научно-информационный
партнер

DENTAL TRIBUNE



Ортопедическая стоматология

Исследование стоматологических материалов на основе диоксида циркония при изготовлении ортопедических конструкций

Резюме

В статье рассматриваются результаты исследования взаимодействия современных стоматологических материалов на этапах изготовления ортопедических конструкций, полученные методами комбинационного рассеяния, энергодисперсионной рентгеновской спектроскопии, сканирующей электронной микроскопии. Полученные данные указывают на спонтанное появление метастабильной фазы в структуре диоксида циркония на этапе покрытия облицовочной керамической массой.

Ключевые слова: керамика, диоксид циркония, цельно керамические конструкции, метод комбинационного рассеяния, ЭДС анализ, сканирующая электронная микроскопия.

Для цитирования: Первов Ю.Ю., Батоев А.А., Карпенко А.А., Карабцов А.А., Султанов А.А. Исследование стоматологических материалов на основе диоксида циркония при изготовлении ортопедических конструкций. Стоматология для всех. — 2017. — № 1 (78). — С. 12–16.

The study of dental materials based on zirconium dioxide during manufacturing of orthopedic structures

Pervov Yu.Yu., Batoev A.A., Karpenko A.A., Karabtcev A.A., Sultanov A.A.

Summary

The article gives an overview of the study of the modern dental materials mutual effect obtained by the methods of Raman scattering, X-ray energy dispersive spectroscopy, scanning electron microscopy. These data indicate the spontaneous appearance of the metastable phase (147, 260, 318, 464, 641 cm⁻¹) in the structure of zirconium dioxide. These changes begin with the interaction of zirconium dioxide surface with ceramic masses.

Keywords: ceramics, zirconium dioxide, one-piece ceramic appliances, Raman spectroscopy, EDS analysis, Scanning Electron Microscopy.

Citation: Pervov Yu.Yu., Batoev A.A., Karpenko A.A.,

Первов Ю.Ю., д.м.н. зав. кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии Тихоокеанского государственного медицинского университета

Батоев А.А., ассистент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Тихоокеанского государственного медицинского университета

Карпенко А.А., к.б.н., с.н.с. Института биологии моря им. А.В. Жирмунского Дальневосточного отделения Российской академии наук

Карабцов А.А., к.г.-м.н. Геологического Института Дальневосточного отделения Российской академии наук

Султанов А.А., ассистент кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Тихоокеанского государственного медицинского университета

Для переписки:

E-mail: pervov73@mail.ru

Karabtcev A.A., Sultanov A.A. The study of dental materials based on zirconium dioxide during manufacturing of orthopedic structures. *Stomatologia dla vseh*. 2017; 1 (78): 12–16.

В современной стоматологии уделяется большое внимание эстетическим и механическим характеристикам используемых материалов для изготовления несъемных ортопедических конструкций, что способствовало активному развитию разных видов керамических стоматологических материалов. Ортопедические конструкции, изготовленные на основе диоксида циркония, стабилизированного оксидом иттрия, обладают высокой прочностью и биологической инертностью по сравнению с другими конструкционными материалами [1].

В повседневной клинической практике достаточно часто встречаются сколы облицовочной керамики с поверхности протезов, изготовленных на основе диоксида циркония. Стабильность диоксида циркония, долговечность всей конструкции определяется свойствами каркаса и облицовочной керамики [2]. Прочность облицовочной керамики под механической нагрузкой является слабым звеном в данном типе протезов. Разрушение слоистой структуры керамики начинается в объеме 15% — через 24 месяца, 25% — через 31 месяц [1, 3], и 8% — через 36 месяцев [1]. Разрушение облицовочной керамики фиксируется в виде трещин, сколов, полного отслоения от каркаса. При этом не было зафиксировано ни одного случая перелома каркаса на основе диоксида циркония [4, 5]. Стоит отметить, что перечень керамических масс, сертифицированных в РФ, для облицовки циркониевых каркасов, не значителен, а количество центров, предлагающих фрезерование каркасов из диоксида циркония различных производителей, значительно. На фоне этого особенно



актуально исследование диоксида циркония различных производителей при взаимодействии с облицовочной керамикой с дальнейшим анализом этих параметров во время эксплуатации ортопедических конструкций. Данные о частоте сколов облицовочной керамики на территории России в доступных источниках литературы отсутствуют.

Исходя из вышеизложенного, **целью** нашего **исследования** было совершенствование методов протезирования несъемными ортопедическими конструкциями на основе диоксида циркония. В данном исследовании решались задачи определения некоторых физико-химических свойств диоксида циркония на этапах изготовления ортопедических конструкций, влияющих на его потребительские характеристики.

Материалы и методы. Для исследования нами было взято две группы образцов. Для изготовления рабочих образцов в полную анатомию зуба были взяты материалы, поставляемые на территорию России. В первой группе – образцы из диоксида циркония Zirconzahn (Ice Translucent), производства фирмы Zirconzahn® (Italy). Несущий силовой каркас ортопедической конструкции изготовлен из стоматологического материала на основе диоксида циркония, частично стабилизированного оксидом иттрия, который был далее облицован сверху керамической массой (Noritake – CZR). Технологические этапы фрезерования были выполнены на фрезерном станке – Zirconzahn M5 с программным обеспечением V. 3.7.4.5 от 2016 года. Опытные образцы 1 группы спекались в печи Zirkonofen 600 в режиме программы № 1, согласно рекомендаций производителя. Во 2 группе – образцы, изготовленные из диоксида циркония неизвестного производителя, были покрыты облицовочной керамической массой (Noritake – CZR). Исследование образцов проводилось до и после нанесения облицовочной керамической массы.

Для выполнения поставленных задач применены методы комбинационного рассеяния, энергодисперсионной рентгеновской спектроскопии, сканирующей электронной микроскопии. Для определения элементного состава материалов использовалась энергодисперсионная рентгеновская спектроскопия. Исследование проводилось на двух разных приборах: анализаторе JOEL 8200 (Japan) и на сканирующем электронном микроскопе LEVO-40 (ZEISS, Germany), оснащенный приставкой OXFORD-Ex-Act (U.K.).

Физико-химические свойства материалов оценивались методом комбинационного рассеяния, Рамановские спектры получали с помощью рамановского микроскопа-спектрометра (in Via Reflex, Renishaw, UK) объединенного с микроскопом падающего света (Leica DM2500M, Leica-microsystems, Germany). Для возбуждения использовали диодный лазер 532 нм при 5,0 мВт мощности на уровне объекта

и времени экспозиции 0,3 с. В некоторых случаях применялся ИК лазер 785 нм при мощности на объекте 15 мВт и времени экспозиции 1 с. Лазерное пятно диаметром около 1,6 мкм на образце формировалось объективом (50x, NA=0.6, Leica).

Результат и обсуждение. Методом энергодисперсионной рентгеновской спектроскопии были получены данные, характеризующие элементный состав облицовочной керамической массы (Noritake – CZR) после технологического процесса изготовления, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1. Состав облицовочной массы (Noritake – CZR (Japan), использованной в обеих группах образцов

Облицовочная керамика	O	Na	Mg	Al	Si	K	Ca	C	всего
Noritake – CZR	55,12	4,73	0,16	4,15	12,78	2,22	0,15	20,69	100

В таблице 2 представлены результаты исследования методом энергодисперсионной рентгеновской спектроскопии элементного состава диоксида циркония Zirconzahn® после термической обработки и диоксид циркония неизвестного производителя, используемого на территории России.

Таблица 2. Элементный состав исследуемых образцов диоксида циркония

	Zr (цир- кон)	Al (ал- лю- ми- ний)	O (кис- ло- род)	Si (крем- ний)	C (угле- род)	Fe (же- лезо)	Y (ит- трий)	Na (нат- рий)	Hf (гаф- ний)	все- го
Заяв- ленные дан- ные про- изво- дителя zircon- zahn. com	до 95	от 0,15 до 0,35	–	0,02	–	0,01	от 4,95 до 5,26	0,04	–	–
ДЦ Zircon- zahn®	60,46	–	27,8	–	8,25	–	2,12	–	1,35	100
ДЦ неизве- стного про- изво- дителя	41,73	–	41,8	–	15,7	–	–	–	0,69	100

Сопоставление полученных результатов методом энергодисперсионной рентгеновской спектроскопии диоксида циркония Zirconsahn® (Ice Translucent) с данными производителя [6] и диоксида циркония неизвестного производителя показало, что диоксид циркония неизвестного производителя имеет минимальный набор основных элементов без включения в состав материала основного стабилизатора кристаллической структуры оксида иттрия. Диоксид циркония Zirconsahn® тоже имеет отличия по отношению к показателям, заявленным официально, что, возможно допускается производителем материала, но содержание оксида иттрия меньше заявленного диапазона варибельности, что может ухудшить потребительские качества материала. Как всем известно, гафний — химический аналог циркония — присутствует в циркониях и циркониевых песках — источниках добычи этого металла. Помимо этого гафний может выполнять функцию стабилизирующего компонента, выступать маркером чистоты и качества используемого сырья с варибельностью концентрации 0,5–4%.

Методом комбинационного рассеяния получены спектры диоксида циркония Zirconsahn®, которые представлены на рис. 1.

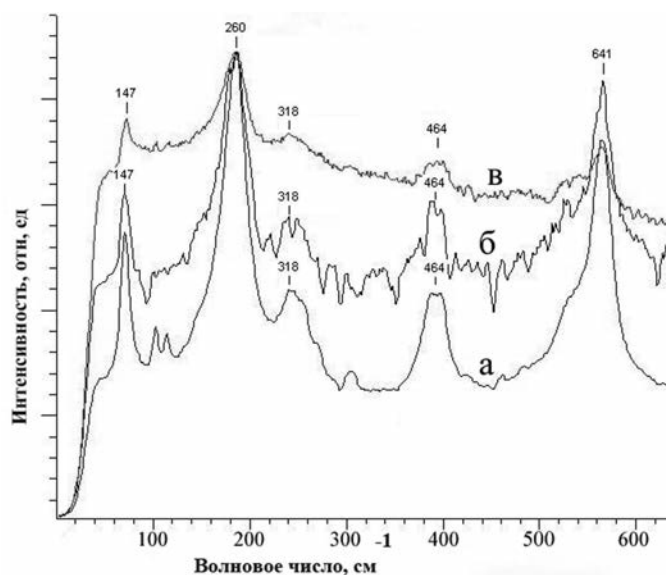


Рис. 1. Спектры комбинационного рассеяния диоксида циркония Zirconsahn®: а — спектр до спекания в печи, б — после спекания в печи, в — спектр в ближнем инфракрасном диапазоне

В процессе термической обработки уплотнение материала (спекание) происходит за счет преобразования кристаллических фаз с последующим уменьшением объема и структурной перестройкой (рис. 1). Формируются области моноклинной фазы, внедренные в кристаллическую структуру в виде доменов, сопряженных с тетрагональной фазой [7, 8].

При исследовании получены спектры комбина-

ционного рассеяния диоксида циркония Zirconsahn после покрытия облицовочной керамической массой и представлены на рис. 2 в сравнении с этими же данными, полученными ранее (диаграмма б, рис. 1).

После всех технологических этапов изготовления несущего каркаса подавляющий объем диоксида циркония, стабилизированного оксидом иттрия, составляет тетрагональная фаза (Т — фаза) [9, 10], что также подтверждается спектром КР на рис. 2 (слева). В диапазоне до 650 см⁻¹ все пики 147, 260, 318, 464, 641 см⁻¹ говорят о метастабильной тетрагональной фазе [11, 12, 13]. На следующем этапе изготовления эти образцы были покрыты слоем облицовочной керамики, согласно рекомендации производителя, и получены повторные спектры комбинационного рассеяния с зоны контакта диоксида циркония с облицовочной керамикой, рис. 2 (справа). Произошедший сдвиг в сторону моноклинной фазы свидетельствует об активном росте объема метастабильной фазы в зоне перехода облицовочной керамической массы в диоксид циркония. Данный переход продолжается в глубину конструкции. Сказанное подтверждается другими исследователями [14, 15, 16, 17].

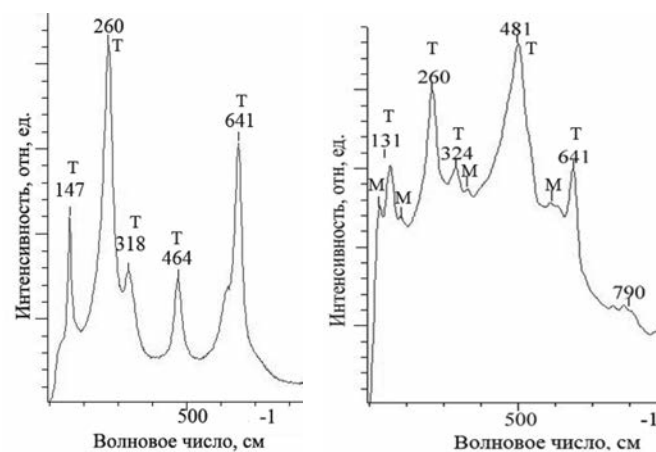


Рис. 2. Спектры комбинационного рассеяния диоксида циркония Zirconsahn®: слева — спектр комбинационного рассеяния материала на основе диоксида циркония Zirconsahn®, справа — спектр комбинационного рассеяния материала на основе диоксида циркония Zirconsahn®, покрытого облицовочной керамической массой Noritake — CZR

При исследовании образцов 2 группы получены спектры комбинационного рассеяния диоксида циркония неизвестного производителя, покрытого облицовочной керамической массой Noritake — CZR. Согласно данным элементного состава, в образце № 2 полностью отсутствует оксид иттрия, что сказалось отрицательно на прочностных характеристиках всей конструкции. Отсутствие стабилизатора не позволяет избежать изменений объема, связанных с фазовыми превращениями [18]. На рис. 3 представлены спектры комбина-

ционного рассеяния, полученные с неразрушенной части каркаса ДЦ и с линии разлома конструкции.

Результаты исследования позволяют говорить, что зоны спонтанного кристаллического роста формируют области слабой трещиностойкости на границах моноклинной с тетрагональной (М–Т) фазой из-за высокой активности метастабильной фазы. В результате влияния высокой влажности в полости рта, жевательной нагрузки и отсутствия оксида иттрия как стабилизатора происходит деградация несущего каркаса от зоны перехода облицовочной керамической массы в диок-

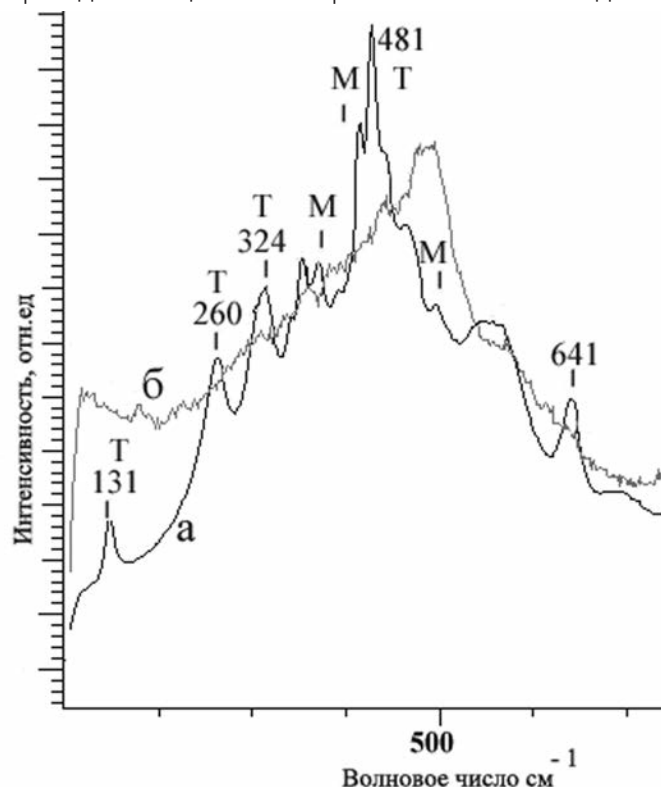


Рис. 3. Спектры комбинационного рассеяния диоксида циркония неизвестного производителя: а — спектр с поверхности взаимодействия облицовочной керамической массы с диоксидом циркония, б — спектр с поверхности разлома диоксида

сид циркония с накоплением микротрещин, приводящих к разрушению ортопедической конструкции [10, 18, 19]. В пользу такой рабочей гипотезы представлены данные, полученные методом энергодисперсионной рентгеновской спектроскопии с поверхности скола конструкции (рис. 4).

На основании проведенного исследования разрушившейся ортопедической конструкции, изготовленной на основе диоксида циркония неизвестного производителя, можно сделать вывод, что использованный материал был непригоден для изготовления данного типа ортопедической конструкции. Отсутствие оксида иттрия, стабилизирующего структуру диоксида циркония, вызвало ускорение деградации материала с

появлением трещин [11]. При таком качестве диоксида циркония долговечность данного типа конструкций сомнительна.

Заключение. На основании вышеизложенного видно, что в зоне контакта циркониевого каркаса с облицовочной керамикой часть тетрагональной фазы в структуре диоксида циркония начинает преобразовываться в сторону моноклинной фазы, что может быть причиной возникновения локальных напряжений материала, приводящего к появлению микротрещин и их росту вплоть до разрушения изделия. Данная рабо-

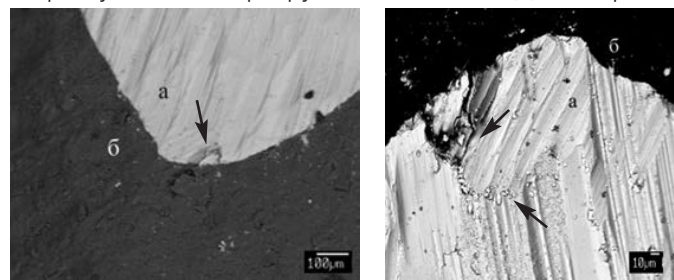


Рис. 4. Изображение сканирующей электронной микроскопии во вторичных электронах: а) диоксид циркония, б) облицовочная керамика Noritake — CZR. Стрелками указаны зоны перерождения в структуре диоксида циркония

чая гипотеза требует дальнейшего исследования материала для выявления причин возникновения разрушения и способов устранения этих изменений, что и является темой наших дальнейших исследований.

Литература

- Gogotsi G.A., Lomonova E.E., Furmanova Y., Savitskaya I.M. Ceramurg. Int. 20, 343 (1994).
- Guess P.C., Kulis A., Witkowski S., Wolkewitz M., hang Y., Strub J.R. Shear bond strengths between different zirconia cores and veneering ceramics and their susceptibility to thermocycling. Dent Mater 2008; 24: 1556–1567.
- Ozkurt Z., Kazazoglu E., Unal A. In vitro evaluation of shear bond strength of veneering ceramics to zirconia. Dent Mater J 2010; 29: 138–146.
- Taskonak B., Yan J., Mecholsky Jr J.J., Sertgoz A., Kocak A. Fractographic analyses of zirconia-based fixed partial dentures. Dent Mater 2008; 24: 1077–1082.
- Nicholls J. and Stout M.Z. Electron beam analytical instruments and the determination of modes, spatial variations in minerals and textural features of rocks in polished section // Contr. Mineral. Petrol. — 1986. — No. 94. — P. 395–404.
- [1Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://zirkonzahn.com/assets/files/anleitungen-informationen-studien/INT-Data-sheet-ICE-Zirkon-Translucent.pdf>, свободный. Дата доступа 05.12.2015.
- Беккер Ю. Спектроскопия. — М.: Техносфера, 2009. — 528 с.
- Борик М.А., Бублик В.Т., Кулебякин А.В., Ломонова Е.Е., Миловитч Ф.О., Мызина В.А., Осико В.В., Серяков С.В.,

Табачкова Н.Ю. Структура и механические свойства кристаллов частично стабилизированного диоксида циркония после термообработки // Физика твердого тела. — 55, 8, 1578 (2013).

9. Chevalier J., Deville S., Munch E., Jullian R., Lair F. Critical Effect of Cubic Phase on Aging in 3 mol% Yttria-stabilized Zirconia Ceramics for Hip Replacement Prosthesis. *Biomaterials*. 2004. 25 (24): 5539–5545.

10. Lazar D.R., Bottino M.C., Ozcan M., Valandro L.F., Amaral R., Ussui V., Bressiani A.H.A. Y-TZP Ceramic Processing from Coprecipitated Powders: A Comparative Study with Three Commercial Dental Ceramics. *Dent. Mater.* 2008. 24 (12): 1676–1685.

11. Li J., Tang Z., Zhang Z., Luo S. Study of Factors Influencing the Microstructure and Phase Content of Ultrafine Y-TZP. *Mater. Sci. Eng.: B*. 2003. 99 (1–3): 321–324.

12. Witke K., Osterle W., Skopp A., Woydt M. Raman Microprobe Spectroscopy and Transmission Electron Microscopy of Thermal Sprayed ZrO₂ Coatings Before and After Rub Testing of Outer Air Seals. *J. Raman Spectrosc.* 2001. 32 (12): 1008–1014.

13. Steinbrech R.W. Toughening Mechanisms for Ceramic Materials. *J. Eur. Ceram. Soc.* 1992. 10 (3): 131–142.

14. Evans A.G., Cannon R.M. Toughening of Brittle Solids by Martensitic Transformations. *Acta Metall.* 1986. 34 (5): 761–800.

15. Durand J.-C., Jacquot B., Salehi H., Pages M., Margerit J., Cuisinier F.J.G. Confocal Raman microscopic analysis of the zirconia/feldspathic ceramic interface // *Dental Material*. 2012 / A 28. 661–671.

16. Brown S.S., Green D.D., Pezzotti G., Donaldson T.K., Clarke I.C. Possible triggers for phase transformation in zirconia hip balls, *J. Biomed. Mater. Res. B* 85B (2), 444–452 (2008).

17. Munoz-Tabares J.A., Jimenez-Pique E., Anglada M. Subsurface evaluation of hydrothermal degradation of zirconia, *Acta Mater.* 59 (2), 473–484 (2011).

18. Осковитый В.В. Выбор оксидов для стабилизации диоксида циркония при получении теплозащитных покрытий // Наука и техника. — 2015. — № 5. — С. 26–32.

19. Djaker N., Wulfman C., Sadoun M., Lamy de la Chapelle M. Zirconia dental implants degradation by confocal Raman microspectroscopy: analytical simulation and experiments // *OSA* 2013; 4 (5): 725–731.

References

1. Gogotsi G.A., Lomonova E.E., Furmanova Y., Savitskaya I.M. *Ceramurg. Int.* 20, 343 (1994).

2. Guess P.C., Kulis A., Witkowski S., Wolkewitz M., Hang Y., Strub J.R. Shear bond strengths between different zirconia cores and veneering ceramics and their susceptibility to thermocycling. *Dent Mater* 2008; 24: 1556–1567.

3. Ozkurt Z., Kazazoglu E., Unal A. In vitro evaluation of shear bond strength of veneering ceramics to zirconia. *Dent Mater J* 2010; 29: 138–146.

4. Taskonak B., Yan J., Mecholsky Jr J.J., Sertgoz A., Kocak A.

Fractographic analyses of zirconia-based fixed partial dentures. *Dent Mater* 2008; 24: 1077–1082.

5. Nicholls J. and Stout M.Z. Electron beam analytical instruments and the determination of modes, spatial variations in minerals and textural features of rocks in polished section // *Contr. Mineral. Petrol.* — 1986. — No. 94. — P. 395–404.

6. <http://zirkonzahn.com/assets/files/anleitungen-informatio-nen-studien/INT-Data-sheet-ICE-Zirkon-Translucent.pdf>

7. Bekker Yu. Spectroscopy. Moscow: Technosphaera, 2009. — P. 528. (in Russian).

8. Borik M., Bublik V., Kulebyakin A., Lomonova E., Milovich F., Myzina V., Osiko V., Seryakov S., Tabachkova N. The structure and mechanical characteristics of partially stabilized zirconium dioxide crystals after firing. *Solid State Physics* 55, 8, 1578 (2013). (in Russian).

9. Chevalier J., Deville S., Munch E., Jullian R., Lair F. Critical Effect of Cubic Phase on Aging in 3 mol% Yttria-stabilized Zirconia Ceramics for Hip Replacement Prosthesis. *Biomaterials*. 2004. 25 (24): 5539–5545.

10. Lazar D.R., Bottino M.C., Ozcan M., Valandro L.F., Amaral R., Ussui V., Bressiani A.H.A. Y-TZP Ceramic Processing from Coprecipitated Powders: A Comparative Study with Three Commercial Dental Ceramics. *Dent. Mater.* 2008. 24 (12): 1676–1685.

11. Li J., Tang Z., Zhang Z., Luo S. Study of Factors Influencing the Microstructure and Phase Content of Ultrafine Y-TZP. *Mater. Sci. Eng.: B*. 2003. 99 (1–3): 321–324.

12. Witke K., Osterle W., Skopp A., Woydt M. Raman Microprobe Spectroscopy and Transmission Electron Microscopy of Thermal Sprayed ZrO₂ Coatings Before and After Rub Testing of Outer Air Seals. *J. Raman Spectrosc.* 2001. 32 (12): 1008–1014.

13. Steinbrech R.W. Toughening Mechanisms for Ceramic Materials. *J. Eur. Ceram. Soc.* 1992. 10 (3): 131–142.

14. Evans A.G., Cannon R.M. Toughening of Brittle Solids by Martensitic Transformations. *Acta Metall.* 1986. 34 (5): 761–800.

15. Durand J.-C., Jacquot B., Salehi H., Pages M., Margerit J., Cuisinier F.J.G. Confocal Raman microscopic analysis of the zirconia/feldspathic ceramic interface // *Dental Material*. 2012 / A 28. 661–671.

16. Brown S.S., Green D.D., Pezzotti G., Donaldson T.K., Clarke I.C. Possible triggers for phase transformation in zirconia hip balls, *J. Biomed. Mater. Res. B* 85B (2), 444–452 (2008).

17. Munoz-Tabares J.A., Jimenez-Pique E., Anglada M. Subsurface evaluation of hydrothermal degradation of zirconia, *Acta Mater.* 59 (2), 473–484 (2011).

18. Oskovityi V. Oxide selection for zirconium dioxide stabilization in obtaining thermal protection coating // *Science and Technology*. — 2015. — № 5. — P. 26–32. (in Russian).

19. Djaker N., Wulfman C., Sadoun M., Lamy de la Chapelle M. Zirconia dental implants degradation by confocal Raman microspectroscopy: analytical simulation and experiments // *OSA* 2013; 4 (5): 725–731.



Социально ориентированные программы профилактической стоматологической помощи для населения пожилого возраста

Резюме

В настоящей статье приведены результаты анализа научно-теоретической обоснованности, целесообразности и своевременности постановки вопроса о разработке Программы профилактической стоматологической помощи населению пожилого возраста. Основным методом исследования были библиографический и контент-анализ. Было установлено, что новая Программа должна быть комплексной и включать практические мероприятия, кадровое обеспечение, формирование базы дидактического материала, создание системы мониторинга реализации и контроля результатов.

Ключевые слова: программа профилактической стоматологической помощи, лица пожилого и старческого возраста.

Для цитирования: Кузнецов С.В. Социально ориентированные программы профилактической стоматологической помощи для населения пожилого возраста. Стоматология для всех. – 2017. – № 1 (78). – С. 17–23.

Preventive dental care programs for older patients
Kuznetsov S.V.

Summary

This article presents the results of analysis of the scientific validity, feasibility and timing for the development of a Preventive dental care program for older patients. The main method of the research was bibliographic and content analysis. It was found that the new Program must be comprehensive and include specific directions for the development of practical activities content of the Programme, its staffing, the development of the didactic material database creation of monitoring system of the Programme implementation and monitoring its results.

Keywords: preventive dental care, persons of elderly and senile age.

Citation: Kuznetsov S.V. Preventive dental care programs for older patients. Stomatologia dla vseh. 2017; 1 (78); 17–23.

Разработка и внедрение новой модели оказания стоматологической помощи людям старшей возраст-

ной группы является сегодня наиболее серьезной проблемой, стоящей перед организаторами медицинской помощи в России. Только комплексная стоматологическая реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста во взаимодействии с профилактическими гигиеническими стоматологическими программами способна кардинально переломить сложившуюся ситуацию в данной возрастной группе.

Актуализация вопросов повышения объема и качества всех видов медицинского, в том числе стоматологического обслуживания пожилых людей связана со стремительным старением населения земного шара [21, с. 185–196] и, в частности, России. Доля лиц пожилого и старческого возраста в Российской Федерации в настоящее время превышает 30% всего населения и продолжает стремительно расти [4, с. 215–220].

Формирующаяся десятилетиями финансовая и социальная система обслуживания стоматологических пациентов пожилого и старческого возраста в Европе к настоящему моменту позволяет практически полностью обеспечить эту группу населения качественной социально-ориентированной стоматологической помощью в необходимом объеме. Ввиду отсутствия государственного регулирования данной проблемы в последние десятилетия в России, аналогичные успехи отечественной стоматологии оказались значительно более скромными. Это обусловлено в первую очередь отсутствием должного финансирования стоматологической помощи для данной категории пациентов со стороны частных и государственных фондов, страховых компаний и местных бюджетных средств.

