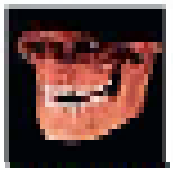
Pure Innovation

Planmeca Compact a

Planmeca ProMax 3D

Planmeca ProOne

На чем базируется практика будущего? Как достичь наилучших результатов? С помощью инновационного оборудования, хорошей организации рабочего процесса, интегрированных решений. Благодаря мечтам, которые становятся реальностью. Новое поколение продукции Planmeca предвосхищает потребности завтрашнего дня, сочетая в себе передовые технологии и простоту дизайна. А вы бы хотели насладиться изяществом формы и безупречностью функции будущего?



[illegible]

PLANMECA

СОДЕРЖАНИЕ

СТОМАТОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ
International Dental Review

Стоматологическая Ассоциация России

Редакционный совет:

Алимский А.В., Бажанов Н.Н., Барер Г.М., Боровский Е.В., Вагнер В.Д., Глазов О.Д., Дунаев М.В., Иванов С.Ю., Кисельникова Л.П.,Козлов В.А., Колесник А.Г., Кузьмина Э.М., Кулаков А.А., Макеева И.М., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Пахомов Г.Н., Полуев В.И., Рабинович С.А., Сахарова Э.Б., Сорокоумов Г.Л., И. Хен, Янушевич О.О.

Редакционная коллегия:

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

Главный редактор:

Конарев А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Терапевтическая стоматология

Использование биохимических маркеров для ранней диагностики пародонтита. Т.И. Ибрагимов, Н.А. Сергеева, Э.В. Плоткина, Е.П. Иванова — 4

Эффективность применения отбеливающей зубной пасты, содержащей 10% перекись карбамида, в осветлении зубов пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта. О.О. Янушевич, Н.И. Крихели, Н.Г. Дмитриева — 10

Обезболивание в стоматологии

Эффективность местного обезболивания препаратами, содержащими артикаин, в амбулаторной стоматологической практике и пути ее повышения. С.А. Рабинович, Г.И. Кузнецов, О.Н. Московец, Е.В. Зорян — 14

Хирургическая стоматология

16 Особенности изменений концентрации фосфора и кальция в ротовой жидкости при гнойно-воспалительных процессах челюстно-лицевой области. Л.Н. Мубаракова — 16

Ортопедическая стоматология

Зубопротезирование с использованием телескопических коронок и аттачменов МК-1 (Германия). Р.Ю. Куликов, Н.В. Бондарев — 20

Клинико-лабораторная оценка показателей гальваноза при хроническом гастрите у лиц пожилого и старческого возраста. Л.Д. Гожая, Т.Г. Исакова, Я.М. Ножницкая, Т.Ю. Талалай — 24

Ортодонтия

Состояние стоматологического здоровья у детей в период молочного и сменного прикуса. К.В. Хроменкова, А.М. Дыбов, Г.Б. Оспанова — 28

Организация и экономика в стоматологии

Сравнительный анализ некоторых маркетинговых параметров работы стоматологических учреждений разных форм собственности. Е.И. Вощина, О.О. Янушевич, В.М. Гринин — 32

Профилактика

Клиническая эффективность ферментосодержащих зубных паст Lacalut Brilliant White. Э.Б .Сахарова, — 36

№ 1(42) - 2008

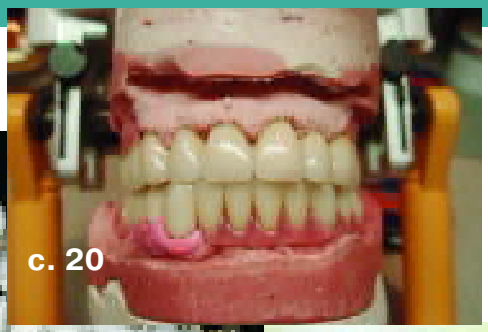
М.А. Стасенкова
Рентгеностоматология
41 **Современная компьютерная томография для стоматологии**. Д.В. Рогацкин

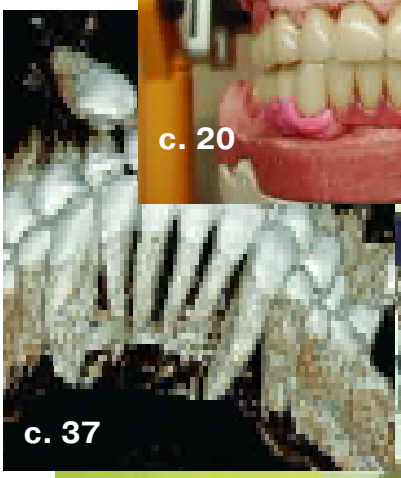
Психологические аспекты стоматологии
48 **Алгоритм взаимодействия ассистента с пациентами на этапах стоматологического приема**. В.В. Бойко, Е.А. Зыкина

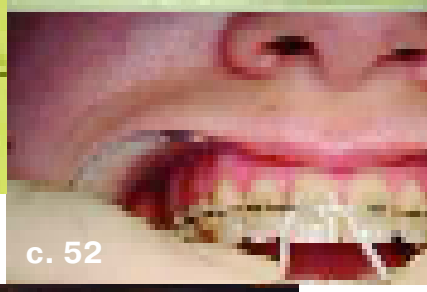
Гигиена полости рта
52 **Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний у детей школьного возраста**. Л.П. Кисельникова, Е.Н. Таболова, М.В. Мирошкина

ОБРАЗОВАНИЕ
58
58 **На форуме "Дентал-Ревю 2008"**
59 **Совещание деканов стоматологических факультетов медицинских вузов России**
60 **Круглый стол "Качество и безопасность стоматологической помощи в России"**
Открытие ЦЕРЕК-центра в Стоматкомплексе МГМСУ

СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ
64
65 **Часы ценою в жизнь.** И.В. Мерцалова
68 **Профессору С.А. Рабиновичу – 60 лет**
70 **Праздник стоматологии удался!**
"Триумф эндодонтии"







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".

Редакция журнала «Стоматология для всех/International Dental Review»

Адрес:
Россия, 121099, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 34
Телефон/факс: (495) 205-74-24, 609-24-40
E-mail: sdvint@mail.ru **Интернет:** www.sdv.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных объявлений. Мнение авторов публикаций может не совпадать с мнением редакции, редакционной коллегии и редакционного совета.
Перепечатка — только с согласия редакции.

Учредитель:
ООО «Редакция журнала «Стоматология для всех»
Журнал зарегистрирован в Министерстве РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций
Свидетельство о регистрации № 016367 от 15 июля 1997 г.

© «СТОМАТОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ/International Dental Review», 2008

Терапевтическая стоматология

Использование биохимических маркеров для ранней диагностики пародонтита

Т.И. Ибрагимов, Н.А. Сергеева, Э.В. Плоткина, Е.П. Иванова
МГМСУ, кафедра ортопедической стоматологии ФПКС

В статье представлены результаты исследования, выявляющие остеопорозные изменения в зубочелюстной системе на фоне хронического генерализованного пародонтита, что позволяет оценить степень воспалительных и ишемических процессов в тканях пародонта.

The biochemical marker using for previous diagnostics of parodontopathy

T.I. Ibragimov, N.A. Sergeeva, E.V. Plotkina, E.P. Ivanova

The study dedicated to osteoporosis changes in teeth jaw system with chronic general parodontopathy for assessment inflammatory and ischemic processes in parodontopathy tissue.

Протезирование некоторых пациентов малоэффективно: сделанная ортопедическая конструкция, словно на песке, быстро расшатывается, корни зубов оголяются. Такие пациенты требуют дополнительного лабораторного обследования. Методы исследования не стимулированной слюны и крови для определения состояния ишемии пародонта и баланса между синтезом и резорбцией костей, описанные в этой статье, помогут оценить эффективность проводимого лечения. Таким образом, консультация и при необходимости лечение у специалистов узкого профиля (эндокринолога, кардиолога) позволят повысить качество проводимого ортопедического лечения.

Своевременная и точная диагностика является важным этапом планирования и залогом эффективности дальнейшего комплексного лечения пародонтита. С развитием научных технологий и смежных клинических специальностей возрастают возможности для более ранней, еще до появления клинических признаков, диагностики патологий пародонта [7].

Так, изучение биохимических маркеров формирования костной ткани и резорбции в ротовой жидкости и/или в крови может служить тестом, выявляющим определенное звено патогенеза заболеваний пародонта [6, 8, 10]. Биохимические показатели крови (перекрестно связанный β-телопептид – коллаген 1-го типа, называемый также β-Cross Laps, и остеокальцин) дают сведения об остеопорозе как системном заболевании костной ткани, в том числе, об атрофии костей челюстей [3, 5, 9]. А с помощью таких исследований биохимических компонентов ротовой жидкости (не стимулированной слюны) как С-реактивный белок высокой чувствительности и лактат можно получить информацию о степени местного воспалительного процесса и тяжести гипоксии тканей в полости рта [1, 4].

Ранняя диагностика тех или иных отклонений от нормальных показателей с помощью вышеперечисленных методик в комплексе с клиническими данными и другими исследованиями может позволить вовремя диагностировать, а, главное, патогенетически обоснованно провести комплексное лечение пародонтита [2, 11].

Клиническая значимость биохимических маркеров остеопороза заключается в следующем:

а) они позволяют выявлять раннюю стадию потери костной массы и сниженную способность ее реформирования,

б) помогают обосновать патогенетическую терапию,

в) влияют на выбор мероприятий по подготовке пациентов к комплексному лечению пародонтита.

Несмотря на многочисленные исследования и широкое применение биохимических исследований в медицинской практике, до настоящего времени очень мало данных об исследовании ротовой жидкости, оценивающих состояние тканей пародонта, а также об их сравнительной характеристике с биохимическими исследованиями в венозной крови.

В связи с этим целью нашего исследования было: определить возможность применения биохимических маркеров для ранней диагностики пародонтита, а также изучить возможность использования информации уровня С-реактивного белка высокой чувствительности и лактата в не стимулированной слюне для оценки состояния тканей пародонта.

Для достижения поставленной цели нами были изучены и решены следующие задачи.

1. Определить возможность оценки степени тяжести пародонтита по уровню С-реактивного белка высо-

кой чувствительности в ротовой полости как маркера воспаления и лактата, как интегрального показателя ишемических процессов в тканях пародонта.

2. Изучить соотношение маркеров остеопороза при различной степени атрофии костной ткани челюстей.

Материалы и методы

Для исследования были отобраны четыре группы пациентов. Первая группа – контрольная – мужчины (8 человек) и женщины (12 человек) без патологии пародонта и сопутствующих соматических заболеваний в возрасте от 18 до 30 лет, вторая группа – пациенты с гингивитом или легкой формой пародонтита (20 человек – 10 мужчин и 10 женщин). Третья группа – пациенты со средней степенью тяжести пародонтита (22 человека – 10 мужчин и 12 женщин). Четвертая группа – с тяжелой формой пародонтита (20 человек – 10 мужчин и 10 женщин). Все обследованные женщины находились в предменопаузальном периоде. Все пациенты второй, третьей и четвертой групп были в возрасте от 20 до 45 лет.

Обследование больных включало: выяснение жалоб и анамнеза, комплексное клиническое обследование, определение уровня β-Cross Laps и остеокальцина крови, а также С-реактивного белка высокой чувствительности и лактата в не стимулированной слюне.

Кровь из вены для определения β-Cross Laps и остеокальцина бралась стандартным способом. Для исключения гемолиза, так как эритроциты содержат протеазы, деградирующие остеокальцин, применялись пробирки – вакутейнеры. Такая пробирка герметично закрыта пробкой и имеет разреженную среду внутри. При прокалывании пробки иглой кровь быстро заполняет вакутейнер. В слюне определяли маркеры воспаления (С-реактивный белок высокой чувствительности) и гипоксии (лактат). Не стимулированная слюна собиралась в пластиковую пробирку утром перед едой и гигиеническими процедурами в течение шести минут, при сплёвывании пациентом накопившейся слюны каждые 2 минуты. Особых условий для транспортировки и хранения материала не требовалось, но провести исследования желательно в течение 12 часов после получения ротовой жидкости. Исследования проводились в диагностической биохимической лаборатории "Медсервис/Диагностика+" на базе Городской клинической больницы № 1.

Особое внимание в работе уделялось оценке зубочелюстной системы, в частности состоянию тканей пародонта. Для объективной оценки состояния тканей пародонта в процессе наблюдения и лечения больных использовали индексы и критерии, которые позволяют унифицированно диагностировать патологические признаки:

1) интенсивность кариеса, КПУ,
2) пародонтальный индекс (PI),
3) индекс нуждаемости в лечении SPITN.

О состоянии костной ткани челюстей судили по данным ортопантомографии, выполненным на аппарате Palomiex DY.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов стоматологического обследования пациентов до лечения показал, что при оценке интенсивности кариеса зубов с помощью индексов КПУ достоверной разницы между исследуемыми группами не выявлено. Распространенность кариеса зубов в 4 группах составила 100%, а интенсивность: в 1-й группе – КПУ 7,3, во 2-й группе – КПУ 9,25; в 3-й группе – КПУ 19,4; в 4-й группе – 16,0.

При оценке воспалительных изменений тканей пародонта с помощью пародонтального индекса (PI) были получены результаты, из которых видно, что в 1-й группе пародонтальный индекс равен нулю; воспалительные изменения легкой степени тяжести или начальная стадия заболевания (PI = 0,1–1,0) ха-

***Таблица 1**. Индекс CPITN у обследуемых в 4-х группах*

Группы	Клинические признаки (по секстантам)				
	здоровый пародонт (0) % зубов пациентов	кровоточивость (1) % зубов пациентов	зубной камень (2) % зубов пациентов	пародонтальные карманы 3–5 мм (3) % зубов пациентов	пародонтальные карманы 6 мм (4) % зубов пациентов
1	80	20	0	0	0
2	20,3	50,8	28,8	0	0
3	0	2,08	35,4	0	0
4	0	0	0	62,5	60

рактерны для пациентов 2 группы; в 3-й группе PI изменялся в пределах от 1,5 до 4,0; в 4-й группе PI соответствует тяжелой форме пародонтита (PI = 4,0–8,0).

Показатели индекса CPITN, характеризующие патологические изменения в тканях пародонта, были повышены во 2, 3, 4 группах пациентов и увеличивались от 2-й группы к 4-й (табл. 1).

По результатам исследований С-реактивного белка высокой чувствительности в ротовой жидкости были получены следующие результаты.

Пациенты были разделены на 4 группы.

В первой группе у всех пациентов показатели были до 1,4 мг/л, что нами было принято за норму. Во второй группе пациентов с парадонтитом легкой степени показатели С-реактивного белка высокой чувствительности в ротовой жидкости были от 1,5 до 2,9 мг/л. В третьей группе пациентов показатели

***Таблица 2**. Результаты С-реактивного белка высокой чувствительности в слюне по группам*

Норма	Легкая форма пародонтита	Средняя и тяжелая форма пародонтита	При пиорее и пародонтальных абсцессах
до 1,4	от 1,5 до 2,9 мг/л	от 3,0 до 4,9	выше 5,0 мг/л

были от 3,0 до 4,9 мг/л; такие же показатели мы обнаружили и у пациентов четвертой группы.

Кроме того нам пришлось выделить 12 пациентов (5 – из третьей группы и 7 – из 4-й группы) с обострением хронического процесса (гноетечение и абсцедирование), у которых показатели С-реактивного белка высокой чувствительности в ротовой жидкости были от 5,0 до 12,1 мг/л (табл. 2).

Таким образом, можно заключить, что значения С-реактивного белка высокой чувствительности в не стимулированной слюне для обследуемых пациентов третьей и четвертой групп были в пределах от 3,0 до 12,1 мг/л и зависели скорее от состояния пародонтального кармана (пиорея, наличие абсцессов), чем от степени тяжести пародонтита.

По результатам исследований лактата в ротовой жидкости пациенты были разделены на 4 группы:

– в первой группе показатели были – до 1,0 мг/дл (16 человек);

– во второй группе – от 1,1 до 1,9 мг/дл (24 человека);

– в третьей группе – от 2,0 до 4,9 мг/дл (20 человек);

– в четвертой группе – выше 5,0 мг/дл (22 человека).

При клинической оценке состояния тканей пародонта у пациентов различных групп, составленной по содержанию лактата в ротовой жидкости, нами было выявлено, что содержание лактата в ротовой жидкости меняется пропорционально тяжести пародонтита:

– 1 гр. (до 1,0 мг/дл) – нормальное состояние тканей пародонта;

– 2 гр. (от 1,1 до 1,9 мг/дл) – гингивит или пародонтит легкой степени;

– 3 гр. (от 2,0 до 4,9 мг/дл) – пародонтит средней степени тяжести;

– 4 гр. (выше 5,0 мг/дл) – тяжелая форма пародонтита.

Следует отметить, что у 4 обследуемых пациентов из контрольной группы были отмечены более высокие значения лактата в не стимулированной слюне, что можно трактовать как состояние ишемии тканей пародонта при отсутствии видимых клинических проявлений заболевания пародонта. У пациентов с хроническим генерализованным парадонтитом средней степени тяжести содержание лактата 5,4 мг/дл можно расценить как показатель состояния выраженной прогрессирующей гипоксии и ишемии в тканях пародонта.

По мере развития дистрофического процесса в пародонте происходит накопление продуктов окисления лактата, что свидетельствует об усилении ишемии в тканях пародонта. В результате снижается барьерная функция пародонтального аппарата, и сочетанное влияние местных и общих факторов приводит к возникновению или усугублению характерных для заболеваний пародонта патологических явлений (воспаление десны, образование пародонтального кармана, резорбция кости и др.). Таким образом, формируется "порочный круг", где гипоксия является причиной и одновременно следствием воспаления.

Одним из важных критериев степени тяжести пародонтита является уровень атрофии костной ткани альвеолярной части челюсти, которую можно оценить клинически и с помощью ортопантомограммы. В связи с этим не менее важно оценить интенсивность процессов резорбции и синтеза. Для этого по результатам исследований в венозной крови нами были получены нормальные значения остеокальцина и β-Cross Laps во всех группах обследованных пациентов. Для детального исследования баланса между синтезом и резорбцией костей был рассмотрен коэффициент K, который является отношением концентрации остеокальцина к концентрации β-Cross Laps в крови, характеризующим доминирование того или иного процесса в скелете, в том числе и в челюстных костях:

$$K = \frac{\text{Остеокальцин}}{\beta\text{-Cross Laps}}$$

По нашим данным:

при К меньше 11 сохраняется биологический баланс между синтезом и распадом костной ткани;

при К больше 11 преобладают процессы резорбции костей.

Анализ полученных данных в первой (контрольной) группе показал, что коэффициент К был ниже 11 у всех пациентов, что свидетельствует о балансе процессов остеосинтеза и резорбции. У обследуемых 2, 3, 4 групп коэффициент К оказался выше 11, причем он увеличивался соответственно степени тяжести пародонтита.

Сравнивая результаты оценки состояния костной ткани пародонта по ортопантомограммам с показателями определения остеокальцина и β-Cross Laps в плазме крови, можно сделать вывод, что у пациентов со сниженными процессами остеосинтеза (по данным анализа крови) достоверно чаще регистрируются тяжелые патологические изменения в пародонте (табл. 3, 4).

У пациентов со сниженной плотностью костной ткани чаще наблюдались тяжелые патологические изменения в тканях пародонта в виде генерализованного пародонтита средней и тяжелой степени тяжести, проявляющиеся в виде диффузного снижения высоты вершин межальвеолярных перегородок с сохранением в большинстве случаев компактной пластинки и обширных очагов резорбции.

Рассматривая соотношение изменений в костной ткани у обследуемых пациентов по группам с патологическими изменениями в тканях пародонта, можно заключить, что изменения в пародонте и костной системе взаимосвязаны, при этом степень их выраженности обусловливает тяжесть пародонтита.

***Таблица 3**. Показатель коэффициента К по группам*

1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
9,64±0,7	12,5±0,08	15,9±0,5	21±0,37

***Таблица 4**. Степень атрофии костной ткани по данным ортопантомограммам по группам*

Степень атрофии костной ткани	1 группа % пациентов	2 группа % пациентов	3 группа % пациентов	4 группа % пациентов
0	100	0	0	0
1/4	0	75,59	0,772	1,97
1/3	0	24,4	83,4	6,4
1/2	0	0	15,8	61,1
2/3	0	0	0	30,54

Таким образом, результаты проведенной работы показывают остеопорозные изменения в зубочелюстной системе на фоне хронического генерализованного пародонтита, что позволяет оценить степень воспалительных и ишемических процессов в тканях пародонта. Изменения в пародонте у обследуемых пациентов с повышенным содержанием лактата в слюне более тяжелые и прогрессируют в наибольшей степени, что свидетельствует о прогрессирующих ишемических процессах.

Тяжелое течение заболеваний пародонта у людей с выраженными процессами резорбции кости можно расценивать как проявления локального остеопороза в костной ткани челюстей, на фоне которого местные факторы (плохая гигиена полости рта, зубная бляшка и др.) играют значительную роль в прогрессировании патологического процесса в пародонте.

В связи с этим, по-видимому, целесообразно в комплексе с клиническими методами диагностики использовать лабораторные методы исследования не стимулированной слюны и крови для определения баланса между синтезом и резорбцией костей и эффективности проводимого лечения.

Литература

1. Биохимия, учебник для вузов под ред., Е.С. Северина, Москва, ГЭОТАР-Мед., 2003, с. 333–358.
2. Ермакова И.П., Биохимические маркеры обмена костной ткани и их клиническое использование, Лаборатория № 1, 2001, с. 3–5.
3. Макаров М.А., Родионова С.С., Фурцева Л.И., Бородулин Н.Э. Оксипролин и деоксипиридинолин мочи у больных с постменопаузальной формой остеопороза // Второй Российский симпозиум по остеопорозу: Тезисы лекций и докладов. Екатеринбург, 1997. С. 35–36.
4. Минченко Б.И., Марченкова Л.А. Биохимические маркеры метаболизма костной ткани. Лабораторная медицина № 3, 2000 с. 45–59.
5. Ультраструктура эндотелиальных клеток кровеносных капилляров десен больных с хроническим катаральным гингивитом на фоне дисплазии соединительной ткани / К.О. Самойлов, В.А. Шкурупий, Г.Н. Верещагина // Стоматология – 2004. – Том 83, № 4 . – С. 9–12.
6. Bettica P., Moro L. "Biochemical markers of bone metabolism in the assessment ofosteoporosis" // JIFCC 1995. V. 7, issue 1, p. 16–22.
7. Delmas P.D., Garnero P. Biological markers of bone turnover in osteoporosis in "Osteoporosis" eds. J. Stevenson and R. Lindsay.
8. Halleen J.M., Alatalo S.L., Suominen H. et al.Tartrate-resistant acid phosphatase 5b: a novel serum marker of bone resorption. // J Bone and Miner. Res. – 2000. – V. 15. – № 7. – P. 1337–1345.
9. Hough S. Fast and Slow Bone Losers. Relevance to the Management of Osteoporosis // Drugs and Aging 1998; 12 Suppl.I; 1–7.
10. Parfitt A.M., Simon L.S., Villanueva A.R, Krane S.M. Procollagen type I carboxy-terminal extension peptide in serum as a marker of collagen biosynthesis in bone. Correlation with iliac bone formation rates and comparison with total alkaline phosphatase // J. of Bone and Mineral. Research. 1987. V. 2, № 5. P. 427–436.
11. Vernejoul M. C. Markers of Bone Remodeling in Metabolic Bone Disease // Drugs & Aging 1998; 12 Suppe. 19-14.

LM-instruments

Стремитесь к совершенству? Компания LM совершила революцию в эргономике ручных стоматологических инструментов.

Почувствуйте разницу!

РАУДЕНТАЛЛ
Санкт-Петербург, ул. Большая Московская, 6, офис 47
Тел.: (812) 710-88-51, 710-88-52

Тел./факс: (812) 710-88-60
info@raudentall.ru
www.raudentall.ru

LM-Instruments Oy
info@lminstruments.com
www.lminstruments.com

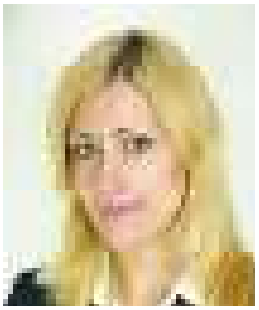
23-й МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ
DENTAL SALON
22-25 АПРЕЛЯ 2008
МОСКВА, КРОКУС ЭКСПО
ПАВИЛЬОН 1, ЗАЛЫ 4, 1
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
САЛОН 2008
DENTALEXPO
www.dental-expo.ru

Терапевтическая стоматология

Эффективность применения отбеливающей зубной пасты, содержащей 10% перекись карбамида, в осветлении зубов пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта

О.О. Янушевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пародонтологии и гериатрической стоматологии ФПКС МГМСУ

Н.И. Крихели, к.м.н., доцент кафедры пародонтологии и гериатрической стоматологии ФПКС МГМСУ



Н.Г. Дмитриева, к.м.н., ассистент кафедры пародонтологии и гериатрической стоматологии ФПКС МГМСУ

В статье представлены клинико-лабораторные данные применения отбеливающей зубной пасты, содержащей 10% перекись карбамида. Показана эффективность зубной пасты; её влияние на проницаемость эмали и чувствительность зубов, состояние мягких тканей полости рта и данные галиметрии.

Effectiveness use of the bleaching tooth paste, containing 10% carbamide peroxide, for improvement of tooth color of patients with inflammatory diseases of parodont.

O.O. Yanushevich, N.I. Krikheli, N.G. Dmitrieva

The article presents clinicolaboratory data on the use of a preparation for tooth bleaching paste, containing 10% carbamide. The effectiveness of tooth bleaching, its influence on enamel permeability, dentine sensitivity, oral soft tissues and data of halimetria is shown.

В настоящее время эстетической стоматологии уделяется большое внимание как специалистами и редакторами стоматологических изданий, так и пациентами. Отбеливание зубов – один из эффективных методов эстетической стоматологии. Термин "эстетика" трактуется как "философия красоты". Привлекательная улыбка всегда будет предметом человеческого внимания. Для улучшения цвета зубов применяют консервативные и радикальные методики. Каждая из них имеет свои плюсы и минусы, однако предпочтение следует отдавать неинвазивному методу лечения зубов – отбеливанию [14].

Необходимо отметить, что проводить данный метод лечения всем желающим нельзя. Пациентам с некариозными поражениями зубов, трещинами эмали, заболеваниями пародонта противопоказано профессиональное отбеливание, поскольку оно способствует повышению проницаемости эмали, возникновению гиперестезии зубов и воспаления десны [4].

У пациентов с заболеваниями пародонта диагностируют галитоз (неприятный запа изо рта) в 85–90% случаев [11], возникновение которого связано, в основном, с результатом метаболизма грамотрицательных бактерий [13, 15]. Современными исследователями было установлено, что у пациентов с гингивитом и пародонтитом концентрация летучих серосодержащих соединений в выдыхаемом воздухе в восемь раз выше, чем у здоровых лиц [20].

Схема формирования галитоза: пептиды остатков пищи + белки слюны > распад до аминокислот > аминолиз (гнилостный распад аминокислот с участием анаэробных микроорганизмов полости рта) > летучие серосодержащие соединения (ЛСС) и летучие амины, формирующие неприятный запах изо рта.

Основными компонентами лечения интраорального галитоза являются санация полости рта, проведение профессиональной гигиены, качественная чистка зубов и языка с применением современных средств гигиены полости рта [2, 8, 9, 10].

Поскольку большинство бактерий, производящих летучие серосодержащие соединения, являются грамотрицательными анаэробами, необходимо использовать кислородсодержащие средства гигиены полости [19]. На сегодняшний день наиболее популярными яв-

ляются методики, обеспечивающие интенсивную оксигенацию полости рта, так как кислород угнетает, прежде всего, анаэробную микрофлору [6]. Источником активного кислорода, как правило, являются перекисные соединения [4, 14].

Таким образом, улучшить цвет зубов пациентов с заболеваниями пародонта воспалительной природы и галитозом полости рта можно путём применения отбеливающих зубных паст.

В связи с этим целью исследования явилась оценка эффективности применения отбеливающей зубной пасты, содержащей 10% перекись карбамида, в осветлении зубов пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Материалы и методы. В клиническом исследовании приняли участие 16 человек в возрасте от 18 до 45 лет с гингивитом и пародонтитом лёгкой степени тяжести, которым до начала лечения проводили профессиональную гигиену полости рта, включающую удаление твёрдых и мягких зубных отложений и обучение гигиене полости рта.

Пациенты применяли в домашних условиях отбеливающую зубную пасту с 10% перекисью карбамида, системой "Цитроксаин" и монофторфосфатом натрия 2 раза в день в течение месяца.

Для определения гигиенического состояния полости рта участников использовали индекс PHP [17], тканей пародонта – индексы PMA [16, 18] и CPI [3].

Для изучения динамики цвета зубов применяли стандартную реорганизованную шкалу "Vita" (рис. 1). Выявление гиперестезии зубов осуществляли субъективным и объективным методами.

***Рис. 1**. Стандартная шкала "Vita"*

О степени проницаемости эмали зубов мы судили при помощи прижизненной кислотной биопсии [5]. Перед проведением биопсии эмали поверхность зубов обрабатывали 3% раствором перекиси водорода и высушивали. Забор биоптатов осуществляли с вестибулярной поверхности резцов и клыков верхней и нижней челюстей, для чего на исследуемую область эмали наклеивали кусочек липкой полиэтиленовой плёнки с круглым окошком диаметром 3 мм. На "окно" наносили 1 каплю деминерализующей смеси (pH= 0,37), которую отбирали по истечении 30 секунд кусочком фильтровальной бумаги клиновидной формы, помещали в пробирку и добавляли 1 мл бидистиллированной воды.

Полученные пробы исследовали на содержание общего кальция и фосфата на автоматическом анализаторе "Ultra Kone". Концентрацию общего кальция измеряли комплексонометрическим методом с индикатором крезолфталеином, при этом интенсивность образующейся пурпурной окраски прямо пропорциональна концентрации кальция и фотометрируется при длине волны 560–600 нм. Для определения содержания общего фосфата использовали метод образования стабильного фосфомолибдата, измеряемого при длине волны 340 нм [7].

На начальном этапе всем лицам, принявшим участие в исследовании, осуществляли галиметрию с использованием прибора (галиметра) "Dr.Etiquette" для определения летучих серосодержащих соединений в выдыхаемом воздухе, которые образуются в результате метаболизма анаэробных бактерий полости рта.

Перед началом измерений прибор оставляли включенным в течение 30 минут для стабилизации вольтамперных характеристик электрохимического датчика и выравнивания погрешности измерений. Пациента просили сделать глубокий вдох, затем задержать дыхание и максимально выдохнуть. Концентрация летучих серосодержащих соединений (ЛСС) в выдыхаемом воздухе колеблется в пределах от 150 до 500 ppb. Концентрация ЛСС 150 ppb считается нормальной, а содержание ЛСС в выдыхаемом воздухе 300 ppb свидетельствует о галитозе.

Для проведения дальнейшего сравнительного и корреляционного анализа была сформирована оценочная шкала для интерпретации показаний "Галиметра" (табл. 1).

После проведения профессиональной гигиены полости рта и использования отбеливающих зубных паст с 10% перекисью карбамида всем пациентам повторно проводили галиметрию для определения изменения концентрации ЛСС в полости рта.

***Таблица 1**. Интерпретация показаний прибора "Галиметр" в баллах*

Оценка	Концентрация летучих серосодержащих соединений в выдыхаемом воздухе
0	(ppb)
1	150–295
2	300–345
3	350–395
4	400–445

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли при помощи t-критерия Стьюдента [1].

Результаты исследования

При исходном стоматологическом осмотре у пациентов, в среднем, был выявлен неудовлетворительный

индекс эффективности гигиены полости рта PHP, равный 2,14±0,04. Через 30 дней после использования отбеливающей зубной пасты с 10% перекисью водорода значение индекса достоверно (p<0,001) снизилось до 0,98±0,03, что свидетельствовало об удовлетворительной гигиене полости рта (табл. 2).

После профессиональной гигиены полости рта и применения отбеливающей зубной пасты значение индекса PMA снизилось с 8,96±0,10 до 5,84±0,12 (p<0,001) (табл. 2).

При исходном осмотре тканей пародонта с помощью индекса CPI у лиц с галитозом были выявлены пародонтальные карманы глубиной 4–5 мм, что в среднем составило 0,06±0,03 секстанта (Табл.2). Количество интактных секстантов равнялось 1,29±0,02, с зубным камнем – 3,02±0,01, с кровоточивостью – 1,63±0,03.

***Таблица 2**. Динамика показателей стоматологического статуса пациентов и проницаемости эмали после профессиональной гигиены полости рта и применения зубной пасты, содержащей 10% перекись карбамида*

Показатели	До лечения	После осветления
PHP	2,14±0,04	0,98±0,03; p<0,001
PMA %	8,96±0,10	5,84±0,12; p<0,001
интактные	1,29±0,02	3,71±0,02; p<0,001
секстанты	1,63±0,03	1,37±0,03; p<0,001
секстанты с кровоточивостью	3,02±0,01	0,86±0,02; p<0,001
секстанты с зубным камнем	0,06±0,03	0,06±0,03
секстанты с пародонтальным карманом глубиной 4–5 мм	9,80±1,10	6,74±1,02; p<0,001
цвет зубов	75	75
гиперестезия дентина, %	0,72±0,01	0,68±0,01; p<0,02
выход общего кальция в биоптаты эмали, ммоль/л	0,33±0,014	0,34±0,01; p>0,5
выход фосфата в биоптаты эмали, ммоль/л	0,68±0,18	0,47±0,12; p<0,001

После профессиональной гигиены полости рта и применения отбеливающей зубной пасты с 10% перекисью карбамида в течение 1 месяца было отмечено достоверное (p<0,001) уменьшение количества секстантов с кровоточивостью до 1,37±0,03. Кроме того, произошло увеличение количества интактных секстантов до 3,71±0,02 (p<0,001). Число секстантов с зубным камнем достоверно (p<0,001) снизилось с 3,02±0,01 до 0,86±0,02. Количество секстантов с пародонтальными карманами глубиной 4–5 мм оставалось неизменным в ходе всего исследования и равнялось 0,06±0,03.

Исходное значение цвета для лиц, принявших участие в исследовании, равнялось 9,80±1,10. После осветления зубов показатель цвета стал равен 6,74±1,02. Произошло достоверное (p<0,001) улучшение цвета зубов на 3,06 деления шкалы Vita (табл. 1).

У пациентов до и после применения отбеливающей зубной пасты с 10% перекисью карбамида гиперчувствительность дентина отмечалась в 75% случаев от всех видов раздражителей (табл. 1).

После осветления зубов у лиц, участвующих в эксперименте, выход общего кальция в биоптаты эмали достоверно (p<0,02) уменьшился с 0,72±0,01 до 0,68±0,01 ммоль/л, тогда как концентрация фосфата в биоптатах эмали осталась практически на прежнем уровне (p>0,5) (табл. 1).

После профессиональной гигиены полости рта и использования отбеливающих зубных паст в течение 1 месяца показатель галиметрии достоверно (p<0,001) снизился с 0,68±0,18 до 0,47±0,12.

Обсуждение результатов Анализ полученных данных показал, что проведение профессиональной гигиены полости рта и клиническое применение отбеливающей зубной пасты, содержащей 10% перекись карбамида, способствуют улучшению гигиенического состояния полости рта по индексу PHP на 54% и уменьшению воспалительных явлений в тканях пародонта по индексу PMA в 1,5 раза. Кроме того, у всех участников эксперимента в конце исследования произошло увеличение количества интактных секстантов, уменьшение числа секстантов с кровоточивостью и зубным камнем.

Следует отметить, что осветление зубов отбеливающей пастой способствовало уменьшению проницаемости эмали для кальция в 1,1 раза, а также снижению показателя галиметрии на 31%, что свидетельствовало об уменьшении в полости рта пациентов концентрации ЛСС – источника неприятного запаха изо рта.

Применение отбеливающей зубной пасты способствовало улучшению цвета зубов на 31%, вероятно, за счет наличия в составе средства 10% перекиси карбамида.

Таким образом, отбеливающую зубную пасту, содержащую 10% перекись карбамида и систему "Цитроксаин", можно рекомендовать для домашнего применения с целью осветления зубов, а также профилак-

***Рис. 2**. Автоматический анализатор*

тики и лечения галитоза полости рта у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Литература

1. Афифи А., Эйзен С. Статистический анализ. – М., 1982. – 486 с.
2. Введенская С.В. Комплекс профессиональной гигиены полости рта – основа профилактической программы гигиениста. // Тезисы XIII Всероссийской научно-практической конференции "Стоматология XXI Века". – М., 2004 . – С. 22–25.
3. ВОЗ. Стоматологическое обследование. Основные методы. 4-е издание. // ВОЗ, Женева, 1997. – 76 с.
4. Крихели Н.И. Особенности применения домашних отбеливающих систем. // Стоматологический Форум. – 2002. – № 1. – С. 34–39.
5. Леонтьев В.К., Дистель В.А. Метод изучения растворимости эмали зубов при жизни. – Омск, 1973. – 8 с.
6. Леонтьев В.К., Петрович Ю.А., Круглова Л.Н. О характере воздействия некоторых химических веществ на активность микрофлоры мягкого зубного налета // Стоматология. – 1997. – № 3. – С. 5–11.
7. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник. – М., 1987.
8. Соловьева А.М. Современная концепция профилактической стоматологии: проблемы и перспективы. // Тезисы XIII Всероссийской научно-практической конференции "Стоматология XXI Века". – М., 2004. – С. 65–67.
9. Шевченко О.В. Галиметрия и новые возможности гигиениста стоматологического. // Тезисы XIII Всероссийской научно-практической конференции "Стоматология XXI Века". – М., 2004. – С. 74–76.
10. Улитовский С.Б. Алгоритм гигиенической программы индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний // Тезисы XIII Всероссийской научно-практической конференции "Стоматология XXI Века". – М., 2004. – С. 54–57.
11. Фаррел С. Клиническая оценка галитоза. // Тезисы XIII Всероссийской научно-практической конференции "Стоматология XXI Века". – М., 2004. – С. 62–64.
12. Berres F., Marinello C.P. Necrotizing ulcerative periodontitis. Diagnosis, treatment and follow up – a case report. // Schweiz Monatsschr Zahnmed. – 2004. – V. 114. – № 5. – P. 479.
13. Carvalho M.D., Tabchoury C.M., Cury J.A., Toledo S., Nogueira-Filho G.R. Impact of mouthrinses on morning bad breath in healthy subjects // J. Clin Periodontol. – 2004. – V. 31. – № 2. – P. 85–90.
14. Haywood V.B. History, safety, effectiveness and applications of the nightguard vital bleaching technique. // Quintessence Int. – 1992. – P. 471–478.
15. Hinode D., Fukui M., Yokoyama N., Yokoyama M., Yoshioka M., Nakamura R. Relationship between tongue coating and secretory-immunoglobulin A level in saliva obtained from patients complaining of oral malodor // J. Clin Periodontol. – 2003. – V. 30. – № 12. – P. 1017–1023.
16. Parma C. Parodontopathein – Leipzig, 1960 – p. 164.
17. Podshadley A.G., Haley P. A method for evaluating oral hygiene perfomance. // Publ. Health. Rep. – 1968. – № 3. – P. 259–264.
18. Schour I., Massler M. Prevalence of gingivitis in young adults. // J. Dental. Res. – 1948. – V. 27. – P. 733–734.
19. Scully C., Felix D.H. Oral medicine–update for the dental practitioner: oral malodour. // Br Dent J. – 2005. – 22. – V. 199. – № 8. – P. 498–500.
20. Volpe A.R., Petrone M.E., Prendpe M., et al. The efficacy of a dentifrice with caries, plaque, gingivitis, tooth whitening and oral malodor benefits. // J. Clin. Dent. – 2002. – № 13. – P. 56–57.

Московский медицинский салон

Ежегодно при поддержке Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Правительства Москвы, Российской Академии медицинских наук, Первой Общероссийской ассоциации врачей частной практики, Национальной Курортной Ассоциации проводится международная медицинская выставка "Московский Медицинский Салон".