Особая медико-социальная значимость обозначенной проблемы обоснована сложностью выбора оптимального решения, связанного, кроме прочего, с пре-



Кузнецов С.В., д.м.н., профессор кафедры хирургических дисциплин Медицинского института ФГАОУВО "Балтийский Федеральный университет им. И. Канта" Министерства образования и науки Российской Федерации, с.н.с. ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздрава России, руководитель группы клиник "Центр эстетической стоматологии", г. Москва

Для переписки:
E-mail: 2334695@bk.ru

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

одолением влияния нескольких неблагоприятных факторов:

- организационных: отсутствие слаженной современной социально-ориентированной программы профилактики для лиц пожилого возраста;

- социальных: разобщенность пациентов данной группы;

- клинических общесоматических: преморбидное неблагополучие в виде осложненного общесоматического фона у пациентов (наличие нескольких хронических заболеваний);

- клинических стоматологических: значительная атрофия костей верхней и нижней челюсти, отсутствие значительного количества зубов, отсутствие удовлетворительной гигиены органов и тканей рта, гиперсолевая и т.д.;

- экономических: отсутствие законченной, сформированной Программы профилактики и лечения пациентов старших возрастных групп и должного финансирования мероприятий данной Программы.

Ожидается, что решение данных проблем позволит значительно улучшить здоровье людей. Сохраняя зубы как можно дольше, восстанавливая жевательную эффективность и эстетику органов и тканей рта и эстетику лица пожилых пациентов, мы преследуем конкретную цель — улучшить качество жизни более 1/3 населения Российской Федерации.

Цель исследования — научно-методическое обоснование разработки и внедрения программы профилактики стоматологической помощи для населения пожилого возраста.

В задачи исследования входило научно-теоретическое обоснование целесообразности разработки комплексной социально-ориентированной Программы профилактики стоматологической помощи для населения пожилого возраста.

Материал и методы. Научно-теоретическое обоснование целесообразности разработки программы профилактики стоматологической помощи для населения пожилого и старческого возраста было первым этапом исследования соответствующей тематики и направленности. Основным методом данного этапа стал библиографический. В общей сложности было изучено 23 источника научной литературы. Полученные данные были структурированы, проанализированы, на основании чего стало возможным сформулировать вывод о целесообразности и своевременности разработки упомянутой Программы профилактики стоматологической помощи.

Результаты исследования. Анализ доступной научной литературы позволил установить, что эффективность стоматологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста зависит от нескольких неразрывно связанных факторов — организационного,

медицинского, социального, экономического и академического [8, с. 3–4].

Анализ положения пожилых людей в России по социально-демографическим и экономическим показателям позволяет констатировать их неудовлетворенность состоянием собственного здоровья, в том числе стоматологического [14]. На сегодняшний день стоматологические услуги в нашей стране предоставляются преимущественно на платной основе. В силу высокой стоимости они недоступны для 80% пациентов обсуждаемой возрастной категории. Можно констатировать, что более 30% населения нашей страны и в частности г. Москвы и Московской области дискриминировано в возможности получения доступной качественной и высокотехнологичной стоматологической помощи [8, с. 3–4].

Только введение целевого финансирования может изменить ситуацию! Но уже сейчас необходимо разрабатывать и реализовывать специальные программы профессионального постдипломного образования и специализации в области стоматологического обеспечения пожилых пациентов.

Необходимо помнить, что состояние органов и тканей рта может существенно влиять на качество жизни, особенно в пожилом и старческом возрасте, так как снижение качества жизни напрямую связано с наличием зубной боли и дискомфортом во рту.

Многочисленные исследования показали взаимосвязь между заболеваниями органов и тканей рта и косметическими дефектами лица, изменениями питания, жевания и речи с последующими нарушениями социальных контактов и снижением уровня благосостояния.

В целом весь комплекс профилактических мероприятий как основы и неотъемлемой составляющей комплексной стоматологической реабилитации направлен на повышение качества жизни пациентов. Потребность стоматологических организаций и органов управления здравоохранением всех уровней в создании программ профилактики стоматологических заболеваний как важного этапа комплексной стоматологической реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста определила актуальность создания "Социальных программ профилактики стоматологических заболеваний для лиц пожилого возраста" [9, с. 1–3].

Данный подход позволит охватить диспансеризацией и стоматологической профилактикой 100% населения, относящегося к организациям, вовлеченным в процесс реализации "Социальных программ профилактики стоматологических заболеваний для лиц пожилого и старческого возраста". Результатом внедрения данной Программы и реализации ее основных принципов станет многократное улучшение стоматоло-

гического и, как результат, общего здоровья огромного количества россиян, проживающих в РФ.

Проблема профилактики и лечения патологии пародонта для людей пожилого и старческого возраста является не только медицинской, но и социальной. Оценка критериев здоровья людей старших возрастных групп является интегральной и учитывает степень их физической подвижности, социальную активность, а также показатели остроты зрения, слуха, показатель сохранившихся зубов и их функциональной ценности. Последний показатель важен, поскольку нарушение целостности жевательного аппарата, его функции приводит к снижению качества жизни пожилых людей и отрицательно влияет на процесс их социальной адаптации, приводит, в итоге, к фактической инвалидности по стоматологии [18, с. 2–4].

На этапе амбулаторной помощи людям пожилого и старческого возраста с патологией пародонта важное место должны занимать новые подходы к реорганизации имеющейся стоматологической помощи [18, с. 2–4] в аспекте формирования в стоматологических поликлиниках специализированных отделений [11, с. 1–5] или кабинетов геронтостоматологической помощи и планированию в них [19] не только профессиональной профилактической гигиенической и лечебной работы, но и динамического наблюдения за закрепленным контингентом. Безусловно, в такой работе большое значение будут иметь мероприятия [19] по совершенствованию диагностики [22, с. 2–7], терапии и профилактике заболеваний пародонта у людей пожилого и старческого возраста с учетом особенностей их организма.

Среди практических мероприятий в первую очередь следует назвать следующие:

1. Определение перечня и необходимого объема стоматологических профилактических мероприятий, направленных на улучшение гигиены рта для лиц пожилого и старческого возраста.

2. Подготовка "Социально-ориентированной программы профилактики стоматологических заболеваний для лиц пожилого и старческого возраста" в России.

3. Определение объема и источников финансирования, необходимых для реализации социально-ориентированных программ профилактики стоматологических заболеваний среди лиц пожилого и старческого возраста; среди источников следует рассматривать систему ОМС и дополнительное целевое бюджетное финансирование стоматологических профилактических мероприятий в рамках "целевой Программы профилактики стоматологических заболеваний для лиц пожилого возраста".

4. Проведение мониторинга статистических данных и соответствующего анализа для уточнения состояния и динамики стоматологической патологии у лиц пожило-

го возраста в Российской Федерации.

5. Внедрение комплексной стоматологической реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста в практическую стоматологию [8, с. 1–3; 9, с. 1–5].

6. Проведение обучающих семинаров для врачей-стоматологов и гигиенистов стоматологических с целью повышения уровня знаний и мотивации при работе с лицами данной возрастной группы.

7. Обучение гигиенистов стоматологических и всего медицинского персонала клиник по вопросам поддержания общего состояния здоровья лицами данной возрастной группы [13].

8. Проведение информационных мотивационных бесед с людьми старших возрастных групп по проблемам профилактики заболеваний и их своевременного лечения.

Рассматривая механизм реализации Программы профилактики стоматологических заболеваний для лиц пожилого и старческого возраста, следует обратить внимание на возможность создания отдельных стоматологических кабинетов для пациентов пожилого и старческого возраста ("кабинеты геронтостоматологии") с целью проведения названному контингенту специализированных профилактических стоматологических мероприятий по гигиене рта и стоматологического лечения в необходимых и достаточных объемах.

Кадрово-ресурсное обеспечение Программы должно предусматривать участие в ней гигиенистов стоматологических, врачей-стоматологов с сертификацией по геронтостоматологии [12].

К контролю над проводимыми программами, в свете проводимой в нашей стране административной реформы, федеральным законодательством возможно привлечение к регулированию в области экономики объединений общественного свойства – саморегулируемых организаций (СРО) как профессиональных объединений с передачей им некоторых публичных функций. Данный подход вполне оправдан, поскольку именно профессионалы, зная все "лазейки" и нюансы соответствующего бизнеса, могут осуществить эффективный контроль, используя механизм саморегулирования.

Реализация механизма саморегулирования осуществляется посредством:

1. Разработки правил и стандартов предпринимательской (профессиональной) деятельности, которые исходят не от государства, а от самих предпринимателей (профессионалов) и ими же утверждаются.

2. Обеспечения надлежащего контроля со стороны предпринимательских (профессиональных) объединений за деятельностью своих членов.

3. Представления (защиты) интересов участников СРО перед третьими лицами. Государство (в этом случае в лице уполномоченного органа) осуществляет

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

общий надзор в соответствующей сфере деятельности.

Контрольную нагрузку принимают на себя именно СРО, что могло бы значительно упростить процесс подготовки целевых программ по профилактике различных стоматологических заболеваний видов и уровней, а также оптимизировать систему контроля за скоростью и качеством организации и выполнения Программ профилактики.

Организационно-структурное обеспечение Программы должно предусматривать вовлеченность в реализацию ее мероприятий следующих учреждений:

1. Стоматологические амбулаторно-поликлинические учреждения для взрослых всех форм собственности [12];

2. Центры здоровья [12];

3. Стоматологические поликлиники;

4. Стоматологические отделения частных клиник;

5. Лечебно-профилактические учреждения;

6. Дома престарелых;

7. Дома-интернаты;

8. Учреждения социальной защиты населения;

9. Гериатрические койки в стоматологических отделениях многопрофильных больниц;

10. Хосписы;

11. Госпитали для ветеранов.

Целевыми показателями программных профилактических мер следует считать сохранение 20 и более естественных функционирующих зубов у лиц пожилого возраста.

Достигнуть намеченных целевых показателей возможно, если нивелировать влияние негативных факторов, предрасполагающих к развитию кариеса у пациентов пожилого и старческого возраста. К таким факторам традиционно относят:

– нарушение когнитивных функций у представителей старших возрастных групп населения и, как следствие, возникновение трудностей и нежелание пациентов соблюдать меры индивидуальной гигиены полости рта;

– физиологические возрастные функциональные особенности организма, например, снижение секреции слюны;

– преморбидное неблагополучие: сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия;

– алиментарный фактор: употребление в пищу большого количества сахара.

Помимо этого, из-за физиологической атрофии альвеолярной кости челюстей и рецессии десны происходит частичное оголение корней зубов, поверхность которых может поражаться кариесом. Этому способствует микробный налет при неудовлетворительной гигиене рта.

При регулярном и тщательном проведении комплекса профессиональной гигиены рта, выполняемого

гигиенистом стоматологическим или врачом стоматологом, в сочетании с ежедневным правильным использованием фторсодержащей зубной пасты и щетки кариес поверхности корня зуба не возникает.

Прогрессирование рецессии десны также можно замедлить регулярной чисткой оголенной части корня зуба, устраняя или уменьшая таким образом воспалительный процесс в тканях пародонта, индуцированный микробным зубным налетом.

Следует отметить, что критериальная оценка здоровья людей пожилого и старческого возраста позволяет оценить здоровье названных групп населения интегрально, в том числе через степень их физической подвижности и социальной активности. Показатель сохранившихся зубов и их функциональная ценность, наряду с показателями остроты зрения, слуха и т.д., входит в общую оценку здоровья, поскольку нарушение целостности жевательного аппарата и его функции неминуемо влечет снижение качества жизни пожилых людей и отрицательно влияет на процесс их социальной адаптации. Следует отметить и необходимость дальнейшего совершенствования и повышения эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта у людей пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях, что возможно лишь при оправданном и рациональном использовании антибактериальных и иммуномодулирующих препаратов, научном обосновании целесообразности их применения в комплексе с другими важнейшими лечебно-профилактическими мероприятиями [18, с. 2–7]. Среди последних следует назвать профессиональную гигиену рта, контроль гигиенических навыков пациента, рациональное зубное протезирование.

Таким образом, повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов пожилого и старческого возраста является, несомненно, важной задачей для практического здравоохранения [5, с. 123–126; 6, с. 644–651; 7].

Проблема профилактики и лечения патологии пародонта для людей пожилого и старческого возраста является не только медицинской, но и социальной. Ранее уже упоминалась оценка критериев здоровья людей старших возрастных групп и ее интегральный принцип, учитывающий, среди прочего, степень физической подвижности возрастных больных, их социальную активность, а также показатели остроты зрения, слуха, сохранившихся зубов и их функциональной ценности. Последний показатель важен в связи с тем, что нарушение целостности жевательного аппарата и его функции приводит к снижению качества жизни пожилых людей, отрицательно влияет на процесс их социальной адаптации [3, с. 8–14].

Например, должности гигиениста стоматологического [15] введены лишь в незначительном числе

медицинских организаций, хотя, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.09 № 946н, в каждом детском образовательном учреждении необходимо введение в штатное расписание 1 должности специалиста данного профиля. При этом дано разъяснение, что если в номенклатуре детского учреждения нет такой должности, то администрация самостоятельно имеет право вводить должность гигиениста стоматологического. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.02.01 № 33 "О введении специальности "стоматология профилактическая" четко определено, что гигиенист стоматологический осуществляет свою деятельность в учреждениях социальной защиты населения и образования. Данным приказом устанавливаются и должностные обязанности, объем знаний и умений специалиста. Кроме того, в его обязанности входит проведение мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта под руководством врача-стоматолога [16]. Гигиенист стоматологический осуществляет названные мероприятия и самостоятельно, в рамках своей компетенции. Очень важные аспекты профилактической работы до сих пор не решены — это подготовка умственно отсталых детей к лечебному приему. Именно этим в первую очередь и должен заниматься гигиенист стоматологический, работая в психоневрологическом детском учреждении.

Наиболее эффективной организационной формой качественной медицинской помощи населению старших возрастных групп следует считать комплексное целевое планирование и реализацию региональных лечебно-оздоровительных программ [23, с. 3–4; 2, с. 1–4; 2, с. 1–5].

Анализ оказания стоматологической помощи людям пожилого и старческого возраста показал, что ее организация в домах-интернатах находится на низком уровне [23, с. 45]. Единственным документом, регламентирующим количество ставок врачей-стоматологов в домах-интернатах, является Постановление Министерства труда и социального развития РФ от 15 февраля 2002 г. № 13, в котором указано, что одна ставка стоматолога выделяется на 400 коек. В домах-интернатах мощностью менее 400 коек (они составляют более 50% учреждений) штатные должности врачей-стоматологов не предусмотрены.

Выводы:

1. Анализ доступной литературы позволяет сделать вывод о целесообразности и своевременности постановки вопроса о разработке и последующей реализации социально-ориентированной Программы профилактики стоматологической помощи для населения пожилого возраста.

2. Упомянутая Программа профилактики должна

быть комплексной и включать следующие направления:

Практические мероприятия:

1. Проведение обучающих программ постдипломного образования для врачей-стоматологов и врачей общей практики по геронтостоматологии с курсом профессиональной гигиены и профилактики стоматологических заболеваний органов и тканей рта.

2. Обучение и инструктаж медицинского персонала специализированных учреждений социального обслуживания пациентов пожилого возраста по вопросам поддержания здоровья органов и тканей рта.

3. Включение в просветительные программы средств массовой информации вопросов профилактики стоматологических заболеваний у пожилых людей.

4. Прием первичных пожилых пациентов для проведения профилактических мероприятий.

5. Повторные назначения пожилых пациентов 1 раз в полгода.

6. Проведение мотивационных бесед и практических профилактических мероприятий в домах для престарелых.

7. Проведение комплекса профессиональной гигиены рта с учетом интенсивности образования зубных отложений, но не реже чем 1 раз в полгода.

Персонал

1. Врачи-стоматологи общей практики в государственных стоматологических ЛПУ.

2. Врачи-стоматологи терапевты в государственных стоматологических ЛПУ.

3. Врачи-стоматологи частных стоматологических ЛПУ.

4. Гигиенисты стоматологические.

5. Медицинский персонал специализированных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста.

Материалы

1. Методические пособия для врачей стоматологов.

2. Методические пособия для гигиенистов стоматологических.

3. Демонстрационные наборы дополнительных средств гигиены рта.

4. Наборы инструментов для профессиональной гигиены.

5. Памятки для пожилых пациентов по вопросам профилактики стоматологических заболеваний среди населения старших возрастных групп.

Контроль реализации социально-ориентированных Программ и оценка результатов:

1. Ежегодные отчеты государственных стоматологических ЛПУ об охвате (в %) первичных и повторно назначенных пожилых пациентов профилактическими мероприятиями, указанными в Программе.

2. Выборочное анкетирование и исследование сто-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

матологического статуса населения "ключевой" возрастной группы 65–74 года — 1 раз в 5 лет.

3. Сплошное исследование (диспансеризация) стоматологического статуса пожилых пациентов в домах для престарелых — 1 раз в 5 лет.

Литература

1. Абдулаева К.А. Научное обоснование эффективности стоматологической диспансеризации лиц пожилого и старческого возраста в условиях специализированной муниципальной поликлиники: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2013. — 168 с. — URL: http://doc2all.ru/article/22112013_150276_abdulaeva / дата доступа 15.08.2016.

2. Абдулаева К.А. Научное обоснование эффективности стоматологической диспансеризации лиц пожилого и старческого возраста в условиях специализированной муниципальной поликлиники: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2013. — 24 с. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005096000/rsl01005096260/rsl01005096260.pdf> / дата доступа 15.08.2016.

3. Веретенко Е.А. Влияние метода фиксации полных съемных протезов на эффективность пользования и психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста / Е.А. Веретенко, Л.Н. Солдатова, В.В. Лобейко, Д.В. Балин, Д.А. Либих, А.К. Иорданишвили // *Стоматология для всех*. — 2014. — № 4. — С. 8–14. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=23219736> / дата доступа 15.08.2016.

4. Денисова Е.И. Преимущества стоматологического ортопедического лечения пациентов пожилого и старческого возраста в условиях стационара Челюстно-лицевого госпиталя для ветеранов войн Департамента здравоохранения города Москвы // *Естественные и технические науки*. — 2011. — № 2 (52). — С. 215–220. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=16285454> / дата доступа 15.08.2016.

5. Иорданишвили А.К. Оценка эффективности стоматологической реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с полной утратой зубов / А.К. Иорданишвили, Е.А. Веретенко, Д.В. Балин // *Вестник Российской военно-медицинской академии*. — 2014. — № 4 (48). — С. 123–126. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=22676159> / дата доступа 15.08.2016.

6. Иорданишвили А.К. Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста / А.К. Иорданишвили, С.В. Солдатов, Л.Н. Солдатова, К.А. Заборовский, Г.А. Рыжак // *Успехи геронтологии*. — 2010. — Том 23. — № 4. — С. 644–651. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=15550365>

7. Иорданишвили А.К., Солдатов С.В., Солдатова Л.Н., Заборовский К.А., Рыжак Г.А. Обзорная статья для сайта геронтологического общества. — URL: http://www.gersociety.ru/netcat_files/File/USPEHI_GERONTOL/AG_2010-23-04.pdf#13 / дата доступа 23.04.2010.

8. Кузнецов С.В. Комплексная стоматологическая реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста: дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2015. — 214 с. — URL: <http://www.dslib.net/stomatologia/kompleksnaja-stomatologicheskaja-reabilitacija-pacientov-pozhilogo-i-starcheskogo.html> / дата доступа 15.08.2016.

9. Кузнецов С.В. Комплексная стоматологическая реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2015. — 44 с. — URL: <http://doc2all.ru/arti>

[cle/22012015_186328_kuznecov](http://doc2all.ru/arti) / дата доступа 15.08.2016.

10. Люлякина Е.Г. Заболевания полости рта у лиц пожилого и старческого возраста / Е.Г. Люлякина, Ю.В. Чижов // *Клиническая геронтология*. — 2011. — Т. 17, № 1–2. — С. 35–39. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=16405271> / дата доступа 15.08.2016.

11. Никитенко В.В. Особенности течения и лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита у людей пожилого и старческого возраста: дис. ... канд. пед. наук., 2013. — 119 с. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005097000/rsl01005097142/rsl01005097142.pdf> / дата доступа 15.08.2016.

12. О мерах по усилению профилактики стоматологических заболеваний детского населения Свердловской области. — URL: <http://online.lexpro.ru/document/24207793> / дата доступа 15.08.2016.

13. О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала. — URL: <http://online.lexpro.ru/document/51313109> / дата доступа 15.08.2016.

14. Постановление Правительства Москвы от 4 октября 2011 г. № 461-ПП "Об утверждении Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012–2016 гг.) "Развитие здравоохранения города Москвы (столичное здравоохранение)". — URL: <http://online.lexpro.ru/document/22284569> / дата доступа 15.08.2016.

15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 августа 1997 г. № 249 "О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала". — URL: <http://online.lexpro.ru/document/51270125> / дата доступа 15.08.2016.

16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2009 г. № 946н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями". — URL: <http://online.lexpro.ru/document/253687> / дата доступа 15.08.2016.

17. Севбитов А.В. Стоматологические характеристики клинических манифестаций отсроченных эффектов радиационного воздействия: дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2005. — 351 с. — URL: <http://www.lib.ua-ru.net/diss/ru/stomatologia-p-35.html> / дата доступа 15.08.2016.

18. Солдатов С.В. Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у больных пожилого и старческого возраста: дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2011. — 167 с. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005088000/rsl01005088701/rsl01005088701.pdf> / дата доступа 15.08.2016.

19. Солдатова Л.Н. Ортодонтическое лечение людей старших возрастных групп / Л.Н. Солдатова, Г.А. Рыжак, А.К. Иорданишвили // *Стоматология*. — 2013. — Т. 14, март. — URL: http://medline.ru/public/pdf/14_019.pdf / дата доступа 15.08.2016.

20. Тезисы (продолжение) / Материалы конференции "ООО "Медико-технологическое предприятие "Ньюдиамед" (Москва)" // *Клиническая геронтология*. — 2011. — Т. 17. — № 11–12. — С. 59–120. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=17853233> / дата доступа 15.08.2016.

21. Шабалин В.Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации // *Успехи геронтологии*. — 2009. — Т. 22. — № 1. — С. 185–196. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=12610266>

/ дата доступа 15.08.2016.

22. Солдатов С.В. Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у больных пожилого и старческого возраста: дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2011. — 167 с. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005088000/rsl01005088701/rsl01005088701.pdf> / дата доступа 15.08.2016.
23. Филиппова Е.В. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта у людей пожилого и старческого возраста: дис. ... канд. мед. наук., 2013. — 106 с. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005097000/rsl01005097555/rsl01005097555.pdf> / дата доступа 15.08.2016.
24. Чижов Ю.В. Клинико-статистический анализ заболеваний зубов и тканей полости рта и обоснование системы стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 2005. — 45 с. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01004000000/rsl01004071000/rsl01004071522/rsl01004071522.pdf> / дата доступа 15.08.2016.

References

1. Abdulaeva K. Scientific evidence of the effectiveness of dental examination in elderly and senile patients in specialized polyclinics.: thesis. ... PhD in Medicine.: 14.01.14 (Dentistry). — Moscow, 2013. — P. 168. — URL: http://doc2all.ru/article/22112013_150276_abdulaeva.
2. Abdulaeva. K. Scientific evidence of the effectiveness of dental examination in elderly and senile patients in specialized polyclinics.: thesis extended abstract ... PhD in Medicine.: 14.01.14 (Dentistry). — Moscow, 2013. — P. 24. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005096000/rsl01005096260/rsl01005096260.pdf>.
3. Veretenko E. Impact of removable dentures fixing method on the effectiveness of use and the psychophysiological status of elderly and senile patients/ E. Veretenko, L.Soldatova, V.Lobeyko, D. Balin, D. Libikh, A. Iordanishvili // Dentistry for All. — 2014. — № 4. — P. 8–14. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=23219736>.
4. Denisova E. Advantages of dental orthopedic treatment in elderly and senile patients in the Moscow City Health Department Maxillofacial hospital for war veterans // Natural and technical sciences. — 2011. — № 2 (52). — P. 215–220. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=16285454>.
5. Iordanishvili A. Evaluation of dental rehabilitation efficiency in elderly and senile patients with complete tooth loss / A. Iordanishvili, E. Veretenko, D. Balin // Journal of the Russian Military Medical Academy. — 2014. — № 4 (48). — P. 123–126. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=22676159>.
6. Iordanishvili A. Dental status of elderly and senile patients/ A. Iordanishvili, S Soldatov, L.Soldatova, K.Zaborovskiy, G. Ryzhak // Advancement in gerontology. — 2010. — B. 23. — № 4. — P. 644–651. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=15550365>.
7. Iordanishvili A., Soldatov S., Soldatova L., Zaborovskiy K., Ryzhak G. A review article for the website of Gerontological Society. — URL: http://www.gersociety.ru/netcat_files/File/USPEHI_GERONTOL/AG_2010-23-04.pdf#13.
8. Kuznetsov S. Full dental rehabilitation of elderly and senile patients: Thesis ... PhD in Medicine.: 14.01.14. — Moscow., 2015. — 214 с. — URL: <http://www.dslib.net/stomatologia/kompleksnaja-stomatologicheskaja-reabilitacija-pacientov-pozhilogo-i-starcheskogo.html>.
9. Kuznetsov S. Full dental rehabilitation of elderly and senile patients: thesis extended abstract ... PhD in Medicine.: 14.01.14; 14.02.03

- (Dentistry; Public Health and Health Service). — M., 2015. — P. 44. — URL: http://doc2all.ru/article/22012015_186328_kuznetsov.
10. Lyulyakina E. Oral diseases in elderly and senile patients / E. Lyulyakina, Yu. Chizhov // Clinical gerontology. — 2011. — B. 17, № 1–2. — P. 35–39. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=16405271>.
11. Nikitenko V. Clinical features and treatments of odontogenic sinusitis in elderly and senile patients: thesis ... PhD in Pedagogy., 2013. — P. 119. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005097000/rsl01005097142/rsl01005097142.pdf>.
12. Strengthening Prevention of Dental Diseases in Children in Sverdlovsk Region. — URL: <http://online.lexpro.ru/document/24207793>.
13. Classification of paramedical and pharmaceutical personnel. — URL: <http://online.lexpro.ru/document/51313109>.
14. Government Decree of the City of Moscow dated October 4, 2011 г. № 461-ПП "On approval of the State program of the city of Moscow for the medium-term period (2012–2016) "Development of Healthcare in Moscow". — URL: <http://online.lexpro.ru/document/22284569>.
15. The order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated August 19, 1997 г. № 249 "On classification of paramedical and pharmaceutical personnel". — URL: <http://online.lexpro.ru/document/51270125>.
16. The order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dated December 3, 2009 г. № 946н "On approval of the Order of rendering medical care to children suffering from dental diseases". — URL: <http://online.lexpro.ru/document/253687>.
17. Sevbitov A. Dental characteristics of radiation exposure delayed effects clinical manifestations: thesis. ... PhD in Medicine.: 14.00.21 (Dentistry). — Moscow., 2005. — P. 351 — URL: <http://www.lib.ua-ru.net/diss/ru/stomatologia-p-35.html>.
18. Soldatov S. Integral treatment of chronic generalized periodontitis in elderly and senile patients: thesis. ... PhD in Medicine. — St. Petersburg., 2011. — P. 167. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005088000/rsl01005088701/rsl01005088701.pdf>.
19. Soldatova L. Orthodontic treatment of older patients / L. Soldatova, G. Ryzhak, A. Iordanishvili // Dentistry. — 2013. — B. 14, March. — URL: http://medline.ru/public/pdf/14_019.pdf.
20. Thesis (continuation) / conference proceedings/ Medical and technological enterprise Ltd "Newdiamed" (Moscow) // Clinical gerontology. — 2011. — B. 17. — № 11–12. — P. 59–120. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=17853233>.
21. Shabalin V. Organization of the geriatric service in the conditions of the progressive demographic aging of the population of the Russian Federation // Advancement in gerontology. — 2009. — B. 22. — № 1. — P. 185–196. — URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=12610266>.
22. Soldatov S. Integral treatment of chronic generalized periodontitis in elderly and senile patients: thesis. ... PhD in Medicine. — St. Petersburg., 2011. — P. 167. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005088000/rsl01005088701/rsl01005088701.pdf>.
23. Philippova E. Treatment of oral mucosa diseases in elderly and senile patients: thesis. ... PhD in Medicine., 2013. — P. 106. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01005000000/rsl01005097000/rsl01005097555/rsl01005097555.pdf>.
24. Chizhov Yu. Clinical and statistical analysis of dental and oral tissue diseases and the rationale of dental care system for elderly and senile people: thesis extended abstract. Doctor of Medicine. — St. Petersburg., 2005. — P. 45. — URL: <http://dlib.rsl.ru/rsl01004000000/rsl01004071000/rsl01004071522/rsl01004071522.pdf>.