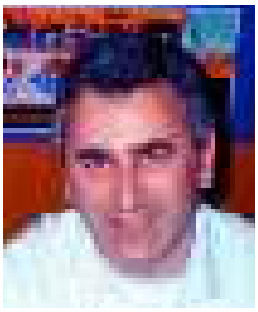
С 18 по 21 ноября 2008 г. в Москве в Гостином Дворе планируется проведение Московского Международного Форума Медицины и Красоты, выставок "Четвертый Московский Медицинский Салон", "Красота и здоровье", "Путешествие за здоровьем", а также Второго Форума Национального альянса дерматологов и косметологов.

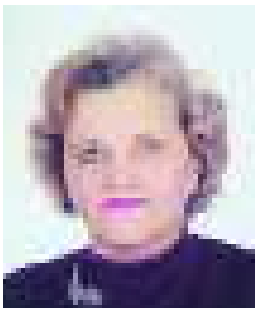
Главными целями и задачами предстоящего Салона и выставок является содействие повышению качества медицинского обслуживания населения, содействие реализации Национального проекта "Здоровье", привлечение инвестиций в медицинскую отрасль и создание условий для широкомасштабного применения новых технологий и разработок в медицине, развитие цивилизованного рынка платных медицинских услуг, пропаганда активного и здорового образа жизни, демонстрация современных разработок позволяющих сохранять красоту и возвращать людям здоровье.

Приглашаем к участию!

Компания "Глобал Экспо"
Координатор проекта Гусева Майя Викторовна
Тел. (495) 981-82-20, 8 (915) 263-46-31

Обезболивание в стоматологии





С.А. Рабинович, профессор, д.м.н.
Г.И. Кузнецов, врач-стоматолог
О.Н. Московец, д.б.н.
Е.В. Зорян, к.м.н.
Московский государственный медико-стоматологический университет

Эффективность местного обезболивания препаратами, содержащими артикаин, в амбулаторной стоматологической практике и пути ее повышения (часть 1*)

Эффективность местной анестезии артикаинсодержащих препаратов оценена по динамике порога болевой чувствительности тканей ротовой полости в сравнении с действием препаратов на основе лидокаина и мепивакаина. Соответствующие результаты представлены в первой части работы.

Во второй части работы проведен анализ результатов клинических исследований у 1439 пациентов при различных видах амбулаторных стоматологических вмешательств. Определена зависимость эффективности обезболивания от вида вмешательства и концентрации адреналина в растворе. На примере промышленных серий отечественного препарата "Брилокаин" показано влияние pH растворов. Даны рекомендации по повышению эффективности местной анестезии артикаинсодержащими препаратами в клинической практике.

Effectiveness of dental local anesthesia with articaine and ways of its increase

S.A. Rabinovich, G.I. Kuznetsov, O.N. Mos-kovets, E.V. Zoryan

Effectiveness of dental local anesthesia with articaine is estimated on the basis of pain threshold dynamics in oral cavity tissues and compared with that with lidocaine and mepivacaine. The results are presented in the first part of the article. In the second part of article the results of various kinds of out-patient dental treatment in 1439 patients are analyzed. The dependence of dental local anesthesia effectiveness on treatment kind and epinephrine concentration is determined. The influence of pH solutions is shown in manufactured series of domestically-produced local anesthetic "Brilocaine". The recommendations on enhancing effectiveness of dental local anesthesia with articaine are given.

Местные анестетики на основе артикаина широко применяются в амбулаторной стоматологической практике как в нашей стране, так и за рубежом. Выбор врачами этих препаратов обусловлен, прежде всего, их высокой эффективностью и небольшим количеством как местных, так и системных осложнений (Рабинович С.А., Зорян Е.В., 2006, 2007). На отечественном рынке эти препараты известны под такими торговыми названиями, как Альфакаин (Densply, Франция), Артикаин ИНИБСА (Inibsa, Испания), Брилокаин (Россия), Примакаин (Франция), Септанест (Septodont, Франция), Убистезин (3M ESPE, Германия), Ультракаин (Санофи-Авентис, Германия), Цитокортин (Италия) и другие.

С целью дальнейшего совершенствования местного обезболивания были проведены клинико-физиологические исследования особенностей действия препаратов на основе артикаина на динамику болевой чувствительности тканей полости рта, а также на эффективность обезболивания при различных видах стоматологических вмешательств.

Материалы и методы

Исследования проводили на базе кафедры стомато-

* Часть 2 настоящей работы будет опубликована в № 2'2008 журнала "Стоматология для всех"

логии общей практики и анестезиологии ФПКС, лаборатории по изучению боли и методов обезболивания в стоматологии отдела основ стоматологии Научно-исследовательского медицинского стоматологического института, Клинического центра высоких технологий МГМСУ, МСЧ-60 и ООО "Евростом-I". Общее количество обследованных пациентов составило 1439 человек, в том числе 848 женщин (58,9%) и 591 мужчин (41,1%) в возрасте от 18 до 67 лет. В первой части исследований для оценки эффективности обезболивания использовали порог болевой чувствительности (ПБЧ) десны и твердых тканей зубов, увеличение которого отражает снижение чувствительности тканей под влиянием местной анестезии.

Результаты исследования

Изучение динамики болевой чувствительности десны и зубов показало, что после введения артикаинсодержащих местноанестезирующих препаратов ПБЧ начинал увеличиваться практически сразу после инъекции (рис. 1). Уже через 5–6 минут он увеличивался более чем в 6 раз по сравнению с исходными значениями. Такая степень увеличения ПБЧ отмечалась после введения растворов на основе лидокаина или мепивакаина только через 12–15 минут и была максимальной для этих местных анестетиков (С.А. Рабинович и др., 2005). Это свидетельствовало о том, что скорость развития анестезии после введения растворов местных анестетиков на основе артикаина значительно больше, чем анестетиков на основе лидокаина или мепивакаина. Однако максимальное увеличение ПБЧ после введения артикаинсодержащих препаратов достигалось также через 12–15 минут. Такая максимальная степень снижения чувствительности сохранялась в течение 30 минут, то есть до 40–45 минуты после инъекции.

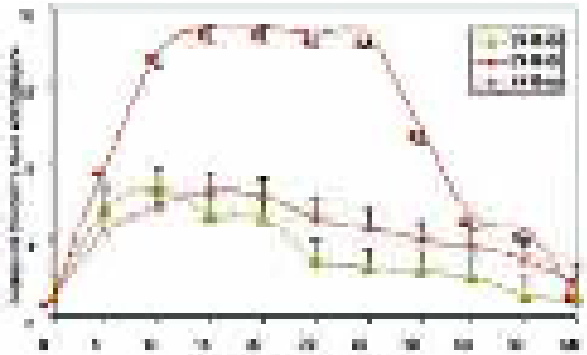
После этого ПБЧ начинал плавно восстанавливаться. Необходимо отметить, что и через 55–60 минут после введения артикаинсодержащих растворов эффект количественно соответствовал максимальному при использовании анестетиков на основе лидокаина или мепивакаина. Такое продолжительное сохранение достаточно высокой степени обезболивания позволяет планировать длительные вмешательства без повторных инъекций. Полное восстановление чувствительности отмечали через 110-120 минут после введения.

В условиях коммерческой медицины некоторые врачи стремятся сэкономить время и, используя местные анестетики на основе артикаина, начинают вмешательства сразу после их введения. На основании данных по изучению динамики болевой чувствительности можно считать, что наиболее выраженный эффект обезболивания при использовании артикаинсодержащих растворов развивается только через 12–15 минут и продолжается в течение 30 минут. Тем не менее, неужели при любом виде вмешательства необходимо выдерживать этот промежуток времени после инъекции, отсылая больного из кресла, как это делали раньше после инъекции новокаина? Конечно, врач должен наблюдать больного в течение всего периода амбулаторного приема, тем более что до 50% неотложных состояний возникает именно во время и сразу после проведения инъекции (S.F. Malamed, 1997). Через 5–6 минут степень обезболивания уже достаточно высокая. Однако целесообразнее спланировать вмешательство так, чтобы наиболее травматичные этапы приходились на период времени через 12-15 минут после инъекции.

Литература

1. Рабинович С.А., Зорян Е.В., Сохов С.Т., Анисимова Е.Н., Московец О.Н., Стош В.И. От новокаина к артикаину (К 100-летию синтеза новокаина). М., ООО: Мед. информ агентство. 2005. – 248 с.
2. Рабинович С.А., Зорян Е.В. Анализ осложнений при проведении местного обезболивания на стоматологическом приеме. Пути их профилактики. Ж. Институт стоматологии. – 2006. – № 4 (33). – С. 76–78.
3. Рабинович С.А., Зорян Е.В. Неотложные состояния в стоматологии. Руководство по скорой мед. помощи. Национальный проект "Здоровье". М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. – 816 с., с. 300–309.
4. Malamed SF. Handbook of local anesthesia. – 4th ed. St. Louis: Mosby. – 1997. – 327 p.

***Рис. 1**. Динамика порога боли зубов после инфильтрационной анестезии по переходной складке на верхней челюсти различными растворами местных анестетиков*



Обозначения:
2%М+а – 2% раствор мепивакаина с адреналином в концентрации 1:100000 (С.А. Рабинович и др., 2005);
2%Л+а – 2% раствор лидокаина с адреналином в концентрации 1:100000 (С.А. Рабинович и др., 2005);
4%А+а – 4% раствор артикаина с адреналином в концентрации 1:100000.

Хирургическая стоматология

Особенности изменений концентрации фосфора и кальция в ротовой жидкости при гнойно-воспалительных процессах челюстно-лицевой области

Л.Н. Мубаракова, к.м.н., ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии Казанский государственный медицинский университет

При обследовании 247 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области автором были определены особенности изменений концентраций в ротовой жидкости фосфора, кальция и соотношения P/Ca. Было установлено, что соотношение P/Ca значительно снижается при разлитых воспалительных процессах, при которых имеется некроз костной ткани, а именно: при остром одонтогенном и хроническом травматическом остеомиелите, в том числе осложненном флегмоной, по сравнению с острым гнойным периоститом челюсти, абсцессом, аденофлегмоной, нагноением костной раны, в том числе при ее осложнении флегмоной.

Phosphorus and calcium have the specific changes of density in a stomatic liquid at purulent-inflammatory processes of maxillofacial area

L.N. Mubarakova

The writer has determined particular changes of density in a stomatic liquid of phosphorus, calcium and ratio P/Ca for 247 patients with purulent-inflammatory diseases of maxillofacial area. The ratio P/Ca is reduced considerably at poured inflammatory processes having a necrosis of an osteal tissue. It is such diseases as an acute odontogenic and traumatic osteomyelitis, including at its complication by a phlegmon. The changes is absent at an acute purulent periostitis, abscess, lymphadenitis complicated by a phlegmon, pyosis of an osteal wound, including at its complication by a phlegmon.

Несмотря на достигнутые успехи медицинской практики, лечение острого и хронического остеомиелита остается сложным и недостаточно эффективным. При остеомиелите нижней челюсти процесс редко диагностируется в острой и подострой стадиях, а у 65,7–74,3% пациентов хронический остеомиелит челюсти длится от 6 месяцев до нескольких лет и требует длительного лечения, в том числе с многократным проведением хирургических вмешательств [1–3, 7]. Это обусловлено тем, что в последние два десятилетия выявилась отчетливая тенденция неуклонного роста атипично текущих и хронических одонтогенных воспалительных заболеваний, в том числе остеомиелита челюсти, характеризующихся гипергической воспалительной реакцией [1, 4–6].

Одним из направлений в хирургической стоматологии, способствующим решению данной проблемы, является разработка и внедрение в клиническую практику новых более эффективных методов диагностики и прогнозирования ранних проявлений воспалительных заболеваний особенно на догоспитальном этапе. В настоящее время назрела необходимость поиска неинвазивных методов для диагностики и прогнозирования гнойно-воспалительных заболеваний.

Цель исследования: определить общие закономерности изменения концентраций фосфора и кальция и их соотношений, позволяющие проводить диагностику и дифференцировать воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.

Материал и методика исследования. Всего обследовано с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями – 162 человека. Из них с острым одонтогенным гнойным периоститом (ОП) – 26 человек; острым одонтогенным остеомиелитом (ОО) – 33 человека; острым одонтогенным остеомиелитом, осложненным абсцессом, (ОА) – 20 человек; острым одонтогенным остеомиелитом, осложненным флегмоной, (ОФ) – 59 человек; одонтогенной аденофлегмоной (АФ) – 24 человека. Было проведено обследование пациентов с неосложненным течением перелома нижней челюсти, а также при его осложнении инфекционно-воспалительным процессом – 85 человек. Из них с травматическим переломом нижней челюсти (ТП) – 13 человек; травматическим переломом нижней челюсти, осложненным нагноением костной раны, (НКР) – 25 че-

ловек; травматическим переломом нижней челюсти, осложненным нагноением костной раны и флегмоной, (НКРФ) – 22 человека; хроническим травматическим остеомиелитом нижней челюсти, осложненным флегмоной, (ТОФ) – 25 человек. В качестве контроля (КГ) исследовали 23 здоровых человека в возрасте от 20 до 27 лет с интактными зубами. Проводили определение содержания кальция (Ca) и кремния (Si), а также соотношение концентраций данных элементов в виде их коэффициентов Ca/Si в ротовой жидкости методами атомно-абсорбционной и атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой.

Результаты исследования. Анализ содержания фосфора (рис. 1) в ротовой жидкости не позволяет достоверно судить о состоянии очага воспаления и проводить дифференциальную диагностику при острых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваниях и инфекционно-воспалительных осложнениях травматического повреждения нижней челюсти, так же как и исследование концентрации кальция (рис. 2) в ротовой жидкости при абсцессе (51,55±1,96 мкг/мл), имеющем отграничение очага воспаления, при котором она была такой же, как в контроле. Однако по сравнению с другими исследуемыми нозологическими формами, для которых было характерно разлитое воспаление, в 1-е сутки госпитализации содержание кальция было значительно выше. Достоверное его увеличение было особенно выражено при патологических состояниях, при которых имелся выраженный некроз костной ткани, а именно: при остеомиелите (82,22±4,62 мкг/мл) и при осложнении данной патологии флегмоной (91,01±2,1 мкг/мл) по сравнению с его содержанием у пациентов с периоститом (61,6±3,96 мкг/мл) и аденофлегмоной (62,05±3,32 мкг/мл). Такая же закономерность была выявлена при хроническом травматическом остеомиелите с флегмоной (84,75±3,64 мкг/мл), при котором его концентрация была значительно выше по сравнению с нагноением костной раны (61,79±2,49 мкг/мл).

***Рис. 1**. Изменения содержания фосфора ротовой жидкости при гнойных заболеваниях челюстно-лицевой области.*

***Рис. 2**. Анализ концентрации кальция в ротовой жидкости в зависимости от нозологической формы воспалительного заболевания челюстно-лицевой области.*

При исследовании соотношения P/Ca (рис. 3) в ротовой жидкости было обнаружено отсутствие изменений по сравнению с контролем, для которого оно составило 3,47±0,23 при поступлении у пациентов с периоститом (3,23±0,15), абсцессом (3,88±0,1), аденофлегмоной (3,11±0,22). Отсутствие изменений по сравнению с контролем является следствием отсутствия остеомиелитического процесса в костной ткани при периостите и аденофлегмоне. В то время как такой же результат при абсцессе вызван наличием отграничения очага воспаления от окружающих его здоровых тканей, которое препятствует свободной диффузии элементов, высвобождающихся при некрозе костной ткани, в ротовую жидкость. Вместе с тем соотношение P/Ca у пациентов с остеомиелитом (2,33±0,09) и при его осложнении флегмоной (2,04±0,06) было значительно ниже по сравнению как с контролем, так и с периоститом, абсцессом, аденофлегмоной ($p<0,001$), из-за увеличения концентрации кальция, высвобождающегося вследствие некроза костной ткани (патент на изобретение РФ № 2221252).

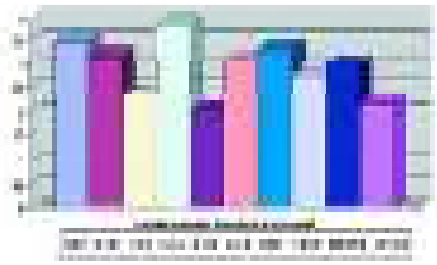


***Рис. 3**. Изменение соотношения P/Ca в ротовой жидкости в зависимости от состояния очага воспаления при острых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваниях и инфекционно-воспалительных осложнениях травматического повреждения нижней челюсти.*

Подобные изменения наблюдались при инфекционно-воспалительных осложнениях травматического повреждения нижней челюсти. Значительное снижение соотношения P/Ca из-за увеличения концентрации кальция было обнаружено при хроническом травматическом остеомиелите с флегмоной до 2,18±0,16 по сравнению как с контролем ($p<0,001$), так и с травматическим переломом нижней челюсти (3,36±0,38), нагноением костной раны (2,74±0,14) и при ее осложнении флегмоной (3,03±0,22) ($p<0,01$).

Таким образом, соотношение P/Ca при острых гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области позволяет как оценивать состояние очага воспаления, так и дифференцировать остеомиелит от периостита, абсцесса, аденофлегмоны, а также хронический травматический остеомиелит с флегмоной от

травматического перелома, нагноения костной раны, и при ее осложнении флегмоной.

Выводы. Исследование соотношения P/Ca позволяет проводить диагностику и дифференцировать воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, так как это соотношение значительно ниже при остром одонтогенном и травматическом остеомиелите челюсти, в том числе осложненном флегмоной, по сравнению с периоститом челюсти, абсцессом, аденофлегмоной, переломом нижней челюсти с нагноением костной раны и при ее осложнении флегмоной.

Литература

1. Елисеев В.В. Клинико-лабораторная характеристика, диагностика и лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюстей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Елисеев. – Воронеж, 2005. – 25 с.
2. Одонтогенные воспалительные заболевания / Под ред. Т.Г. Робустовой. – М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2006. – 664 с.: ил.
3. Семенов В.В. Свободно-радикальные процессы при хроническом остеомиелите / В. В. Семенов, В.Ю. Терещенко, К.В. Малышев. – Казань: КГМУ, 1999. – 29 с.
4. Тарасенко С.В. Клинико-микробиологическое обоснование профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой хирургии: автореф. дис. ... докт. мед. наук / С.В. Тарасенко. – Москва, 2002. – 49 с.
5. Фомичев Е.В. Атипично текущие и хронические гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: автореф. дис. ... докт. мед. наук / Е.В. Фомичев. – Москва, 1999. – 40 с.
6. Шулаков В.В. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и патогенетическое обоснование их лечения с применением медицинского озона: автореф. дис. ... докт. мед. наук / В.В. Шулаков. – Москва, 2004. – 46 с.
7. Is primary chronic osteomyelitis a uniform disease? Proposal of a classification based on a retrospective analysis of patients treated in the 30 years / M. Baltensperger [et al.] // Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. – 2004. – Vol. 32, № 1. – P. 43–50.

"СТОМА ПРЕМЬЕР"
Стоматологические установки SD 860 – A,B,J (Япония-Китай)
Приглашаем к сотрудничеству региональных дилеров
Гарантия 12 месяцев
Продажа со склада в Москве
Монтаж и сервисное обслуживание
СТЕРИЛИЗАТОРЫ ВОЗДУШНЫЕ
МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ МЕБЕЛЬ «ЛОТОС»
АВТОКЛАВЫ
АППАРАТЫ ВИЗИОГРАФЫ

Ортопедическая стоматология

Зубопротезирование с использованием телескопических коронок и аттачменов МК-1 (Германия)

Р.Ю. Куликов, врач-стоматолог-ортопед
Н.В. Бондарев, зубной техник
Стоматологический центр "Стеллс-стом",
г. Москва

На примере клинического случая показаны преимущества и особенности протезирования с использованием телескопических коронок и аттачменов МК-1.

Подробно приведены клинико-лабораторные этапы протезирования.

Prosthetics with the use of telescopic crowns and attachments MK-1 (Germany)

R.U. Kulikov, N.V. Bondarev

Advantages and peculiarities of prosthetics with the use of telescopic crowns and attachments MK-1 are shown by the example of a clinical case.

Clinical and laboratory steps of making the prosthetics are shown carefully.

Применение замковых креплений в сочетании с телескопическими коронками является перспективным направлением в ортопедической стоматологии при решении проблемы конструирования современных частичных съемных протезов с бескламмерной фиксацией. Телескопическая система снижает подвижность опорных зубов и базиса съемного протеза, аттачмен МК-1 дает дополнительную, надежную фиксацию.

В этой статье мы продолжаем знакомить читателей с возможностями применения аттачмена МК-1 в современной стоматологии на конкретном клиническом случае.

В стоматологический центр обратился пациент с жалобами на косметический дефект и затрудненное пережевывание пищи. Диагноз: частичная вторичная адентия верхней и нижней челюсти, генерализованный парадонтит.

Ситуация при обращении в клинику пациента показана на рис. 1. На верхней челюсти выбор конструкции протеза несложен, очевиден и будет рассмотрен ниже в разделе клинико-лабораторные этапы изготовления протеза. На нижней челюсти опорные зубы расположены на одной стороне, что вызывает затруднения при выборе конструкции протеза. Он должен сохранить состояние опорных тканей седла протеза (слизистую оболочку и кортикальную пластинку альвеолярного отростка) и предупредить расшатывание естественных зубов, служащих опорной частью протеза.

После анализа конкретной ситуации, анатомических особенностей строения верхней и нижней челюсти, а также, принимая во внимание финансовые и психологические обоснования, было принято решение отказаться от применения метода имплантации для изготовления цельнолитого металлокерамического мостовидного протеза. От бюгельного протеза с кламмерной фиксацией отказались по косметическим и функциональным соображениям. Единственный приемлимый вариант для данного конкретного случая – бюгельный протез с аттачменом МК-1 в дистальном отделе и дополнительным замком Snap-in в медиальном, первичные части которых расположены на телескопических коронках.

Дополнительный замок в этой области должен быть минимальным по размеру, фиксирующая функция для него вторична. Применение аттачмена МК-1 в медиальном отделе усложнит постановку фронтальных зубов и ухудшит косметический эффект протезирования. Границы базиса протеза должны быть максимально расширены и перекрывать ретромолярный бугорок на нижней челюсти.

Клинико-лабораторные этапы изготовления протеза:

рис. 1

Рис. 1. Ситуация в полости рта (после препарирования опорных зубов и ретракции снят слепок винилполисилаксаном массой)

рис. 2

Рис. 2. Примерка каркаса верхней и первичных коронок нижней челюстей перед снятием комбинированного слепка с использованием жесткой ложки

Рис. 3. Рабо-

чая модель с десневой маской и отполированными первичными телескопическими коронками

Рис. 4. Первичные коронки: вид на вспомогательный замок Snap-in (Microtec)

Рис. 5. Вид с язычной стороны на подготовленный для облицовки вторичный бюгельный каркас

Рис. 6–7. Вид на облицовочный штифт МК-1 в процессе моделирования реставрации светоотверждаемым композитным материалом GC GRADIA

Рис. 8–9. Реставрация после постановки искусственных зубов перед заменой облицовочного штифта на оригинальный замок МК-1

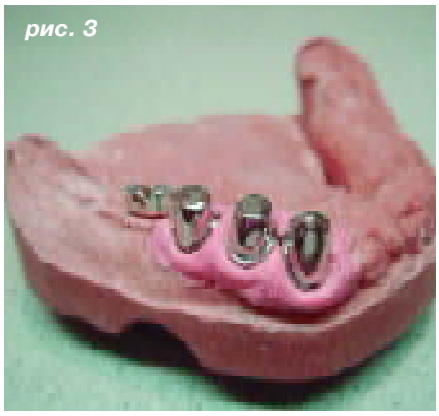
Рис. 10–11. Полностью законченный протез нижней челюсти на рабочей модели

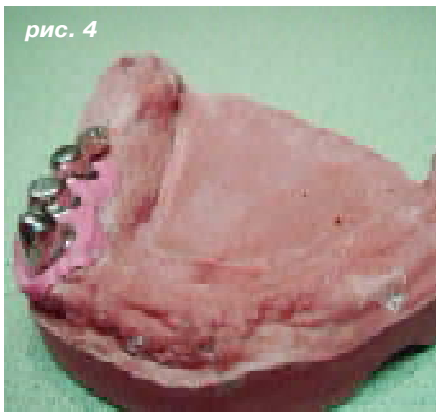
Рис. 12. Вид на альвеолярную поверхность протеза и внутреннюю поверхность телескопических коронок

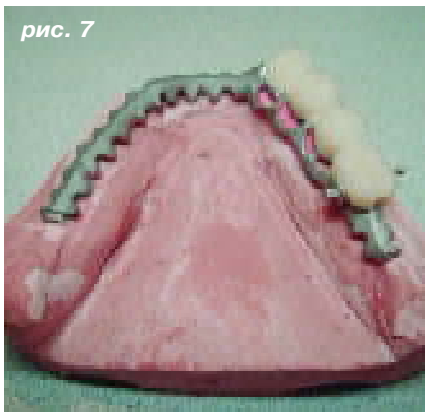
Рис. 13–14. На верхней челюсти бюгельный протез опирается на керамический мост. Используются два аттачмена МК-1, а металлический базис бюгельного протеза располагается во фронтальном участке, обеспечивая одновременно жесткость конструкции и удобство для пациента

Рис. 15–16. Вид на законченный протез для верхней челюсти на модели и с небной поверхности

Рис. 17. Первичные и вторичные элементы конструкции на верхнюю и нижнюю челюсти







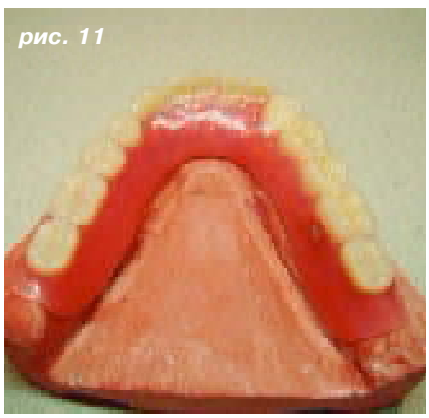


Рис. 18–19. Готовые реставрации на моделях в центральной окклюзии

Рис. 20. Клиническая ситуация после фиксации реставрации на верхней челюсти и первичных коронок на нижней

Рис. 21. Ситуация в полости рта пациента после фиксации протезов. Края телескопических коронок на нижней челюсти абсолютно незаметны. Пациент получил безупречную с косметической и функциональной точки зрения реставрацию

Вывод

Данная конструкция наиболее стабильна, бесфрикционна и не преподполагает чрезмерных материальных затрат. Высокие эстетические качества, функциональная надежность зубных протезов, изготовленных с применением аттачмена МК-1, привлекательны как для врачей-стоматологов–ортодов, так и для пациентов.

рис. 12

рис. 17

рис. 13

рис. 18

рис. 14

рис. 19

рис. 15

рис. 20

рис. 16

рис. 21

Литература

1. Лебеденко И.Ю., Перегудов А.Б., Хапилина Т.Э., Замковые крепления зубных протезов. М. Молодая гвардия, 2001 г. 160 с.
2. Руководство по ортопедической стоматологии. Под редакцией В.Н. Копейкина. М. Медицина 1993 г. 496 с.
3. Соснин Г.П. Основы расчета и конструирование бюгельных протезов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора мед. наук. Москва 1971, 38 с.
4. Гынга Г.Н. Универсальный аттачмент фирмы МК-1. Зубной техник 1997 № 5 с. 1–2.
5. А. Воловски. Укороченный зубной ряд – проблема биомеханики. Dental Labor. № 2 1994.
6. Okazaki M. "Studies on retainer's effect on unilateral designs of mandibular unilateral distal extention dentures." // Nippon-Hotetsu-Shika-Gakkai-Zasshi 1990.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

MK 1

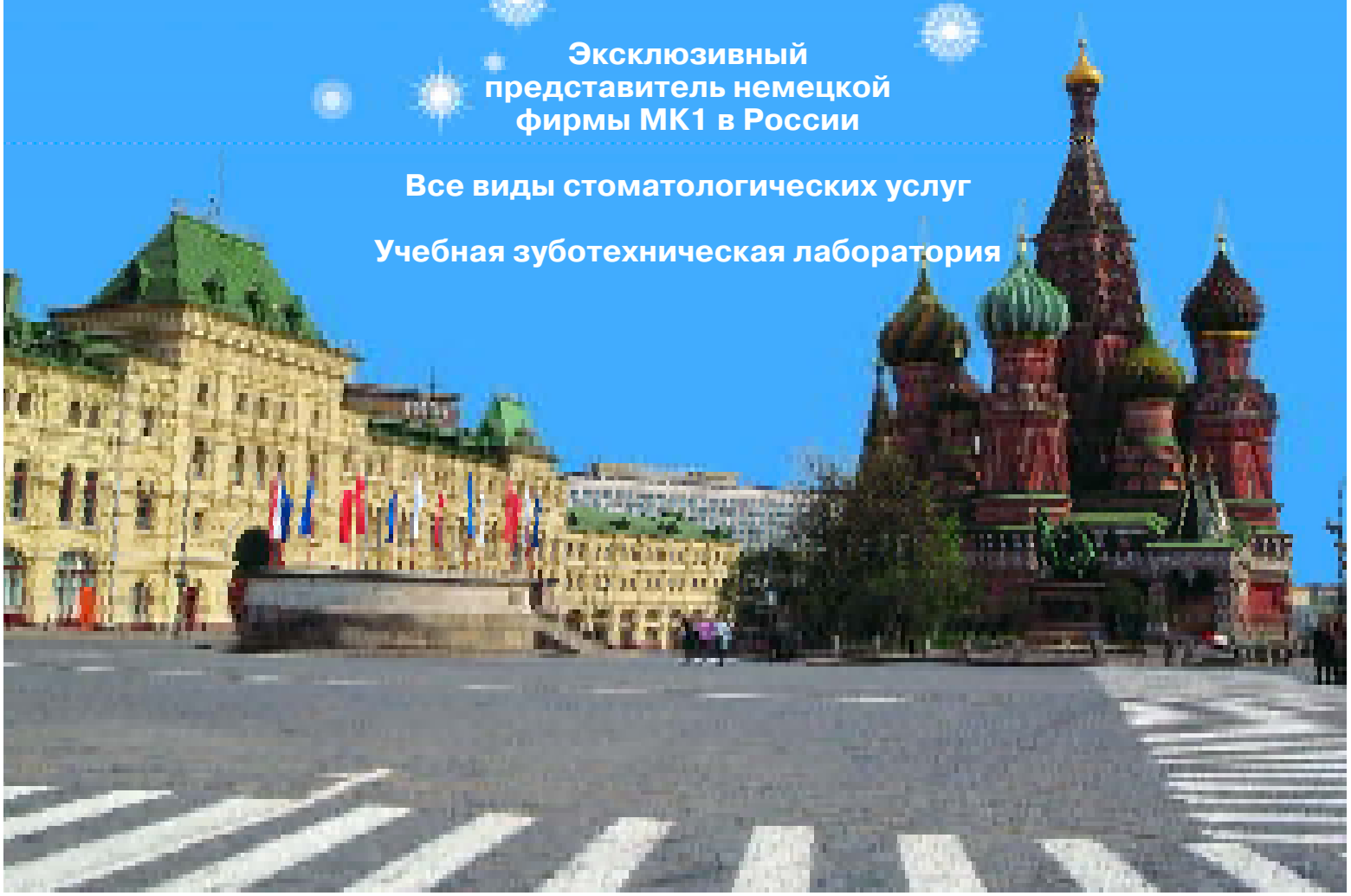
10 лет
на рынке России

Москва, Красная площадь, 5. Тел. (495) 951-35-42; тел/факс (495) 953-42-83
Москва, ул. Мясницкая, 24/7, стр. 1

Эксклюзивный
представитель немецкой
фирмы MK1 в России

Все виды стоматологических услуг

Учебная зуботехническая лаборатория



Ортопедическая стоматология

Клинико-лабораторная оценка показателей гальваноза при хроническом гастрите у лиц пожилого и старческого возраста

Л.Д. Гожая, профессор, д.м.н.
Т.Г. Исакова, ассистент
Я.М. Ножницкая, аспирант
Т.Ю. Талалай, аспирант
Кафедра ортопедической стоматологии ФПКС МГМСУ

Представлена сравнительная характеристика клинико-лабораторных показателей при гальванозе и гальванозе на фоне хронического гастрита. Установлена взаимосвязь и взаимовлияние гальваноза на течение хронического гастрита и хронического гастрита на активацию электрохимических процессов при гальванозе.

Clinical and laboratory assessment of galvanosis data of chronic gastritis in elderly and old patients

L.D. Gozhaya, T.G. Isakova, Y.M. Nozhnitskaya, T.U. Talalai

A comparative clinical and laboratory data characteristic of galvanosis and galvanosis accompanied by chronic gastritis is presented. A relationship and influence of galvanosis on the course of chronic gastritis and the action of chronic gastritis on electrochemical processes activation in galvanosis are established.

Проблема гальваноза, развивающегося после зубного протезирования при индукции электрохимических процессов в полости рта, относится к одной из наиболее актуальных проблем в ортопедической стоматологии. Среди факторов, способствующих развитию гальваноза, важное место занимает патология желудочно-кишечного тракта, особенно в пожилом и старческом возрасте, сопровождающаяся нарушениями секреторной функции желудка и гастроэзофагеальным рефлюксом, поскольку заброс содержимого желудка и отрыжка им в полость рта изменяет кислотность его содержимого, оказывая существенное влияние на pH слюны и электрохимические процессы.

Важно отметить, что несмотря на большое количество публикаций [1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9], посвященных клинической картине гальваноза, отсутствуют объективные показатели (маркеры) клинико-лабораторных методов исследования гальваноза при хроническом гастрите у лиц пожилого и старческого возраста. Вместе с тем их необходимо учитывать при лечении и разработке мер профилактики.

Цель работы – сравнение клинико-лабораторных показателей гальваноза и гальваноза на фоне хронического гастрита у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. Обследованы 135 больных в возрасте от 50 до 70 лет, из них 37 пациентов с гальванозом на фоне хронического гиперацидного гастрита (основная 1-я группа), 55 – с гальванозом без патологии желудочно-кишечного тракта (2-я группа) и 43 пациента, пользующихся зубными протезами без явлений гальваноза и заболеваний желудочно-кишечного тракта (3-я группа сравнения).

Клинико-лабораторные методы исследования

№	Методы обследования пациентов	Количество исследований (n)
1.	Клинические методы: анамнез, внешний осмотр, осмотр слизистой оболочки полости рта, зубных протезов, их разнородность, количество металлических единиц, гигиеническая оценка зубных протезов.	165
2.	Гастроэнтерологические исследования, проводимые специалистами в поликлиниках, стационаре: рентгенодиагностика желудка; функциональная диагностика болезней желудка, включая исследование секреторной (кислотообразующей, ферментообразующей, слизеобразующей), экскреторной, моторно-эвакуаторной функции и др.	51
3.	Спектрографическое исследование слюны (масс-спектрометрия с ионизацией в индуктивно-связанной плазме).	46
4.	Электрохимические исследования.	165
5.	PH-метрия.	165
6.	Биохимический анализ крови.	112
7.	Оценка сенсибилизации к металлам.	49

Измерение разности потенциалов проводили гальванометром "Модель 2445 DIGITFL TESTER". Разность потенциалов в полости рта замерялись в парах точек: "металл–металл" (М–М), "металл–слизистая оболочка полости рта" (М–СОПР), "слизистая оболочка полости рта–слизистая оболочка полости рта" (СОПР–СОПР) в зоне воспаления. За норму принимали показатели, полученные при измерении параметров в паре "золотой сплав 900 пробы – золотой сплав 900 пробы" у практически здоровых людей. Разность потенциалов в норме составляет до 50 мВ.

Количественное содержание макро- и микроэлементов и качественный состав слюны определяли методом масс-спектрометрии с ионизацией в индуктивно-связанной плазме с помощью прибора "VG Plasma Quad PQ2-Turbo plus".

Количество металла, содержащегося в пробе, выражали в мкг/л и, сравнивая с соответствующими нормами, устанавливали отклонения показателей. Индекс зубного налета определяли по методу Федорова-Володкина; потенциометрию проводили с использованием гальванометра типа 25IQ ("Norwe", Австрия), pH-метрию выполняли на pH-метре модели PH-340.

Оценку сенсибилизации к металлам проводили методом двухступенчатого обследования по Лебедеву К.А. (2003 г.): 1-я ступень (in vitro) – оценка по изменению выброса протеиназы из гранулоцитов периферической крови и 2-я ступень – слизисто-десневой тест (in vivo).

Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel.

Результаты исследования и обсуждение. Основные жалобы при гальванозе и при гальванозе на фоне хронического гастрита – жжение языка в 100% случаев. У больных только с гальванозом жжение усиливалось во время еды, а при сопутствующем хроническом гастрите постоянно отмечалось жжение, отмечалась также боль в языке, усиливающаяся к вечеру (язык "как обожженный"). Для гальваноза, не сопровождающегося гастритом, боль в языке не характерна. Парестезии слизистой оболочки полости рта (СОПР), возникающие после протезирования разнородными материалами, чаще (43,25% – 16 пациентов) отмечались у больных хроническим гастритом и гальванозом по сравнению с парестезией у больных гальванозом (32,7% – 18). Извращение вкуса, ощущение кислого, соленого в большей степени отмечали больные (48,6% – 18) 1-й группы по сравнению с таковыми ощущениями больных 2-й группы (29,1% – 16). Сухость СОПР чаще (78,4% – 29) выражена у больных гальванозом и хроническим гастритом (1-я группа) по сравнению с таковой у больных во 2-й группе (49,1% – 27).

Практически у всех пациентов с гальванозом на фоне хронического гастрита отмечались признаки диспепсии: дискомфорт в эпигастрии (у 100,0%), боли – у 75,7%, тошнота – у 83,8%, отрыжка, в особенности "кислым" и "горьким" – у 51,4%, изжога – у 32,4%, что могло приводить к изменению pH слюны. При гальванозе без гастрита признаки диспепсии отсутствовали. Психоневрологическая симптоматика (раздражительность, головные боли, слабость, плохой сон и др.) характерны для больных 1-й (92,7% – 51) и 2-й групп (97,3% – 36).

При осмотре полости рта больных гальванозом на фоне хронического гастрита наблюдался разлитой характер воспаления слизистой оболочки полости рта, наличие стоматита, язвенного глоссита, хейлита, десквамативного глоссита, отмечаются признаки атрофии сосочков языка, их сглаженность, складчатость и бороздчатость языка. Для гальваноза характерна другая клиническая картина: гиперемия боковых поверхностей и кончика языка, отечность языка, покраснение слизистой оболочки десны в области протеза. Гиперсаливация более выражена у больных гальванозом и хроническим гастритом – 5,4%, а гипосаливация чаще отмечается у больных с гальванозом.

Налет на языке достоверно чаще (57% – 8 и 62,2% – 23) отмечается у больных гальванозом на фоне хронического гастрита по сравнению с частотой налета на языке при гальванозе (37,5% – 6 и 40,0% – 22).

Явление воспаления грибовидных сосочков языка отмечается как при гальванозе (76,4% – 42), так и при гальванозе на фоне хронического гастрита (56,3% – 28).

При гальванозе у больных в 1-й группе (25,5% – 14) и во 2-й группе (29,7% – 11) отмечается красный плоский лишай.

Анализ развития гальваноза и гальваноза на фоне хронического гастрита в зависимости от сроков пользования металлическими зубными протезами показал: гальваноз чаще (56,4% – 31) развивается в первый год пользования протезами .

32,7% – 18 пациентов пользуются зубными протезами более 10 лет и страдают гальванозом, тогда как больные гальванозом на фоне хронического гастрита пользуются зубными протезами сроком до 10 лет только в (18,9% – 17). При пользовании зубными протезами более 10 лет у лиц в возрасте 60–70 лет гальваноз отмечается в 18% случаев. Это связано не только с электрокоррозией, но и с потерей опорных зубов по причине пародонтита, атрофии альвеолярной кости (69,1% – 38), хронического гингивита (16,4% – 9), пришеечного кариеса (3,6% – 2), пролежней в области тела мостовидного протеза (7,3% – 4), а также с ухудшением общего соматического состояния.