Терапевтическая стоматология

Распространенность, этиологические аспекты и клинические проявления пузырчатки

Резюме

В обзоре представлены результаты исследований распространенности пузырчатки в России и некоторых странах мира, соотношение мужчин и женщин при данном заболевании. Рассмотрены вопросы этиологии и патогенеза пузырчатки (отмечено, что ведущая роль отводится аутоиммунным процессам в организме), клинические проявления пузырчатки при различных формах (вульгарная, вегетирующая, листовидная, эритематозная) данного заболевания. Обобщены сведения о клинических и лабораторных методах диагностики пузырчатки. Установлено, что в полости рта проявляется чаще всего вульгарная форма. Данная статья особенно актуальна для врачей-стоматологов, так как часто они первыми сталкиваются с проявлениями пузырчатки в полости рта.

Ключевые слова: пузырчатка, пузырь, язва, слизистая оболочка рта.

Для цитирования: Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р., Хамзина Г.Р. Распространенность, этиологические аспекты и клинические проявления пузырчатки. Стоматология для всех. – 2017. – № 1 (78). – С. 24–29.

Prevalence, etiologic aspects and clinical manifestations of pemphigus vulgaris

Bulgakova A.I., Hismatullina Z.R., Hamzina G.R.

Summary

The review reveals the results of the study of the incidence of pemphigus in Russia and some countries of the world, the correlation of males of females, suffering from this disease. Issues of pathogenesis and etiology of pemphigus are presented, autoimmune processes in the body are found out to be the major cause. We studied clinical manifestations of various forms of pemphigus (pemphigus vulgaris, pemphigus vegetans, pemphigus foliaceus, pemphigus erythematosus). It is established that pemphigus vulgaris is the form which most frequently affects the oral mucosa This article is especially useful for dentists, since they are often the first to face manifestations of pemphigus in the oral cavity.

Keywords: pemphigus, vesicle e, ulcers, oral mucosa.

Булгакова А.И., д.м.н., проф., зав. кафедрой педехтики и физиотерапии стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России, г. Уфа

Хисматуллина З.Р., д.м.н., проф., зав. кафедрой дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО ФГБОУ ВО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России, г. Уфа

Хамзина Г.Р., врач-стоматолог ГКБ Демского района г. Уфы

Для переписки:

Тел.: +7 (917) 342-77-12

E-mail: Albina_Bulgakova@mail.ru

Citation: Bulgakova A.I., Hismatullina Z.R., Hamzina G.R. Prevalence, etiologic aspects and clinical manifestations of pemphigus vulgaris. Stomatologia dla vseh. 2017; 1 (78): 24–29.

Акантолитическая пузырчатка относится к хроническим буллезным дерматозам. Пожизненная системная терапия глюкокортикоидами приводит к серьезным осложнениям. Клинически пузырчатка проявляется образованием пузырей и эрозий на неизменных слизистых оболочках и/или коже, гистологически — интраэпидермальными пузырями, обусловленными акантолизом [4, 8, 13, 16, 37]. В Российской Федерации в 2015 г. заболеваемость пузырчаткой составила 1,9 случаев на 100000 населения, а распространенность — 4,8 случаев на 100000 взрослого населения. По результатам исследований, заболеваемость в разных странах варьирует, на 100000 населения: в Финляндии составляет 0,08; во Франции — 0,17; в Болгарии — 0,47; в Греции — 0,93 случая [11, 22, 23, 29]. В Израиле заболеваемость пузырчаткой достигает 1,62, что выше, чем в Европе [36]. В Тегеране заболеваемость составляет 1,6, в Иране в целом — 1, в Тайланде 0,9 случаев [14, 24]. Наиболее тяжелое течение отмечается в возрасте от 30 до 45 лет [18]. Соотношение мужчины — женщины чаще составляет 1:1, других авторов — 1:2 [43].

Этиопатогенез данного дерматоза до конца не изучен. В настоящее время признана ведущей роль аутоиммунных процессов, развивающихся в ответ на изменение антигенной структуры клеток эпидермиса под воздействием различных повреждающих агентов [1, 21, 30]. Нарушение клеток возможно в результате химических, физических и биологических факторов. В литературе описаны случаи пузырчатки, спровоцированные вирусами герпеса, Коксаки [9, 25, 27, 28]. Существует мнение, что этиология пемфигуса связана с развитием другой сопутствующей аутоиммунной патологии [23]. Некоторыми учеными рассматривается генетическая предрасположенность к данной патологии [17, 26, 38].



В этиопатогенезе пузырчатки имеются аспекты, по которым необходимо проводить мультикомплексные дополнительные исследования для повышения эффективности лечения и качества жизни данной категории больных.

В развитии акантолиза важная роль принадлежит циркулирующим аутоантителам класса IgG к поверхностным белкам кератиноцитов, вызывающим нарушение строения и функций десмосом. Основными антигенами при истинной акантолитической пузырчатке являются трансмембранные гликопротеины десмосом — десмоглеины, а также десмоколлины, адгезирующие молекулы кадгеринового типа и др. [15, 44]. Многие авторы дифференцируют следующие клинические формы пузырчатки: вульгарная, вегетирующая, листовидная (эксфолиативная) и эритематозная (себорейная, синдром Сенира-Ашера) [35, 46]. Другие же относят вегетирующую форму к варианту вульгарной пузырчатки, а эритематозную считают редкой разновидностью листовидной [13, 41]. Клинические проявления пузырчатки в полости рта отмечаются чаще всего при вульгарной форме.

Вульгарная форма является самой распространенной. Чаще заболевают в возрасте 50–60 лет, но отмечены случаи заболевания у детей и у молодых людей от 18 до 25 лет [18, 42]. Первичный очаг при вульгарной пузырчатке (ВП) представляет собой вялый пузырь, обычно возникающий на внешне здоровой коже или слизистой. Пузыри хрупкие и быстро вскрываются, оставляя участки эрозии, которые постепенно заживают. ВП в 60–80% случаев впервые проявляет себя на слизистых оболочках рта (СОР) и ротоглотки, долгое время (3–12 месяцев) это может быть единственным проявлением болезни [5, 10, 15]. Данная форма пузырчатки локализуется на слизистой оболочке красной каймы губ, твердого, мягкого неба и щек, переходной складки (чаще нижней челюсти), в ретромолярной области, на задней стенке глотки и верхнем крае надгортанника [18, 20, 40]. Как правило, типичные пузыри на СОР отсутствуют. Вместо них обнаруживаются остатки покрывшейся пузырей по периферии полигональной болезненной при пальпации эрозии или язвы, которые очень медленно эпителизируются, а при отсутствии своевременной терапии увеличивают свою площадь. Появляются боли при глотании, жевании, разговоре. Характерна гиперсаливация [6, 18, 32, 35]. Описаны случаи присутствия специфического запаха из полости рта больных ВП — его можно определить как сладковатый запах "вареного картофеля" [5]. При ВП имеет место не только поражение слизистой оболочки полости рта, но и слизистых оболочек других органов (глотка, гортань, пищевод, конъюнктивы, уретра, шейка матки и слизистая анальной области) [27, 41]. Впоследствии, а в некоторых случаях и одновременно,

заболевание поражает кожу в местах повышенного трения (подмышечная область, области под молочными железами, паховая область, сгибы конечностей) и волосистой части головы, однако может поражаться любой участок [18, 33, 45]. Описаны случаи поражения ногтевой пластины. Пузыри могут возникать в околоногтевом пространстве и вызывать дистрофию матрикса [34]. Зуд и боль проявляются в разной степени, а в тяжелых случаях заболевание переходит в генерализованную форму. ВП может осложниться присоединением кандидозной инфекции, в результате чего поверхность эрозий покрывается характерным белым налетом, что маскирует картину пузырчатки и ведет к неправильной диагностике. При присоединении бактериальной инфекции клиническая картина также видоизменяется, остатки покрывшейся пузырей могут иметь белесый или серый цвет [27, 40].

Прогноз всегда серьезный, с возможным летальным исходом в течение 1–3 лет вследствие неконтролируемой потери жидкости и белка или оппортунистической инфекции. Благодаря применению кортикостероидов в настоящее время смертность от вульгарной пузырчатки низкая [6, 12].

Вегетирующая пузырчатка — это редкий вариант ВП, клинически характеризующаяся бородавчатыми бляшками, возникающими преимущественно в кожных складках. На месте вскрывшихся пузырей появляются склонные к периферическому росту эрозии, на поверхности которых развиваются сочные мелкие вегетации. В результате слияния эрозий образуются бляшки, и при длительном течении экссудат ссыхается в толстые корки, покрытые бородавчатыми наслоениями. Заболевание не склонно к генерализации [13, 45]. Выделяют два варианта клинического течения — тип Нойманна и тип Аллопо. Вегетирующая пузырчатка по типу Нойманна напоминает вульгарную пузырчатку с эрозиями и редкими целостными пузырями на лице, волосистой части головы, туловище, кожных складках и слизистых поверхностях. Первичные очаги заболевания по типу Аллопо представляют собой пустулы, а не пузыри. Вегетации в полости рта редкие, но иногда возникает "складчатость" языка, что типично для этого состояния. Заболевание по типу Аллопо протекает доброкачественно и лучше реагирует на лечение, чем тип Нойманна, клиническое течение которого больше похоже на вульгарную пузырчатку [22, 41, 45].

Листовидная пузырчатка (ЛП) характеризуется неспецифическими высыпаниями по телу в начале заболевания, которые напоминают различные дерматозы — себорейный дерматит, экзему и т.д. Различают sporadическую и эндемичную ЛП. Sporadическая может возникать в любой период жизни, но чаще в среднем возрасте. ЛП в типичных случаях поражает себорейные участки лица, волосистой части головы, верхней части

спины и груди. Пузыри появляются в эпидермисе на высоком уровне, поэтому они очень хрупкие и редко остаются нетронутыми. Для ЛП характерно повторное образование пузырей под корками на месте прежних эрозий. При локализованной форме очаги на лице часто напоминают очаги красной волчанки [5, 37, 38]. При генерализации состояние больного резко ухудшается, повышается температура, присоединяется вторичная инфекция, развивается кахексия. На туловище появляются типичные круглые эрозии диаметром до 2 см, которые покрываются корками и заживают, не образуя рубца, хотя типична поствоспалительная депигментация. В некоторых очагах присутствует гиперкератоз. Изъязвление слизистых встречается редко [4, 22].

Эритематозная пузырчатка более редкая разновидность ЛП, которая имеет некоторое клиническое и иммунологическое сходство с красной волчанкой и себорейным дерматитом. Сведения относительно диагностических критериев достаточно противоречивы [8, 23, 46]. F.E. Senear и B. Usher в 1926 г. впервые описали это состояние на основании напоминающей волчанку клинической картины высыпаний в центре лица. Позднее были описаны пациенты со сходной клинической картиной и иммунологическими признаками красной волчанки, и эта разновидность в настоящее время называется эритематозной пузырчаткой. У больных часто отмечаются эритематозные или гиперпигментированные шелушащиеся высыпания в центре лица по типу "бабочки", а также поверхностные пузыри и влажные, покрытые коркой, очаги на туловище, особенно в себорейных зонах [41]. Локализованная форма может существовать ограниченно на лице длительное время и лишь позже распространяться на кожу туловища. При насильственном отторжении корок на их внутренней поверхности заметны фолликулярные шипики, сходные с таковыми при красной волчанке. На волосистой части головы высыпания напоминают себорейный дерматит, отторжение массивных корок впоследствии приводит к образованию рубцовой алопеции. Иногда на теле можно заметить папулоподобные элементы, покрытые чешуйками, или пятнистые высыпания с легко отделяемыми чешуйками. Слизистые оболочки поражаются редко. У пациентов присутствуют, как правило, лишь субклинические признаки волчанки (положительные титры антинуклеарных антител (АНА)). У некоторых больных ухудшение наступает под воздействием солнца. Эритематозная пузырчатка считается более доброкачественным заболеванием, чем вульгарная или листовидная пузырчатка, имеет более высокую степень ремиссии и хороший прогноз [8, 13, 22].

Диагностика пузырчатки основывается на клинических и лабораторных методах. Основными клиниче-

скими симптомами являются: положительный симптом Никольского — при трении здоровой на вид слизистой оболочки или кожи происходит отслойка поверхностных слоев эпителия с образованием пузырей или эрозий; "краевой" симптом Никольского — при потягивании пинцетом за обрывки покрывки пузыря эпителий отслаивается за пределы видимой эрозии; симптом Асбо-Хансена — при надавливании на пузырь площадь его увеличивается.

Клинические признаки позволяют лишь заподозрить пузырчатку [5, 10, 12, 21]. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести лабораторное обследование. К числу широко применяемых методов относятся: цитодиагностика — изучение мазков-отпечатков на предмет обнаружения акантолитических клеток (метод Тцанка); непрямая реакция иммунофлюоресценции (НРИФ), позволяющая обнаружить циркулирующие в сыворотке, а также в пузырной жидкости антитела класса IgG; иммунофлюоресцентное исследование, направленное на обнаружение методом прямой флюоресценции фиксированного IgG в межклеточном веществе эпителия. Это наиболее перспективный метод в диагностике пузырчатки, позволяющий дифференцировать ее от других буллезных дерматозов [2, 31, 32].

Как правило, пациент с первичными проявлениями пузырчатки на СОР лечится у врача стоматолога по поводу различных форм стоматита, гингивита, многоформной экссудативной эритемы и других патологий [3, 7, 29, 30]. Безуспешность местной терапии или присоединение проявлений пузырчатки со стороны других органов ведет к необходимости консультации специалистами-дерматологами [19, 32, 39].

Таким образом, в этиологии, патогенезе и ранней диагностике пузырчатки имеются аспекты, по которым необходимо проводить мультикомплексные дополнительные исследования для повышения эффективности лечения и качества жизни данной категории больных. Несмотря на редкость заболевания, врачи-стоматологи должны проявлять настороженность относительно пузырчатки, так как они чаще первыми сталкиваются с проявлениями этого злокачественного заболевания. Ранняя диагностика и вовремя начатое лечение пузырчатки способствуют более благоприятному течению заболевания и длительной стойкой ремиссии.

Литература

1. Ашмарин И.П. История и практические перспективы нового понимания роли аутоиммунитета // 11 Тезисы докладов 1-й Московской международной конференции "Естественный аутоиммунитет в норме и патологии". — М., 2005. — С. 44–45.
2. Белецкая Л.В., Дмитриев А.А., Петрова Г.Н., Бухова В.А., Мудренко И.Ю., Бегимиров Р.А. Иммунопатология кожи и гемосорбция // Вести, дерматол. — 1985. — № 5. — С. 15–18.

3. Бельских О.А., Иорданишвили А.К., Тишков Д.С., Карев Ф.А., Либих Д.А. Клинико-функциональная характеристика слизистой оболочки полости рта и языка при болезнях внутренних органов и систем организма // Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 20-летию стоматологического отделения "Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера". — Якутск, 2016. — С. 102–110.
4. Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р., Габидуллина Г.Ф. Распространенность, этиология и клинические проявления пузырчатки // Медицинский Вестник Башкортостана. — 2016. — № 6. — С. 86–90.
5. Дычко Е.Н., Романюта И.А., Вовк В.А., Срибник П.Л. Особенности диагностики истинной пузырчатки слизистой оболочки полости рта // Украинский стоматологический альманах. — 2009. — № 2. — С. 15–17.
6. Луницина Ю.В. Роль врача-стоматолога в ранней диагностике истинной пузырчатки // Проблемы стоматологии. — 2011. — № 3. — С. 22–23.
7. Молоков В.Д., Галченко В.М., Галченко Л.И. Лечение больных с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта // Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 20-летию стоматологического отделения "Актуальные проблемы и перспективы развития стоматологии в условиях Севера". — Якутск, 2016. — С. 98–102.
8. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В. Пузырчатка слизистой оболочки полости рта // Клиническая стоматология. — 2006. — № 1. — С. 34–39.
9. Сирак С.В., Чеботарев В.В., Сирак А.Г., Григорьян А.А. Разработка и применение поликомпонентной адгезивной мази для лечения эрозивных поражений слизистой оболочки полости рта у пациентов с обыкновенной пузырчаткой // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 2. — С. 15.
10. Чистякова И.А., Лапина Е.Ю. Роль своевременной диагностики вульгарной пузырчатки, начинающейся со слизистой оболочки полости рта // Вестник последипломного медицинского образования. Дерматология. — № 4. — 2011. — С. 11–14.
11. Bastuji-Garin S., Sovissi R., Blum L. // J. Invest. Dermatol. — 1995. — Vol. 104. — P. 302–305.
12. Budimir J., Mihic L.L., Situm M., Bulat V., Persic S., Tomljanovic-Veselski M. Oral lesions in patients with pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid // Acta Clinica Croatica. — 2008 Mar. — 47 (1): 13–845.
13. Cesar W.G., Barrios M.M., Maruta C.W., Aoki V., Santi G.G. Oesophagitis dissecans superficialis: an acute, benign phenomenon associated with pemphigus vulgaris // Clinical & Experimental Dermatology. — 2009 Dec. — 34 (8): e 614–616.
14. Chams-Davtchi C., Valkhani M., Daneshpazhooh M. et al. // Intern. J. Dermatol. — 2005. — Vol. 44. — P. 470–476.
15. Culton D.A., McCray S.K., Park M., Roberts J.C., Li N., Zedek D.C., Anhalt G.J., Cowley D.O., Liu Z., Diaz L.A. Mucosal pemphigus vulgaris anti-Dsg3 IgG is pathogenic to the oral mucosa of humanized Dsg3 mice // Journal of Investigative Dermatology. — 2015 Jun. — 135 (6): 1590–1597.
16. Deyhimi P., Tavakoli P. Study of apoptosis in oral pemphigus vulgaris using immunohistochemical marker Bax and TUNEL technique // Journal of Oral Pathology & Medicine. — 2013 May. — 42 (5): 409–414.
17. De Simone C., Caldarola G., D'agostino M., Zampetti A., Amerio P., Feliciani C. Exacerbation of pemphigus after influenza vaccination. Oral mucosal disease: pemphigus. [Review] [65 refs] Clinical & Experimental Dermatology. — 2008 Nov. 33 (6): 718–720.
18. Edgin W.A., Pratt T.C., Grimwood R.E. Pemphigus vulgaris and paraneoplastic pemphigus. [Review] [58 refs] // Oral & Maxillofacial Surgery Clinics of North America. — 2008 Nov. — 20 (4): 577–584.
19. Fatahzadeh M. Timely recognition of pemphigus vulgaris by dental professionals // Quintessence International. — 2013 Jul. 44 (7): 521–530.
20. Fernandez S., Espana A., Navedo M., Barona L. Study of oral, ear, nose and throat involvement in pemphigus vulgaris by endoscopic examination // British Journal of Dermatology. — 2012 Nov. — 167 (5): 1011–1016.
21. Harman K.E., Seed P.T., Gratian M.J., Bhogal B.S., Challacombe S.J., Black M.M. The severity of cutaneous and oral pemphigus is related to desmoglein 1 and 3 antibody levels // British Journal of Dermatology. — 2001 Apr. — 144 (4): 775–780.
22. Hietanen J., Salo O.P. // Acta Dermatol. Venereol. — 1982. — Vol. 62. — P. 491–496.
23. Jablonska S., Chorzelski T., Beutner E.H. et al. // Intern. J. Dermatol. — 1975. — Vol. 14. — P. 353–359.
24. Iamaroon A., Boonyawong P., Klanrit P., Prasongtunskul S., Thongprasom K. Characterization of oral pemphigus vulgaris in Thai patients // Journal of Oral Science. — 2006 Mar. 48 (1): 43–46.
25. Kacar N., Cevahir N., Demirkan N., Sanli B. The investigation of the possible relationship between Coxsackie viruses and pemphigus // International Journal of Dermatology. — 2014 Mar. — 53 (3): 312–316.
26. Kavak A., Aydogan I., Gonen S. Simultaneous onset of pemphigus vulgaris in two Turkish siblings // Journal of Dermatology. — 2005 Mar. — 32 (3): 186–188.
27. Kurata M., Mizukawa Y., Aoyama Y., Shiohara T. Herpes simplex virus reactivation as a trigger of mucous lesions in pemphigus vulgaris // British Journal of Dermatology. — 2014 Sep. — 171 (3): 554–560.
28. Marzano A.V., Tourlaki A., Merlo V., Spinelli D., Venegoni L., Crosti C. Herpes simplex virus infection and pemphigus // International Journal of Immunopathology & Pharmacology. — 2009 Jul–Sep. — 22 (3): 781–786.
29. Michailidou E.Z., Belazi M.A., Markopoulos A.K., Tsatsos M.I., Mourellou O.N., Antoniadis D.Z. Epidemiologic survey of pemphigus vulgaris with oral manifestations in northern Greece: retrospective study of 129 patients // International Journal of Dermatology. — 2007 Apr. — 46 (4): 356–361.

30. Mignogna M.D., Pannone G., Lo Muzio L., Staibano S., Bucci E. Catenin dislocation in oral pemphigus vulgaris // *Journal of Oral Pathology & Medicine*. — 2001 May. — 30 (5): 268–274.
31. Mortazavi H., Shahdi M., Amirzargar A.A., Naraghi Z.S., Valikhani M., Daneshpazhooh M., Vasheghani-Farahani A., Sedaghat M., Chams-Davatchi C. Desmoglein ELISA in the diagnosis of pemphigus and its correlation with the severity of pemphigus vulgaris // *Iranian Journal of Allergy Asthma & Immunology*. — 2009 Mar. — 8 (1): 53–56.
32. Munhoz Ede A., Cardoso C.L., Barreto J.A., Soares C.T., Damante J.H. Severe manifestation of oral pemphigus // *American Journal of Otolaryngology*. — 2011 Jul-Aug. — 32 (4): 338–342.
33. Nguyen E.T., Lin S.K., Wu J.J. Pemphigus vulgaris with tense bullae // *Permanente Journal*. — 2015. — 19 (1): 77–78.
34. Patsatsi A., Sotiriou E., Devliotou-Panagiotidou D., Sotiriadis D. Pemphigus vulgaris affecting 19 nails // *Clinical & Experimental Dermatology*. — 2009 Mar. 34 (2): 202–205.
35. Pereira C.M., Gasparetto P.F., Aires M.P. Pemphigus vulgaris in a juvenile patient: case report // *General Dentistry*. — 2006 Jul-Aug. — 54 (4): 262–264.
36. Pisanti S., Sharav Y., Kaufman E. et al. // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* — 1974. — Vol. 38. — P. 382–387.
37. Santoro F.A., Stoopler E.T., Werth V.P. Pemphigus // *Dental Clinics of North America*. — 2013 Oct. — 57 (4): 597–610.
38. Scully C., Mignogna M. // *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*. — 2008 Jun. 46 (4): 272–277.
39. Shamim T., Varghese V.I., Shameena P.M., Sudha S. Pemphigus vulgaris in oral cavity: clinical analysis of 71 cases // *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*. — 2008 Oct. 13 (10): E622–626.
40. Shamim T., Varghese V.I., Shameena P.M., Sudha S. Jcsp, Candida smear-an adjunct for diagnosis of acantholytic cells in oral pemphigus vulgaris // *Journal of the College of Physicians & Surgeons – Pakistan*. — 2008 Jun. — 18 (6): 392.
41. Sigmund G.A., Oppenheimer R. Pemphigus vegetans of the nose. // *Ear, Nose, & Throat Journal*. — 2012 Jan. — 91 (1): 14–15.
42. Singh M., Demetriades N., Papas A., Gagari E. A clinico-pathologic correlation. Pemphigus vulgaris // *Journal of the Massachusetts Dental Society*. — 2008. — 56 (4): 42–44.
43. Suliman N.M., Astrom A.N., Ali R.W., Salman H., Johannessen A.C. Clinical and histological characterization of oral pemphigus lesions in patients with skin diseases: a cross sectional study from Sudan // *BMC Oral Health*. — 2013. — 13–66.
44. Tsang S.M., Brown L., Lin K., Liu L., Piper K., O'Toole E.A., Grose R., Hart I.R., Garrod D.R., Fortune F., Wan H. Non-junctional human desmoglein 3 acts as an upstream regulator of Src in E-cadherin adhesion, a pathway possibly involved in the pathogenesis of pemphigus vulgaris.
45. Tsuruta D., Ishii N., Hashimoto T. Diagnosis and treatment of pemphigus. [Review] // *Immunotherapy*. — 2012 Jul. 4 (7): 735–745.
46. Venugopal S.S., Murrell D.F. Diagnosis and clinical features of pemphigus vulgaris. [Review] // *Immunology & Allergy Clinics of North America*. 2012 May. 32 (2): 233–243.

References

1. Ashmarin I. Autoimmunity and its role: history and prospects of the latest practical approaches // *The 1-st Moscow International Conference "Natural autoimmunity: norms and pathologies. Abstracts*. — Moscow., 2005. — P. 44–45.
2. Beletskaya L., Dmitriev A., Petrova G., Bukhova V., Mudrenko I., Bekguimirov R. Immune-associated skin disease and hemosorption // *Chronicle, dermatology*. — 1985. — № 5. — P. 15–18.
3. Belskikh O., Iordanishvili A., Tishkov D., Karev F., Libikh D. Clinical and functional characteristics of the oral mucosa and the tongue in internal and systemic diseases // *Collection of articles of the Interregional Scientific and Practical Conference dedicated to the 20th anniversary of the dental department "Actual problems and prospects for the development of dentistry in the North"*. — Yakutsk, 2016. — P. 102–110.
4. Bulgakova A., Khismatullina Z., Gabidullina G. Epidemiology, etiology and clinical manifestations of pemphigus // *Bashkortostan Medical Journal*. — 2016. — № 6. — P. 86–90.
5. Dychko E., Romanyuta I., Vovk V., Sribnik P. Diagnostic features of true pemphigus of the oral mucosa // *Ukrainian Dental Almanac*. — 2009. — № 2. — P. 15–17.
6. Lunitsyna Yu. Early detection of true pemphigus: the role of the dentist // *Issues of Dentistry*. — 2011. — № 3. — P. 22–23.
7. Molokov V., Galchenko V., Galchenko L. Treatment of patients with precancerous diseases of the oral mucosa // *Collection of articles of the Interregional Scientific and Practical Conference dedicated to the 20th anniversary of the dental department "Important problems and prospects for the development of dentistry in the North"*. — Yakutsk, 2016. — P. 98–102.
8. Rabinovich O., Rabinovich I., Razzhivina N. Pemphigus of the oral mucosa // *Clinical dentistry. Moscow*. — 2006. — № 1. — P. 34–39.
9. Sirak S., Chebotaryov V., Sirak A., Grigoryan A. Application of a polycomponent adhesive ointment for treatment of erosive lesions of the oral mucosa in patients with ordinary pemphigus // *Current issues of science and education*. — Moscow. — 2013. — № 2. — P. 15.
10. Chistyakova I., Lapina E. The role of timely diagnosis of vulvar pemphigus which first affects the oral mucosa // *Postgraduate Medical Education Chronicle. Dermatology*. — № 4. — 2011. — P. 11–14.
11. Bastuji-Garin S., Sovissi R., Blum L. // *J. Invest. Dermatol.* — 1995. — Vol. 104. — P. 302–305.
12. Budimir J., Mihic L.L., Situm M., Bulat V., Persic S., Tomljanovic-Veselski M. Oral lesions in patients with pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid // *Acta Clinica Croatica*. — 2008 Mar. — 47 (1): 13–845.
13. Cesar W.G., Barrios M.M., Maruta C.W., Aoki V., Santi G.G. Oesophagitis dissecans superficialis: an acute, benign phenomenon associated with pemphigus vulgaris // *Clinical & Experimental Dermatology*. — 2009 Dec. — 34 (8): e 614–616.
14. Chams-Davatchi C., Valikhani M., Daneshpazhooh M. et al. // *Intern. J. Dermatol.* — 2005. — Vol. 44. — P. 470–476.
15. Culton D.A., McCray S.K., Park M., Roberts J.C., Li N., Zedek