Гигиеническая оценка протезов у больных с гальванозом на фоне хронического гастрита составила 2,4±0,19 по сравнению с гигиенической оценкой протезов при гальванозе 2,0±0,27, что соответствует качественной оценке "неудовлетворительно". Низкий индекс гигиены свидетельствует о большей интенсивности коррозии и пористости материалов протезов и адгезии микробной флоры к зубным протезам. При этом зубной налет покрывал более 2/3 поверхности коронковой части зуба или коронки у больных с гальванозом на фоне хронического гастрита, в 21,6% случаев, по сравнению с таковым у больных с гальванозом – только в 16,4%. То есть хронический гастрит способствует более выраженному количественному изменению микрофлоры зубного налета.

Известно, что биожидкости (слюна, кровь) являются высокозависимыми средами от внутреннего состояния организма и служат маркерами его общей реакции на внешние химические и физические воздействия [10, 11].

Эти положения подтвердили наши исследования макро и микроэлементного состава слюны. Показано достоверное увеличение содержания Co (0,0775±0,013), Mg (11,86± 0,957), Ni (0,1004±0,0145), Al (92,244±8,616), Cr (0,0975± 0,007), Fe (0,4648± 0,582), Ti (0,950±0,219), Zn (0,9752± 0,518) в слюне больных гальванозом на фоне хронического гастрита по сравнению с таковым содержания Co (0,0650±0,017), Mg (10,067±1,494) , Ni (0,0956±0,0125), Al (74,735±8,984), Cr (0,0925±0,006), Fe (0,3929±0,452), Ti (0,8950±0,297), Zn (0,9089±0,416) у больных с гальванозом. Эти данные позволяют утверждать, что хронический гастрит способствует развитию гальваноза в полости рта, так как содержание основных компонентов нержавеющей стали Fe, Cr, Ni, Ti и других микропримесей увеличиваются в слюне вследствие усиления электрокоррозии.

Диапазон показателей разности потенциалов (мВ) между М–М при гальванозе на фоне хронического гастрита составил от 166–178–190 мВ, между М–СОПР – 65–90–120 мВ, СОПР–СОПР – 60–90 мВ, М–СО Языка 70–120 мВ по сравнению с таковым при гальванозе соответственно: 90–120–150; 60–90; 60–70; 60–70.

Рис. 1. *Пациент с гальванозом и гиперацидным гастритом*

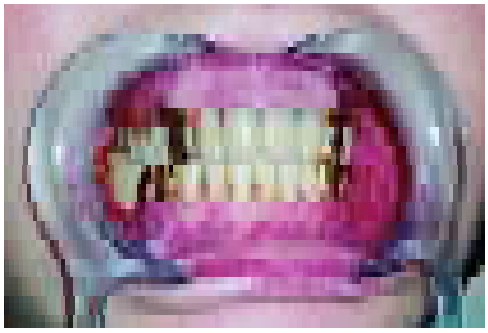


Рис. 2. *Пациент с гальванозом без патологии ЖКТ*

Рис. 3. *Пациент без гальваноза и без патологии ЖКТ*

Гальваноз на фоне хронического гастрита имеет водородный показатель (pH) слюны менее 5,0 в 16,2% случаев, от 5,0 до 6,0 pH – в 51,4%, более 6,0 pH – в 32,4% по сравнению с гальванозом, где pH менее 5,0 составляет 6,3%, pH от 5,0 до 6,0 – 50,9% и pH более 6,0 – 37,5%. Эти показатели характеризуют сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза у больных с гальванозом, отягощенным хроническим гастритом, в большей степени, чем у больных только гальванозом.

При гальванозе чаще (44,4%) определяется индивидуальная чувствительность к нержавеющей стали в виде средней реакции [2], тогда как при гальванозе на фоне хронического гастрита в 55,6% отмечается высокая реакция [3]. Слизисто-десневой тест при гальванозе на фоне хронического гастрита повышен в 81,8% по сравнению с таковым при гальванозе – 55,6%. Это подтверждает более высокую сенсибилизацию организма к металлическим протезам при хроническом гастрите в сочетании с гальванозом.

У больных гальванозом, осложненным хроническим гастритом, отмечаются выраженные признаки тканевого ацидоза, достоверно повышена активность ЛДГ (47,0±32,4) по сравнению с таковой при гальванозе (45,3±42,96). Отмечается тенденция к увеличению активности печеночных ферментов – трансаминаз АЛГ и АСТ, ЩФ, что указывает на токсическую реакцию.

Таким образом, клинико-лабораторные данные подтверждают взаимосвязь и взаимовлияние гальваноза на течение хронического гастрита, а хронический гастрит, в свою очередь, усиливает течение гальваноза через активацию электрокоррозии в полости рта.

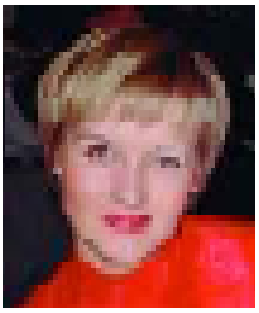
Литература

1. Гожая Л.Д. Клинические проявления электрохимических процессов, обусловленных отделочной обработкой зубных протезов из нержавеющей стали. // Стоматология. – 1998. - № 3. – С. 40–44.
2. Гожая Л.Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика). Дисс. ... док. мед. наук. – М.: 2001. – 176 с.
3. Гожая Л.Д., Гожий А.Г., Сагателян Г.Р. Новая технология отделочной обработки зубных протезов. Учебно-методическое пособие для врачей стоматологов. – М.: 2003. – 39 с.
4. Зайчик В.Е., Багиров Ш.Т. Содержание микроэлементов в смешанной нестимулированной слюне здорового человека. // Стоматология. 1991. – № 1. – С. 14–16.
5. Исакова Т.Г. Диагностика, лечение и профилактика гальваноза при хроническом гастрите у лиц пожилого и старческого возраста. Дисс... канд. мед. наук. М.: 2007 г.
6. Крег Р., Пауэрс Дж., Вагага Дж. Стоматологические материалы. Свойства и применение. / М.: Меди, 2005. – 304 с.
7. Лебедев К.Н. Понякина И.Д. Иммунная недостаточность (выявление и лечение). М.: Медицинская книга. Н. Новгород.: Издательство НТМА, 2003. – 245 с.
8. Трезубов В.Н., Штейнгарт М.З., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение. / СПб.: СпецЛит, 2001. – 351 с.
9. Царев В.Н., Манкетова С.А. Сравнительное изучение микрофлоры полости рта больных с зубными протезами из нержавеющей стали и сплава Супер ТЗ // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1997. – № 1. – С. 31–33.
10. Цимбалистов А.В., Михайлова Е.С., Шабашова Н.В. и др. Факторы местной иммунореактивности у больных с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов.//Клин. стоматология. – 2005. – № 1. – С. 66–68.
11. Шиндин А.Б. Влияние различных видов зубных протезов (материалов) на состояние желудка. Клинико-биохим., морфол. и иммуногистохим. аспекты. / Дисс... канд. мед. наук. – Саратов, 1999. – С. 161.

SDS
стоматологическая установка
SDS 3000
с верхней подачей
Индивидуальная комплектация
На пути
к совершенству!

Ортодонтия

Состояние стоматологического здоровья у детей в период молочного и сменного прикуса



К.В. Хроменкова, к.м.н. **А.М. Дыбов** **Г.Б. Оспанова**, д.м.н.
ЦНИИС и ЧЛХ Росмедтехнологий

Аномалии зубочелюстной системы являются одними из самых распространенных стоматологических заболеваний. Это свидетельствует о необходимости ранней диагностики и коррекции патологии, так как профилактические мероприятия в период активного роста ребенка дают хорошие результаты. За последние 20 лет разработан большой арсенал стандартных преформированных (изготавливаемых промышленным путем) аппаратов. Опыт их использования в России составляет около 10 лет.

Клинический опыт лечения зубочелюстных аномалий съемными преформированными аппаратами (эластопозиционерами) функционального типа действия позволяет сделать вывод об эффективности их использования.

K.V. Chromenkova, A.M. Dybov, G.B. Ospanova
Dental status of deciduous and permanent teeth period

Orthodontic anomalies are very incidence in our society. Early diagnosis and treatment of these pathologies by standard preformed appliances can produce good results. After last 20 years there were designed a lot of different preformed appliances.

Clinical observations of treatment by functional silicone preformed appliances in Russia is about 10 years. So we can suggest that they are effective and recommend them for clinical use.

Аномалии зубочелюстной системы являются одними из самых распространенных стоматологических заболеваний, и по данным ряда авторов различные нозологии представлены от 40 до 80%. Так, у школьников (период сменного прикуса) в среднем распространенность аномалий прикуса составляет 50%. Из них аномалия зубного ряда – 22%, формы зубных рядов – 12%, дистальная окклюзия – 30%, мезиальная окклюзия – 2,5%, глубокая резцовая окклюзия – 32%, вертикальная резцовая дизокклюзия – 3%, аномалии окклюзии в трансверсальной плоскости – 2% (рис. 1, 2).

Приведенные цифры говорят о необходимости ранней диагностики и коррекции этого вида патологии, так как профилактические мероприятия в период активного роста ребенка дают хорошие результаты.

Каковы же причины столь высокой распространенности?

Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) относятся к числу мультифакторных патологий (рис. 3).

Условно факторы, приводящие к развитию ЗЧА, можно разделить на общие и местные. К общим факторам можно отнести патологию анте- и постнатального периода. Так, например, следует отметить более высокую распространенность "открытого прикуса" у детей, родившихся от матерей, имевших патологию беременности и родов. Частота аномалий составила 28,3%, что достоверно выше аналогичного показателя (7,2%) при отсутствии осложненной беременности. У пациентов, в анамнезе которых имела место родовая травма, характерно наличие клинических форм "открытого прикуса", труднее поддающихся лечению.

Такой показатель, как низкая масса тела при рождении, определяет предрасположенность к формированию мезиальной окклюзии и вертикальной резцовой дизокклюзии, что объясняется задержкой роста верхней челюсти у детей с данной патологией. У детей с задержкой внутриутробного развития диагностированы аномалии зубочелюстной системы в 4% случаев (в контроле 44%) в возрасте 3 лет, причем, преобладала протрузия фронтального отдела верхней челюсти в сочетании с вертикальной резцовой дизокклюзией.

рис. 1

Отдельной группой этиологических факторов является наличие *нарушений неврологического статуса* у детей (повышенное внутричерепное давление, гипертонус мышц, неврозы и т.д.). Это приводит

к нарушению функции мышц челюстно-лицевой области, формированию вредных привычек у ребенка. По данным литературы этот показатель при рождении составляет 7 на 10 новорожденных детей и к школьному возрасту увеличивается.

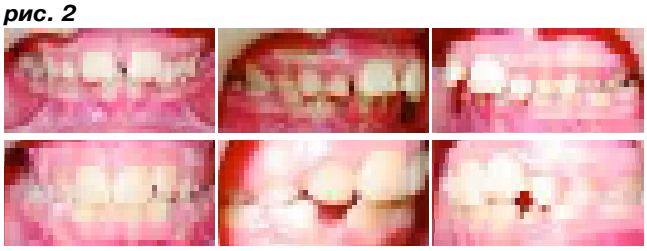
Привычное ротовое дыхание. Следует отметить, что у детей с ротовым типом дыхания аномалии прикуса встречаются в три раза чаще в период молочного и в четыре раза – в период сменного прикуса.

Причинами ротового дыхания могут быть патологические процессы в носоглотке (тонзилит, аденоиды, риниты, усугубляющие их течение аллергозы, диатез, нейродермит), когда ребенок вынужден дышать ртом. У этих детей ухудшена вентиляция легких: снижены динамические объемные показатели внешнего дыхания и скорость форсированного выдоха по сравнению с должными величинами.

При ротовом дыхании изменяется миодинамическое равновесие мышц антагонистов и синергистов, изменяется также положение языка, повышается активность жевательных и щечных мышц, что приводит к формированию вертикальной резцовой дизокклюзии. Клинические исследования показывают, что переход от ротового к носовому дыханию приводит к стимулированию горизонтального роста челюсти и нормализации положения резцов.

Инфантильный тип глотания. Новорожденный ребенок к моменту рождения способен выполнять сложнейший двигательный акт – сосание и глотание. Автоматизм сосания, подготовленный внутриутробно, успешно используется в течение нескольких месяцев после рождения. Во втором полугодии жизни возникают зачатки будущей речевой деятельности, появляется необходимость освобождения от сосательного автоматизма движений языка и губ, что свидетельствует о необходимости соблюдения сроков грудного вскармливания. Грудное вскармливание играет важную роль в гармоничном развитии зубочелюстной системы. Электромиографические исследования показали, что при естественном вскармливании ребенка наблюдается более высокая биоэлектрическая активность жевательных мышц, чем при искусственном вскармливании. Искусственно вскармливаемые дети имеют более высокую распространенность ЗЧА, у них чаще формируются вредные привычки. Есть мнение, что искусственное вскармливание приводит к нарушению акта глотания, который рассматривается как одна из основных причин возникновения ЗЧА (вертикальная резцовая дизокклюзия 23%). При длительном нарушении акта глотания у детей наблюдаются деформации зубных рядов: зубоальвеолярное укорочение нижней челюсти во фронтальном участке, протрузия верхних фронтальных зубов и зубоальвеолярное удлинение верхней челюсти в боковых участках. Электромиография позволяет установить участие в акте глотания мимических и жевательных мышц (в норме амплитуда волн биопотенциалов при сокращении круговой мышцы рта незначительная, а при сокращении собственно жевательных мышц – значительная, при неправильном глотании – наоборот).

рис. 2



Вредные привычки. Согласно классификации В.П. Окушко существует 3 группы вредных привычек: 1 – привычки сосания (зафиксированные двигательные реакции) – сосание пальца, сосание и прикусывание губ, щек, языка, предметов; 2 – аномалии функции – зафиксированные неправильно протекающие функции жевания, глотания, дыхания, неправильная речевая артикуляция; 3 – зафиксированные позотонические рефлексы, определяющие неправильное положение частей тела в покое – неправильная поза тела и нарушение осанки, неправильное положение нижней челюсти и языка в покое.

Гиподинамия. Все меньше детей занимается в спортивных секциях, большие нагрузки в школе, хронический стресс, особенно у детей, растущих в мегаполисах, проблемы с экологией, неправильное, нерациональное питание приводят к ухудшению качества жизни детей и, следовательно, к негармоничному развитию не только ЧЛО, но и организма в целом.

Важнейшей среди всех закономерностей организма является его целостность и взаимосвязь между формой и функцией. Изменение формы вызывает соответствующие изменения функции, и, наоборот, измененная функция непрерывно влияет на морфологию.

Ранняя диагностика и лечение ЗЧА важны для предупреждения пагубного влияния на общее состояние организма ребенка. Следует отметить, что данный вид патологии имеет столь выраженные клинические проявления, что даже детский стоматолог, ЛОР врач, логопед или педиатр может обратить внимание родителя и рекомендовать обратиться за помощью к специалисту. У таких детей нарушена функция откусывания, пережевывания (вялое жевание) и глотания пищи, что приводит к проблемам ЖКТ. При преобладании ротового дыхания, наблюдается хроническая гипоксия организма, постоянно открытый рот значительно снижает защитную функцию губ и слизистой оболочки полости рта. Вследствие их пересыхания и температурных воздействий увеличивается абсорбция чужеродных веществ, проникновение в организм инфекций, снижаются за-

щитные свойства слюны. Сопутствующими патологиями у этих детей являются: хейлиты, стоматиты, гингивиты, плохая гигиена полости рта. У детей с патологией прикуса увеличивается поражение зубов кариесом.

Наиболее рациональным является системный подход к профилактике и лечению ЗЧА. У детей с патологией прикуса важное значение имеет санация носоглотки, борьба с вредными привычками и проведение мероприятий для нормализации функции мышц ЧЛО. Устранение вредных привычек должно включать в себя кроме ортодонтического фрагмента терапии лечение у психотерапевта, который рассматривает вредные привычки детей как невроз навязчивых состояний. При подобном подходе у пациентов отмечается снижение утомляемости, повышение концентрации внимания, улучшение настроения и сна.

Лечащим врачом, назначающим аппаратурное лечение, у этой группы пациентов является ортодонт. При наличии у ребенка факторов риска развития ЗЧА назначаются миофункциональные аппараты, комплекс миогимнастических упражнений.

Существует множество аппаратов: съемные, несъемные, различные пластинки с активными элементами – пружины, кламера и разного вида функциональные аппараты, бионаторы, активаторы, регуляторы функций (рис. 4).

Все эти аппараты имеют ряд недостатков:

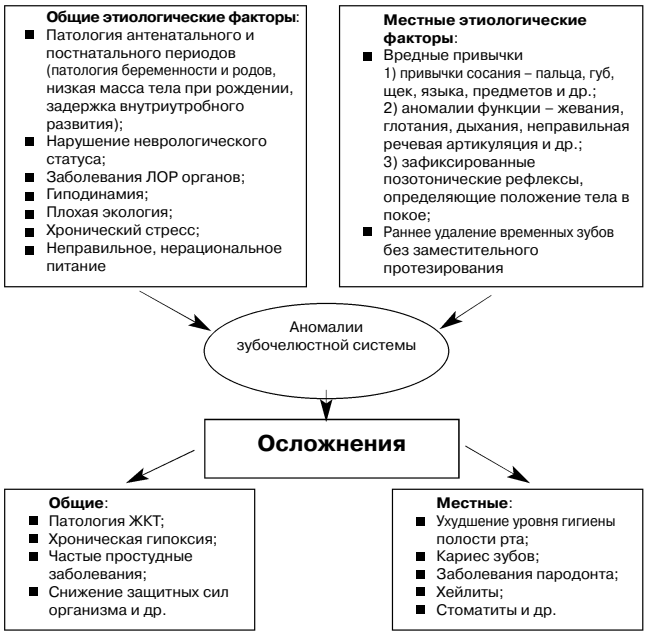
1) изготовлены из акриловой пластмассы,

2)конструктивной особенностью является наличие большого количества проволочных активных элементов,

3) неудобны при пользовании,

4) уменьшают объем полости рта.

рис. 3



Многое из перечисленного приводит к появлению участков хронической травмы слизистой оболочки полости рта, аллергическим стоматитам, значительному ухудшению уровня гигиены полости рта. Сами аппараты представляют собой пункты ретенции бактерий и т.д .

В последние годы уменьшилось количество бюджетных учреждений, снизилось их финансирование, сократился штат зубных техников в связи с оттоком кадров в коммерческую службу – все это привело к снижению объемов оказания ортодонтической помощи в этих учреждениях.

Наряду с этим за последние 20 лет разработан большой арсенал стандартных преформированных (изготавливаемых промышленным путем) аппаратов.

Разнообразие этих аппаратов, представленных на рынке сегодня, говорит об эволюции их разработки. В начале это были преортодонтические трейнеры (рис. 5). Затем – биоэнертные, более легкие в привыкании аппараты группы miofunctional reaseach. Совершенствование этого направления привело к:

– появлению большего количества типоразмеров с упрощенной системой их определения,

– применению биоинертного материала,

– хорошему привыканию ребенка,

– не ухудшению уровня гигиены полости рта,

– исключению лабораторного этапа,

– возможности назначения аппарата, не только ортодонтами, но и детскими стоматологами и стоматологами общей практики.

На сегодняшний день существует несколько видов функциональных аппаратов.

1. Миофункциональный (преортодонтический трейнер) (Австралия, 1994 г.), рис. 5. Применяется в возрасте 6–11 лет, универсален по размеру, 2 типа жесткости (голубой и розовый). Режим ношения – 2 часа днем и во время ночного сна. По данным литературы, отмечается частое "разжевывание" мягкого трейнера.

2. Аппараты типа Nite-Guide (США) действуют как

рис. 4

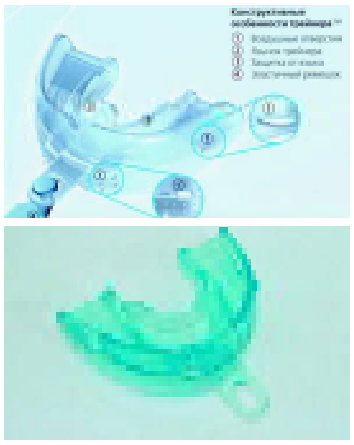


рис. 5

модель, которая направляет прорезывающиеся постоянные резцы с точным выравниванием, используя естественные силы прорезывания. Режим ношения – во время сна.

3. LM-Activator (Финляндия) направляет прорезывающиеся зубы в правильном направлении. Большой ассортимент размеров. 2 модели – низкая (глубокий прикус) и высокая (открытый прикус) (рис. 6).