- D.C., Anhalt G.J., Cowley D.O., Liu Z., Diaz L.A. Mucosal pemphigus vulgaris anti-Dsg3 IgG is pathogenic to the oral mucosa of humanized Dsg3 mice // *Journal of Investigative Dermatology*. — 2015 Jun. — 135 (6): 1590–1597.
16. Deyhimi P., Tavakoli P. Study of apoptosis in oral pemphigus vulgaris using immunohistochemical marker Bax and TUNEL technique // *Journal of Oral Pathology & Medicine*. — 2013 May. — 42 (5): 409–414.
17. De Simone C., Caldarola G., D'agostino M., Zampetti A., Amerio P., Feliciani C. Exacerbation of pemphigus after influenza vaccination. Oral mucosal disease: pemphigus. [Review] [65 refs] *Clinical & Experimental Dermatology*. — 2008 Nov. 33 (6): 718–720.
18. Edgin W.A., Pratt T.C., Grimwood R.E. Pemphigus vulgaris and paraneoplastic pemphigus. [Review] [58 refs] // *Oral & Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. — 2008 Nov. — 20 (4): 577–584.
19. Fatahzadeh M. Timely recognition of pemphigus vulgaris by dental professionals // *Quintessence International*. — 2013 Jul. 44 (7): 521–530.
20. Fernandez S., Espana A., Navedo M., Barona L. Study of oral, ear, nose and throat involvement in pemphigus vulgaris by endoscopic examination // *British Journal of Dermatology*. — 2012 Nov. — 167 (5): 1011–1016.
21. Harman K.E., Seed P.T., Gratian M.J., Bhogal B.S., Challacombe S.J., Black M.M. The severity of cutaneous and oral pemphigus is related to desmoglein 1 and 3 antibody levels // *British Journal of Dermatology*. — 2001 Apr. — 144 (4): 775–780.
22. Hietanen J., Salo O.P. // *Acta Dermatol. Venereol*. — 1982. — Vol. 62. — P. 491–496.
23. Jablonska S., Chorzelski T., Beutner E.H. et al. // *Intern. J. Dermatol*. — 1975. — Vol. 14. — P. 353–359.
24. Iamaroon A., Boonyawong P., Klanrit P., Prasongtunskul S., Thongprasom K. Characterization of oral pemphigus vulgaris in Thai patients // *Journal of Oral Science*. — 2006 Mar. 48 (1): 43–46.
25. Kacar N., Cevahir N., Demirkan N., Sanli B. The investigation of the possible relationship between Cocksackie viruses and pemphigus // *International Journal of Dermatology*. — 2014 Mar. — 53 (3): 312–316.
26. Kavak A., Aydogan I., Gonen S. Simultaneous onset of pemphigus vulgaris in two Turkish siblings // *Journal of Dermatology*. — 2005 Mar. — 32 (3): 186–188.
27. Kurata M., Mizukawa Y., Aoyama Y., Shiohara T. Herpes simplex virus reactivation as a trigger of mucous lesions in pemphigus vulgaris // *British Journal of Dermatology*. — 2014 Sep. — 171 (3): 554–560.
28. Marzano A.V., Tournalaki A., Merlo V., Spinelli D., Venegoni L., Crosti C. Herpes simplex virus infection and pemphigus // *International Journal of Immunopathology & Pharmacology*. — 2009 Jul–Sep. — 22 (3): 781–786.
29. Michailidou E.Z., Belazi M.A., Markopoulos A.K., Tsatsos M.I., Mourellou O.N., Antoniadis D.Z. Epidemiologic survey of pemphigus vulgaris with oral manifestations in northern Greece: retrospective study of 129 patients // *International Journal of Dermatology*. — 2007 Apr. — 46 (4): 356–361.
30. Mignogna M.D., Pannone G., Lo Muzio L., Staibano S., Bucci E. Catenin dislocation in oral pemphigus vulgaris // *Journal of Oral Pathology & Medicine*. — 2001 May. — 30 (5): 268–274.
31. Mortazavi H., Shahdi M., Amirzargar A.A., Naraghi Z.S., Valikhani M., Daneshpazhooh M., Vasheghani-Farahani A., Sedaghat M., Chams-Davatchi C. Desmoglein ELISA in the diagnosis of pemphigus and its correlation with the severity of pemphigus vulgaris // *Iranian Journal of Allergy Asthma & Immunology*. — 2009 Mar. — 8 (1): 53–56.
32. Munhoz Ede A., Cardoso C.L., Barreto J.A., Soares C.T., Damante J.H. Severe manifestation of oral pemphigus // *American Journal of Otolaryngology*. — 2011 Jul–Aug. — 32 (4): 338–342.
33. Nguyen E.T., Lin S.K., Wu J.J. Pemphigus vulgaris with tense bullae // *Permanente Journal*. — 2015. — 19 (1): 77–78.
34. Patsatsi A., Sotiriou E., Devliotou-Panagiotidou D., Sotiriadis D. Pemphigus vulgaris affecting 19 nails // *Clinical & Experimental Dermatology*. — 2009 Mar. — 34 (2): 202–205.
35. Pereira C.M., Gasparetto P.F., Aires M.P. Pemphigus vulgaris in a juvenile patient: case report // *General Dentistry*. — 2006 Jul–Aug. — 54 (4): 262–264.
36. Pisanti S., Sharav Y., Kaufman E. et al. // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol*. — 1974. — Vol. 38. — P. 382–387.
37. Santoro F.A., Stoopler E.T., Werth V.P. Pemphigus // *Dental Clinics of North America*. — 2013 Oct. — 57 (4): 597–610.
38. Scully C., Mignogna M. // *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*. — 2008 Jun. — 46 (4): 272–277.
39. Shamim T., Varghese V.I., Shameena P.M., Sudha S. Pemphigus vulgaris in oral cavity: clinical analysis of 71 cases // *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*. — 2008 Oct. 13 (10): E622–626.
40. Shamim T., Varghese V.I., Shameena P.M., Sudha S. Jcsp, Candida smear-an adjunct for diagnosis of acantholytic cells in oral pemphigus vulgaris // *Journal of the College of Physicians & Surgeons – Pakistan*. — 2008 Jun. — 18 (6): 392.
41. Sigmund G.A., Oppenheimer R. Pemphigus vegetans of the nose // *Ear, Nose, & Throat Journal*. — 2012 Jan. — 91 (1): E14–15.
42. Singh M., Demetriades N., Papas A., Gagari E. A clinico-pathologic correlation. Pemphigus vulgaris // *Journal of the Massachusetts Dental Society*. — 2008. — 56 (4): 42–44.
43. Suliman N.M., Astrom A.N., Ali R.W., Salman H., Johannessen A.C. Clinical and histological characterization of oral pemphigus lesions in patients with skin diseases: a cross sectional study from Sudan // *BMC Oral Health*. — 2013. — P. 13–66.
44. Tsang S.M., Brown L., Lin K., Liu L., Piper K., O'Toole E.A., Grose R., Hart I.R., Garrod D.R., Fortune F., Wan H. Non-junctional human desmoglein 3 acts as an upstream regulator of Src in E-cadherin adhesion, a pathway possibly involved in the pathogenesis of pemphigus vulgaris.
45. Tsuruta D., Ishii N., Hashimoto T. Diagnosis and treatment of pemphigus. [Review] // *Immunotherapy*. — 2012 Jul. 4 (7): 735–745.
46. Venugopal S.S., Murrell D.F. Diagnosis and clinical features of pemphigus vulgaris. [Review] // *Immunology & Allergy Clinics of North America*. — 2012 May. 32 (2): 233–243.



Рентгеностоматология

Об информативности современного программного обеспечения ортопантомографов

Резюме

В статье приведены результаты анализа рентгеновских материалов более 1000 пациентов с заболеваниями зубов и челюстно-лицевой области с целью исследования информативности используемого программного обеспечения ортопантомографов. Даны рекомендации, которые могут способствовать расширению границ рентгенодиагностики патологических процессов челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: ортопантомография, зонография, программное обеспечение, диагностика, челюстно-лицевая область.

Для цитирования: Аржанцев А.П. Об информативности современного программного обеспечения ортопантомографов. *Стоматология для всех*. — 2017. — № 1 (78). — С. 30–35.

Modern orthopantomograph software information capacity
Arzhantsev A.P.

Summary

The article presents the results of the analysis of X-ray materials of more than 1000 patients with dental and maxillofacial diseases in order to study the informativeness of the software used for orthopantomographs. Recommendations are given that can help expand the boundaries of X-ray diagnostics of the pathological processes of the maxillofacial region.

Keywords: orthopantomography, zonography, software, diagnostics, maxillo-facial region.

Citation: Arzhantsev A.P. Modern orthopantomograph software information capacity. *Stomatologia dla vseh*. 2017: 1 (78); 30–35.

Ортопантомография, принцип которой был разработан еще в середине прошлого века, до настоящего времени занимает ведущее место среди рентгеностоматологических методик [3, 7, 8, 12].

Способ ортопантомографии постоянно совершенствуется путем создания новых конструкций аппаратов с оптимизацией программного обеспечения, позво-



Для переписки:
E-mail: andrey-p-a@mail.ru

Аржанцев А.П., д.м.н., профессор, зав. рентгенологическим отделением ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздрава России

ляющего исследовать не только зубочелюстную систему, но и другие отделы челюстно-лицевой области [2, 5, 9, 10].

Программное обеспечение современных ортопантомографов позволяет исследовать разные отделы челюстно-лицевой области.

Ортопантомография является эффективной методикой при диагностике заболеваний зубочелюстной системы, однако характеризуется сложностью рентгеноскиалогической картины. В дополнение к ортопантомографии диагностическую значимость имеют программы для изучения средней и верхней зон лицевого скелета, ВНЧС в боковой проекции, а также фрагментированная ортопантомография. Соотношение анатомических деталей черепа анализируется с помощью телерентгенографической приставки.

Рациональное использование диагностических программ для ортопантомографов с учетом знаний об их информативности и особенностях получаемого изображения способствует расширению границ рентгенодиагностики патологических процессов челюстно-лицевой области.

Будучи сложной методикой по технике получения изображения, ортопантомография обуславливает ряд особенностей скиалогической картины, которые возникают при выполнении съемки на аппаратах различных моделей и влияют на объективность информации [1, 4, 13, 14]. Поэтому при направлении пациентов на рентгенологическое исследование необходимы знания о закономерностях отображения патологических зон и анатомических деталей при использовании ортопантомографических диагностических программ для их рационального применения и правильной интерпретации изображения [1, 6, 11].

Целью исследования является улучшение качества диагностики заболеваний челюстно-лицевой области путем эффективного использования программного обеспечения ортопантомографов.

Материал и методы исследования. Проанализиро-



ваны рентгеновские материалы более 1000 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с кариесом зубов, периодонтитом, пародонтитом, гранулемами, кистами, опухолями и диспластической перестройкой челюстей, переломами, приобретенными и врожденными деформациями челюстно-лицевой области, заболеваниями верхнечелюстных пазух и височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС).

Изучались ортопантомограммы, панорамные зоннограммы средней и верхней зон лицевого черепа, зоннограммы ВНЧС, фрагментированные ортопантомограммы, телерентгенограммы черепа, выполненные по специальным программам на ортопантомографах.

Исследования проводились на ортопантомографах "Orthophos Plus", "Orthophos XG DS /Ceph" и "Orthophos XG5 DS Ceph" фирмы Sirona Dental System GmbH (Германия) при напряжении 60–90 кВ, силе тока 12 мА, времени экспозиции от 4,9 с до 14,4 с.

Обсуждение результатов и выводы. Полученные данные свидетельствуют, что на ортопантомограммах вертикальное увеличение размеров изображения каждого зубочелюстного сегмента передается относительно пропорционально, что позволяет объективно оценивать взаимоотношения кариозных дефектов с полостями коронок зубов, величину пародонтальных костных разрушений, локализацию зон деструкций и полостных образований в челюстях. Однако измерения по ортопантомограммам допустимы только при наличии точных данных о поправочном коэффициенте увеличения изображения. Из-за неодинакового увеличения изображения по горизонтали происходит искажение контуров анатомических деталей и патологических зон, но объективно отображаются их локализация и взаимоотношения. Это позволяет достоверно оценивать местоположение и границы различных деструктивных процессов (рис. 1), новообразований (рис. 2), травм (рис. 3), зон перестройки костной ткани (рис. 4), дефектов и деформаций челюстей (рис. 5), а также анализировать результаты проведенного лечения.

При диагностике кариеса на контактных поверхно-



Рис. 1. Ортопантомограмма. Остеомиелит нижней челюсти слева. Апикальная гранулема у зуба 2.4. Периодонтит в области корней зуба 4.6

стях коронок, боковых поверхностях шеек всех групп зубов при тесном расположении и скученности зубов (рис. 2, 5), а также кариеса жевательных поверхностей



Рис. 2. Ортопантомограмма. Кератокиста нижней челюсти. Дистопия и ретенция зуба 2.8 и атипично сформированного зуба 2.7. Кариес на контактных поверхностях коронок зубов 4.5, 4.6, 4.7



Рис. 3. Ортопантомограмма. Оскольчатый перелом нижней челюсти слева со смещением отломков



Рис. 4. Ортопантомограмма. Диспластическая перестройка нижней челюсти с обеих сторон и верхней челюсти слева



Рис. 5. Ортопантомограмма. Асимметричная конфигурация сторон нижней челюсти. Утолщена слизистая оболочка на дне левой верхнечелюстной пазухи. Кариес на контактных поверхностях коронок зубов 3.5 и 3.6

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

коронок зубов под пломбами данные ортопантомографии предоставляли особенно значимую информацию, так как при клиническом осмотре такие поражения часто не обнаруживались.

На 80% ортопантомограмм четкость отображения передних отделов челюстей была снижена. Поэтому в области резцов и клыков из-за нечеткости изображения возникала ложная картина наличия патологического процесса, либо имеющаяся зона периапикальной деструкции не получала убедительное отображение.

Ограниченные диагностические возможности ортопантомографии были выявлены при эндодонтическом лечении. Недостоверно отображалось истинное количество корневых каналов зубов при нахождении 2 корневых каналов в 1 корне зуба. Из-за суммации с obturированным корневым каналом не выявлялся незапломбированный второй корневой канал в 1 корне. Возникла ложная картина неоднородности или неполной obtурации корневых каналов в нижней трети корней зубов. Отсутствовала достоверная картина перфорации наружной и внутренней поверхностей корней зубов, а также трещин корней зубов. Нечетко передавались переломы корней зубов, особенно без смещения отломков.

Изображение верхнечелюстных пазух на ортопантомограммах в основном формируется контурами альвеолярных бухт одновременно в прямой и боковой проекциях. Тени утолщения слизистой оболочки на дне пазух передавались с увеличением размеров (рис. 5). Задне-внутренние отделы пазух отображались не полностью. Дефекты дна пазух становились видимыми только в том случае, когда повреждался нижний край альвеолярной бухты (рис. 6).



Рис. 6. Ортопантомограмма. Дефект дна верхнечелюстной пазухи на уровне лунки отсутствующего зуба 1.6. Снижена прозрачность верхнечелюстной пазухи справа

32 Контурные наружных поверхностей элементов ВНЧС (головка нижней челюсти и нижнечелюстная ямка височной кости) проекционно смещались медиально, а внутренние отделы — в дистальном направлении. Эти особенности предоставляли возможность оценивать состояние одновременно нескольких поверхностей головок нижней челюсти, но не позволяли объективно анализировать внутрисуставные взаимоотношения.

На всех ортопантомограммах обнаруживались дополнительные тени от воздушного пространства ротоглотки, лицевых костей и основания черепа, шейного отдела позвоночника, мягких тканей лица и рта. В тех случаях, когда тени скуловых костей, носовых раковин или мягких тканей лица "размазывались" в проекции верхнечелюстных пазух, возникала ложная картина утолщения слизистой оболочки.

При цифровой рентгеновской съемке между объектами, значительно отличающимися по плотности, как правило, образуются искусственные очаги затемнения. Поэтому в твердых тканях зубов вокруг пломб, искусственных коронок, ортодонтических устройств часто обнаруживались очаги затемнения, сходные с кариозными дефектами. В челюстях в области внутрикостных имплантатов, проволоочных швов, металлических винтов, минипластин и других металлических конструкций такие очаги напоминали костную деструкцию.

Современные ортопантомографы снабжены многочисленными программами для изучения отделов челюстно-лицевой области в разных проекциях в дополнении к ортопантомографии. Анализ многолетней работы позволяет выделить следующие программы, имеющие диагностическую эффективность и отличающиеся удобством при выполнении.

Панорамная зонография средней и верхней зон лицевого отдела черепа информативна при выявлении состояния верхнечелюстных и лобных пазух, решетчатого лабиринта, перегородки носа и носовых раковин (рис. 7, 8). В верхнечелюстных пазухах изменения слизистой оболочки хорошо различались у внутренней стенки, в скуловой, подглазничной и альвеолярной бухтах. Однако, в тех случаях, когда на изображение нижних отделов пазух наслаивались дополнительные нечеткие тени костных структур лица, невыраженное утолщение слизистой оболочки на дне альвеолярных



Рис. 7. Панорамная зонограмма средней и верхней зон лицевого отдела черепа. Искривление носовой перегородки и гипертрофия носовых раковин, сужение просвета носовых ходов. Воздушность верхнечелюстных и лобной пазух, решетчатого лабиринта сохранена

бухт не выявлялось. Травмы, деструктивные процессы и полостные образования лучше отображались при локализации в переднем отделе лицевого черепа. Патологические процессы в тонких костных структурах, формирующих внутреннюю стенку орбит, центральные и задние отделы стенок орбит и верхнечелюстных пазух часто не дифференцировались.



Рис. 8. Панорамная зонограмма средней и верхней зон лицевого отдела черепа. Снижена прозрачность верхнечелюстной пазухи и решетчатого лабиринта слева. Искривление носовой перегородки. Гипертрофия носовых раковин, сужение просвета носового хода слева

Специальная программа для зонографии ВНЧС в боковой проекции дает возможность оценить состояние суставных поверхностей и костной структуры головки нижней челюсти и нижнечелюстной ямки височной кости, а также их внутрисуставные отношения. При закрытом рте пациента в привычной или центральной окклюзии отображается ширина суставной щели в переднем, верхнем и заднем отделах сустава (рис. 9 а, г, 10 а, г). По зонограмме ВНЧС, выполненной в положении широко открытого рта пациента, выявляется диапазон экскурсии головок нижней челюсти (рис. 9 б, в, рис. 10 б, в). Преимущество этой методики перед стандартной ортопантомографией заключается в отображении костных элементов ВНЧС в боко-

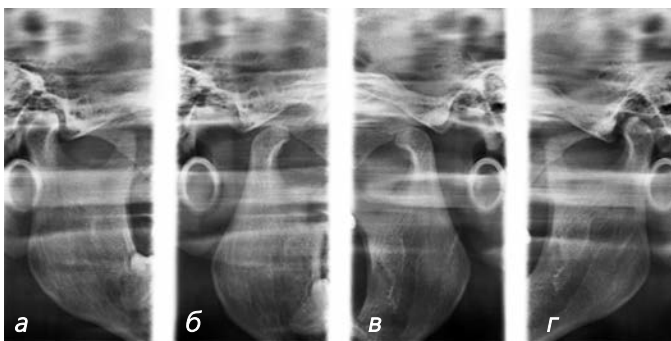


Рис. 9. Зонография височно-нижнечелюстных суставов. При закрытом рте пациента обе головки нижней челюсти значительно смещены вниз (а, г). В положении открытого рта визуализируется чрезмерная экскурсия головок нижней челюсти (б, в)

вой проекции, что позволяет объективно оценивать внутрисуставные взаимоотношения. Однако начальные органические изменения в костных элементах сустава на зонограммах могут не иметь убедительной картины.

Фрагментированную ортопантомографию целесообразно выполнять при повторных ортопантомографических исследованиях с целью уменьшения площади

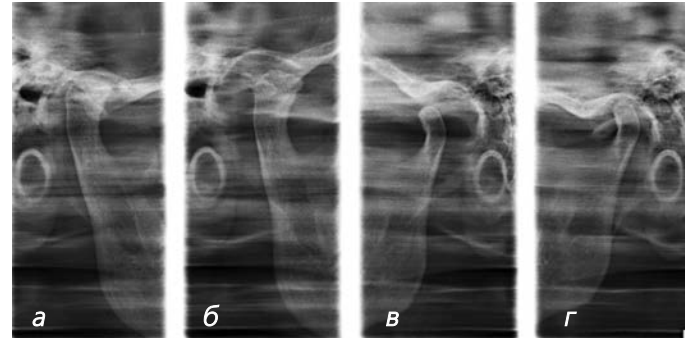


Рис. 10. Зонография височно-нижнечелюстных суставов. Головка нижней челюсти справа увеличена в размере, деформирована, структура ее уплотнена (а). Обе головки нижней челюсти при закрытом рте смещены вверх (а, г), при открытом рте их экскурсия ограничена (б, в)

воздействия ионизирующего излучения на пациента. В соответствии с локализацией патологической зоны более информативными являются фрагментированная ортопантомография фронтального отдела челюстей (рис. 11) и одной из сторон зубочелюстной системы (рис. 12).

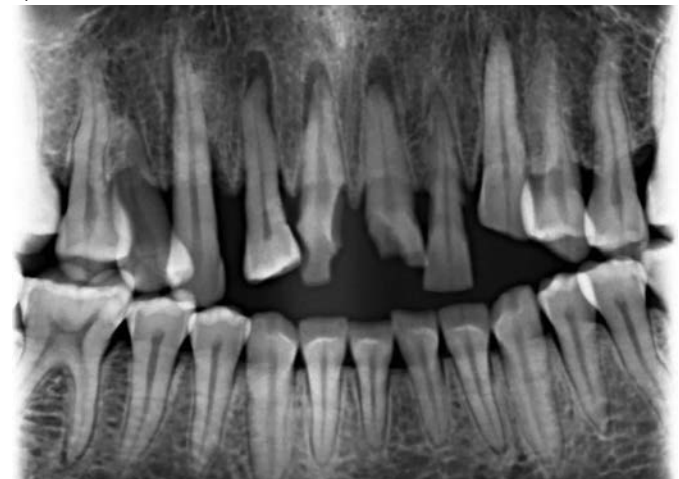


Рис. 11. Фрагментированная ортопантомография переднего отдела челюстей. Скол коронок зубов 1.1 и 2.1. Подвывих зубов 1.1, 1.2, 2.1

Телерентгенография черепа осуществляется при наличии цефалостатической приставки к ортопантомографу. Исследование черепа в боковой и прямой проекциях (рис. 13, 14) с помощью краниометрических расчетов предоставляет объективные данные о соотношении костей лица, лицевого и мозгового отделов черепа при планировании ортодонтического лечения и реконструктивных операций в челюстно-лицевой

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

хирургии. На телерентгенограммах черепа в боковой проекции хорошо виден профиль лица пациента. Рентгенограммы придаточных пазух носа в носо-подбородочной проекции эффективны только при диагностике значительных изменений слизистой оболочки верхнечелюстных пазух (рис. 15) и решетчатого лабиринта.



Рис. 12. Фрагментированная ортопантомография зубочелюстной системы справа. Амелобластома нижней челюсти



Рис. 13. Телерентгенограмма черепа в прямой проекции. Асимметричная деформация нижней челюсти

Перечисленные программы ортопантомографов имели особую диагностическую ценность, когда в силу различных обстоятельств пациент не мог быть исследован на рентгеновских аппаратах общего профиля и компьютерных томографах.

В некоторых случаях для улучшения качества ортопантомограмм и панорамных зонограмм применялись специальные фильтры, повышающие резкость изображения и снижающие шумовой эффект. Структура костной ткани и зубов в сравнении со стандартным изображением приобретала особую теневую картину с более отчетливой передачей мелких анатомических деталей (рис. 16 а, б).

Опыт консультативного приема пациентов, направ-

ленных с рентгеновскими материалами из различных лечебных учреждений, свидетельствует, что нередко цифровое ортопантомографическое изображение распечатывается на фотобумагу или обычную бумагу. Это приводит соответственно к частичной или значительной потере информации. Перенос послойного изображения на пленку должен выполняться на высокока-



Рис. 14. Телерентгенограмма черепа в боковой проекции пациента с двусторонней расщелиной альвеолярного отростка верхней челюсти и нёба. Верхняя челюсть уменьшена в размере, нижняя челюсть увеличена и смещена вперед



Рис. 15. Телерентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции (снимок придаточных пазух носа). Тотальное снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи справа

ственных термографических принтерах.

Таким образом, современное программное обеспечение повышает диагностические возможности ортопантомографов, позволяя в дополнение к ортопантомографии использовать зонографию разных отделов челюстно-лицевой области. Однако эти методики имеют определенные особенности, влияющие на качество передачи анатомических деталей и патологических зон, что необходимо учитывать при интерпретации изображения.

Литература

1. Аржанцев А.П. Рентгенологические исследования в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: атлас. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 320 с.
2. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Трутень В.П. Лучевая диагностика в стоматологии. — М., 2007. — 496 с.
3. Герасимова Л.П., Зарипова Н.Р., Верзакова И.Н., Раянова Р.А. Рентгенодиагностика в терапевтической стоматологии. — М.: МИГ "Медицинская книга", 2011. — 196 с.
4. Лучевая диагностика в стоматологии: национальное руководство / Гл. ред. тома Васильев А.Ю. — М.: ГЭО-

ТАР-Медиа, 2010. — 288 с.

5. Лежнев Д.А. Улучшение визуализации фронтальных отделов ортопантомограмм с использованием постпроцессорной обработки изображения // Лучевая диагностика и терапия. — 2012. — № 2 (3). — С. 28–30.
6. Лучевая диагностика в стоматологии: национальное руководство / Гл. ред. тома Васильев А.Ю. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 288 с.

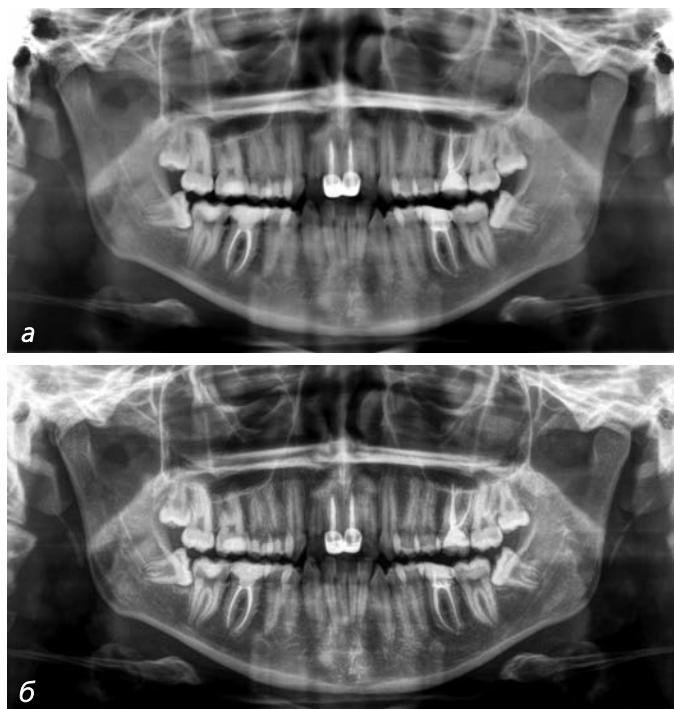


Рис. 16. Ортопантограммы: а — изображение, полученное в стандартных условиях; б — после постпроцессорной обработки с использованием фильтров для повышения резкости и устранения шумового эффекта изображение твердых тканей зубов, костной структуры и анатомических деталей стало более отчетливым

7. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. — М.: "Медицинское информационное агентство", 2003. — 452 с.
8. Серова Н.С. Лучевая диагностика в стоматологической имплантологии. — М.: Е-нот, 2015. — 220 с.
9. Трофимова Т.Н., Гарапач И.А., Бельчикова Н.С. Лучевая диагностика в стоматологии. — М.: "Медицинское информационное агентство", 2010. — 192 с.
10. Фадеев Р.А., Панина А.Н., Андреищев А.Р. Использование данных телерентгенографии для количественной оценки зубочелюстно-лицевых нарушений // Лучевая диагностика и терапия. — 2012. — № 1. — С. 50–61.
11. Pandolfo I., Mazziotti S. Orthopantomography. — Milan: Springer, 2014. — 204 p.
12. Pasler F.A., Visser H. Рентгенодиагностика в практике стоматолога / Пер. с нем.; Под общ. ред. Н.А.

Рабухиной. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 352 с.

13. Toziim T.F., Taguchi A. Role of dental panoramic radiographs in assessment of future dental conditions in patients with osteoporosis and periodontitis // N.Y. State Dent. J. — 2004. — Vol. 70, № 1. — P. 32–35.
14. Walker C., Thomson D., McKenna G. Case study: limitations of panoramic radiography in the anterior mandible // Dent. Update. — 2009. — Vol. 36, № 10. — P. 620–623.

Referens

1. Arzhantsev A. X-ray imaging in dentistry and maxillofacial surgery: atlas. — Moscow.: GEOTAR-Media, 2016. — P. 320 с. (in Russian)
2. Vasilyev A., Vorobyov Yu., Truten V. Radiology in dentistry. — Moscow., 2007. — P. 496. (in Russian)
3. Gerasimova L., Zaripova N., Verzakova I., Rayanova R.. X-ray imaging in dental therapy. — Moscow.: MIG "Meditsinskaya kniga", 2011. — P. 196. (in Russian)
4. Radiology in dentistry: national manual / editor in chief. A. Vasilyev. — Moscow.: GEOTAR-Media, 2010. — P. 288 (in Russian)
5. Lezhenev D. Improved visualization of the front sections of orthopantomograms using postprocessor image processing // Radiology and therapy. — 2012. — № 2 (3). — P. 28–30.
6. Radiology in dentistry: national manual / editor in chief. A. Vasilyev. — Moscow.: GEOTAR-Media, 2010. — P. 288. (in Russian)
7. Rabukhina N., Arzhantsev A. X-ray imaging in dentistry. — Moscow.: "Medical Information Agency", 2003. — P. 452. (in Russian)
8. Serova N. Radiology in dental implantology. — Moscow.: E-noto, 2015. — P. 220.
9. Trofimova T., Garapach I., Belchikova N. Radiology in dentistry — Moscow.: "Medical Information Agency", 2010. — P. 192. (in Russian)
10. Phadeyev R., Panina A., Andreishev A.. Teleradiography data in the quantitative evaluation of maxillofacial disorders // Radiology and therapy. — 2012. — № 1. — P. 50–61. (in Russian)
11. Pandolfo I., Mazziotti S. Orthopantomography. — Milan: Springer, 2014. — 204 p.
12. Pasler F.A., Visser H. Рентгенодиагностика в практике стоматолога / Пер. с нем.; Под общ. ред. Н.А. Рабухиной. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 352 с.
13. Toziim T.F., Taguchi A. Role of dental panoramic radiographs in assessment of future dental conditions in patients with osteoporosis and periodontitis // N.Y. State Dent. J. — 2004. — Vol. 70, № 1. — P. 32–35.
14. Walker C., Thomson D., McKenna G. Case study: limitations of panoramic radiography in the anterior mandible // Dent. Update. — 2009. — Vol. 36, № 10. — P. 620–623.