4. Miobrace (MBN) – позиционер для детей с ранним сменным прикусом. Выпускается 7 размеров. Используется силикон высокой гибкости и прочности (рис. 7).

Эти аппараты были разработаны доктором Крисом Фаррелом (Сидней, Австралия). В 1993 г. они были одобрены FDA США, после чего получили достаточно широкое распространение по всему миру. На сегодняшний день позиционеры Miobrace (MBN) используются в 65 странах. Основной концепцией фирмы производителя и поставщика (Myofunctional Research Co) является создание наиболее простых, доступных и эффективных ортодонтических аппаратов, направленных на нормализацию роста и развития челюстно-лицевого комплекса у детей. Многолетний опыт работы и постоянное совершенствование позволяет обеспечить высокое качество продукции. Многочисленные семинары, проводимые представителями компании для врачей-ортодонтов по вопросам роста и развития челюстно-лицевого комплекса, а также методам лечения и профилактики ортодонтических аномалий с использованием позиционеров Miobrace (MBN), делают информацию по данной тематике более доступной.

Опыт использования этих аппаратов в России, в частности, на кафедре ортодонтии и детского протезирования МГМСУ, в ортодонтическом отделении ЦНИИС и на кафедре стоматологии детского возраста ГОУ ДПО РМАПО Росздрава составляет около 10 лет

Клинический опыт лечения этими аппаратами позволяет сделать вывод об эффективности их использования. При этом следует отметить прямую зависимость результата от степени кооперации ребенка, врача и родителей, а также от привлечения врачей других специальностей (оториноларингологов, педиатров, психологов, невропатологов, ЛФК – специалистов и др.).

Литература

1. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. – М.: Медицина, 1999. – 800 с.
2. Хорошилкина Ф.Я. Функциональные методы лечения в ортодонтии. –М.: 1972. – 304 с.
3. Сунцов В.Г., Пинелис Т.П., Лазарева Н.А. Профилактика аномалий и деформаций в зубочелюстной системе у детей раннего возраста. – Чита, 1991. – 22 с.
4. Образцов Ю.Л. Выявление и устранение факторов риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей. – Архангельск. – 1990. – 25 с.
5. Задорожный С.Н., Джалешев К.Ш., Негаметзянов Н.Г. Частота зубочелюстных аномалий у детей, находящихся на искусственном вскармливании // Стоматологический вестник. – 2003. – № 1. – С. 5–8.
6. Арсенина О.И., Оспанова Г.Б. Систематизация современных ортодонтических аппаратов // Клинич. Стоматология. – 1998. – № 3. – С. 78–81.
7. Андросова И.Е., Сафрошкина В.В. Преортодонтическое и ортодонтическое лечение с помощью трейнеров // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний. – 2003. – № 1–2, – С. 18–20.
8. Адамчик А.А. Ортодонтическое лечение детей и подростков с аномалиями прикуса и его влияние на функцию внешнего дыхания и ритма сердца: Автореф. дисс. ... к.м.н. – М., 2000. – 37 с.

рис. 6

рис. 7

Организация и экономика в стоматологии

Сравнительный анализ некоторых маркетинговых параметров работы стоматологических учреждений разных форм собственности

Е.И. Вощина, врач-стоматолог
О.О. Янушевич, д.м.н., профессор
В.М. Гринин, д.м.н., профессор
Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава

В статье приведены особенности маркетинга стоматологической помощи в условиях современного рынка стоматологических услуг, особенности удовлетворенности врачей-стоматологов и резервы улучшения качества стоматологической помощи.

Comparative analysis of some marketing characteristics of work in dental offices of various kinds of privatization.

E.I. Voshchina, O.O. Yanushevich, V.M. Grinin

The article deals with dental marketing in today's dental services, satisfaction of dentists and reserves of inprovment of dental services.

Произошедшие изменения общественного строя не позволяют государству брать на себя полностью расходы по здравоохранению. Значительная часть как расходов, так и ответственности ложится на самих потребителей и страховые организации. При этом возникает свобода выбора, а значит – конкуренция, что обусловливает необходимость использования маркетинга.

Сокращение государственных дотаций, контроль расходов со стороны страховых компаний, внедрение этических стандартов в медицине привели к тому, что со стороны учреждений стоматологии повысился спрос на внешние дополнительные инвестиции, что привело к росту конкуренции на инвестиционном рынке. Ей способствовало еще и то, что коммерческие предприятия ставят своей конечной целью получение прибыли, которая зависит от качества лечения, а государственные и муниципальные учреждения должны выдерживать конкуренцию, а значит также совершенствовать услуги, для чего необходимы дополнительные средства.

В данных условиях предприятия заинтересованы как в привлечении дополнительных пациентов, что предполагает предложение высококачественных услуг, работу высококвалифицированного персонала, так и в формировании положительного имиджа устойчивого предприятия, надежного объекта для инвестирования, обладающего дополнительной социальной значимостью.

Таким образом, переход финансирования к частным лицам, некоммерческим организациям, страховым компаниям, ограниченные объемы государственного финансирования учреждений здравоохранения обусловили внедрение в систему управления стоматологических клиник принципов маркетинга с целью привлечения дополнительных потребителей услуг и инвесторов.

В социальной сфере сложился новый хозяйственный механизм, неотъемлемой составной частью которого постепенно становится маркетинг (Судас Л.Г., Юрасова М.В., 2004). Понятие "маркетинг" имеет два аспекта: теоретический и практический. Как отрасль экономической науки маркетинг обладает своим предметом и методами (Кузьмина Е.Е., Шаляпина Н.М., 2005).

Предмет маркетинга – это теоретическое познание и разработка рыночных процессов. Что касается методов маркетинга, то в наибольшей степени используются статистические, экономические, психологические и социальные методы.

Основой маркетинга услуг является их качество. Понятие качества услуг сформировалось в 80-е гг. XX в. Приспособление услуг к изменениям, их постоянное совершенствование – важнейшая задача маркетинга, важнейшая составляющая стратегии качества. Главная задача маркетинга – влияние на восприятие качества потребителем.

Для описания восприятия качества услуги была предложена "модель оправданных ожиданий" (Р. Оливер), согласно которой клиент сравнивает свои ожидания от услуги с тем, что он получает в реальности, и его ожидания оправдываются или нет. На восприятие качества услуги можно оказывать влияние, управляя ожиданиями, происходящими событиями и имиджем, то есть теми сферами, где традиционно применяется маркетинг.

Для разработки прогнозов эффективности использования маркетинга составляются экономические модели динамики цен, объемов сбыта, длительности воз-

действия рекламных кампаний на потенциальных покупателей и пр. (Котлер Ф., Армстронг Г., Сондерс Д., Вонг В.1998).

В реализуемой медицинскими учреждениями концепции маркетинга пока преобладают коммерческие установки и элементы. Такая концепция маркетинга нуждается в серьезной корректировке в отношении усиления социально-этической направленности и ответственности маркетинга, что необходимо для повышения качества обслуживания населения (Авраамова Е., Логинов Д., 2002).

Для продвижения медицинских услуг ЛПУ в новых социо-экономических условиях необходимо установить контакт с потенциальным пациентом и поддерживать с ним долговременные отношения на обоюдовыгодной основе.

Целесообразность проведения данного исследования заключается в том, что поведение потребителей стоматологических услуг невозможно понять, не изучив факторы психологического характера (мотивация, восприятие, усвоение, мнение, отношение). Мотивация играет роль движущей силы в поведении человека. Множество мотивов, не всегда осознанных человеком, определяют его поведение. Важной задачей для деятелей рынка является понимание мотивов его потенциальных клиентов. В борьбе за умы и сердца преимущество получает тот, кто сумеет первым внедриться в сознание потенциальных клиентов (Крэнделл Р., 2002).

Социально-демографический состав пациентов стоматологических ЛПУ в исследовании, проведённом нами, отражал средний срез общества: по возрасту, образованию, степени занятости и пр. Отметим лишь, что среди бесплатных пациентов большую часть составили лица со средним и средним специальным образованием. Среди платных было больше лиц со средним специальным и высшим образованием. Среди бесплатных пациентов преобладали рабочие, среди платных было больше служащих.

В целом, контингент пациентов, участвовавших в исследовании и получающих платную и бесплатную стоматологическую помощь, статистически значимо различался. За бесплатной помощью обращались чаще молодые люди со средним и средним специальным образованием, рабочие. Оплачивали стоматологические услуги преимущественно люди в возрасте 21–40 лет, имевшие высшее и среднее специальное образование, в основном служащие.

Для большинства пациентов посещение данного ЛПУ было первичным, 71,8% имели возможность выбора врача. Максимальная частота обращений приходилась на плановое лечение зубов (31,7%), острую боль (28,8%) и профилактический прием (22,6%). Обращает на себя внимание, что среди получающих платную помощь пришедших на профилактический прием было значительно больше, чем среди получающих помощь бесплатно (41,4 против 23,5%, в 1,76 раз) .

138 респондентов (40,6%) регулярно посещало врача-стоматолога (в том числе с целью профилактического осмотра). Среди причин нерегулярного посещения врача-стоматолога были названы нехватка времени, трудности с записью на прием к врачу, психологические и материальные трудности.

Отношения врачей и среднего медицинского персонала пациенты оценили преимущественно на "отлично" и "хорошо", принципиальных различий между платными и бесплатными пациентами не было. По-видимому, удовлетворенность результатами приводит пациентов к мысли о достаточной квалификации оказывающего им помощь медицинского персонала.

Что касается материально-технического обеспечения, организации работы и санитарно-гигиенических условий, то доля полностью удовлетворенных этими компонентами среди платных пациентов была значительно выше.

По анализу качества полученных стоматологических услуг существенных различий между подгруппами платных и бесплатных пациентов не было выявлено, за исключением того, что значимо меньше пациентов, получающих платную помощь, считало, что платные услуги менее надежны, и несколько больше полагало, что платные услуги позволяют получить более квалифицированную помощь.

Претензии к организации работы были более конкретными. На несоблюдение временных норм указали 4 респондента. Двух опрошенных пациентов не удовлетворяло расписание работы медицинской организации, 1 – платность услуг, 1 – небольшая продолжительность лечения. 1 респондент указал на то, что хотелось бы вместе с чеком получать расшифровку оказанных услуг.

Условия труда медперсонала в данном учреждении 100 пациентов (29,4%) оценили как отличные, 185 человек (54,5%) – как хорошие, 47 (13,8%) – как удовлетворительные и 5 (1,5%) – как неудовлетворительные. 3 респондента (0,9%) не ответили на вопрос. Значимых различий между подгруппами платных и бесплатных пациентов нами не установлено ($p>0,1$).

Качество оказанной пациентам стоматологической помощи (по визуальной аналоговой шкале в баллах от 0 до 10) абсолютное большинство пациентов оценило высоко: 115 (33,8%) пациентов – 10 баллов, 71 (20,9%) – 9 баллов, 51 (15,0%) – 8 баллов и 38 (11,2%) – 7 баллов. Доля больных, давших оценку 6 и менее баллов, составляла 17,3%. Среди платных пациентов большее число респондентов дали оценки 8–9 баллов, и меньшее – 10 баллов, что может отражать завышенные ожидания в случае оплаты услуг. Средний балл в обеих группах был примерно одинаковым: 8,0 и 8,1 среди

бесплатных и платных пациентов.

140 респондентов (41,2%) положительно ответили на вопрос: "Считаете ли Вы необходимым улучшить работу данного учреждения?" 132 респондента (38,8%) затруднились с ответом и 68 (20%) не считало необходимым улучшать работу учреждения. Среди бесплатных пациентов число лиц, считающих, что работа организации нуждается в улучшении, было несколько больше. Обращает на себя внимание, что доля больных, не считающих необходимым улучшение работы ЛПУ, была меньшей, чем доля удовлетворенных результатами работы. Интересно отметить, что даже при полном удовлетворении результатами работы ЛПУ часть больных затрудняется с оценкой, следует ли улучшать работу данной медицинской организации.

Что касается условий по улучшению качества стоматологической помощи в исследуемых ЛПУ, то по частоте ответов лидирует предложение о повышении заработной платы медицинскому персоналу, что отражает распространенное представление о низком доходе врачей среди населения. На втором месте – обновление материально-технической базы ЛПУ, далее следуют необходимость повышения квалификации персонала, повышение культуры обслуживания и улучшение санитарно-гигиенических условий.

Установлено, что в частном секторе по сравнению с государственным была выше доля врачей с меньшим стажем работы, что коррелирует с их более молодым возрастом. Стаж более 15 лет в одном учреждении (где трудился медицинский работник на момент анкетирования) был только у 25 человек в бюджетных организациях (29,4%), 38 (44,7%) работало менее 5 лет, 13 (15,3%) – 6–10 лет и 9 (10,6 %) – 11–15 лет. В частной клинике 21 человек из 26 опрошенных (80,8 %) работал менее 5 лет, 4 (15,4 %) – 6–10 лет и только 1 (3,8 %) – более 10 лет.

Анализ приоритетов удовлетворенности врачей показал, что в целом наибольшее число полностью удовлетворенных сотрудников было в отношении графика работы (83,8%) и должностных инструкций (84,7%). Далее следуют: санитарно-гигиенические условия лечебного процесса (80,2%), организация работы учреждения в целом и обеспеченность лекарственными средствами (по 73%), нагрузка (63,1%), обеспеченность расходными материалами (62,2%). Наименьшее число было удовлетворено организацией работы с документацией (59,5%) и обеспеченностью оборудованием и инструментарием (35,1%). Наибольшее число ответивших "не удовлетворены" оказалось при оценке нагрузки и работы с документацией.

При анализе удовлетворенности различными компонентами работы в исследованных ЛПУ было обнаружено следующее. В частном секторе ЛПУ по сравнению с бюджетными организациями была больше доля сотрудников, удовлетворенных оборудованием и инструментарием, лекарственными средствами и расходными материалами. Меньше была доля удовлетворенных организацией работы поликлиники в целом, нагрузкой, должностными инструкциями и работой с документацией. Доля удовлетворенных санитарно-гигиеническими условиями и графиком работы в организациях обоих типов принципиально не отличалась.

Компоненты работы, удовлетворяющие сотрудников стоматологических организаций, в порядке убывания

Бюджетная организация	**Частная клиника**
Должностные инструкции	Лекарства
График работы	Расходные материалы
Организация работы в целом	Санитарно-гигиенические условия
Санитарно-гигиенические условия	График
Нагрузка	Должностные инструкции Работа с документацией
Лекарства	
Работа с документацией	Нагрузка, организация работы в целом, оборудование и инструментарий
Расходные материалы	
Оборудование, инструментарий	

В целом, условия своего труда оценили как хорошие 75 респондентов (67,6%), удовлетворительные – 26 человек (23,4%), отличные – 9 человек (8,1%) и неудовлетворительные – 1 человек (0,9%).

При оценке качества стоматологической помощи около трети в организациях обоих типов отметили 9 баллов из 10. Далее по частоте оценки в бюджетных организациях распределились как: 8, 10, 7 и 6. Оценку менее 6 баллов дало всего 2 человека. В частных клиниках на втором месте по частоте стоит 7 баллов, потом 8. На 10 и 6 баллов оценили качество по 1 человеку; других оценок не было. Средний балл составил 8,3 в бюджетных и 8,0 в частной клинике.

Медицинский персонал просили оценить качество стоматологической помощи в организации, где они работают в баллах от 0 до 10. Большая часть опрошенных дала высокую оценку: 15 человек (13,5%) – 10 баллов, 37 человек (33,4%) – 9 баллов, 30 человек (27,0%) – 8 баллов, 20 человек (18,0%) – 7 баллов. На 6 баллов и менее оценило качество помощи только 8,1% респондентов.

90% успеха
– это статистика...
Сохраненный
зуб пациента
– это победа...
Можно
продолжать дискуссию...,
но лучше –
работать!
Всегда на складе Стома-Денталь
Профессионально профессионалам!
Москва: (495) 729-11-52, 781-00-78, 781-00-38, Хабаровск: (4212) 32-51-31
E-mail: info@dent.ru www.dent.ru, www.depotness.ru, www.hagerwerken.ru

Профилактика

Клиническая эффективность ферментосодержащих зубных паст LACALUT BRILLIANT WHITE

Э.Б .Сахарова, к.м.н., засл. врач РФ
М.А. Стасенкова, к.м.н., врач-испытатель
Центр профилактической стоматологии "Профидент"

Введение

В настоящее время как отечественная, так и зарубежная промышленность выпускает большой ассортимент зубных паст. Зубным пастам отводится ведущая роль в профилактике кариеса зубов и заболеваний пародонта, а их эффективность определяется наличием активных компонентов.

Зубные пасты линии Lacalut Brilliant White, производимые фармацевтическим предприятием "Dr. Theiss Naturwaren GmbH" (г. Хомбург, Германия), обладают оригинальной рецептурой. В их состав входят: фториды в виде аминофторида, монофторфосфата, натрия фторида, абразивно-полирующие компоненты, пирофосфаты, а также научно-разработанный комплекс ферментов (энзимов): декстраназа, инвертаза, глюкозооксидаза.

Декстраназа расщепляет связи полисахаридов (в частности декстранов), входящих в состав зубного налета и обеспечивающих адгезию (прилипание) зубного налета к поверхности зуба. В комплексе с мягкими полирующими эмаль частицами декстраназа удаляет окрашенный налет и препятствует его образованию и развитию кариеса. При заболеваниях пародонта декстраназа устраняет кровоточивость десен, способствует снижению воспалительного процесса и избавляет от неприятного запаха изо рта.

Инвертаза участвует в расщеплении сахарозы (являющейся основной пищей для бактерий зубного налета) на безопасные фруктозу и глюкозу.

Глюкозооксидаза расщепляет глюкозу с образованием атомарного кислорода, который проникает в более глубокие слои эмали. Количество выделяющегося кислорода зависит только от количества окрашивающего зубного налета и пропорционально его интенсивности (чем менее белые зубы, тем более активно проходит этот процесс). При этом атомарный кислород расходуется только на отбеливание, не нанося вреда эмали и мягким тканям пародонта.

Перечень испытываемой продукции

Для клинического испытания были представлены 3 зубные пасты серии Lacalut Brilliant White, разработанные и производимые на фармацевтическом предприятии "Dr. Theiss Naturwaren GmbH" (г. Хомбург, Германия):

– зубная паста **Lacalut Brilliant White Menta**;
– зубная паста **Lacalut Brilliant White Classic**;
– зубная паста **Lacalut Brilliant White Sensitive**.

В качестве пасты сравнения была использована зубная паста Lacalut White.

Клинические испытания

Клинические испытания продукции проводились в соответствии с правилами "Качественная клиническая практика" ISO 14155-94, "Методическими указаниями по экспериментальному (фармакологическому) и клиническому испытанию профилактических и лечебных зубных паст" (МЗ СССР, 1983 г.) и в соответствии с современными требованиями, распространяющимися на конкретный вид продукции.

В испытании представленных средств участвовало 60 добровольцев обоего пола в возрасте от 18 до 30 лет, которые дали информированное согласие на участие в клинической апробации исследуемых зубных паст. Из них были сформированы 4 группы по пятнадцать человек в каждой с одинаковым уровнем гигиенических навыков. В трех группах использовались зубные пасты линии Lacalut Brilliant White и в одной группе – зубная паста Lacalut White. Субъекты не являлись студентами стоматологических учебных заведений и не принимали участие ни в каких клинических испытаниях во время проведения данного исследования. Всем участникам исследования была проведена профессиональная гигиена (удаление зубных отложений, над- и поддесневого камня, полировка старых пломб). Чистка зубов с применением исследуемой зубной пасты проводилась два раза в день (утром и вечером) в течение трех минут после первого и последнего приема пищи самостоятельно в домашних условиях.

Испытуемые обследовались в начале, через 7, 21 и 30 дней при одних и тех же условиях и по тем же критериям.

Испытания завершили 52 человека, прошедших полный цикл исследования.

Клинические индексы

В процессе проведения испытания использовались следующие клинические индексы:

1) индекс гигиены полости рта OHI-S (Oral Hygiene

Indices-Simplified) (Green J.C., Vermillion J.K., 1964);

2) индекс зубного налета PI – Plax Index (J. Silness, H. Loe, 1967);

3) индекс гингивита GI (H. Loe, J. Silness, 1963);

4) коммунальный пародонтальный индекс CPI (Community Periodontal Index) (World Health Organization, 1990).

Результаты осмотров заносились в специально разработанную карту "Протокол клинического исследования". Для оценки органолептических и возможных аллергизирующего и местно-раздражающего действий использовалась анкета, которая самостоятельно заполнялась пробантами.

Данные осмотров пробантов из индивидуальных карт подвергались статистической обработке с использованием прикладных программ.

Результаты исследования

Изучение очищающего действия зубных паст

Общепринятым критерием оценки очищающих свойств зубных паст является изменение количества мягкого зубного налета до и после чистки зубов. Для количественной его оценки используются индексы зубного налета Plax Index и упрощенный индекс гигиены OHI-S (табл. 1).

В начале исследования у всех пробантов уровень гигиены полости рта по индексу OHI-S в среднем составил 1,41±0,12, что соответствует удовлетворительному гигиеническому состоянию полости рта. Средняя величина количества зубного налета составила по индексу PI 1,07±0,17.

Динамика значений индексов OHI-S и PI при тридцатидневном применении зубных паст представлена в таблице 1.

В ходе исследования уже к концу первой недели от-

Таблица 1. *Динамика гигиенических индексов при использовании зубных паст Lacalut Brilliant White и Lacalut White*

	Индексы	Величина индекса				Эффективность (%)
		в начале исследования (M±m)	через 7 дней (M±m)	через 21 день (M±m)	через 30 дней (M±m)	
	OHI-S	1,37±0,11	0,80±0,10	0,40±0,06	0,20±0,07	85,4
	OHI-S (ЗН)	1,17±0,15	0,80±0,10	0,40±0,06	0,20±0,07	82,9
	OHI-S (ЗК)	0,20±0,08	0,00	0,00	0,00	100
	PI	1,06±0,14	0,63±0,08	0,41±0,06	0,16±0,08	84,9

	Индексы	Величина индекса				Эффективность (%)
		в начале исследования (M ± m)	через 7 дней (M±m)	через 21 день (M±m)	через 30 дней (M±m)	
	OHI-S	1,43±0,12	0,74±0,07	0,48±0,09	0,24±0,08	83,20
	OHI-S (ЗН)	1,07±0,17	0,74±0,07	0,48±0,09	0,24±0,08	77,50
	OHI-S (ЗК)	0,36±0,10 1,06±0,12	0,00	0,00	0,00	100
	PI		0,75±0,07	0,38±0,10	0,23±0,08	78,30

	Индексы	Величина индекса				Эффективность (%)
		в начале исследования (M±m)	через 7 дней (M±m)	через 21 день (M±m)	через 30 дней (M±m)	
	OHI-S	1,40±0,13	0,90±0,06	0,67±0,07	0,33±0,04	76,40
	OHI-S (ЗН)	1,20±0,12	0,90±0,06	0,67±0,07	0,33±0,04	72,50
	OHI-S (ЗК)	0,20±0,07	0,00	0,00	0,00	100
	PI	1,12±0,12	0,84±0,08	0,54±0,05	0,32±0,04	71,40

	Индексы	Величина индекса				Эффективность (%)
		в начале исследования (M±m)	через 7 дней (M±m)	через 21 день (M±m)	через 30 дней (M±m)	
	OHI-S	1,42±0,15	0,92±0,06	0,42±0,05	0,25±0,04	82,30
	OHI-S (ЗН)	1,14±0,12	0,92±0,06	0,42±0,05	0,25±0,04	78,00
	OHI-S (ЗК)	0,28±0,05	0,00	0,00	0,00	100
	PI	1,02±0,10	0,75±0,07	0,47±0,07	0,19±0,05	81,40

LACALUT

Brilliant White

Принципиально новый подход к БЕЗОПАСНОМУ отбеливанию зубов

С повышенной очищающей способностью для любителей чая, кофе и табака (110 RDA)

При нормальном состоянии зубов (50 RDA)

Для чувствительных зубов (30 RDA)

- Многоуровневое комплексное отбеливающее действие - уникальный комплекс ферментов + очищающие и полирующие эмаль частицы
- Биохимический механизм, обеспечивающий не только безопасность и эффективность отбеливания, но и полноценную защиту полости рта, что выгодно отличает LACALUT Brilliant White от других отбеливающих зубных паст
- Образование перекиси водорода (главного элемента отбеливающих паст) происходит пропорционально интенсивности окрашивания налета
- Для ежедневного применения, в том числе для поддержания белизны эмали после процедур профессионального отбеливания

Зубные пасты для ежедневного применения

www.lacalut.ru

мечалось улучшение гигиенического состояния полости рта во всех группах, что соответствовало хорошему уровню гигиены (при значениях индекса от 0,92±0,06 до 0, 74±0,7).

В дальнейшем прослежено устойчивое снижение индекса гигиены полости рта во всех группах.

Через 30 дней в группе пробантов, где использовалась зубная паста Lacalut Brilliant White Menta, величина индекса OHI-S снизился с 1,37±0,11 до 0,2±0,07 (85,4%). У зубной пасты Lacalut Brilliant White Sensitive эффективность оказалась наименьшей – 76,4%. По сравнению с другими зубными пастами у пробантов этой группы индекс OHI-S снизился с 1,40±0,13 до 0,33±0,04, что также оценивается как хороший уровень гигиены полости рта.

По показателям индекса PI налетоингибирующий эффект был прослежен во всех группах, где использовались зубные пасты Lacalut Brilliant White Menta, Lacalut Brilliant White Classic, Lacalut White (84,9%, 78,3%, 81,4%).

Изучение противовоспалительных свойств зубных паст

Зубные пасты Lacalut Brilliant White обладают выраженным противовоспалительным действием.

В начале исследования средний показатель индекса гингивита GI составил 1,13±0,12, что оценивается как гингивит средней степени тяжести.

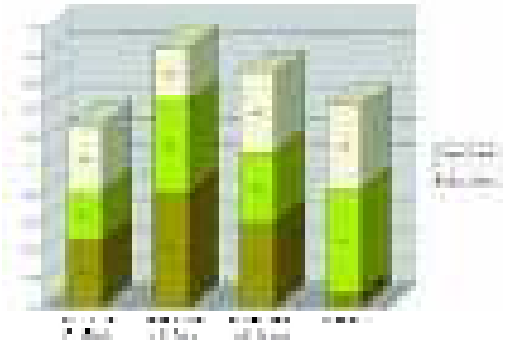


Рис. 1. Динамика прироста индекса гингивита (GI)

При первичном осмотре 43 пробанта (71,7%) отмечали периодически возникающую кровоточивость десны при чистке зубов и употреблении твердой пищи. К концу исследования констатировано позитивное противовоспалительное действие зубных паст у пробантов во всех группах, которое выражалось в уменьшении гиперемии, кровоточивости, отечности тканей пародонта. Причем в группе, где использовалась зубная паста Lacalut Brilliant White Menta показатель был наивысшим и составил 73,9%.

Также наблюдалось значительное снижение воспалительных явлений в пародонте при использовании зубной пасты Lacalut Brilliant White Classic, Lacalut Brilliant White Sensitive, Lacalut White, противовоспалительная эффективность которых составила 69,9%, 66,1%, 65,4% соответственно (рис. 1).

Распространенность заболеваний пародонта по индексу CPI достигала 100%. Количество интактных сегментов варьировало от 0,86±0,08 до 1,00±0,01, с кровоточивостью от – 3,86±0,4 до 4,2±0,2, с зубным камнем – от 0,8±0,1 до 1,4±0,1.

Динамика индекса CPI после использования зубных паст серии Lacalut Brilliant White и Lacalut White указывает на улучшение состояния тканей пародонта.

Количество здоровых секстантов увеличилось в среднем до 5,43±0,5, 5,00±0,5 и 5,50±0,5 соответственно (рис. 2).

Изучение отбеливающих свойств зубных паст

Для оценки отбеливающих свойств зубных паст проводили определение цвета зубов по шкале Vita в области фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей.

Результаты исследования продемонстрировали способность зубных паст Lacalut Brilliant White и Lacalut White не только эффективно удалять с поверхности зу-

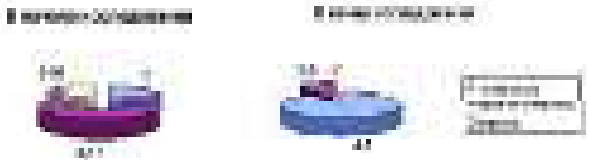
***Рис. 2**. Показатели индекса CPI при использовании отбеливающих зубных паст*

Lacalut Brilliant White Menta

Lacalut Brilliant White Classic

Lacalut Brilliant White Sensitive

Lacalut White



бов окрашенный бактериальный налет (внешнее окрашивание), но и предавать зубам блеск и белизну.

При применении зубной пасты Lacalut Brilliant White Menta отмечалось изменение цвета на 1–2 тона по сравнению с исходным цветом.

Использование зубной пасты Lacalut Brilliant White Classic и Lacalut Brilliant White Sensitive позволило улучшить цвет зубов на 1 тон.

Осветление происходило у большинства пациентов уже к концу первой недели, и эффект сохранялся до конца исследования.

Изучение влияния зубной пасты Lacalut Brilliant White Sensitive на чувствительность зубов

Для исследования в группу были отобраны пробанты с жалобами на повышенную чувствительность зубов, характеризующуюся острой кратковременной болью в ответ на воздействие температурных, химических и механических (тактильных) раздражителей.

При осмотре в начале исследования три участника имели нарушение зубодесневого прикрепления, а два – локальную рецессию десны от 0,5 до 1 мм в области фронтальной группы зубов из-за нарушений в прикусе.

Десенсибилизирующий эффект данной зубной пасты наступает к концу первой недели ее применения дважды в день и возрастает при использовании в течение тридцати дней на 78,6% (11 человек).

Обсуждение результатов проведенного исследования

На российском рынке линия зубных паст Lacalut Brilliant White представлена тремя отбеливающими зубными пастами, различающимися по размеру чистящих частиц:

Lacalut Brilliant White Sensitive (30 RDA, для зубов с повышенной чувствительностью эмали);

Lacalut Brilliant White Classic (50 RDA, для нормальной эмали);

Lacalut Brilliant White Menta (110 RDA, для курильщиков и активных любителей кофе и чая).

Все пасты содержат действенную концентрацию фтора (1390–1410 ppm), предотвращающую развитие кариеса и способствующую снижению повышенной чувствительности зубов.

Согласно результатам клинического исследования зубные пасты серии Lacalut Brilliant White обладают высокой очищающей и противовоспалительной эффективностью.

Активные компоненты зубной пасты (ферментный комплекс в сочетании с фторидами, пирофосфатами и абразивно-полирующими веществами) оказывают синергическое и взаимодополняющее противовоспалительное действие, способствуя снижению кровоточивости десен, нормализации цвета и структуры десны.

Полученные данные свидетельствуют о том, что противовоспалительный эффект паст обусловлен высокой степенью удаления зубного налета.

Зубные пасты Lacalut Brilliant White обладают мягким отбеливающим эффектом. При регулярном использовании эмаль зубов осветляется на 1 – 2 тона по сравнению с исходным цветом, что является хорошим результатом для пациентов, которым противопоказано отбеливание более сильными средствами.

Зубная паста Lacalut Brilliant White Sensitive содержит специальный фтористый компонент (Olaflur, Sodium Fluoride), минерализирующий и укрепляющий зубную эмаль, купирующий болевой синдром при повышенной чувствительности.

По современным представлениям гиперсенситивность является следствием быстрого движения дентинной жидкости в капилляроподобных дентинных канальцах, в результате чего возникает стимуляция окончаний нервов со стороны пульпы. Поэтому для лечения сверхчувствительности зубов используются методы, направленные как на блокировку движения дентинной жидкости, на механическое закрытие дентинных канальцев, так и на уменьшение чувствительности нервных окончаний.

Ионы фтора, связываясь с ионами кальция, находящимися в твердых тканях зуба, образуют нерастворимый фторид кальция, физически закрывающий дентинные канальцы и микропространства в эмали, уменьшая их диаметр и, следовательно, ток жидкости и реакцию на раздражители.

При регулярном использовании зубная паста Lacalut Brilliant White Sensitive обеспечивает устойчивое избавление от внешних раздражителей и создает долговременную защиту, способствует бережному восстановлению естественной белизны зубов, дает ощущение чистоты и свежести.

Выводы и рекомендации

Таким образом, результаты наших исследований дают возможность обосновать необходимость применения зубных паст серии Lacalut Brilliant White в качестве профилактических зубных паст.

Использование зубных паст серии Lacalut Brilliant White следует рекомендовать:

– лицам, страдающим острыми и хроническими воспалительными заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта;

– лицам с кровоточивостью десен;

– при повышенной чувствительности зубов к внешним раздражителям (Lacalut Brilliant White Sensitive);

– для отбеливания зубов в домашних условиях.

Рентгеностоматология

Современная компьютерная томография для стоматологии

Д.В. Рогацкин,
врач-рентгенолог
стоматологического
объединения "ОРТОС",
г. Смоленск

Среди многочисленных революционных событий и переломных моментов в медицине особое место занимает открытие Х-лучей. Благодаря этому открытию врачи получили возможность увидеть то, что раньше было скрыто и недоступно для прижизненного исследования. В настоящее время использование рентгенографии в диагностике всевозможных патологических процессов уже является стандартной и неотъемлемой частью любого комплексного обследования. В полной мере это касается и стоматологии. Первый снимок зубов был сделан уже через год после того как Вильгельм-Конрад Рентген доложил миру о существовании неизвестного ранее излучения. По современным понятиям на том первом снимке мало что можно было разобрать, но тем не менее можно смело говорить о том, что рентгенологический метод обследования используется в стоматологии уже второе столетие.

Были свои "революции" и в зубочелюстной рентгенологии. В 1926 г. Цешинский опубликовал работу, где описал метод изометрической съемки зубов, и с тех пор данный метод стал основным для внутриротовой рентгенографии. В 1926 г. финские специалисты Сойла и Паатеро создали первый ортопантомограф и сейчас наличие ортопантомограммы в амбулаторной карте пациента является неотъемлемым атрибутом стоматологического приема любого профиля.

По мере внедрения в практику разного рода высоких технологий развивались и интраскопические методы исследования в медицине. Настоящий переворот в мировоззрении произвело появление компьютерной томографии (КТ). Первый компьютерный томограф был испытан в 1974 г. Впоследствии его создатели, инженеры Кормак и Хаунсфильд, получили за это изобретение Нобелевскую премию, а компьютерная томография стала одним из самых востребованных методов лучевой диагностики.

В чем же преимущество компьютерной томографии по сравнению с другими методами рентгенодиагностики? Прежде всего в том, что при стандартной рентгенографии или, например, ортопантомографии в итоге получается единое плоскостное и суммационное изображение объекта, а при КТ исследовании полностью сканируется трехмерный объект. Любой обычный снимок делается в реальном режиме времени и в дальнейшем остается статичным плоским изображением. Его можно рассматривать на негатоскопе или в программе визиографа, но посмотреть объект под другим углом или в другой проекции уже невозможно – для этого надо делать новый снимок. В противовес этому восстановленный в памяти компьютера трехмерный реформат представляет собой точную копию всей сканированной области, и уже в отсутствии пациента специалист может изучить любой интересующий его объект под любым углом, с любой стороны, во всех плоскостях и на любой глубине. Если обычная рентгенограмма представляет собой суммационное изображение, при котором все расположенные последовательно детали накладываются друг на друга, то компьютерная томограмма – это срез тканей объекта толщиной от долей миллиметра до нескольких миллиметров, прочерченный произвольно в заданном месте. В процессе проведения рентгенологического обследования с использованием любого метода съемки неизбежно возникает определенное проекционное искажение объекта по величине или конфигурации, что может привести к ошибкам при интерпретации изображения. При компьютерной томографии объект сканируется практически "один к одному", что исключает данный вид искажения в процессе реконструкции трехмерного изображения и получении среза.

Однако не все компьютерные томографы одинаковы и далеко не каждый тип аппарата может быть использован в стоматологии.

Технически каждый компьютерный томограф состоит из трехмерного сканера, аналогово-цифрового преобразователя и компьютера. Стандартный общемедицинский сканер (который собственно обычно и называют компьютерным томографом) представляет собой стол, на котором располагается пациент, и гентри – сканирующее устройство в виде кольца, через которое

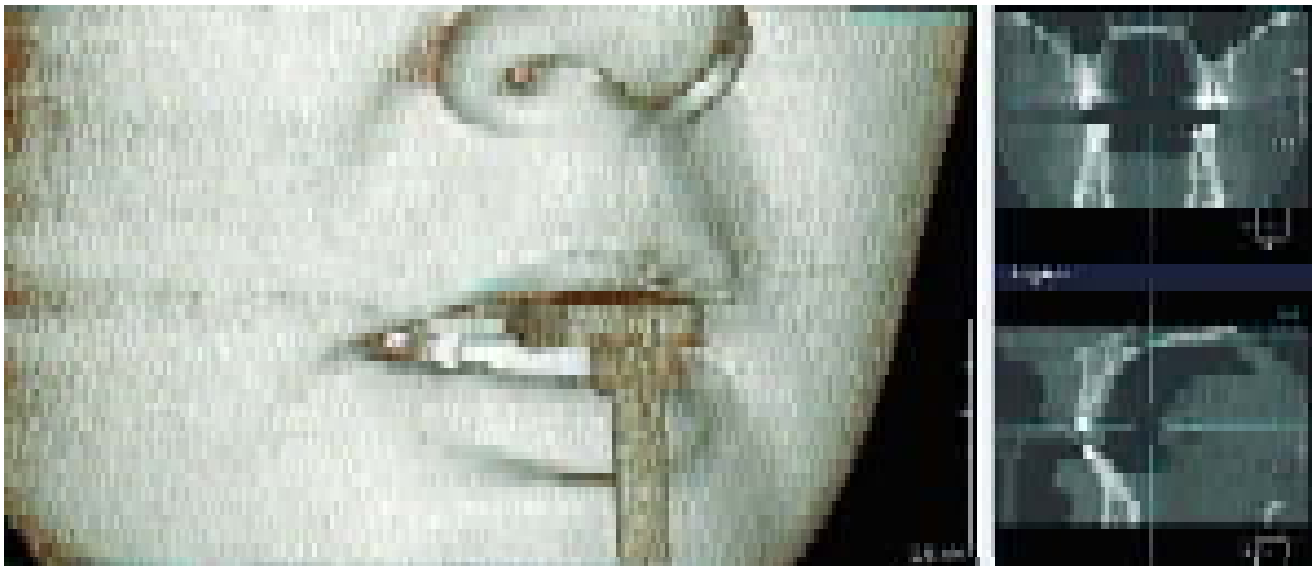
движется стол с пациентом. На внутренней поверхности гентри находится вращающаяся апертура, несущая детекторы и излучатель. Чем меньше площадь одного точечного детектора и чем больше их количество в апертуре, тем выше качество томограммы. Количество детекторов у аппаратов разных поколений и конструкции заметно отличается. Если последовательные томографы третьего поколения имели не более 500 детекторов, то машины четвертого поколения несут в апертуре уже до полутора тысяч детекторов, а самые современные спиральные 5000 и более. При спиральной томографии делается уже не серия сканов на разных уровнях, а один прогон среза по спирали с определенным шагом подачи стола в апертуру. Вершиной развития спиральной томографии стало появление мультиспиральных КТ. В этом случае производится не один спиральный срез, а сразу 4, 16 или больше при размере детектора 0,5 мм (соответственно разрешение – 2 пары линий на мм).

Несмотря на широчайшие диагностические возможности, до недавнего времени компьютерная томография как метод обследования крайне редко применялась в стоматологии. Во многом это было связано с общими не слишком высокими диагностическими запросами стоматологов, достаточно высокой лучевой нагрузкой и качеством изображения недостаточным для нужд терапевтической стоматологии. Однако развитие КТ-технологий шло не только по пути усовершенствования спиральных томографов. В начале XXI века на рынке диагностического оборудования появился принципиально новый компьютерный томограф, предназначенный непосредственно для обследования челюстно-лицевой области.