Пародонтология

Влияние адгезивно-волоконного шинирования подвижных зубов на состояние микроциркуляции в тканях пародонта при пародонтите

Резюме

В статье изучена эффективность применения адгезивных шинирующих конструкций у пациентов с воспалительно-деструктивными заболеваниями пародонта. Представлена методика создания адгезивных шин с гибкой арматурой на основе стекловолокна с преимпрегнацией композитом. В ближайшие и отдаленные сроки после шинирования зубов проведена оценка сосудистых реакций тканей пародонта с применением компьютерной капилляроскопии. Результаты показали, что через 3 мес. после комплексного лечения, включающего иммобилизацию подвижных зубов, в тканях пародонта наблюдалось увеличение плотности функционирующих капилляров, нормализация гемодинамических показателей, повышение перфузионного баланса.

Ключевые слова: пародонтит, адгезивно-волоконное шинирование, стекловолоконные армирующие ленты, компьютерная капилляроскопия.

Для цитирования: Абаев З.М., Зорина О.А., Северина Л.А. Влияние адгезивно-волоконного шинирования подвижных зубов на состояние микроциркуляции в тканях пародонта при пародонтите. *Стоматология для всех*. — 2017. — № 1 (78). — С. 36–40.

Influence of adhesive fiber tissue of mobile teeth on microcirculation status in parodont tissues with parodontite

Abaev Z.M., Zorina O.A., Severina L.A.

Summary

The article studies the effectiveness of the use of adhesive splicing structures in patients with inflammatory-destructive periodontal diseases. The technique of creating adhesive tires with flexible reinforcement based on fiberglass with pre-impregnation of the composite is presented. In the near and distant terms after tooth splinting, the vascular reactions of periodontal tissues were assessed using computer capillaroscopy. The results showed that after 3 months. After complex treatment, including the immobilization of mobile teeth, an increase in the density of func-

tioning capillaries was observed in the periodontal tissues, normalization of the hemodynamic parameters, and an increase in the perfusion balance.

Keywords: periodontitis, adhesive-fiber splinting, fiberglass reinforcing tapes, computer capillaroscopy.

Citation: Abaev Z.M., Zorina O.A., Severina L.A. Influence of adhesive fiber tissue of mobile teeth on microcirculation status in parodont tissues with parodontite. *Stomatologia dla vseh*. 2017; 1 (78): 36–40.

Прогрессирование воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта приводит к патологической подвижности зубов, что затрудняет процесс жевания. Под действием жевательных сил зубы смещаются и выдвигаются из лунок, что повышает нагрузку на связочный аппарат. При длительно существующей или возрастающей функциональной перегрузке опорных тканей зубов происходит нарушение микроциркуляции и трофики тканей пародонта, прогрессирование деструкции и нарастание патологической подвижности зубов. Сочетание этого воздействия с воспалением еще более усугубляет деструктивные процессы в пародонте [1, 2].

Для устранения травматической окклюзии и восстановления жевательной функции в комплексном лечении пародонтита применяется стабилизация подвижных зубов с помощью шинирования. В настоящее время существует целый ряд армирующих стекловолоконных материалов, доступных на рынке, которые с помощью адгезивной технологии позволяют создать биосовместимые эстетичные и устойчивые к разрушению шинирующие конструкции [3–5].

В ряде работ показано, что применение адгезивно-волоконного шинирования увеличивает средний срок ремиссии у пациентов с пародонтитом. Силовое воздействие на подвижные зубы при адгезивно-волоконном шинировании является фактором, который способствует нормализации окклюзионных нагрузок, оказывает положительное влияние на кровоснабжение и



трофику опорных тканей зубов, темпы репаративных процессов и ремоделирование альвеолярной кости, повышая тем самым эффективность лечения заболеваний пародонта [6–8].

Структурно-функциональные изменения микросудистого русла и характер кровотока в тканях пародонта являются важными диагностическими параметрами, позволяющими прогнозировать степень нарушений и тяжесть течения воспалительно-деструктивного процесса, а также оценить эффективность лечебно-профилактических процедур и реабилитационных мероприятий [9].

Одним из перспективных методов функционального исследования для объективной оценки сосудистых реакций в тканях пародонта на различные лечебные воздействия является компьютерная капилляроскопия. Данная методика основана на мультимедийных способах получения, обработки и передачи информации, что позволяет визуально анализировать морфо-функциональное состояние микрососудов, реологию крови и внесосудистые изменения тканей пародонта, а также получать числовые параметры, характеризующие состояние микроциркуляции [10–12].

Оценка тканевого кровотока методом компьютерной капилляроскопии у пациентов с ХГП является актуальной задачей, так как сведения в доступной литературе единичны.

Целью данного исследования было изучение состояния микроциркуляции в тканях десны методом капилляроскопии у пациентов с ХГП до и после шинирования зубов с применением адгезивно-волоконных технологий.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели проведено обследование и комплексное лечение 15 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) средней степени тяжести, в том числе 6 мужчин (40,0%) и 9 (60,0%) женщин. Средний возраст пациентов составлял $37,4 \pm 2,9$ лет.

Для постановки диагноза проводили стоматологическое обследование пациентов по стандартной методике. Степень тяжести пародонтита устанавливали на основании клинических показателей (глубины пародонтальных карманов, степени подвижности зубов), а также с использованием данных рентгенологических методов исследования (ортопантомографии, прицельной внутриротовой рентгенографии).

С помощью компьютерной капилляроскопии оценивали особенности морфологии сосудистого русла при пародонтите и динамику изменений микроциркуляции в ближайшие (первые сутки) и отдаленные сроки (3 и 6 мес.) после шинирования зубов. Исследование микроциркуляторного русла тканей пародонта проводили с помощью компьютерного капилляроскопа (КК 4-01-“ЦАВ” ЗАО центр “Анализ

веществ”) с увеличением 200–400 крат, с разрешающей способностью 1,0 мкм. Состояние микроциркуляции оценивали в трех зонах десны (маргинальная десна – МД; прикрепленная десна – ПД; переходная складка – ПС).

Для описания состояния микроциркуляции использовали следующие характеристики: плотность капиллярной сети – ρ , в %; диаметр капилляров – d , в мкм в различных отделах (артериолярный – АО, переходный – ПО, веноулярный – ВО); линейная скорость капиллярного кровотока в артериальном и венозном отделах – V , в мкм/с; объемная скорость капиллярного кровотока в артериальном и венозном отделах – Q , в мкм³/с.

До шинирования зубов всем пациентам проводили санацию полости рта, обучение правилам ухода за полостью рта, профессиональную гигиену, включающую удаление зубных отложений с помощью ручных инструментов (пародонтальных кюрет) и ультразвукового аппарата “Piezon Master” (Electric Medical Systems, Швейцария), местную противовоспалительную терапию, избирательное шлифование по методике Jankelson.

Для стабилизации подвижных зубов проводили шинирование с применением адгезивно-волоконных конструкций. В качестве арматуры использовали материал Interlig (Angelus Industria de Produtos Odontologicos S/A, Бразилия), который относится к стекловолоконным системам с технологией преимпрегнации адгезивного агента (рис. 1).

Изготовление адгезивных конструкций проводили после достижения пациентом удовлетворительного уровня гигиены и купирования признаков воспаления тканей пародонта (рис. 2).

Под местной инфильтрационной анестезией препарировали зубы на безопасную глубину, достаточную для погружения армирующей ленты (рис. 3).



Рис. 1. Лента стекловолоконная Interlig (Angelus Industria de Produtos Odontologicos S/A, Бразилия)

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

После адаптации армирующей ленты ее полностью закрывали с помощью фотополимеризующегося материала Spectrum TPH (Dentsply, Германия), восстанавливали анатомическую форму шинируемых зубов и осуществляли финишную обработку (рис. 4).



Рис. 2. Пациент с ХГП средней степени тяжести, подвижность фронтальной группы зубов верхней челюсти 2 степени. Состояние после профессиональной гигиены и местной противовоспалительной терапии

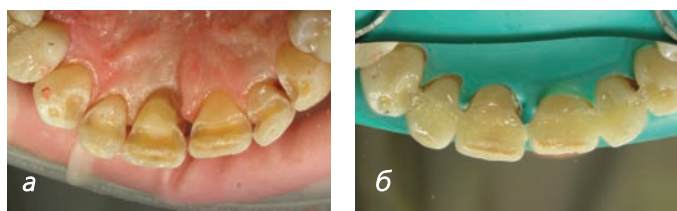


Рис. 3. а — состояние после препарирования зубов под армирующую ленту; б — укладка стекловолоконной ленты и наложение первого слоя композита

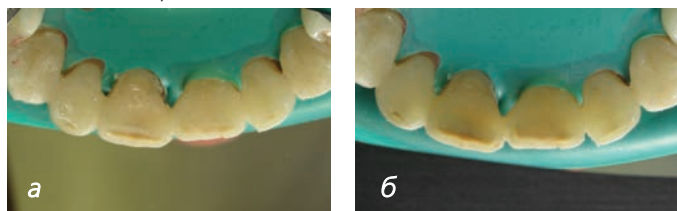


Рис. 4. а — восстановление анатомической формы зубов; б — состояние после финишной обработки

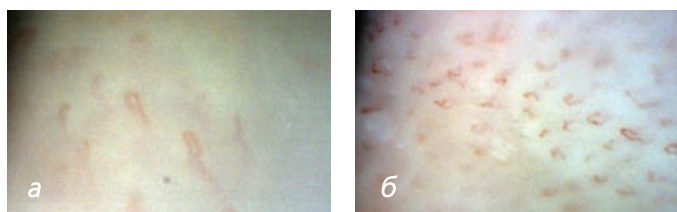


Рис. 5. Визуальная картина микрососудов маргинальной десны у пациента с ХГП: а — до лечения; б — через 3 мес. после шинирования

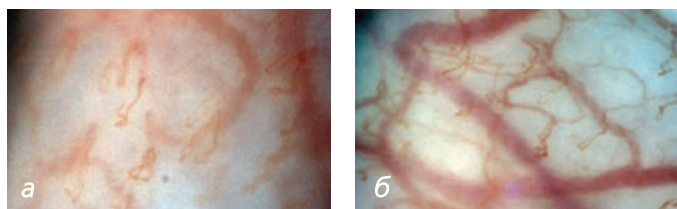


Рис. 6. Визуальная картина микрососудов переходной складки у пациента с ХГП: а — до лечения; б — через 3 мес. после шинирования

Состояние микроциркуляции в тканях пародонта оценивали через сутки после шинирования, через 3 и 6 мес.

Результаты и обсуждение. Стоматологическое обследование пациентов до лечения показало, что глубина пародонтальных карманов составляла в среднем $5,6 \pm 0,8$ мм, подвижность зубов — 1–2 степени. При рентгенологическом исследовании выявлялась деструкция кортикальной пластинки и костной ткани межзубных перегородок на $1/3$ – $1/2$ длины корня.

При исследовании сосудистого русла тканей пародонта методом компьютерной капилляроскопии уста-

Таблица 1. Динамика показателей микроциркуляции у пациентов с ХГП по данным компьютерной капилляроскопии

Показатель и микроциркуляции (M±m)	пациенты с ХГП				Норма (Кречина Е.К., Мустафина Ф.К., 2010)
	до лечения (n=15)	через 1 сутки после шинирования (n=15)	через 3 мес. после шинирования (n=15)	через 6 мес. после шинирования (n=15)	
Плотность сети p, %					
– МД	$2,8 \pm 0,1^*$	$2,9 \pm 0,1^*$	$3,6 \pm 0,1^{**}$	$3,5 \pm 0,2^{**}$	$3,9 \pm 0,1$
– ПД	$1,8 \pm 0,2^*$	$2,0 \pm 0,3^*$	$2,5 \pm 0,2^{**}$	$2,6 \pm 0,2^{**}$	$2,7 \pm 0,4$
– ПС	$3,3 \pm 0,2^*$	$3,5 \pm 0,3^*$	$3,9 \pm 0,2^{**}$	$3,9 \pm 0,2^{**}$	$4,0 \pm 0,2$
Диаметр капилляров d, мкм					
– АО	$8,1 \pm 0,2^*$	$8,4 \pm 0,4^*$	$7,5 \pm 0,2^*$	$7,4 \pm 0,2^{**}$	$6,5 \pm 0,3$
– ПО	$9,5 \pm 0,3$	$10,5 \pm 0,3^*$	$9,2 \pm 0,3$	$9,2 \pm 0,4$	$9,0 \pm 0,3$
– ВО	$11,1 \pm 0,3$	$11,5 \pm 0,4^*$	$10,5 \pm 0,3$	$9,7 \pm 0,4$	$10,5 \pm 0,4$
Линейная скорость V, мкм/с					
– АО	$485,5 \pm 19,1^*$	$536,64 \pm 32,9$	$646,7 \pm 30,5^{**}$	$639,8 \pm 19,2^{**}$	$696,7 \pm 9,4$
– ВО	$434,9 \pm 22,4^*$	$483,94 \pm 41,7$	$518,9 \pm 21,8^{**}$	$532,4 \pm 15,7^{**}$	$623,5 \pm 8,3$
Объемная скорость – Q, мкм ³ /с					
– АО	$30592,6 \pm 99,5^*$	$42275,3 \pm 88,2^{**}$	$52440,3 \pm 38,2^{**}$	$51280,3 \pm 47,1^{**}$	$53832,6 \pm 109,8$
– ВО	$24245,6 \pm 85,4^*$	$28861,9 \pm 79,8^{**}$	$45861,9 \pm 79,8^{**}$	$48335,1 \pm 63,5^{**}$	$56305,6 \pm 100,2$

Примечание: МД — маргинальная десна, ПД — прикреплённая десна, ПС — переходная складка, АО — артериолярный отдел, ПО — переходный отдел, ВО — веноулярный отдел

* — достоверные различия по сравнению с нормой ($p < 0,05$)

** — достоверные различия по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$)

новлено, что до лечения практически у всех пациентов с ХГП отмечалась II степень расстройства микроциркуляции крови — среднетяжелая.

Визуально определялась следующая картина (рис. 5а, 6а): снижение числа функционирующих капилляров и выраженное нарушение артериоло-венулярных соотношений диаметров микрососудов по сравнению с нормой. На фоне спазма сосудов прекапиллярного звена наблюдались саккулярно расширенные венулы с признаками застойных явлений. При обследовании выявлялись такие реологические внутрисосудистые эффекты, как агрегация эритроцитов, пристеночное стояние лейкоцитов, плазматические капилляры.

Плотность капиллярной сети, которая является показателем перфузии и характеризует реакции компенсации при включении резервных капилляров, у обследованных пациентов с ХГП составляла $2,8 \pm 0,1\%$ в маргинальной десне; $1,8 \pm 0,2\%$ — в прикрепленной десне; $3,3 \pm 0,2\%$ — в области переходной складки (табл. 1).

Средний диаметр капилляров у пациентов с ХГП до лечения составлял $8,1 \pm 0,2$ мкм в артериальном отделе (норма 5–6 мкм), $9,5 \pm 0,3$ мкм — в переходном отделе (норма 8–10 мкм); $11,1 \pm 0,3$ мкм — в веноулярном отделе (норма — 7–9 мкм). Увеличенный диаметр капилляров в совокупности с извитой формой и деформацией стенки посткапилляров соответствовали структурным изменениям микрососудов, возникающим компенсаторно вследствие гипоксии тканей пародонта.

Линейная скорость кровотока, которая в норме составляет 600–800 мкм/с, у пациентов с ХГП была ниже на 20% по сравнению с нормой в артериальном отделе микроциркуляторного русла десны и на 30% — в венозном отделе. Объемная скорость кровотока у пациентов с ХГП также была снижена по сравнению с показателями интактного пародонта: в 1,8 раз — в артериальном отделе и в 2,7 раза — в венозном отделе.

По данным литературы [10], при интактном пародонте плотность капиллярной сети составляет $3,9 \pm 0,1\%$ в маргинальной десне; $2,7 \pm 0,4\%$ — в прикрепленной десне; $4,0 \pm 0,2\%$ — в переходной складке. Линейная скорость кровотока в среднем в артериальном отделе достигает $696,7 \pm 9,4$ мкм/с; в венозном отделе — $623,5 \pm 8,3$ мкм/с; а объемная скорость кровотока $53832,6 \pm 109,8$ мкм³/с и $56305,6 \pm 100,2$ мкм³/с соответственно (см. табл. 1).

Таким образом, исследование методом компьютерной капилляроскопии показало, что у пациентов с ХГП до лечения отмечались признаки недостаточной перфузии тканей пародонта и нарушения оттока крови в венозном отделе микрососудистого русла, обусловленные воспалительным процессом и функциональной перегрузкой тканей пародонта вследствие деструкции связочного аппарата зубов.

В ходе анализа динамики сосудистых реакций на

шинирование зубов установлено, что через сутки после наложения шины интенсивность кровотока в десне резко возрастала.

К этому сроку наблюдалось незначительное увеличение плотности функционирующих капилляров, их количество составляло от 5 и больше в поле зрения. После шинирования зубов отмечалась дилатация регионарных сосудов пародонта, что подтверждалось увеличением диаметров микрососудов. Вместе с тем, сохранялась извитость микрососудов и выявлялись признаки, характерные для венозной гиперемии и периваскулярного отека.

Через сутки после шинирования наблюдалась тенденция к повышению показателей средних линейной и объемной скоростей кровотока у всех обследованных. Увеличение интенсивности кровотока в опорных тканях иммобилизованных зубов является реакцией на усиление механической нагрузки на эти зубы при натяжении армирующей ленты.

Через 3 мес. после лечения состояние пациентов оставалось стабильным. Пациенты адаптировались к шинам и жалоб на дискомфорт не предъявляли.

Оценка состояния микроциркуляции в динамике показала, что повышенное кровенаполнение тканей десны и венозный застой, обусловленные увеличением жевательной нагрузки на ткани пародонта в первые сутки после иммобилизации зубов, через 3 мес. уменьшались. К этому сроку у пациентов происходило достоверное увеличение плотности функционирующих капилляров десны по сравнению с исходным уровнем. Визуально микрососуды были слегка извиты и расширены, интерстиций прозрачный, кровоток быстрый гомогенный. Сохранялось преобладание веноулярного компонента (рис. 6б, 7б).

Анализ гемодинамических характеристик показал тенденцию к повышению показателей средних показателей линейной и объемной скоростей кровотока. Так, линейная скорость кровотока возросла по сравнению с исходным уровнем на 25% в артериальном отделе и на 16% — в веноулярном отделе. Произошло также достоверное увеличение показателей объемной скорости кровотока по сравнению с исходным уровнем в 2,3 раза в артериальном отделе и в 1,7 раза — в веноулярном отделе.

Через 6 мес. после лечения положительная динамика в состоянии микроциркуляции сохранялась. Линейная скорость кровотока к этому сроку составляла в среднем $639,8 \pm 19,2$ мкм/с в артериальном отделе и $523,4 \pm 15,7$ мкм/с — в веноулярном отделе, что соответственно на 32% и 23% выше по сравнению с исходным уровнем. Объемная скорость по сравнению с показателями до лечения возросла в 1,7 раза в артериальном отделе и в 2 раза — в веноулярном отделе.

Заключение. Таким образом, у пациентов с ХГП до лечения выявлены нарушения микроциркуляции в тка-

нях пародонта, которые выражались в уменьшении плотности капиллярной сети, увеличении среднего диаметра микрососудов, изменении формы сосудов и характера кровотока в них. Выявлены признаки интерстициального отека, нарушение ориентации и размеров капилляров, замедление кровотока, венозный застой. Исходом таких микроциркуляторных расстройств является стаз и нарушение трофики тканей. Перечисленные изменения сосудов пародонта можно трактовать как следствие длительного патологического процесса — воспаления и деструкции тканей пародонта.

Через 3 мес. после комплексного лечения, включающего иммобилизацию подвижных зубов с применением стекловолоконного материала Interlig, наблюдалось увеличение плотности функционирующих капилляров, нормализация гемодинамических показателей, повышение уровня перфузии тканей кровью. Восстановление морфо-функциональных характеристик во всех звеньях микроциркуляторного русла способствовало улучшению тканевого метаболизма, что оказывало благоприятное влияние на течение репаративных процессов в тканях пародонта.

Литература

1. Кречина Е.К., Зорина О.А., Мустафина Ф.К., Молчанов А.М. Состояние микроциркуляции в тканях пародонта по данным компьютерной капилляроскопии у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне метаболических нарушений // *Стоматология*. — 2015. — 94 (4). — С. 20–23.
2. Lira-Junior R., Figueredo C.M., Bouskela E. et al. Severe chronic periodontitis is associated with endothelial and microvascular dysfunctions: a pilot study. *J Periodontol*. 2014; 85 (12): 1648–1657.
3. Kathariya R., Devanoorkar A., Golani R., Shetty N., Vallakatla V., Bhat M.Y. To splint or not to splint: The current status of periodontal splinting. *J Int Acad Periodontol*. 2016; 18 (2): 45–56.
4. Strassler H.E. Fixed prosthodontics provisional materials: making the right selection. *Compend Contin Educ Dent*. 2013; 34 (1): 22–24, 26; quiz 28, 30.
5. Strassler H.E., Serio C.L. Esthetic considerations when splinting with fiber-reinforced composites. *Dent Clin North Am*. 2007; 51 (2): 507–524. doi: 10.1016/j.cden.2006.12.004
6. Петрухина Н.Б., Аймадинова Н.К., Зорина О.А. Использование стекловолоконных конструкций для замещения включенных дефектов зубных рядов и шинирования подвижных зубов // *Стоматология для всех*. — 2012. — 1. — С. 16–20.
7. Рабинович И.М., Петрухина Н.Б., Зорина О.А., Аймадинова Н.К. Замещение включенных дефектов зубных рядов с использованием стекловолоконной технологии // *Клиническая стоматология*. — 2012. — 61 (1). — С. 8–11.
8. Agrawal A.A., Chitko S.S. The use of silane-coated industrial glass fibers in splinting periodontally mobile teeth. *Indian J Dent Res* 2011; 22: 594–596. doi: 10.4103/0970-9290.90307.

doi: 10.4103/0970-9290.90307.

9. Козлов В.И., Кречина Е.К., Маслова В.В. Микроциркуляция в тканях десны пародонта. — М., 2007.

10. Кречина Е.К., Мустафина Ф.К. Метод капилляроскопии в оценке состояния микроциркуляции в тканях десны интактного пародонта. — *Стоматология*. — 2010. — 89 (4). — С. 38.

11. Bellavia F., Cacioppo A., Lupascu C.A. et al. A non-parametric segmentation methodology for oral videocapillaroscopic images. *Comput Methods Programs Biomed*. 2014; 114 (3): 240–246.

12. Scardina G.A., Ruggieri A., Messina P. Oral microcirculation observed in vivo by videocapillaroscopy: a review. *J Oral Sci*. 2009; 51 (1): 1–10.

References

1. Krechina E.K., Zorina O.A., Mustafina F.C., Molchanov A.M. Microcirculation in periodontal tissues assessed by computer capillaroscopy in patients with periodontal disease and metabolic disorders. *Stomatologija*. 2015; 94 (4): 20–23. (In Russ.). doi: 10.17116/stomat201594420-23
2. Lira-Junior R., Figueredo C.M., Bouskela E. et al. Severe chronic periodontitis is associated with endothelial and microvascular dysfunctions: a pilot study. *J Periodontol*. 2014; 85 (12): 1648–1657. doi: 10.1902/jop.2014.140189.
3. Kathariya R., Devanoorkar A., Golani R., Shetty N., Vallakatla V., Bhat M.Y. To splint or not to splint: The current status of periodontal splinting. *J Int Acad Periodontol*. 2016; 18 (2): 45–56.
4. Strassler H.E. Fixed prosthodontics provisional materials: making the right selection. *Compend Contin Educ Dent*. 2013; 34 (1): 22–24, 26; quiz 28, 30.
5. Strassler H.E., Serio C.L. Esthetic considerations when splinting with fiber-reinforced composites. *Dent Clin North Am*. 2007; 51 (2): 507–524. doi: 10.1016/j.cden.2006.12.004
6. Petrukhina N.B., Aymadinova N.K., Zorina O.A. Usage of fiber-glass constructions for substitution of insert defects of teeth lines and for mobile teeth splinting. *Stomatologija dlja vseh*. 2012; 1: 16–20. (In Russ.).
7. Rabinovich I.M., Petrukhina N.B., Zorina O.A., Aymadinova N.K. Bounded edentulous space replacement with fiberglass technology appliance. *Klinicheskaja stomatologija*. 2012; 61 (1): 8–11.
8. Agrawal A.A., Chitko S.S. The use of silane-coated industrial glass fibers in splinting periodontally mobile teeth. *Indian J Dent Res* 2011; 22: 594–596. doi: 10.4103/0970-9290.90307.
9. Kozlov V.I., Krechina E.K., Maslova V.V. Microcirculation in periodontal gum tissue. Moscow: GEOTAR-Media; 2007. (In Russ.).
10. Krechina E.K., Mustafina F.K. Method of capillaroscopy in evaluation of microcirculation status of gingival tissues of intact parodontium. *Stomatologija*. 2010; 89 (4): 28–30. (In Russ.).
11. Bellavia F., Cacioppo A., Lupascu C.A. et al. A non-parametric segmentation methodology for oral videocapillaroscopic images. *Comput Methods Programs Biomed*. 2014; 114 (3): 240–246. doi: 10.1016/j.cmpb.2014.02.009.
12. Scardina G.A., Ruggieri A., Messina P. Oral microcirculation observed in vivo by videocapillaroscopy: a review. *J Oral Sci*. 2009; 51 (1): 1–10.



Стома-Денталь

www.dent.ru

Неправильный уход за наконечниками
приводит к сокращению их срока службы
ВДВОЕ

Подходит ко всем
существующим на
рынке разъемам
наконечников!

Берегите свои деньги
с помощью аппарата
KaVo QUATTROcare

Прибор для чистки, смазки и ухода
за четырьмя наконечниками
одновременно



**Экономия в кризис –
это сохранение
качественных наконечников**

Москва

+7 (495) 781-00-76

dent@dent.ru

Хабаровск

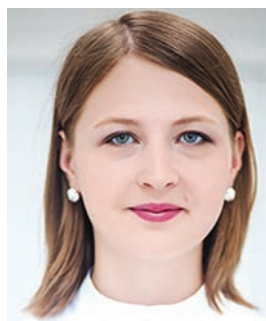
+7 (4212) 460-070

mail@dent.ru



Имплантология

Способ индексной оценки гигиенического состояния ден- тальных мини- имплантатов и фиксированных на них ортопеди- ческих конструк- ций



Кипарисова Д.Г.,
аспирант



Кипарисов Ю.С.,
аспирант



Нуриева Н.С., д.м.н.,
профессор

ФГБОУ ВО "Южно-Уральский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск,
кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Для переписки:
E-mail: 5829133@mail.ru
Тел./факс: +7 (351) 262-72-82

Резюме

Предложен новый способ индексной оценки гигие- нического состояния ден- тальных мини-имплантатов и фиксированных на них ортопедических конструкций. Разработанный индекс гигиены ден- тальных мини- имплантатов (ИГ МДИ) подходит как для традицион- ных имплантатов, так и для мини-имплантатов при съемном и несъемном протезировании, учитывает все виды зубных отложений, является простым в приме- нении в условиях повседневного стоматологического приема, по результатам индексной оценки позволяет подобрать эффективные средства домашнего гигиени- ческого ухода, определить индивидуальный график проведения профессиональной гигиены полости рта, мотивировать пациента к тщательному гигиеническому уходу за имплантатами.

Ключевые слова: индекс гигиены имплантатов, ден- тальные мини-имплантаты, уход за ден- тальными мини-имплантатами.

Для цитирования: Кипарисова Д.Г., Кипарисов Ю.С., Нуриева Н.С. Способ индексной оценки гигие- нического состояния ден- тальных мини-имплантатов и фиксированных на них ортопедических конструкций. Стоматология для всех. – 2017. – 1 (78). – С. 42–45.

The method of assessment of the hygienic state index in dental mini-implants and orthopedic structures fixed on them

Kipariso D.G., Kiparisov Y.S., Nurieva N.S.

Summary

A new method of estimation of the hygienic state index of dental mini implants and orthopedic structures fixed on them is proposed.

The dental mini implants hygiene index(HI MDI) devel- oped is suitable for both traditional implants and mini- implants with removable and fixed prosthetics, takes into account all types of dental plaque. It is easy to use in the conditions of everyday dental treatment. Based on the results of the index evaluation, it allows to choose effective products for home hygien care, to determine an individual schedule for professional oral hygiene, and to motivate the patient to thoroughly hygienic care for implants.

Keywords: implants hygiene-index, dental mini- implants, dental care for mini-implants.

Citation: Kipariso D.G., Kiparisov Y.S., Nurieva N.S. The method of assessment of the hygienic state index in dental mini-implants and orthopedic structures fixed on them. Stomatologia dla vseh. 2017; 1 (78): 42–45.

На поверхности имплантата, как и на поверхности естественных зубов, со временем образуются зубные отложения (рис. 1). Выступающие части имплантата (супраструктуры), такие как болл-абатменты, балки, полированные шейки, нуждаются в ежедневной тща- тельной очистке, поскольку отсутствие адекватного гигиенического ухода может привести к снижению срока службы имплантатов и установленных на них протезов из-за воспаления слизистой оболочки вокруг имплантата и развития в дальнейшем периимплантита [4, 5]. Пациенты, имеющие в полости рта ден- тальные имплантаты, в том числе ден- тальные мини-импланта-



ты (МДИ), должны регулярно наблюдаться у стоматолога и не реже 1 раза в 6 месяцев проходить процедуру профессиональной гигиены полости рта [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Для постоянного мониторинга гигиенического состояния всех видов имплантатов во время регулярных профилактических осмотров необходим простой и



Рис. 1. Зубной налет на поверхности дентальных мини-имплантатов



Рис. 2. Окрашивание дентальных мини-имплантатов стоматологическим красителем на основе эритрозина

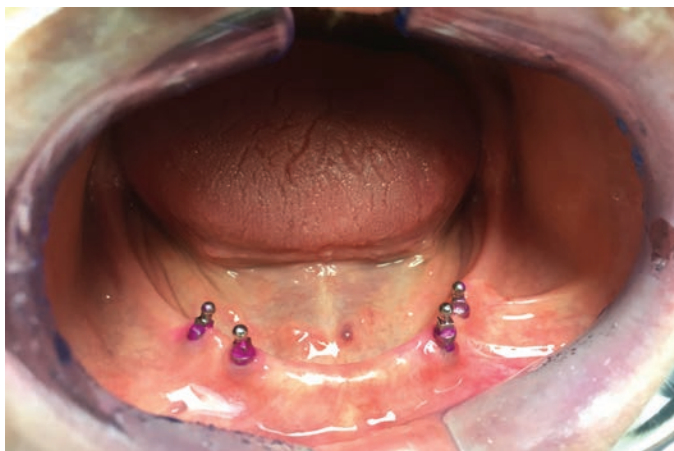


Рис. 3. Окрашенный зубной налет на поверхности дентальных мини-имплантатов

подходящий для разных клинических случаев гигиенический индекс [8]. Большинство существующих индексов имеют много оцениваемых параметров, не учитывают наличие зубного камня, подходят для определения гигиенического состояния только несъемных ортопедических конструкций с опорой на имплантаты, в то



Рис. 4. Окрашивание керамической коронки с опорой на дентальный мини-имплантат стоматологическим красителем на основе эритрозина



Рис. 5. Окрашенный зубной налет на поверхности керамической коронки с опорой на дентальный мини-имплантат
время как основная категория пациентов с МДИ в полости рта имеет съемные ортопедические конструкции. Все вышесказанное направило нас на разработку индекса гигиены МДИ (ИГ МДИ).

Цель исследования — разработать способ индексной оценки гигиенического состояния имплантатов, в том числе дентальных мини-имплантатов, и фиксированных на них ортопедических конструкций.

Материалы и методы. В рамках нашей работы изучены следующие индексы для определения гигиенического состояния в области имплантатов: индекс ОГИ Улитовского, ИГ_{ИМ} Покровской, индекс Lindquist, индекс Mombelli. Обследовано 40 пациентов со съемными и несъемными ортопедическими конструкциями на МДИ. Каждому пациенту проводилось определение

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

уровня гигиены в области МДИ при помощи индекса ОГИ Улитовского, а также предложенного нами индекса гигиены дентальных мини-имплантатов (ИГ МДИ). На каждого пациента заполнялась анкета. Далее проводились подсчет и интерпретация результатов, сравнение методик индексной оценки гигиенического состояния имплантатов. В соответствии с разработанным нами индексом (ИГ МДИ) были обследованы все поверхности имплантатов (при съемном протезировании) (рис. 2, 3), все поверхности имплантатов и коронок, фиксированных на них (при несъемном протезировании) (рис. 4, 5). Исследование можно проводить с помощью зонда или красителей. Индекс имеет балльную систему оценки и критерии для определения уровня гигиены в области имплантатов.

Результаты и обсуждение. Для оценки гигиенического состояния в области ортопедической конструкции с опорой на стоматологические имплантаты Покровской О.М. разработан индекс гигиены имплантатов (ИГ_{ИМ} Покровской), критерии которого представлены в таблицах 1, 2 [1].

По индексу Lindquist количеству зубного налета на поверхности имплантата соответствуют следующие

баллы:

- 0 — нет видимого налета;
- 1 — локализованный зубной налет;
- 2 — генерализованный зубной налет (>25%).

По индексу Mombelli:

- 0 — нет видимого налета;
- 1 — налет определяется только при зондировании и покрывает придесневую часть имплантата;
- 2 — видимый зубной налет;
- 3 — большое количество зубного налета [8].

Индексы ИГ_{ИМ} Покровской, Lindquist и Mombelli не учитывают наличие зубного камня на поверхности имплантата. Оценка количества зубного налета часто бывает субъективна, кроме того, для патогенного действия на десну достаточно зубной бляшки, покрывающей лишь придесневую часть коронки или имплантата [3]. Нет данных, что индексы можно применять при съемном протезировании на имплантатах, а также при наличии в полости рта МДИ.

Система оценки и оценочные критерии "Индекса Оральной Гигиены Имплантата Улитовского" представлены в таблицах 3, 4 [2].

В отличие от предыдущих индексов, данный индекс учитывает наличие зубного камня на поверхности имплантата. Количество зубного налета, согласно индексу ОГИ Улитовского, не имеет значения.

После изучения существующих индексов нами был разработан индекс гигиены дентальных мини-имплантатов (ИГ МДИ), согласно которому отсутствие зубных отложений на поверхности имплантата, в том числе МДИ, оценивается как 0 баллов, наличие налета — 1 балл, наличие камня — 2 балла (табл. 5). Значение индекса равняется сумме баллов, деленной на количество имплантатов. Оценочные критерии позволяют выделить хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный и критический уровни гигиены в области имплантатов (табл. 6). По изобретению подана заявка

Таблица 1. Критерии оценки индекса мягкого налета в области имплантатов (ИГ_{ИМ} Покровской)

Баллы	Критерии оценки
0	Отсутствие мягкого налета
1	Прерывистые отложения мягкого налета на шейке искусственной коронки
2	Отложения мягкого налета, покрывающие шейку искусственной коронки циркулярно
3	Отложения мягкого налета, покрывающие шейку искусственной коронки на 1/3 поверхности коронки протеза

Таблица 2. Критерии оценки индекса гигиены в области имплантатов (ИГ_{ИМ} Покровской)

Значение ИГ _{ИМ}	Оценка ИГ _{ИМ}	Оценка гигиены в области имплантатов
0–0,6	низкий	оптимальная
0,7–1,6	средний	достаточная
1,7–2,5	высокий	удовлетворительная
>2,5	очень высокий	неудовлетворительная

Таблица 3. Система оценки гигиенического состояния имплантатов по индексу ОГИ Улитовского

Балл при обследовании	Наличие/характер зубных отложений
0	нет зубных отложений
1	зубной налет
2	зубной камень

Таблица 4. Оценочные критерии "Индекс ОГИ Улитовского"

Значение индекса	Уровень гигиены мини-имплантатов
0	Очень хорошее состояние гигиены полости рта
0,1–0,5	Хорошее состояние гигиены полости рта
0,6–1	Удовлетворительное состояние полости рта
1,1–1,5	Неудовлетворительное состояние полости рта
1,6–2,0	Очень плохое состояние гигиены полости рта

Таблица 5. Система оценки гигиенического состояния мини-имплантатов

Балл при обследовании	Наличие/характер зубных отложений
0	нет зубных отложений
1	зубной налет
2	зубной камень

на патент (№ 2016127966 от 11.07.2016).

Всем 40 пациентам мы определяли ИГ МДИ и индекс ОГИ Улитовского. Результаты показаны в таблице 7.

В отличие от индекса ОГИ Улитовского, ИГ МДИ имеет меньше пунктов интерпретации результатов, что проще в условиях повседневного стоматологического клинического приема. По нашему мнению, наличие зубного камня на поверхности имплантата должно рассцениваться как критический уровень гигиены, так как при наличии зубного камня активно идет процесс резорбции костной ткани вокруг имплантата, что представляет собой прямую угрозу для его устойчивости. По индексу ОГИ Улитовского зубной камень на поверхности имплантата может относиться как к неудовлетворительному, так и к очень плохому состоянию гигиены. Мы считаем, что при наличии одного дентального имплантата в полости рта, покрытого зубным налетом, его гигиеническое состояние должно интерпретироваться как неудовлетворительное, так как тщательная гигиена этой области критична для долгосрочного успеха имплантации. Согласно индексу ОГИ Улитовского, такая ситуация может соответствовать удовлетворительному состоянию гигиены. Также новый термин — «критический уровень гигиены МДИ» призван привлечь внимание пациента к состоянию полости рта и мотивировать к качественному гигиеническому уходу.

Заключение. Предложенный ИГ МДИ — индекс гигиены, который подходит для гигиенической оцен-

ки при любой ортопедической конструкции на имплантатах, в том числе на МДИ, учитывает все виды зубных отложений, является простым в применении в условиях повседневного стоматологического приема.

Литература

1. Покровская О. М. Совершенствование комплекса гигиенических мероприятий у пациентов с ортопедическими конструкциями на имплантатах: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2008.
2. Улитовский С.Б. Основы гигиены при дентальных имплантатах. — СПб.: Человек, 2013. — С. 96–116.
3. Уингроув С. Профессиональная гигиена в области имплантатов и лечение периимплантитов. — М.: Таркомм, 2014. — С. 113–127.
4. Joyce M. The care and maintenance of dental implants. Journal Article, Mar 2013 in Dental Nursing volume 9 issue 3, p. 138–142.
5. Kotsovilis S., Karoussis I.K., Trianti M., Fourmoussis I. Therapy of periimplantitis: a systematic review. J. Clin. Periodontol. 2008; 35: 621–629.
6. Kracher C.M., Smith W.S. Oral health maintenance dental implants. J. Dent. Assist. 2010; 79 (2): 27–35.
7. Kurtzman G.M., Silverstein L.H. Dental implants: oral hygiene and maintenance. Journal Implant Dentistry Today 2007; 1 (3): 48–53.
8. Todescan S., Lavigne S., Kelekis J Cholakakis A. Guidance for the maintenance care of dental implants: clinical review. Journal Can. Dent. Assoc. 2012; 78: 107.

References

1. Pokrovskaya O. Enhancing hygienic measures in patients with orthopedic constructions on implants: thesis extended abstract. ... Ph.D. Moscow. 2008. (in Russian)
2. Ulitovskiy S. Dental implant care basics. St. Petersburg. 2013. — P. 96–116. (in Russian)
3. Uingurov S.. Professional implant care and treatment of peri-implantitis. Moscow: Tarkomm, 2014. — P. 113–127. (in Russian)
4. Joyce M. The care and maintenance of dental implants. Journal Article, Mar 2013 in Dental Nursing volume 9 issue 3, p. 138–142.
5. Kotsovilis S., Karoussis I.K., Trianti M., Fourmoussis I. Therapy of periimplantitis: a systematic review. J. Clin. Periodontol. 2008; 35: 621–629.
6. Kracher C.M., Smith W.S. Oral health maintenance dental implants. J. Dent. Assist. 2010; 79 (2): 27–35.
7. Kurtzman G.M., Silverstein L.H. Dental implants: oral hygiene and maintenance. Journal Implant Dentistry Today 2007; 1 (3): 48–53.
8. Todescan S., Lavigne S., Kelekis J Cholakakis A. Guidance for the maintenance care of dental implants: clinical review. Journal Can. Dent. Assoc. 2012; 78: 107.

Таблица 6. Оценочные критерии индекса гигиены мини-имплантатов (ИГ МДИ)

Значение индекса	Уровень гигиены мини-имплантатов
0–0,25	хороший
0,26–0,5	удовлетворительный
0,51–1	неудовлетворительный
наличие зубного камня	критический

Таблица 7. Сравнение значений ИГ МДИ и индекса ОГИ Улитовского

Уровень гигиены имплантатов ОГИ Улитовского	Результаты уровня гигиены имплантатов по индексу ОГИ Улитовского	Результаты уровня гигиены имплантатов по ИГ МДИ	Уровень гигиены имплантатов ИГ МДИ
очень хороший	28%		
хороший	32%	32%	хороший
удовлетворительный	29%	27%	удовлетворительный
неудовлетворительный	3%	28%	неудовлетворительный
очень плохой	8%	3%	критический



Гигиена полости рта

Коучинг технология как способ формирования стоматологической культуры пациентов в вопросах гигиены полости рта

Резюме

Проведено клиническое изучение эффективности техники коучинга в формировании стоматологической культуры пациентов к личной гигиене полости рта. В обследовании и наблюдении приняли участие 59 пациентов стоматологической клиники. Для изучения эффективности технологии коучинга на формирование стоматологической культуры в вопросах личной гигиены полости рта наблюдаемые пациенты были распределены на 2 группы. С пациентами основной группы были проведены коуч-сессии по специально модифицированной коучинговой технике, направленной на мотивацию гигиены рта. Оценка гигиенического состояния полости рта в группах через 6 месяцев выявила существенные различия в показателях гигиены полости рта. Привлечение технологий коучинга, направленных на мотивационную сферу в вопросах санитарно-просветительного обучения пациентов, позволяет получить более качественное гигиеническое воспитание и сформировать ответственное отношение к здоровью полости рта.

Ключевые слова: коучинг в медицине, формирование мотивации, стоматологическая культура, гигиена полости рта, профилактика заболеваний полости рта.

Для цитирования: Леонтьева Е.Ю., Быковская Т.Ю., Тлепцерищев Р.А., Киреев В.В. Коучинг технология как способ формирования стоматологической культуры пациентов в вопросах гигиены полости рта. *Стоматология для всех*. — 2017. — № 1 (78). — С. 46–50.

Coaching technology as a way of forming a patient's good oral care habits

Leontyeva E.Yu., Bykovskaya T.Yu., Tlepzerishev R.A., Kireev V.V.

Summary

A clinical study of coaching techniques effectiveness in the formation of a patient's dental culture to personal oral hygiene was carried out. 59 patients of a dental clinic participated in the survey and monitoring. To study the effec-

Леонтьева Е.Ю., к.м.н., зав. стоматологическим отделением клиники Ростовского государственного медицинского университета, врач-стоматолог-терапевт, доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ

Быковская Т.Ю., доцент, д.м.н., зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине РостГМУ

Тлепцерищев Р.А., к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине РостГМУ

Киреев В.В., ассистент кафедры стоматологии ФПК и ППС РостГМУ
Ростовский государственный медицинский университет (г. Ростов-на-Дону)

Для переписки:
E-mail: leont06@list.ru,
Тел.: +7 (863) 250-40-21

tiveness of coaching technology on the formation of dental culture in matters of personal oral hygiene, the patients observed were divided into 2 groups.

With the patients of the main group, coaching sessions were held on specially modified coaching techniques aimed at motivating oral hygiene. Evaluation of the oral cavity hygienic state in the groups, after 6 months, revealed significant differences in the oral hygiene indices.

Application of coaching technologies aimed at the motivation sphere in the issues of patient health education allows to obtain better hygienic education and to form a responsible attitude to oral health.

Keywords: coaching in medicine, motivation developing, dental culture, oral hygiene, oral disease prevention.

Citation: Leontyeva E.Yu., Bykovskaya T.Yu., Tlepzerishev R.A., Kireev V.V. Coaching technology as a way of forming a patient's good oral care habits. *Stomatologia dla vseh*. 2017; 1 (78): 46–50.

Увеличивающаяся распространенность и высокая активность стоматологических заболеваний указывают на необходимость разработки и внедрения эффективных мер сохранения здоровья полости рта. Важным звеном, позволяющим одновременно предупредить и снизить стоматологическую заболеваемость, являются методы и средства личной профилактики [1, с. 234; 11, с. 55; 16, с. 122].

Гигиеническое воспитание населения является основным элементом комплексных программ профилактики в стоматологии и одновременно наиболее слабым звеном в осуществлении мероприятий первичной профилактики основных стоматологических заболеваний. Наилучшие результаты формирования основ личной



гигиены полости рта получены в детских коллективах, когда обучение проходит параллельно общему образованию [1, с. 237; 5, с. 29; 10, с. 22; 14, с. 26; 17, с. 6].

Гигиеническое обучение взрослых пациентов — задача трудоемкая и достаточно сложная, а зачастую низкоэффективная и не всегда результативная. Врач-стоматолог, занимающийся санитарно-просветительской работой в сфере личной гигиены полости рта, среди взрослого населения, сталкивается с проблемами формирования мотивации и недостаточностью знаний в области психологии и социальной медицины. В решении этих вопросов наилучшие результаты показывают новые техники и способы, помогающие врачу в общении с пациентом сформировать не только приоритетную потребность в профилактических манипуляциях, но и определенный уровень стоматологической культуры людей [2, с. 23; 6, с. 27; 8, с. 300; 12, с. 1; 13, с. 689; 17, с. 6].

В современной медицине считается, что наиболее эффективной моделью отношений между врачом и пациентом является партнерство, при котором они совместно идут по пути избавления от заболевания, разделяя ответственность за результат лечения [12, с. 3]. При таких условиях перед пациентом стоит задача: не только выполнение намеченного плана лечения, но и изменение ценностного отношения к своему здоровью. В соответствии с предлагаемым подходом клиницисты должны активно избегать делать что-либо за пациента или настоятельно советовать какое-либо одно определенное действие. Возложение большей части ответственности за процесс лечения на пациента в действительности повышает, а не снижает вероятность изменения поведения [12, с. 2]. Основанный на таких принципах метод мотивационного интервьюирования достаточно эффективно применяется в стоматологии [2, с. 23]. Концепция мотивационного интервьюирования была разработана Миллером и опубликована в журнале "Behavioral Psychotherapy" [18, с. 150]. Данная методика предусматривает направляющий, клиентоцентристский стиль консультирования, направленный на то, чтобы посредством анализа поэтапно подойти к стимуляции позитивных перемен в установках и поведении больного.

В последнее время много пишут и говорят о коучинге в бизнесе, психологии, образовании [4, с. 200; 7, с. 69; 9, с. 71]. Однако феномен "коучинг в стоматологии" является принципиально новым направлением медицинской науки.

Целью нашего исследования было изучение эффективности техник коучинга в формировании стоматологической культуры пациентов к личной гигиене полости рта.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение и

коуч-сессии проводились на базе стоматологического отделения Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ). Обследование включало оценку стоматологического статуса и уровня гигиены полости рта. Качество чистки зубов изучали при помощи двух гигиенических индексов, учитывающих количественные и качественные характеристики гигиены полости рта: индекс количественного определения зубного налета и камня — OHI-S (J.C. Green, J.R. Vermillion), дающий оценку общего уровня гигиены полости рта, и индекс эффективности гигиены полости рта — PHP (Podshadley, Haley), который оценивает качество гигиенических манипуляций и позволяет выявить накопление налета при неправильной чистке зубов. Контроль уровня личной гигиены проводили до динамического наблюдения и через 6 месяцев.

Полученные цифровые показатели обрабатывали с помощью метода вариационной статистики с применением стандартных программ Microsoft Excel, Microsoft Access. При анализе цифрового материала рассчитывали стандартное распределение Стьюдента с вычислением показателей: M — средняя арифметическая, σ — среднеквадратическое отклонение, m — ошибка средней арифметической, t — критерий Стьюдента. Достоверность различий определялась по стандартной таблице Стьюдента с учетом величины выборки (n), достоверными считали различия в значениях при $t > 2,0$; $p < 0,05$).

Всего в обследовании и наблюдении приняли участие 59 пациентов, в возрасте от 23 до 58 лет, обратившихся за стоматологической помощью в отделение клиники РостГМУ. Для изучения эффективности технологии коучинга на формирование стоматологической культуры в вопросах личной гигиены полости рта наблюдаемые пациенты были распределены на 2 группы. Разделение по группам происходило в добровольном порядке, по желанию пациентов. Основную группу составили 32 пациента, в группу сравнения вошли 27 человек. С пациентами основной группы были проведены коуч-сессии по специально модифицированной коучинговой технике, направленной на формирование мотивации к гигиеническим мероприятиям полости рта.

Коучинг (coaching — обучение, тренировки) — метод консультирования и тренинга, отличается от классического тренинга и классического консультирования тем, что коуч не дает советов и жестких рекомендаций, а ищет решения совместно с клиентом [3, с. 10, 15; 4, с. 200; 15, с. 50]. От психологического консультирования коучинг отличается направленностью мотивации. Вместе с тем любой профессионал в сфере "человек — человек" может работать в стиле коучинг [4, с. 203; 9, с. 72]. Важным в стиле коучинг является

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

принцип развития самостоятельности и ответственности клиента (пациента) за происходящее с ним и в том числе с его здоровьем [3, с. 20; 4, с. 205; 9, с. 73; 15, с. 87]. С позиций коучинга искусство врача в том, чтобы даже за короткий прием пробудить интерес пациента к своему здоровью, повысить уровень его мотивации, когда человек берет на себя ответственность за результат своего лечения и уровень здоровья.

Результаты и обсуждение. Наблюдаемые пациенты в обеих группах имели одинаковую нозологическую характеристику стоматологических заболеваний и нуждались в санации полости рта по поводу неосложненного кариеса зубов и начальных форм заболеваний пародонта. Всем пациентам, независимо от группы наблюдения, были проведены необходимые лечебно-профилактические мероприятия, включающие: санацию и профессиональную гигиену полости рта, контроль уровня мануальных навыков чистки зубов, обучение в выборе средств гигиены с подробным информированием об их действии и мотивацию к здоровому образу жизни. В ходе проводимых мероприятий показатели индексов гигиены в обеих наблюдаемых группах имели сравнимые значения и соответствовали хорошему уровню гигиены. Так в группе сравнения индексы OHI-S и PHR имели среднее значение $1,58 \pm 0,06$ и $1,04 \pm 0,04$ баллов, в основной группе соответственно — $1,61 \pm 0,07$ и $1,11 \pm 0,05$ баллов. Период динамического наблюдения обеих групп составил 6 месяц. Пациентам основной группы дополнительно прове-

дены коуч-сессии по специально-модифицированной методике коучинга с применением шаблона стоматологического здоровья (рис. 1).

В основе модифицированной методики формирования стоматологической активности использовали достаточно известную технику коучинга "колесо жизненного баланса". Это распространенный инструмент коучинга, который графически выглядит как круг, разделенный на части, со шкалами для объективной оценки составляющих круга. Для составных частей круга, в оригинальной технике, клиентам во время коуч-сессии предлагается выбрать сферы жизненных интересов, оценить их важность и разработать решения возможных проблем в той или иной сфере, например: духовная составляющая жизни, физическое здоровье, взаимоотношения в семье, материальная составляющая и т.д.

В предложенном нами модифицированном методе коучинга в секторах круга предлагаются семь важных составляющих стоматологического здоровья. Это состояние височно-нижнечелюстного сустава; целостность зубного ряда; здоровье десен и слизистой оболочки полости рта; наличие или отсутствие болезненности и чувствительности зубов на различные раздражители; состояние твердых тканей зубов, а также чистота полости рта и свежесть дыхания. В каждом секторе составляющих здоровья полости рта расположена шкала с единицей измерения в 1 балл, величиной от 1 до 10 баллов. При условии плохого состояния здоровья оценка будет соответствовать 1 баллу,

при хорошем состоянии — приближается к 10 баллам. Так в секторе "состояние височно-нижнечелюстного сустава" при наличии таких признаков, как ограниченное открывание рта, боль, щелканье в суставе; в секторе "свежесть дыхания" при наличии такого признака, как запах изо рта; в секторе "целостность зубного ряда" при наличии таких признаков, как отсутствие зубов, скученность зубов, нарушения прикуса, неудовлетворительное состояние протезов; в секторе "здоровье десен, слизистой оболочки полости рта и губ" при наличии таких признаков, как воспаление, кровоточивость, оседание десны (рецессия), пародонтальные карманы; в секторе "чистота полости рта" при наличии таких признаков, как наличие зубных отложений, налета и зубных камней; в секторе "болезненность или чувствительность зубов на различные



Рис. 1. Шаблон для самооценки стоматологического здоровья

раздражители" при наличии таких признаков, как болезненность в полости рта и повышенная чувствительность зубов на температурные, химические, тактильные раздражители; в секторе "состояние зубов" при наличии таких признаков, как нарушение целостности зубов и пломб, патология формы и цвета зубов, разрушения зубов, кариозные изменения и отсутствие желаемой белизны зубов оценка по шкале будет снижаться и приближаться к центру круга, то есть к оценке один балл. Самооценка проводится по всем секторам до полного анализа секторов составных здоровья полости рта. Поставленная пациентом оценка фиксируется на секторе составной части здоровья рта. Отмеченные точки оценок на шаблоне соединяются. В результате получается фигура, скорее всего, неправильного многоугольника, в котором наглядно видно, в каких секторах составляющих здоровья состояние отличается от идеальной нормы в 10 баллов. После самооценки состояния полости рта врач объясняет пациенту, как при помощи предметов и средств личной гигиены можно улучшить состояние и сохранить здоровье полости рта. Заполненный круг оценки здоровья полости рта пациент использует в дальнейшем дома для периодической самооценки и контроля состояния полости рта.

По истечении периода наблюдения у всех пациентов была повторно проведена регистрация индексов гигиены. Оценка гигиенического состояния полости рта в наблюдаемых группах выявила существенные различия в показателях гигиены полости рта.

Так в группе сравнения, где проводилось традиционное гигиеническое воспитание пациентов, уровень гигиены полости рта при визуальном осмотре ухудшился, а показатели гигиенических индексов снизились, регистрируя накопление налета на зубах. Индекс эффективности гигиены (РНР) стал иметь значение "удовлетворительного", средние показатели индекса составили $1,31 \pm 0,04$ балла, против $1,04 \pm 0,04$ балла ($p < 0,01$), до динамического наблюдения. Среднее значение индекса ОНI-S в этой группе через полгода наблюдения составило $1,73 \pm 0,06$, против $1,58 \pm 0,06$ баллов, что подтверждает накопление на зубах налета и камней.

В группе пациентов, где проводились коуч-сессии, через полгода наблюдения индексы гигиены полости рта существенно не изменились, по показателям остались сравнимыми с исходными данными. Так, индексы ОНI-S и РНР имели первоначально среднее значение $1,61 \pm 0,07$ и $1,11 \pm 0,05$ баллов, спустя 6 месяцев наблюдения — $1,63 \pm 0,08$ и $1,18 \pm 0,06$ баллов, соответственно.

Выводы. Обобщая результаты проведенного исследования, можно заключить, что в обучении пациентов по вопросам гигиенического воспитания немаловаж-

ное значение имеет мотивационная составляющая. Привлечение технологий коучинга, направленных на мотивационную сферу в вопросах санитарно-просветительного обучения пациентов, позволяет получить более качественное гигиеническое воспитание и сформировать ответственное отношение к здоровью полости рта и организма в целом.

Литература

1. Агранович Н.В., Мхитарян А.К., Агранович В.О. Формирование здорового образа жизни в профилактике стоматологических заболеваний у населения молодого возраста // Вестник Ставропольского государственного университета. — 2012. — Вып. 80 (3). — С. 234–237.
2. Анисимова Н.Ю., Анисимова Е.Н., Рабинович С.А., Сирота Н.А. Способ структурированного мотивационного интервьюирования в практике врача-стоматолога // Сб. Научных трудов XVIII международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов "Новые технологии в стоматологии". — СПб., 2013. — С. 23.
3. Аткинсон М., Чойс Т. Рэй. Наука и искусство коучинга: Внутренняя динамика. Пер. с англ. — К.: CompanionGroup, 2009. — 208 с.
4. Виноградова Е.Л. Коучинг и психотерапия: возможности пересечения практик // Консультативная психология и психотерапия. — 2010. — № 1. — С. 200–219.
5. Волкова М.А. Формирование ценностного отношения к здоровью у студентов // Педагогический ежегодник. — Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2008. — Вып. 7. — С. 19–30.
6. Герасимович И.С., Болдырев Ю.С. Создание позитивной мотивации у пациентов к применению технологии эстетико-функциональной реставрации зубов // Маэстро стоматологии. — 2000. — № 2. — С. 25–27.
7. Заикина Т.В., Смирнов В.Т. Коучинг как составляющая успешного перехода на двухуровневую систему образования // Фундаментальные исследования. — 2008. — № 5. — С. 68–69.
8. Иванова Е.И. Мотивация обращения пациентов за пародонтологической помощью // Молодой ученый. — 2014. — № 6. — С. 298–301.
9. Кларин М.В. Новая развивающаяся практика — коучинг. Новая профессия — коучинг // Образовательные технологии. — 2014. — № 1. — С. 71–80.
10. Ландинова В.Д., Таболина Е.С., Фукс Е.И. Мотивация подростков при выборе средств гигиены полости рта // Институт Стоматологии. — 2010. — № 46. — С. 22–23.
11. Леус П.А. Возможности практической реализации известных эффективных методов профилактики кариеса зубов на индивидуальном приеме у врача-стоматолога // Маэстро стоматологии. — 2010. — № 1. —

(37). — С. 49–55.

12. Олейник О.И., Коровкина А.Н., Кубышкина К.П. Способ повышения мотивации пациентов с начальными формами воспалительных заболеваний пародонта к проведению лечебно-профилактических мероприятий [Электронный ресурс] // Вестник новых медицинских технологий. — 2013. — № 1. — Электрон. журн. — Режим доступа: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4351.pdf>, дата 15.06.2016.

13. Савина Е.А., Булкина Н.В., Ломакина Д.О., Олевская О.А. Психотерапевтические приемы при проведении лечебно-профилактических мероприятий в рамках деонтологического поведения врача стоматолога-терапевта // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. — Т. 7. — № 3. — С. 683–689.

14. Терехова Т.Н. Формирование здоровьесберегающего пространства в дошкольном образовательном учреждении с помощью стоматологических проектов / Т.Н. Терехова, Л.В. Козловская // Стоматологический журнал. — 2012. — № 1. — С. 22–26.

15. Уитмор Дж. Коучинг высокой эффективности / Пер. с англ. — М.: Международная академия корпоративного управления и бизнеса, 2005. — 168 с.

16. Федоров Д.С., Шарапов И.В. Социально-гигиеническая оценка профилактической стоматологической помощи // Бюллетень СО РАМН. — 2010. — Т. 30. — № 6. — С. 118–122.

17. Цепов Л.М., Голева Н.А. Работа врача-стоматолога по формированию ответственности пациента за свое здоровье // Стоматология детского возраста и профилактика. — № 1. — 2009. — С. 3–6.

18. Miller W.R. Motivational interviewing with problem drinkers // Behavior Psychotherapy. — 1983. — Vol. 1. — P. 147–172.

References

1. Agranovich N., Mkhitarian A., Agranovich V. Formation of a healthy lifestyle for dental disease prevention in young people // Stavropol State University Journal. — 2012. — №. 80 (3). — P. 234–237. (in Russian)

2. Anisimova N., Anisimova E., Rabinovich S., Sirota N. The method of structured motivational interviewing in the practice of a dentist // The XVIII International Conference of Maxillofacial Surgeons and Dentists "New Technologies in Dentistry". Scientific works. St. Petersburg, 2013. — P. 23. (in Russian)

3. Atkinson M., Rae Chois T. The Science and Art of Coaching: Internal Dynamics. Trans. from engl. — K.: CompanionGroup, 2009. — P. 208. (in Russian)

4. Vinogradova E. Coaching and psychotherapy: possible intersections of practices // Counseling psychology and psychotherapy. — 2010. — № 1. — P. 200–219.

5. Volkova M. Formation of Students Axiological Attitude to Health // Yearbook of Education. Chelyabinsk: Publishing

house YuUrGU, 2008. — № 7. — P. 19–30. (in Russian)

6. Gerasimovich I., Boldyrev Yu. Creation of patients positive motivation to application of aesthetic functional tooth restoration technology // Master of Dentistry. — 2000. — № 2. — P. 25–27. (in Russian)

7. Zaikina T., Smirnov V. Coaching as a component of a successful transition to a two-tier education system // Fundamental research. — 2008. — № 5 — P. 68–69. (in Russian)

8. Ivanova E. Patient motivation in the treatment of periodontitis // Young scientist. — 2014. — № 6. — P. 298–301. (in Russian)

9. Klarin M. New evolving practice — coaching. New profession — coaching // Educational technologies. — 2014. — № 1. — P. 71–80. (in Russian)

10. Landinova V., Tabolina E., Fuchs E. Motivation of teenagers when choosing oral hygiene products // Institute of Dentistry. — 2010. — № 46. — P. 22–23. (in Russian)

11. Leus P. Means and ways of effective tooth decay prevention during dental check-up: how it works in practice // Master of Dentistry — 2010. — № 1. — (37). — P. 49–55. (in Russian)

12. Oleynik O., Korovkina A., Kubyshkina K. A method to increase the motivation of patients with initial forms of inflammatory periodontal diseases to conduct therapeutic and prophylactic measures [Electronic resource] // Journal of new medical technologies. — 2013. — № 1. — Electronic Journal. — Access mode: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4351.pdf>, 15.06.2016. (in Russian)

13. Савина Е., Булкина Н., Ломакина Д., Олевская О. Psychotherapeutic methods as part of therapeutic and prophylactic measures in the context of a dental therapist deontological behavior // Saratov Journal of Medical Scientific Research. — 2011. — Т. 7. — № 3. — P. 683–689. (in Russian)

14. Terekhova T., Kozlovskaya L. Forming a health-saving space in a pre-school educational institution through dental projects // Journal of Dentistry. — 2012. — № 1. — P. 22–26. (in Russian)

15. John Whitmore. High Performance Coaching. / Transl. from English. — M.: International Academy of Corporate Governance and Business, 2005. — P. 168. (in Russian)

16. Fyodorov D., Sharapov I. Social and hygienic assessment of preventive dental care // RAMS DD Journal. — 2010. — Т. 30. — № 6. — P. 118–122. (in Russian)

17. Tsepov L., Goleva N. The work of a dentist in forming the patient's responsibility for his health // Pediatric dentistry and prevention. — № 1. — 2009. — P. 3–6. (in Russian)

18. Miller W.R. Motivational interviewing with problem drinkers // Behavior Psychotherapy. — 1983. — Vol. 1. — P. 147–172.

Попробуйте, испытайте...

Вы в поиске чего-то нового?

*С «DSP Biomedical» - новые концепты в Вашей практике. Качество и плодотворная работа!
Больше времени в жизни!*



Wayfit



www.dspbiomedical.eu
www.osteofit.ru



www.dspbiomedical.com.br



zakaz@osteofit.ru

DSP
BIOMEDICAL



Эстетическая стоматология

Люминиры — новый метод лечения дисколорита

Резюме

В данной статье представлен литературный обзор метода лечения дисколорита люминирами, показания, противопоказания, преимущества и другие особенности данного метода.

Ключевые слова: люминиры, эстетика, дисколорит, население.

Для цитирования: Флейшер Г.М. Люминиры — новый метод лечения дисколорита. Стоматология для всех. — 2017. — № 1 (78). — С. 52–53.

Lumineers — a new method of treatment of discolourness
Fleicher G.M.

Summary

In the modern world, orthopedic dentistry presents many new prosthetic techniques. This article presents a literature review of Lumineers discoloration treatment method, its indications, contraindications, benefits, etc. Lumineers require no tooth reduction.

Keywords: lumineers, aesthetics, discolourness, population.

Citation: Fleicher G.M. Lumineers — a new method of treatment of discolourness. Stomatologia dla vseh. 2017; 1 (78): 52–53.

Современная стоматология развивается в направлении максимально щадящего отношения к естественным тканям зубов. Протезирование выполняется таким образом, чтобы обеспечить их наибольшую сохранность, а также целостность пародонта.

Одна из целей стоматологического лечения заключается в сохранении или создании естественного и гармоничного внешнего вида зубного ряда и улыбки в целом. Эстетика оценивается с точки зрения пропорций, гармонии, которые являются естественными компонентами красоты лица.

В 1936 г. английский изобретатель Пилкингтон дал следующее определение эстетической стоматологии: "Наука подражания природе и создания гармонии между нашей работой и творением природы, вместе со стремлением свести отличия до минимума". Сегодня это определение становится как никогда актуально. Требования пациентов к эстетическим и функциональным результатам ортопедического лечения возрастают с каждым годом. Для удовлетворения этих требований разрабатываются передовые технологии, создаются новые материалы.

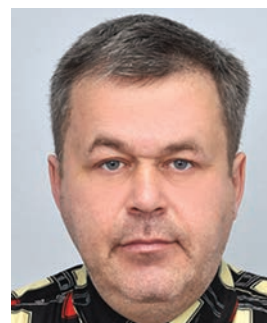
Слово "эстетика" происходит от греческого "aisthetikos" (в переводе — "ощущение" или "способность чувствовать"). В стоматологии это понятие следует отличать от термина "косметический", который происходит от греческого "kosmetike" — "искусство украшать". Таким образом, эстетическая стоматология направлена на улучшение естественной красоты лица посредством стоматологических манипуляций.

Благодаря современным технологиям в настоящее время можно с минимальным операционным вмешательством улуч-

шать состояние здоровья и внешний вид пациента. Большинство стоматологических процедур, которые ранее считались в основном косметическими, в настоящее время позволяют выполнять обширные реконструктивные объемы протезирования зубов без излишнего вмешательства в твердые и мягкие ткани полости рта.

На этапе планирования можно наглядно оценить будущий результат протезирования и впоследствии выполнять шлифовывание твердых тканей зубов, отказавшись в минимальной степени или полностью от препарирования зубов. Конструкции протезов изготавливаются супрагингивально, без погружения края реставраций в зубодесневую бороздку и без нарушения целостности биологической ширины при невмешательстве в здоровые ткани краевого пародонта.

Люминиры (иногда их называют "голливудские виниры") — это керамические виниры нового поколения компании Cerinate®, которые не требуют препарирования. Они предназначены для косметической коррекции тех зубов, которые имеют стойкие нарушения цвета (кариозного и некариозного происхождения), формы, размера или неправильно расположены. Люминиры применяются также для "оживления" старых коронок и мостовидных протезов, маскировки трещины и сколы, могут быть приклеены к любой поверхности — фарфоровой или золотой коронке, пластмассовому или металлическому зубному протезу, а также непосредственно к дентину. Люминирами можно закрыть тремы и промежутки между зубами, удлинить высоту



Флейшер Г.М., врач-стоматолог-консультант, ГУЗ "Областная стоматологическая поликлиника" — Стоматологический центр", г. Липецк

Для переписки:
E-mail:
drfleicher@mail.ru
Тел.: +7 (4742)
39-86-54



Рис. 1. Люминиры



резцов на 1–2 мм, что особенно актуально при стираемости эмали. Сегодня они все чаще выступают в качестве альтернативы модной процедуре отбеливания дисколорита. Люминиры представляют из себя тончайшие (0,3 мм) лепестки из сверхпрочного фарфора, усиленного специальными кристаллами, которые устанавливаются на вестибулярную поверхность зубов с помощью специального адгезивного бондинга. Именно благодаря этому необходимость в препарировании эмали в определенных клинических случаях отпадает. Высокопрочный фарфор выглядит очень естественно, имеет 15 оттенков зубной эмали. Для коррекции цвета можно применять специальные красители.



Рис. 2. Люминиры и контактная линза

Сверхтонкие люминиры обеспечивают идеальное прилегание без риска образования микрощелей. К тому же они никогда не травмируют пришеечную область десны, в отличие от их более толстых "собратьев". Так как при установке люминиров эмаль практически не удаляется, зубы не страдают повышенной чувствительностью к холодному и горячему, что бывает после установки виниров. Однако, в связи с тем, что люминиры устанавливаются на неподготовленную поверхность зуба, они визуально их укрупняют и делают немного округлыми по форме, что выглядит не очень естественно.

Если возникает необходимость снять люминиры, это можно сделать в любое время, при этом зубы сохраняют ту форму, которая была до установки люминиров.

К преимуществам люминиров также относятся:

— безболезненность процедуры установки (без инъекций для проведения анестезии);

— простота в применении;

— минимальные временные затраты;

— отсутствие влияния на пульпу;

— возможность изготовления для починки металлокерамических конструкций (на время подготовки полости рта перед заменой на новую конструкцию, возможно изготовление из композиционного материала);

— минимальная инвазивность или отсутствие препарирования дают более предсказуемые результаты;

— минимальная травма тканей зубов, что позволяет при необходимости удалить с зубов конструкцию и вернуть пациенту его первоначальный вид.

Противопоказаниями к установке люминиров являются: кариозные зубы, различные формы пародонтита, сильно искривленные зубы, тортоаномалии, бруксизм, системные заболевания.

Некоторые авторы отмечают негативные свойства люминиров: при нарушении техники установки люминиров возможно появление пигментации вследствие скопления пищевого налета в области перехода люминира в эмаль зуба, отклеивание кон-

струкции. Но следует отметить, что люминиры уже прошли клинические испытания во всем мире в течение более 20 лет, и исследования продолжаются дальше.

Преимущество керамических масс люминиров обеспечивает лучшее качество и цветостойкость реставрации. Керамика не аккумулирует зубной налет вследствие своей глянцевой поверхности, характеризуется полной инертностью и высокой биосовместимостью, что практически исключает развитие аллергических реакций у пациентов. Люминиры являются наиболее высококачественной керамикой вследствие однофазности микроструктуры, высокой прочности по сравнению со стеклокерамикой и автоматизированным фрезерованием заводских спеченных заготовок.

Таким образом, восстановление эстетического вида с помощью люминиров является альтернативой традиционным методам реставрации. Они отлично зарекомендовали себя и по сравнению с методом отбеливания дисколорита зубов.

Литература

1. Вартанов Т.О. Основные этапы внедрения технологии безметалловых конструкций в практику врача-стоматолога // Сибирский медицинский журнал. — 2012. — № 4. — С. 102–104.
2. Козицына С.И. Что такое Виниры и Ультраниры? / С.И. Козицына, И.Г. Грицай, А.Н. Макарова, А.Ю. Кириенко, Н.Г. Дмитриева // Институт стоматологии. — 2011. — № 3. — С. 42–44.
3. Ульянова Е.Г. Системный подход к протезированию ультранирами для достижения высокого эстетического результата при повышенной стираемости зубов / Е.Г. Ульянова, С.В. Русакулов // Институт стоматологии. — 2011. — № 3. — С. 46–49.
4. Усова К.С. Новое направление в эстетической стоматологии — люминиры // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2012. — № 1. — С. 46–47.
5. Шелаева А.С. Виниры как альтернативный метод лечения частичных дефектов зубного ряда / А.С. Шелаева, С.Я. Ананько // Успехи современного естествознания. — 2011. — № 8. — С. 143.
6. Harry A. Long. Patient-Driven Treatment Options. Inside Dentistry. November/December. — 2010, P. 80–84.
7. Natasha Thomsen. Teeth Veneer Do More than Just Whiten and Reshape Teeth- Journal of the national medical association, Vol. 98, No. 8, August 2006, P. 1379.

Referens

1. Vartanov T. The main steps of the introduction of non-metal structure technology in dental practice // The Siberian Medical Journal. — 2012. — № 4. — P. 102–104. (in Russian)
2. Kozitsyna S. What are Veneers and Ultraneers? / S. Kozitsyna, I. Gritsay, A. Makarova, A. Kirienko, N. Dmitrieva // Institute of Dentistry. — 2011. — № 3. — P. 42–44. (in Russian)
3. Ulyanova E. Dental ultraneer replacement in increased tooth wearing: systematic approach for best aesthetic results. / E. Ulyanova, S. Rusakulov // Institute of Dentistry. — 2011. — № 3. — P. 46–49. (in Russian)
4. Usova K. Lumineers: a new direction in aesthetic dentistry // International Journal of Applied and Fundamental Research. — 2012. — № 1. — P. 46–47. (in Russian)
5. Shelaeva A. Veneers, as an alternative treatment technique in partial defects of dentition / A. Shelaeva, S. Ananko // Success of modern natural science. — 2011. — № 8. — P. 143. (in Russian)
6. Harry A. Long. Patient-Driven Treatment Options. Inside Dentistry. November/December. — 2010, P. 80–84.
7. Natasha Thomsen. Teeth Veneer Do More than Just Whiten and Reshape Teeth- Journal of the national medical association, Vol. 98, No. 8, August 2006, P. 1379.



Психологические аспекты стоматологии

Влияние дефектов зубных рядов на психологическое здоровье и качество жизни пациентов с сахарным диабетом

Резюме

Для оценки влияния потери зубов на психоэмоциональное состояние и качество жизни больных диабетом 2 типа было проведено клиническое обследование 68 пациентов с частичной вторичной адентией 1 и 2 классов по Кеннеди в возрасте от 51 до 68 лет. Основную группу ($n=32$) составили пациенты с клинически верифицированным диагнозом "сахарный диабет 2 типа", длительностью заболевания $6,8 \pm 1,7$ года и средним уровнем сахара крови $8,2 \pm 1,2$ ммоль/л, контрольную ($n=36$) группу – пациенты без соматической патологии.

По данным исследования установлено, что частичная вторичная адентия у пациентов с диабетом сопровождается усилением тревожности и агрессивности, повышением уровня невротизации. Проведена сравнительная оценка показателей качества жизни по опросникам MOS SF-36 и OHIP-14-RU, на основании которых были сформулированы выводы о необходимости своевременной ортопедической реабилитации пациентов с диабетом как важного фактора улучшения психического и общего состояния пациентов.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, ситуативная и личностная тревожность, уровень невротизации, качество жизни, частичная потеря зубов.

Для цитирования: Шевкунова Н.А. Влияние дефектов зубных рядов на психологическое здоровье и качество жизни пациентов с сахарным диабетом. Стоматология для всех. – 2017. – № 1 (78). – С. 54–57.

The impact of dentition defects on the psychological health and quality of life of patients with diabetes mellitus
Shevkunova N.A.

Summary

To assess the impact of tooth loss on the psycho-emotional status and quality of life of patients with type 2 diabetes clinical examination of 68 patients (aged 51 to 68 years) with 1st and 2nd Kennedy grades partial adentia performed. The main group ($n=32$) included patients with clinically verified diagnosis of "type 2 diabetes mellitus", the disease duration of $6,8 \pm 1,7$ years and an average

Для переписки:

E-mail: shevkunova.natalia@mail.ru



Шевкунова Н.А., к.м.н.,
доцент кафедры ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО
Ижевской ГМА

blood sugar level of $8,2 \pm 1,2$ mmol/l. Control ($n=36$) group included patients without somatic pathology.

According to the study, partial secondary adentia in patients with diabetes is accompanied by increased anxiety and aggression and increased level of neuroticism. A comparative assessment of quality of life indicators according to questionnaires MOS SF-36 and OHIP-14-RU was made. On the basis of which conclusions were formulated about the necessity of timely prosthetic rehabilitation of patients with diabetes as an important factor in improving mental and general condition of patients.

Keywords: diabetes mellitus 2 type, situational and personal anxiety, level of neuroticism, quality of life, partial tooth loss.

Citation: Shevkunova N.A. The impact of dentition defects on the psychological health and quality of life of patients with diabetes mellitus. Stomatologia dla vseh. 2017; 1 (78): 54–57.

Особенностью сахарного диабета (СД) является влияние на нервную систему, изменение характера и поведения больных [4, 5, 6]. Нарушения психики, наблюдающиеся при диабете в 17,4–92,7% случаев зависят от формы и давности заболевания, выражаются в виде неврозов и психических расстройств, вызванных повышенной чувствительностью к раздражителям, ощущением тревожности, страха и внутреннего беспокойства [3, 5, 6]. Это, в свою очередь, негативно влияет на показатели качества жизни (КЖ) таких больных, обусловленные необходимостью ограничивать свои физические усилия вследствие болезни, ограничивать себя в питании и избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению [3, 4, 7].

Ряд исследований свидетельствует о решающей роли психологической составляющей КЖ в течении СД, содержащей в себе элемент угрозы и определяющей специфику реакции пациентов на заболевание и осо-



бенности приспособления [3, 7, 8].

Исследования КЖ в стоматологии позволяют оценить влияние утраты стоматологического здоровья на общее состояние организма и социальные аспекты жизни пациента [8, 14, 15]. При изучении воздействия частичного отсутствия зубов на показатели КЖ больных с сопутствующими заболеваниями по опроснику MOS SF-36 установлено наибольшее снижение физического и психического компонентов в группах больных диабетом и гастритом по опроснику OHIP-14 "Профиль влияния стоматологического здоровья" ("oral health impact profile") в группах больных с психическими нарушениями и диабетом [9].

При восстановлении целостности зубных рядов наблюдается положительная динамика показателей КЖ по опроснику MOS SF-36 по шкалам ролевого эмоционального функционирования, социальной активности и психологического здоровья [10].

Цель исследования — изучение показателей психоэмоционального статуса и КЖ больных СД2 при частичной вторичной адентии.

Материалы и методы. В результате проведенного популяционного ретроспективного исследования "случай — контроль" выделены основная и сравнительная группы. В первую (основную) группу (32 человека), отбирались пациенты с дефектами зубных рядов 1 или 2 классов по Кеннеди, обратившихся за ортопедической помощью в Республиканскую стоматологическую поликлинику г. Ижевска с клинически верифицированным диагнозом "сахарный диабет 2 типа". Длительность заболевания диабетом составляла в среднем $6,8 \pm 1,7$ года. Контроль уровня сахара крови осуществлялся пациентами индивидуальными глюкометрами, средний уровень регистрировался $8,2 \pm 1,2$ ммоль/л. Вторая группа (сравнения) была сформирована из 36 пациентов без соматической патологии с аналогичными дефектами зубных рядов. Средний возраст обследованных составлял $59,7 \pm 3,4$ года.

Диагностика состояния зубных рядов проводилась согласно "Протоколу ведения больных с частичным отсутствием зубов (частичная вторичная адентия)" [2]. В обследование включались пациенты с отсутствием более 6 зубов на одной из челюстей. Среднее число отсутствующих зубов составляло $8,2 \pm 1,1$. Критерием исключения из исследования 17 пациентов с диабетом послужило наличие полной вторичной адентии или отсутствие более 10 зубов на одной из челюстей.

Исследование психоэмоционального состояния включало изучение ситуативной и личностной тревожности по тесту Ч.Д. Спилбергера [12], состояний враждебности и агрессивности по опроснику А. Басса-А. Дарки [12], уровня невротизации по тесту Л.И. Вассермана [11].

Качество жизни, связанное со здоровьем оценива-

ли по опроснику MOS SF-36, полученные результаты по 8 шкалам, группировались в два показателя "физический компонент здоровья" и "психологический компонент здоровья". Более высокая оценка указывала на более высокий уровень КЖ.

Для определения степени влияния стоматологической патологии на КЖ пациентов с диабетом был использован "Профиль влияния стоматологического здоровья" OHIP-14-RU, который позволял оценивать стоматологические параметры нарушений КЖ: ограничение функции (ОФ), физический дискомфорт (ФД), психологический дискомфорт (ПД), физические нарушения (ФН), психологические расстройства (ПР), социальную нетрудоспособность (СН) и ущерб (У). Расчет индекса производился суммированием баллов по отдельным шкалам и по опроснику в целом. Высокие значения индекса соответствовали низким показателям КЖ [1, 6, 13].

Статистическую обработку проводили при помощи пакета прикладных статистических программ. Статистический анализ включал расчет средней арифметической (М), ошибки средней арифметической (m) и вероятности различий (Р). Достоверность различий определяли с помощью критерия Стьюдента (t) для независимых выборок. Различия оценивали как значимые при $p < 0,05$.

Результаты. В процессе обследования у пациентов СД2 были отмечены поведенческие особенности, не обнаруженные у здоровых пациентов. В $76,3 \pm 1,9\%$ ($p < 0,001$) случаев у больных диабетом обследование вызывало негативное отношение, а в $5,3 \pm 2,2\%$ случаев — отказ ($p < 0,001$). Освоение предложенных методик вызывало затруднения и требовало дополнительных разъяснений. Не всегда правильно осмысливалось содержание вопросов. Сама процедура обследования утомляла, раздражала, занимала больше времени, чем у здоровых лиц. Нередко наблюдалось формальное отношение к обследованию: небрежное и невнимательное заполнение тестов, не было сосредоточенности при выполнении заданий.

Показатели ситуативной тревожности пациентов с диабетом и здоровых составляли $51,7 \pm 3,3$ и $42,8 \pm 1,6$ баллов; личностной тревожности — $52,1 \pm 1,1$ и $45,4 \pm 1,9$ баллов. Индексы враждебности — $11,2 \pm 2,4$ и $10,5 \pm 0,9$ баллов; агрессивности — $15,5 \pm 1,4$ и $11,3 \pm 1,2$ баллов соответственно.

Из полученных данных видно, что ситуативная и личностная тревожность пациентов с диабетом превышала аналогичные показатели здоровых лиц ($p < 0,01$). При этом разница по показателю ситуативной тревожности была больше, чем по показателю личностной, что предполагает более выраженную реакцию тревоги на стоматологический прием.

При незначительном различии показателей индекса

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

враждебности ($t=1,48$; $p>0,05$), индекс агрессивности пациентов с диабетом превышал показатели здоровых лиц в 1,4 раза ($p<0,001$).

При оценке уровня невротизации у пациентов основной группы он отмечался как средний и высокий (от $43,4\pm 3,7$ до $58,3\pm 5,2$), при этом у пациентов группы сравнения как низкий и средний (от $18,6\pm 3,1$ до $31,6\pm 7,5$). В целом уровень невротизации пациентов с диабетом превышал показатели здоровых пациентов в 2 раза — $50,8\pm 2,7$ и $25,1\pm 4,2$ ($p<0,001$).

Сравнительный анализ данных КЖ по опроснику MOS SF-36 показал, что все изучаемые параметры в основной группе были на 11–29 баллов ниже, чем в группе сравнения. Наибольшие различия наблюдались по шкалам: интенсивность боли, у лиц с диабетом составляла $51,26\pm 3,23$ баллов, а у здоровых — $80,44\pm 1,98$ баллов ($p<0,001$), психическое здоровье — $60,33\pm 3,16$ и $78,28\pm 2,06$ ($p<0,001$), эмоциональное функционирование — $74,48\pm 2,82$ и $85,83\pm 1,74$ баллов ($p<0,001$) и социальное функционирование — $60,41\pm 3,16$ и $73,63\pm 2,20$ баллов соответственно ($p<0,001$). Меньшие различия показателей наблюдались по шкале жизненная активность, характеризующая жизненный тонус пациентов, которые составляли при диабете $64,86\pm 1,91$ и $73,67\pm 2,28$ без диабета ($p<0,01$).

Показатели физического здоровья обследованных, свидетельствующие об ограничениях при самообслуживании, ходьбе, подъеме по лестнице, переносе тяжестей также отличались в основной группе и группе сравнения ($76,44\pm 2,21$ и $86,44\pm 1,65$ баллов, $p<0,001$). В целом психофизическое здоровье пациентов СД2 типа составляло $74,4\pm 0,3$ балла и $83,7\pm 1,5$

баллов в группе лиц без диабета ($p<0,01$).

Полученные результаты по опроснику OHIP-14-RU у больных СД2 — $59,5\pm 6,3$ баллов расценивались как "неудовлетворительное" КЖ. В группе сравнения — $48,6\pm 5,3$ баллов, что свидетельствовало об "удовлетворительном" уровне КЖ. При сравнении изучаемых показателей КЖ пациентов основной и группы сравнения (табл. 1) наибольшие различия получены по шкалам "Ограничение функций", "Психологические расстройства" и "Ущерб" ($p<0,001$). Это может свидетельствовать о более выраженном влиянии дефектов зубных рядов у больных диабетом на такие составляющие КЖ как произношение звуков, вкусовые ощущения, полноценное общение и отдых, что вызывает физический, психологический и материальный ущерб.

Максимальное значение показателей шкалы "Физический дискомфорт" ($3,20\pm 0,17$) у пациентов с диабетом обосновывает наиболее сильное влияние этого критерия на КЖ, проявляющееся в виде выраженного дискомфорта во время приема пищи, по сравнению с пациентами без диабета — $2,19\pm 0,13$ ($p<0,001$).

Выводы. Анализ полученных данных психоэмоционального состояния пациентов со 2 типом сахарного диабета при частичной вторичной адентии показывает, что они более невротизированы, тревожны и агрессивны, чем лица без соматической патологии. Это может мешать проведению стоматологических манипуляций в полном объеме и обосновывает необходимость проведения мероприятий, направленных на коррекцию эмоционального состояния.

Полученные результаты исследования показателей КЖ по опросникам MOS SF-36 и OHIP-14-RU свидетельствуют о том, что дефекты зубных рядов отражают

не только факт утраты собственно стоматологического здоровья, но и оказывают существенное влияние на качество жизни больных диабетом.

Таким образом, проведенное исследование обосновывает необходимость своевременной ортопедической реабилитации, направленной на восстановление целостности зубных рядов, как важного фактора улучшения психического и общего состояния пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Результаты оценки КЖ, выполненные самим пациентом, наряду с традиционным медицинским заключением,

Таблица 1. Показатели КЖ пациентов с сахарным диабетом 2 типа и здоровых с частичной вторичной адентией по опроснику OHIP-14-RU ($M\pm m$)

Шкалы	Здоровые пациенты (n=36)	Пациенты СД2 (n=32)
OHIP-14	$48,62\pm 5,32$	$59,51\pm 6,25^{***}$
Ограничение функций	$1,95\pm 0,15$	$2,91\pm 0,10^{**}$
Физический дискомфорт	$2,19\pm 0,13$	$3,20\pm 0,17^{**}$
Психологический дискомфорт	$1,87\pm 0,09$	$2,56\pm 0,11^*$
Физические нарушения	$1,97\pm 0,12$	$2,51\pm 0,10^*$
Психологические расстройства	$1,67\pm 0,10$	$2,59\pm 0,11^{**}$
Социальная нетрудоспособность	$1,58\pm 0,11$	$2,76\pm 0,13^{**}$
Ущерб	$1,79\pm 0,10$	$2,31\pm 0,19^{**}$

Примечание: * — достоверность различий показателей пациентов с сахарным диабетом 2 типа и здоровых $p<0,05$;

** — достоверность различий показателей пациентов с сахарным диабетом 2 типа и здоровых $p<0,01$;

*** — достоверность различий показателей пациентов с сахарным диабетом 2 типа и здоровых $p<0,001$.

сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни, а также узнать отношение пациента к своему заболеванию и назначенному лечению, что позволяет определить индивидуальную тактику ортопедической помощи при стоматологической реабилитации.

Литература

1. Барер Г.М., Гуревич Г.К., Смирнягина В.В., Фабрикант Е.Г. Валидизация русскоязычной версии опросника OHIP у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести // Стоматология. — 2007. — № 5. — С. 27–30.
2. ГОСТ Р 52600.7-2008 Протокол ведения больных. Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия). — Издательство стандартов, М., 2008.
3. Гавжа С.И., Гулуев Р.С., Гажва Ю.В. Качество жизни пациентов с заболеваниями полости рта (обзор литературы) // Современные проблемы науки и образования. — 2012. — № 4. — С. 1–6.
4. Древал А.В., Редькин Ю.А., Мисникова И.В. Характер психологических изменений у больных с инсулинзависимым сахарным диабетом после обучения самоконтролю // Проблемы эндокринологии. — 1999. — Т. 45. — № 1. — С. 8–11.
5. Елфимова Е.В. Пограничные психические расстройства при сахарном диабете // Врач. — 2006. — № 14. — С. 13–14.
6. Зарипова Г.Р., Юлдашев В.Л., Зарудий Ф.А., Рахматуллин А.С. Психосоматические расстройства у пациентов с сахарным диабетом 11 типа и методы их коррекции // Вестник ЮУрГУ. Серия "Образование, здравоохранение, физическая культура". — 2011. — Вып. 26. — № 7 (224). — С. 95–97.
7. Исмаилов С.И., Муминова С.У. Роль опросников в оценке качества жизни пациентов с сахарным диабетом (обзор литературы) // Международный эндокринологический журнал. — 2016. — № 2 (74). — С. 152–157.
8. Ковязина О.В. Оценка качества жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Вятский медицинский вестник. — 2009. — № 1. — С. 13.
9. Лапина Н.В., Скориков Ю.В., Аринкина А.С., Аكوпова В.А. Динамика показателей качества жизни больных с сопутствующими заболеваниями в процессе стоматологической ортопедической реабилитации // Кубанский научный медицинский вестник. — 2013. — № 6 (141). — С. 114–117.
10. Насыров Р.Т., Маннанова Л.Б., Новикова Ф.Ф. Качество жизни у стоматологических больных с дефектами зубов и зубных рядов в процессе их реабилитации // Уральский медицинский журнал. — 2009. — № 5. — С. 58–64.
11. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Издательский Дом "БАХРАХ", 1998. — 672 с.
12. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога. М., 2016. — С. 169–237.
13. Allen P.F., Mc.Millan A.S., Locker D. An Assessment of the responsiveness of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial // Comm Dent Epidemiol. 2001. Vol.29. P. 175–182.
14. Reisine S.T. Impact of dental conditions on patient's quality of life // S.T. Reisine, J. Fertig, S. Leder // Community Dent Oral Epidemiol. 1989.

Vol. 17. P. 7–10.

15. Steele J.G., Sanders A.E., Slade G.D., Allen P.F., Lahti S., Nuttall N., Spencer A.J. How do age and loss affect oral health impacts and quality of life? // A study comparing two national samples. Community Dent Oral Epidemiol. 2004. Vol. 32. P. 107–114.

References

1. Barer G., Gurevich G., Smirnyagina B., Phabrikant E. Validation of the Russian-language version of the OHIP questionnaire in patients diagnosed with moderate chronic generalized periodontitis // Dentistry. — 2007. — № 5. — P. 27–30. (in Russian)
2. State All-Union standard P 52600.7–2008 Patient management protocol. Partial adentia (partial secondary adentia). Izdatelstvo standartov, Moscow, 2008. (in Russian)
3. Gavzha S., Guluyev R., Gavzha Yu. Quality of life of patients with oral diseases. (literature review) // Modern problems of science and education. — 2012. — № 4. — P. 1–6. (in Russian)
4. Dreval A., Redkin Yu., Misnikova I. The nature of psychological changes in patients with insulin-dependent diabetes mellitus after learning self-control // Issues of Endocrinology. — 1999. — B. 45. — № 1. — P. 8–11. (in Russian)
5. Yelphimova E. Borderline mental disorders in diabetes mellitus // Physician. — 2006. — № 14. — P. 13–14. (in Russian)
6. Zaripova G., Yuldashev V., Zarudiy Ph., Rakhmatullin A. Psychosomatic disorders in patients with type 11 diabetes mellitus and methods for their correction // Journal of SUSU. Section "Education, health care, sports". — 2011. — № 26. — № 7 (224). — P. 95–97. (in Russian)
7. Ismailov S., Muminova S. The role of questionnaires in assessing the quality of life of patients with diabetes mellitus (literature review) // International Journal of Endocrinology. — 2016. — № 2 (74). — P. 152–157. (in Russian)
8. Kovyazina O. Quality of life of type 2 diabetes mellitus patients. // Medical Journal of Vyatka. — 2009. — № 1. — P. 13. (in Russian)
9. Lapina N., Skorikov Yu., Arinkina A., Akopova V. Dynamics of quality of life indicators in patients with concomitant diseases during dental orthopedic rehabilitation // The scientific medical journal of Kuban. — 2013. — № 6 (141). — P. 114–117. (in Russian)
10. Nasyrov R., Mannanova L., Novikova Ph. Quality of life in dental patients with defects in teeth and dentition during their rehabilitation // The Medical Journal of Ural. — 2009. — № 5. — P. 58–64. (in Russian)
11. Raygorodskiy D. Practical psychodiagnosis. Techniques and tests. Manual. — Samara: Publishing house "BAKHRAKH". — 1998. — P. 672. (in Russian)
12. Rogov E. Manual for practical psychologists. Moscow, 2016. — P. 169–237. (in Russian)
13. Allen P.F., Mc.Millan A.S., Locker D. An Assessment of the responsiveness of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial // Comm Dent Epidemiol. — 2001. — № 29. — P. 175–182.
14. Reisine S.T. Impact of dental conditions on patient's quality of life // S.T. Reisine, J. Fertig, S. Leder // Community Dent Oral Epidemiol. — 1989. — № 17. — P. 7–10.
15. Steele J.G., Sanders A.E., Slade G.D., Allen P.F., Lahti S., Nuttall N., Spencer A.J. How do age and loss affect oral health impacts and quality of life? // A study comparing two national samples. Community Dent Oral



Общественная Организация Стоматологи Столицы



Общественная Организация Стоматологи Столицы (РООСС) существует с 2009 года. РООСС – это единственная профессиональная организация федерального уровня, являющаяся одной из крупнейших общественных организаций города Москвы по принадлежности к одной врачебной специальности, объединяющая и координирующая действия по защите профессиональных прав специалистов стоматологического профиля. Одним из ключевых направлений РООСС является представление интересов врачей-стоматологов на законодательном уровне, перед обществом и государством с целью обеспечения высокого профессионализма специалистов стоматологического профиля, условий для реализации их профессиональных и творческих возможностей, как на территории Москвы, так и других регионов России.



Дорогие, Коллеги!

В 2017–18 году мы сами должны определить направления развития нашей Общественной организации "Стоматологи Столицы" как профессионалы. Кто, как не сами врачи-стоматологи заинтересованы в принятии понятных и разумных правил и стандартов в стоматологии? Поэтому Членство в СтАР, осуществляемое посредством участия врача-стоматолога в Региональной общественной организации "Стоматологи Столицы" (РООСС), которая является единственным легитимным региональным представителем врачей-стоматологов и зубных врачей города Москвы на Федеральном уровне, позволит нам совместно участвовать в разработке таких современных правил и стандартов.

Аккредитация врачей-стоматологов уже передана Минздравом РФ в СтАР и полным ходом идет при непосредственном участии СтАР, а значит и региональной Общественной организации "Стоматологи Столицы" (РООСС). Так же как и программы непрерывного медицинского образования (НМО) уже функционируют и при помощи, в том числе, нашей Ассоциации!

На протяжении многих лет СтАР помогает врачам и

стоматологическим клиникам занимать лидирующие позиции среди российских клиник благодаря достижению наилучших результатов в различных областях стоматологии. Надеюсь, что и 2017 год не станет исключением из правил.

Основной вектор развития нашей организации будет устремлен на утверждение новейших технологий и стандартов качества, современные протоколы лечения, направленные на развитие современной стоматологии на территории города Москвы!

Это реальность и необходимость.

Надеюсь, что и в 2017–18 годах мы так же будем соответствовать высоким профессиональным ожиданиям москвичей и гостей нашего города, сможем создать определенные правила профессиональной деятельности. Возможно, эти правила не станут уже в этом году стандартом для всех или большинства врачей-стоматологов, практикующих в городе Москве, но год за годом мы будем идти к этой цели.

Хочу пригласить всех желающих вступать в РОО "Стоматологи Столицы" для того, чтобы самим влиять на развитие всех стоматологических направлений в Москве. Членство в организации дает возможность использовать партнерские программы РООСС и СтАР, получать скидки, баллы и кредиты на различных Конференциях, выставках, конгрессах и семинарах, пользоваться юридической, профессиональной и экспертной поддержкой.

Пришло время объединиться ради достижения общих целей. Только совместными усилиями мы можем добиться принятия необходимых нам законов и правил в нашем общем доме – городе Москва!

С наилучшими пожеланиями,

д.м.н. **Сергей Кузнецов**

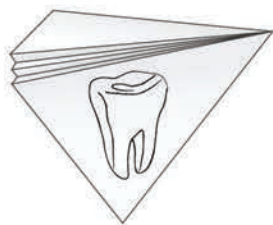
Президент-элект

РОО "Стоматологи Столицы"

Сайт: www.rass.moscow

Почта: rass.org@mail.ru

Тел.: +(985) 175-50-90



Министерство здравоохранения и социального развития Республики Карелия
Стоматологическая Ассоциация Карелии
Стоматологическая Ассоциация России
Издательство «Человек», Справочник «Стоматология России»

V Межрегиональная научно-практическая конференция **СЛОЖНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ** Петрозаводск, Отель «Онего Палас», 26–27 мая 2017 г.

Конференция включена в официальный календарный план СТАР на 2017 год
Каждый участник Конференции получает 6 баллов (кредитов) по системе НМО

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Иорданишвили Андрей Константинович



– доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный рационализатор РФ, профессор кафедры ЧЛХ и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, профессор кафедры ортопедической стоматологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург.

Соавтор

Сериков Антон Анатольевич



– ассистент кафедры ЧЛХ и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург.

Оценка степени тяжести и эффективности лечения заболеваний ВНЧС и жевательных мышц

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Кузьмина Диана Алексеевна



– доктор медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, врач стоматолог-терапевт, детский стоматолог, Санкт-Петербург.

Соавтор

Новикова Валерия Павловна



– доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова, председатель Лиги врачей Северо-Запада, академик Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы, Санкт-Петербург.

Новая концепция формирования кариеса у детей
Гипофосфатезия у детей

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Вебер Виктор Робертович



– доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Российской академии медицинских наук, академик Российской академии естественных наук, ректор Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, заведующий кафедрой внутренних болезней Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, член коллегии Комитета по охране здоровья населения Новгородской области, советник Губернатора Новгородской области, Великий Новгород.

Обезболивание в условиях амбулаторного стоматологического приема

Егорова Ольга Александровна



– кандидат медицинских наук, челюстно-лицевой хирург, ассистент кафедры стоматологии общей практики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, судебно-медицинский эксперт Бюро судебной медицинской экспертизы Ленинградской области.

Особенности клинического течения и диагностики осложненных форм острой одонтогенной инфекции

Иорданишвили Андрей Константинович



– доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный рационализатор РФ, профессор кафедры ЧЛХ и хирургической стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, профессор кафедры ортопедической стоматологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург.

Парестезия слизистой оболочки полости рта и синдром «сухого рта»: причины и лечение

ПАРОДОНТОЛОГИЯ

Хромова Елена Алексеевна



– кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург. Автор более 50 публикаций.

Антимикробная терапия в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита

ЭКСКУРСИОННАЯ ПРОГРАММА

Природная экскурсия в заповедник Кивач

27 мая 2017 г.

Регистрация на Конференцию

Координатор – Олег Петров

Тел/факс: +7 (812) 325-25-64, +7 (812) 328-18-68.

Мобильный: +7 (904) 644-98-39,

E-mail: org@mirmed.ru, oleg@mirmed.ru

Регистрация на сайтах

www.stomtrade.ru

www.mirmed.ru



Создана новая Ассоциация Пародонтологов

10 ноября 2016 г. в Москве, в конференц-зале Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии состоялся учредительный съезд новой Ассоциации Пародонтологов. В работе съезда приняли участие представители 12 регионов России.



В президиуме учредительного съезда Ассоциации пародонтологов

Идея организации новой Ассоциации возникла на основе стремления ряда авторитетных российских пародонтологов к тому, чтобы их ассоциация могла стать членом Европейской Федерации Пародонтологов, ЕФП (European Federation of Periodontology), ЕФР и соответствовала бы Уставу ЕФП, удовлетворяя его главным требованиям:

1. Членом Европейской Федерации может быть только самостоятельная Организация, которая не входит в качестве зависимой структуры ни в какую другую организацию на территории страны.
2. Эта Организация должна иметь собственные атрибуты, подтверждающие ее независимость:
 - а) быть Юридическим лицом, иметь собственный юридический адрес;
 - б) иметь собственные банковские реквизиты — рублевый и валютный счета.

На Учредительном Съезде присутствовало 188 зарегистрированных участников.

Председателем Съезда был избран проф. Вагнер В.Д., секретарем — проф. Модина Т.Н. Присутствующим был представлен юридически выверенный Устав организации.

Правление (президиум) Ассоциации избрано в составе 7 человек: профессора Грудянов А.И., Дмитриева Л.А., Макеева И.М., Модина Т.Н., к.м.н. Старикова Э.Г. (Калининград), проф. Киселева Е.А. (Кемерово), член-корр. РАН Янушевич О.О. Голосование проводилось по каждой кандидатуре.

Открытым голосованием председателем правления (президентом Ассоциации) избран профессор Грудянов А.И., заместителем председателя (вице-президентом) — проф. Модина Т.Н., директором (вице-президентом) — д.м.н. Кузнецов С.В., ответственным секретарем — проф. Гринин В.М.

Ревизионная комиссия Ассоциации избрана в составе 3 человек — проф. Шумский А.В. (Самара), проф. Чепуркова О.А. (Омск), к.м.н. Фоменко Е.В. (Москва).

Ассоциация является юридическим лицом и имеет документальное подтверждение правомочности:

Устав, зарегистрированный в Министерстве юстиции

Российской Федерации, юридический адрес, собственные банковские счета (валютный и рублевый).

Члены созданной Ассоциации имеют право членства в ЕФП и в других зарубежных Ассоциациях.

На Съезде были утверждены первоочередные задачи и перспективные планы работы, которые предполагают проведение мероприятий как внутри страны, так и за рубежом.

Уважаемые коллеги!

Приветствую Вас на официальном сайте Новой Независимой Ассоциации Пародонтологов rsp.com.ru. Этот новый сайт — еще одна прекрасная возможность собраться вместе в виртуальном пространстве всем, кого объединила поистине удивительная специальность — Пародонтология!



Президент Ассоциации пародонтологов, д.м.н., профессор А.И. Грудянов

Быстро летит время, и вот уже скоро будет 20 лет, как у первого президента тогда еще совсем молодой Ассоциации Стоматологов России (СтАР), профессора Леонтьева Валерия Константиновича родилась идея собрать воедино стоматологов, которые избрали для себя, пожалуй, самый общемедицинский, самый сложный и в то же время официально не признанный раздел стоматологии — пародонтологию.

Наш новый сайт может стать идеальной аренной перманентных жарких дискуссий и новаторских идей, полезным и специалистам, и многочисленным пациентам.

Надеемся, что именно наш сайт станет не только источником информации, но поможет укрепить межрегиональные и международные связи нашего профессионального сообщества.

Добро пожаловать на наш новый сайт! Успехов и интересных встреч!

Президент Ассоциации Пародонтологов, заслуженный врач РФ, профессор А.И. Грудянов

Уважаемые члены Ассоциации Пародонтологов!

12 мая 2017 г. с 10:00 до 14:00, в большом конференц-зале ЦНИИС и ЧЛХ состоится конференция, посвященная Общеввропейскому Дню пародонтологов. В конференции примут участие ведущие ученые, молодые исследователи и клиницисты Российской Федерации.

Место проведения: Москва, Тимура Фрунзе 16, ЦНИИС и ЧЛХ, конференц-зал (9 этаж).

Участие в конференции — бесплатное, будем рады видеть всех специалистов на нашем форуме.



Начала работу программа "Детские улыбки России"

Фонд Wrigley Company Foundation и Стоматологическая Ассоциация России (СтАР) объявили 19 декабря 2016 г. в Москве о начале новой благотворительной программы "Детские улыбки России", направленной на улучшение стоматологического здоровья.

Здоровые детские улыбки — это большая ценность. К сожалению, в России около 73% детей до 12 лет страдают от кариеса, к 15 годам их число увеличивается до 82%.

Цель проекта СтАР, запущенного при поддержке Фонда Wrigley Company Foundation, — обеспечить стоматологическое лечение и подарить здоровую улыбку детям школьного возраста от 7 до 11 лет и детям подросткового возраста от 11 до 18 лет. Программа призвана помочь детям из социально незащищенных слоев населения, проживающих в многодетных, неполных семьях, семьях с детьми с ограниченными возможностями, малолетними детьми, а также в семьях безработных.

Программа "Детские улыбки России" будет сфокусирована по следующим направлениям: консультации детского врача-стоматолога и ортодонта, комплекс профессиональной гигиены, лечение кариеса, ортодонтическое обследование и лечение. Это наиболее важные методы для поддержания надлежащего уровня стоматологического здоровья детей.

Комментирует Махер Батруни, генеральный директор Wrigley в России: "Мы верим, что многое может быть сделано для того, чтобы поддержать улучшение здоровья полости рта, как на глобальном уровне, так и на локальном, через профилактику стоматологических заболеваний. Расширение партнерства Фонда Wrigley Company Foundation в России — это еще одна возможность для улучшения здоровья нации в целом. Реализация Программы "Детские улыбки России" позволит помочь детям из социально незащищенных слоев населения в российских регионах обрести здоровую улыбку".

Первыми регионами, где начинает действовать благотворительная программа "Детские улыбки России", стали Челябинск, Липецк и Арсеньев (Приморский край). Программа была запущена при поддержке благотворительного фонда "Charities Aid Foundation America", который оказал помощь в перечислении средств Фонда Wrigley Company Foundation для Стоматологической Ассоциации России.

О Фонде Wrigley Company Foundation

Миссия Фонда состоит в улучшении здоровья людей и нашей планеты благодаря инициативам, направленным на здоровье ротовой полости, охрану окружающей среды и местные потребности. С момента своего основания в 1987 г. Фонд выделил более \$70 млн благотворительным организациям, улучшая качество жизни по всему миру.



О компании Wrigley:

Wrigley (Mars Inc.) является одним из крупнейших в мире производителей жевательной резинки и кондитерских изделий. Всемирно известные бренды Wrigley, включая жевательную резинку ORBIT(r), 5TM, Eclipse(r), EXTRA(r), DOUBLEMINT(r), а также конфеты и леденцы SKITTLES(r), Rondo(r) и Orbit Drops(r), ежедневно дарят потребителям простые радости. Производя операции в почти 50-ти странах и имея дистрибуцию в 180-ти странах, бренды Wrigley приносят улыбки на лица людей по всему миру. Штаб-квартира компании расположена в Чикаго (штат Иллинойс, США), и в настоящий момент в Wrigley работает более 17000 сотрудников.

В России компания работает более 20 лет и владеет фабрикой в Санкт-Петербурге. Среди брендов Wrigley, представленных в нашей стране, жевательная резинка ORBIT(r), 5TM, ECLIPSE(r), DOUBLEMINT(r), WRIGLEY'S SPEARMINT(r), а также кондитерские изделия Rondo(r) и SKITTLES(r).

Wrigley является дочерним предприятием корпорации Mars Incorporated. Общий объем продаж Mars превышает 30 миллиардов долларов США. Компания состоит из шести сегментов: Petcare, Chocolate, Wrigley, Food, Drinks и научное подразделение Symbioscience. Более 75000 сотрудников по всему миру каждый день воплощают в жизнь пять Принципов Mars: Качество, Эффективность, Ответственность, Взаимовыгодность и Свобода, обеспечивая рост, которым мы все гордимся.

Благотворительный фонд "CAF America" — общественная благотворительная организация, цель которой — оказание содействия компаниям, фондам и частным лицам, поддерживая и развивая филантропию по всему миру. За последние 5 лет фонд "CAF America" и его дочерний фонд "CAF American Donor Fund (CADF)" выделили более \$400 млн. благотворительным организациям в 90 странах.

Пресс-служба компании "Ригли"



"Клуб 32" в гостях у Клуба "Легенды хоккея"

22 декабря 2016 г. в VIP ложе "Легенды хоккея" в "ВТБ Ледовый Дворец", расположенном в спортивно-развлекательном квартале "Парк Легенд", состоялось вручение именных подарочных сертификатов "Клуба 32" выдающимся советским и российским хоккеистам — членам Клуба "Легенды хоккея". Сертификаты вручил президент "Клуба 32" — д.м.н., профессор Г.Л. Сорокоумов. Они позволяют ветеранам хоккея получить на безвозмездной основе дополнительную стоматологическую помощь в Стоматологическом центре "Клуб 32". Вручение сертификатов, наряду с многими другими

мероприятиями "Клуба 32", было актом продвижения стоматологической культуры как части общей культуры человека. В акции приняли участие главный редактор журнала "Стоматология для всех" А.В. Конарев. Вместе с сертификатом "Клуба 32" легендарным хоккеистам были вручены выпуски журнала "Стоматология для всех".

Акция проходила в рамках праздника, состоявшегося 22



По воротам "Локомотива" (Ярославль) бросает нападающий "Спартак" Мэттью Гилрой (№ 97)



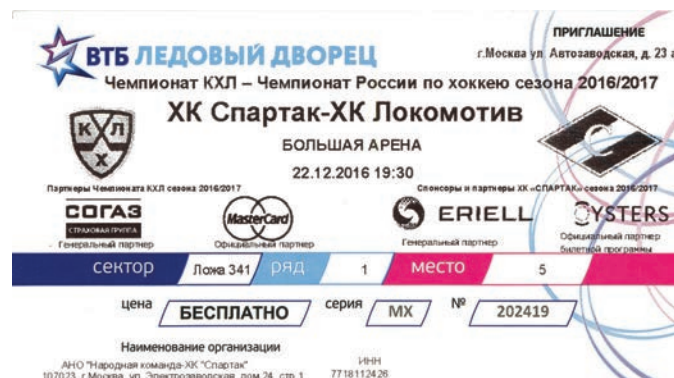
Геннадий Сорокоумов, Александр Якушев и Александр Конарев



Ретро-дикторы за работой



Болеем за "Спартак"



Билет-1946 и билет-2016



декабря 2016 г. в "Парке Легенд", который был посвящен 70-летию российского хоккея. 22 декабря 1946 г. в Москве в первом туре первого чемпионата СССР по канадскому хоккею встречались московский "Спартак" и "Динамо" (Ленинград). "Спартак" тогда победил 6:1.

А 22 декабря 2016 г. московский "Спартак" встретился в матче регулярного чемпионата КХЛ с "Локомотивом" (Ярославль) и одержал волевую победу 2:1. Организаторы юбилейного матча постарались передать и воссоздать послевоенный дух и атмосферу 1940-х годов. В этот раз в "ВТБ Ледовом Дворце", построенном лишь год назад, царила эпоха 1940-х. "Красно-белые" весьма знаково подготовились к юбилею, приехав на матч с "Локомотивом" на ретро-автобусе ЗИС-8 довоенной сборки — легендарном "Фердинанде",



Подарки ветеранам хоккея готовы к вручению



Вручение ветеранам хоккея подарков от "Клуба 32" и журнала "Стоматология для всех"

знакомом по культовому "Место встречи изменить нельзя". Хоккеисты "Спартак" вышли из автобуса в форменных свитерах 1940-х гг., в которых и сыграли с "Локомотивом". На арене звучали мелодии 1930—1940-х годов. Во время матча и в перерывах в холлах комплекса была организована танцевальная и другие разнообразные тематические площадки. Коридоры "Ледового" превратились в переулки, в которых можно было встретить пионеров с барабанами, дворовых хулиганов, чекистов в форме, прогуливающих с барышнями, вальсирующие пары и даже стать зрителем сеанса одно-временной игры болельщиков "красно-белых" с участником недавнего матча за шахматную Чемпионскую Корону и болельщиком "Спартак" Сергеем Карякиным (Сергей против ряда болельщиков "Спартак" и двукратного Олимпийского Чемпиона Вячеслава Старшинова). Столпотворение в районе 207-го сектора было таким же, как было бы во время матча Алахин-Ботвинник.

В VIP ложе "Легенды хоккея" в это время проходили не менее интересные встречи с Александром Якушевым, Владимиром Мышкиным и другими легендарными хоккеистами.

Фото — Иван Куриленко



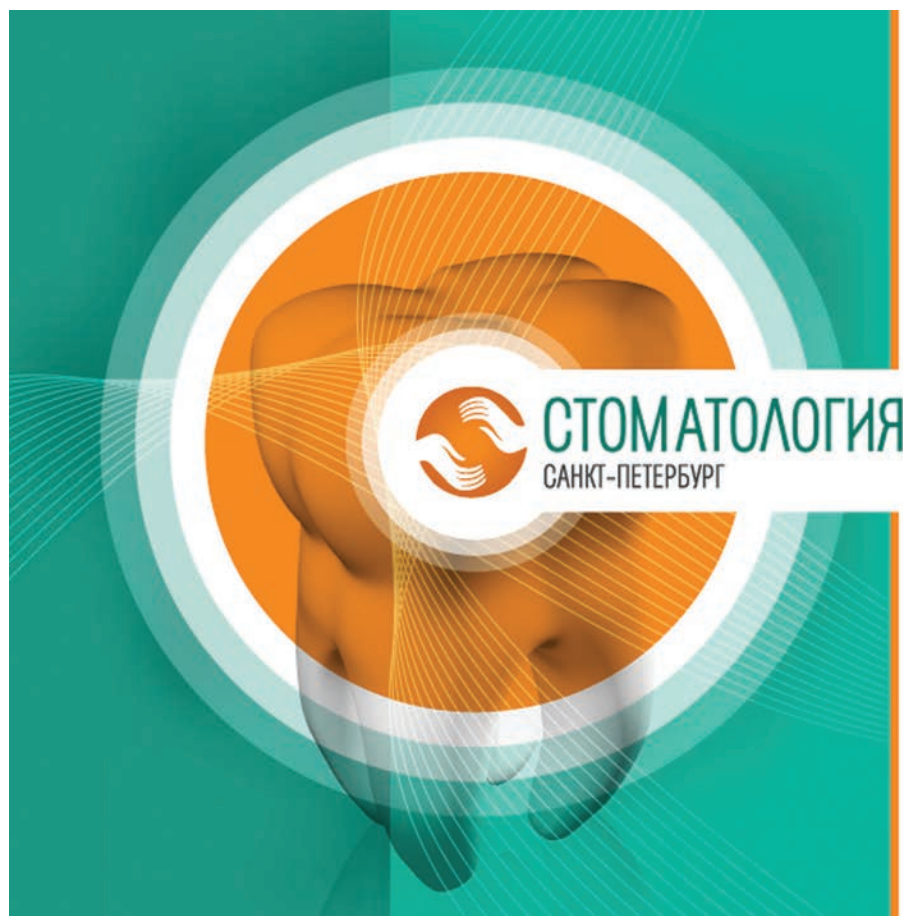
Геннадий Сорокоумов, Магда Котанджян и Александр Конарев



Для гостей VIP ложи "Легенды хоккея" поет Игорь Славянов



Стилист Джордж Ровалс и ведущая Вероника Шитикова



**20-я международная
выставка
оборудования,
инструментов,
материалов и услуг
для стоматологии**

**16–18
мая 2017**

Санкт-Петербург
ВК «Ленэкспо»

Сайт: www.stomatology-expo.ru
Организатор: ПРИМЭКСПО, в составе Группы компаний ITE
Телефон: +7 (812) 380 6006/00
E-mail: dental@primexpo.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:** info@sdvint.com; **Интернет:** www.sdvint.com
Главный редактор: Конарев Александр Васильевич
Подписано в печать: 30 марта 2017 г.

© «СТОМАТОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ/International Dental Review», 2017