Принципиальное отличие специализированных стоматологических томографов от последовательных и спиральных КТ заключается, во-первых, в том, что в данном случае для сканирования вместо тысяч точечных детекторов используется один плоскостной сенсор, похожий на сенсор ортопантомографа, и, во-вторых, в том, что генерируемый луч коллимируется в виде конуса. Аппарат не имеет гентри и конструктивно тоже напоминает ортопантомограф – вокруг головы пациента вращается консоль с сенсором и излучателем. Во время съемки излучатель работает непрерывно, а с сенсора несколько раз в секунду считывается информация. То есть, грубо говоря, делается несколько кадров в секунду. Затем информация обрабатывается в компьютере и восстанавливается виртуальная трехмерная модель сканированной области (рис. 1). После этого трехмерный реформат "нарезается" слоями в виде аксиальных срезов определенной толщины, и каждый слой сохраняется в памяти компьютера в виде файла в формате DICOM.

Специализированные челюстно-лицевые томографы рассчитаны на детальное исследование костной ткани и твердых тканей зубов (рис. 2). Мягкие ткани дифференцируются лишь конфигуративно. В то же время благодаря использованию новых технологий лучевая нагрузка при исследовании по сравнению с другими видами КТ снижена в десятки раз. В процессе исследования черепа на последовательном конвенционном томографе пациент получает 1000–1500 мкЗв (микрозивертов), на спиральном – не менее 400 мкЗв. При сканировании челюстно-лицевой области с помощью томографа с плоскостным сенсором лучевая нагрузка составляет, в зависимости от экспозиции, всего 45–60 мкЗв. По нижней границе это соответствует пленочной ортопантомограмме, а по верхней – циф-

***Рис. 1**. Трехмерный реформат сканированной области, исходные фронтальный и профильный срезы*



ровой флюорограмме.

Техническими характеристиками, определяющими качество конечного продукта (томограммы) для стоматологических томографов, являются:

а) разрешающая способность сенсора (чем больше пар линий на мм, тем выше качество исходного изображения);

б) количество считываний информации за общее время сканирования или при одинаковой траектории движения – "кадров в секунду" (чем выше плотность считывания, тем достовернее виртуальная реконструкция);

в) толщина слоя при сохранении файлов в DICOM (чем тоньше слой, тем мельче воксель – визуализируемый элемент объема, являющийся структурной единицей изображения).

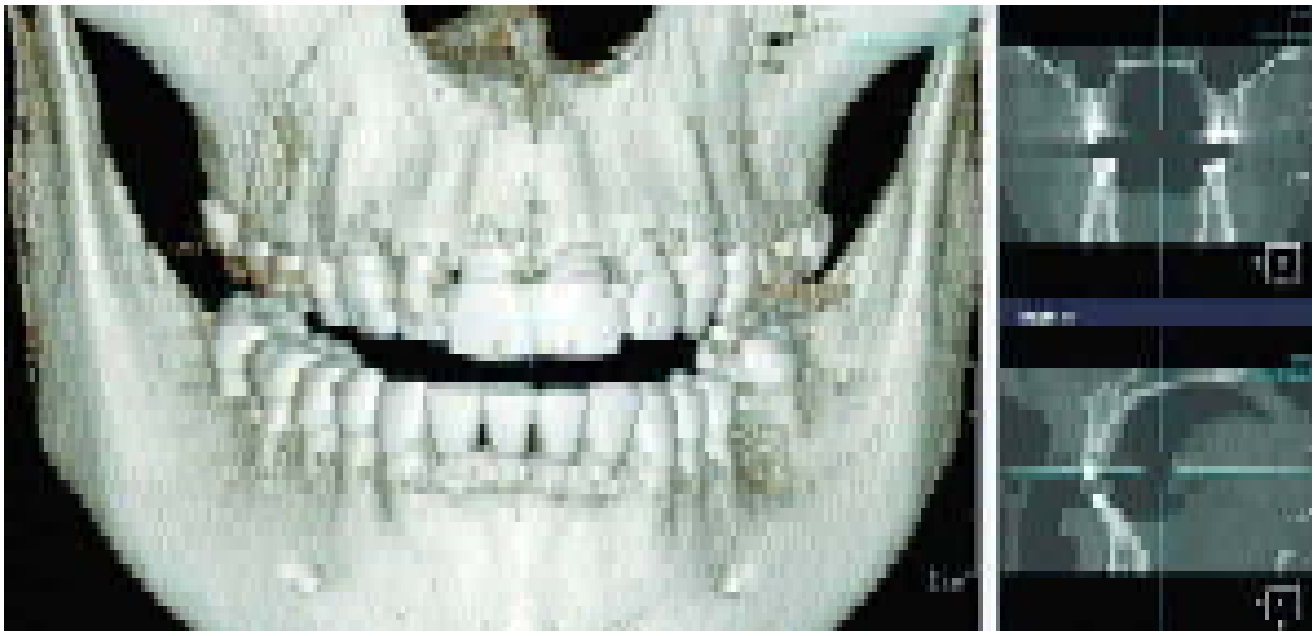
Указанные выше опции обеспечивают качество исходного материала, но для получения максимума необходимой информации кроме этого необходим определенный набор функций и инструментов, предусмотренных программным обеспечением. Чем больше адаптированных к стоматологии опций имеет программа и чем легче к ним доступ, тем удобнее работать с изображением и тем больше необходимой информации получит специалист любого профиля.

Иногда в периодической литературе или рекламных проспектах можно встретить длинное обозначение – "дентальный трехмерный компьютерный томограф". Сразу следует уточнить, что слово "техмерный" логически относится не к томографу, а к томограмме – любая компьютерная томограмма делается на основе трехмерного реформата и другой (не трехмерной) быть не может. Поэтому "трехмерный" здесь просто лишнее слово. Определение "дентальный" в прямом переводе означает "зубной" и тоже должно считаться некорректным, ибо с помощью данной аппаратуры можно исследовать не только зубы, но и височно-нижнечелюстные суставы, все придаточные синусы носа (включая решетчатый лабиринт и клиновидную пазуху), пирамиду височной кости, любые отделы лицевого скелета, а при желании и лучезапястный сустав в полном объеме. Первые томографы такого класса имели очень маленькую матрицу, и область сканирования была размером 3 х 4 см, то есть примерно как пленка для внутриротовой съемки зубов в двухмерном эквиваленте. Поэтому обозначение "дентальный" первое время являлось вполне логичным, однако сейчас современные томографы предназначены для сканирования всей лицевой области и оснащены матрицей гораздо большего размера. Таким образом, полноценным названием аппаратуры данного типа является – челюстно-лицевой или максиллофациальный компьютерный томограф. В зарубежной литературе также встречается сокращенное обозначение – 3D томограф.

В настоящее время компьютерные томографы для стоматологии выпускают 6 зарубежных фирм. На отечественном рынке диагностической аппаратуры чаще всего позиционируются три аппарата – ACCUITOMO фирмы Morita (Япония), PICASSO – Vatech (Южная Корея) и GALILEOS – Sirona (Германия). Конструктивно все три аппарата похожи друг на друга, но имеют целый ряд отличий в технических характеристиках и возможностях программного обеспечения.

С точки зрения технических параметров, о которых

***Рис. 2**. Тот же реформат (рис. 1) с фильтрацией мягких тканей*



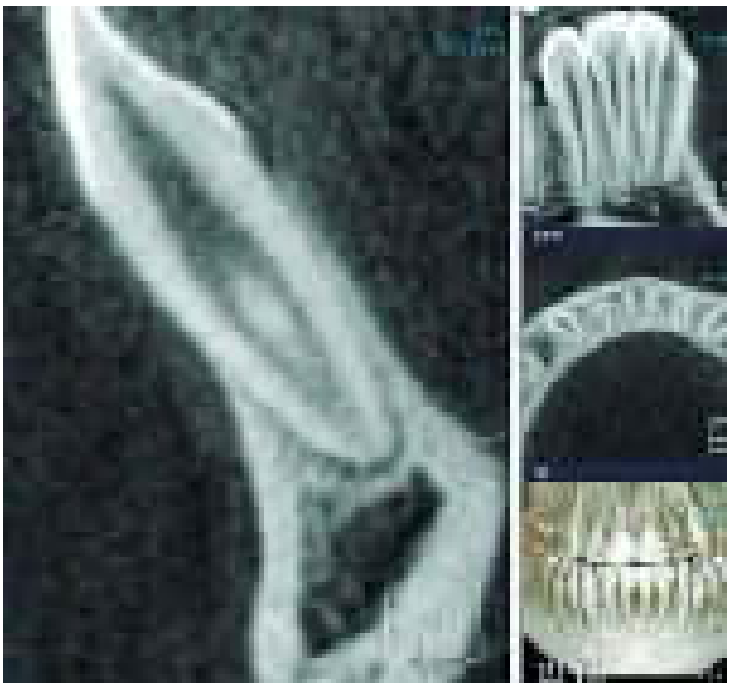
уже упомянуто выше, бесспорным лидером является ACCUITOMO (Morita), однако данный томограф имеет довольно примитивное программное обеспечение, слабо адаптированное к стоматологии – практически стандартный общемедицинский DICOM-прсмотрщик.

Томографы PICASSO и GALILEOS оснащены специализированными стоматологическими программами, однако не являются полностью идентичными. Конструктивно они различаются тем, что у PICASSO, как и у ACCUITOMO (Morita), приемником изображения служит сенсор на основе CMOS матрицы со слоем CsI, которая напрямую воспринимает информацию, а у GALILEOS информация считывается с помощью CCD матрицы, и сигнал воспринимается опосредованно после прохождения через УРИ (усилитель рентгеновского изображения). По техническим характеристикам PICASSO превосходит GALILEOS (разрешение сенсора GALILEOS – 2 пары линий/мм, PICASSO – 2,5 пар линий/мм; размер вокселя сохраненного изображения у GALILEOS – 0,3 мм, у PICASSO – регулируемый размер от 0,125 мм до 0,3 мм, по умолчанию – 0,2 мм; количество кадров в секунду у обоих аппаратов одинаково, однако у GALILEOS траектория движения вокруг объекта 204 градуса и время сканирования 14 сек., а у PICASSO – 360 градусов и 24 сек., следовательно объем первично считанной информации превосходит аналог более чем в полтора раза). Кроме этого, томограф PICASSO выпускается в трех модификациях (PICASSO-Trio, PICASSO-Pro, PICASSO-Master), отличающихся друг от друга габаритами, конфигурацией и набором функций. Более того, каждая модель по желанию может быть оснащена сенсором с различной площадью матрицы – 8 х 7 см, 12 х 7 см, 15 х 13 см и 20 х 15 см. По сути сенсор – самая дорогая деталь в томографе и разница между моделями с разным размером матрицы может быть очень существенной. В то же время для специалистов, занимающихся диагностикой на амбулаторном приеме, есть возможность не переплачивать за излишнюю площадь матрицы. Самым оптимальным в данном случае является сенсор 12 х 7 см. Такой размер, не зависимо от индивидуальных анатомических особенностей, позволяет сканировать нижнюю челюсть (без височно-нижнечелюстного сустава), альвеолярную часть верхней челюсти и нижние отделы гайморовых пазух одномоментно либо все придаточные синусы носа в полном объеме.

Каждая модель томографов PICASSO спосо-

***Рис. 3**. КТ исследование зуба 22: зонограмма области 21, 22 с толщиной слоя 10 мм, соответствующая внутриротовой рентгенограмме зуба; профильная томограмма зуба 22; аксиальная томограмма альвеолярного отростка в области периапикальной деструкции и резцового канала; увеличенный фрагмент 3D реформата – фенестрация кортикальной пластинки в области проекции верхушки корня 22*

***Рис. 4**. Определение топографии корневого канала зуба 42, увеличенный фрагмент профильного среза зуба 42. Начинаясь двумя устьями, канал заканчивается единым апикальным отверстием*



бна работать в режиме "быстрой съемки". В этом случае время сканирования сокращается до 15 сек. Количество считанной информации несколько уменьшается, снижается детализация особо мелких структур рисунка, но заметно уменьшается и лучевая нагрузка. Быстрая съемка удобна для исследования в детской стоматологии и для контроля после операции имплантации.

Особого внимания заслуживает аппарат PICASSO-Trio – это своего рода диагностический "комбайн", с помощью которого можно производить все виды рентгенографии, используемой в стоматологии и не только. Это, безусловно, компьютерная томография, а также телерентгенография и ортпантомография. Один аппарат – три функции. Что же касается внутриротовых рентгенограмм зубов, следует сказать, что диагностический снимок любого зуба может быть выделен из компьютерной томограммы путем обработки соответствующего фрагмента (рис. 3, 4).

Программное обеспечение томографов PICASSO на сегодняшний день можно считать уникальным. В отличие от других программ, где многие действия жестко определены фиксированным алгоритмом или стандартно автоматизированы, EPX-Impla открывает неограниченный простор для творческой мысли.

Современные плоско-сенсорные компьютерные томографы могут использоваться врачами-стоматологами любой специальности (рис. 5–8).

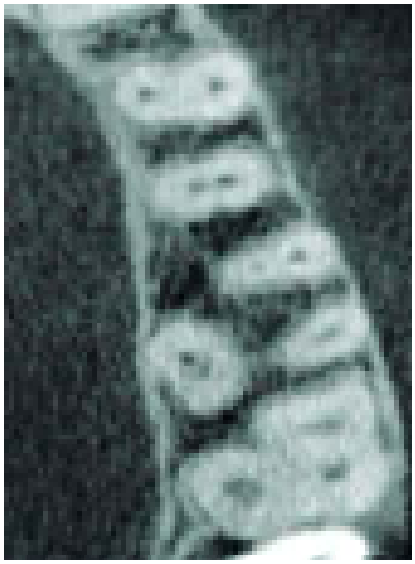


***Рис. 5**. Определение топографии каналов перед эндодонтическим вмешательством по аксиальной томограмме*

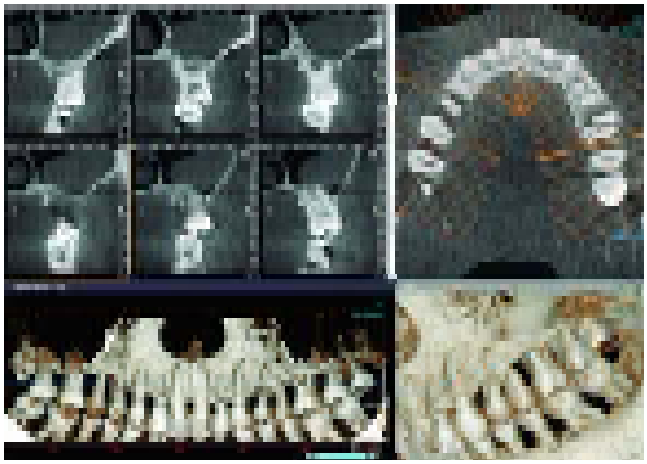


***Рис. 6**. Пародонтологический статус верхней челюсти в панорамной 3D реконструкции, серия профильных томограмм заданной области*

***Рис. 7**. Трехмерный реформат с фильтрацией костной структуры. Определение пространственного положения ретенированных зубов при двусторонней расщелине альвеолярного отростка и твердого неба*

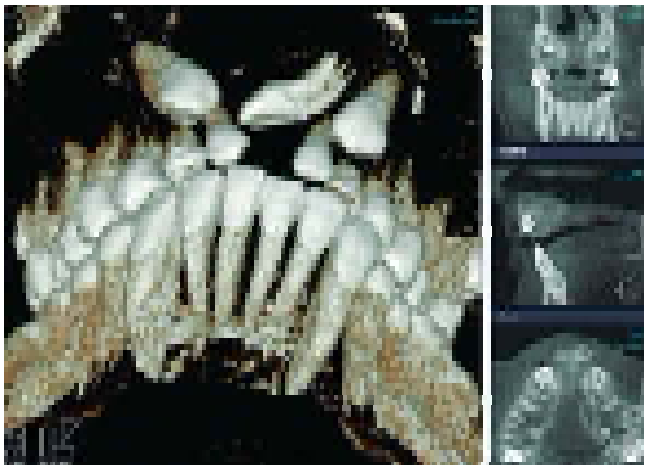
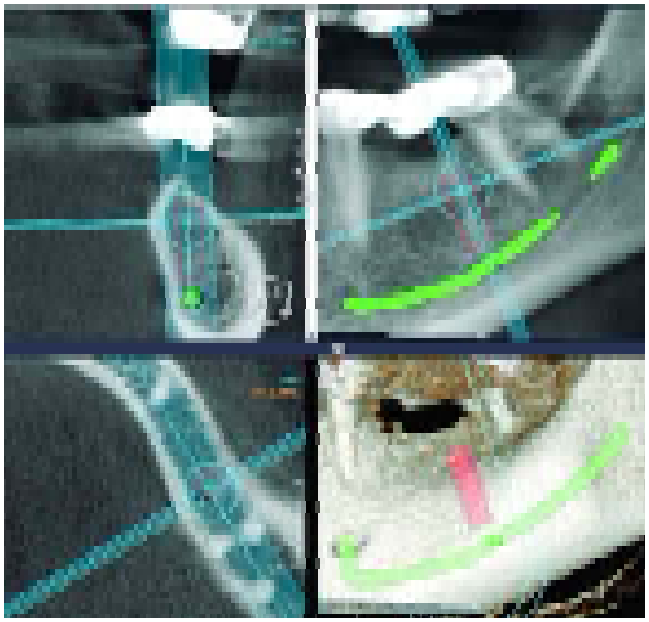


***Рис. 8**. На этапе исследования при планировании операции имплантации*



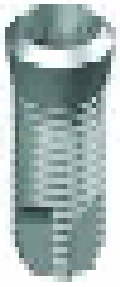
Причины для сотрудничества с Титаниумфикс:

Инновационные решения

Гарантия качества

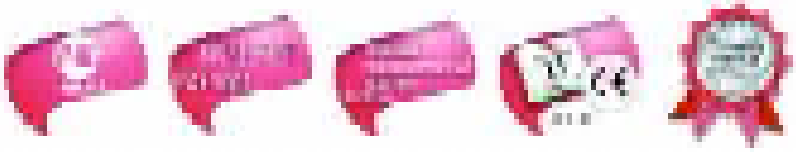
Сервис

Доступность



titanium fix

Dental Implants



Протезирование с элементами

CeraOne System

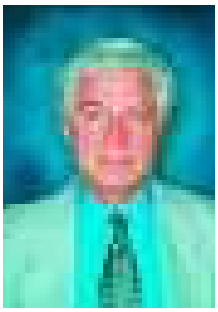
Трансфер

titanium fix

Dental Implants

Психологические аспекты стоматологии

Алгоритм взаимодействия ассистента с пациентами на этапах стоматологического приема



В.В. Бойко, академик БПА, член-корр. Петровской Академии Наук и Искусств, д.пс.н., профессор, зав. кафедрой психологии и медицинской деонтологии СПб ИНСТОМ

Е.А. Зыкина, ассистент кафедры психологии и медицинской деонтологии СПб ИНСТОМ

В современной стоматологии подчеркивается активная роль ассистента в процессе лечения и общения с пациентом. Всеми признается факт: ассистент должен вносить свой вклад в формирование доверия к клинике, продажу услуг, укреплять авторитет доктора. Выполняя свои прямые обязанности, помощник врача параллельно осуществляет несколько функций во взаимодействии с пациентом – релаксирующую, информационную, имидж-образующую, дистрибьюторскую, рекламную, сервисную (культура обслуживания и медицинский сервис).

В данной статье рассматриваются основные этапы взаимодействия ассистента с пациентом на стоматологическом приеме и специально вычленяется релаксирующая функция. Ассистенты должны обратить на нее особое внимание и отслеживать ее выполнение, оценивая свои действия, слова, обращения к врачу и пациенту. При этом следует учитывать, что релаксация пациента достигается разными средствами – вербальными (словесными) и невербальными, эмоциональными и интеллектуальными, а также при помощи мер упреждения.

Этап встречи пациента в холле

А. Релаксирующее невербальное воздействие.

1) Демонстрация радушия, готовности к установлению и поддержанию контактов:

– открытость поз,

– контакт глаз,

– доброжелательная, располагающая улыбка,

– приветливый взгляд,

– вхождение в личностную зону пациента (60–120 см),

– остановиться напротив, носки ног вместе и направлены в сторону партнера.

Комментарий. Вхождение в личностную зону пациента передает ему сигнал: "Я являюсь твоим другом". С этого момента начинают выстраиваться доверительные отношения. Однако следует учитывать, что у "закрытого" и "высокомерного" пациента, по всей вероятности, происходит "сокращение" дистанции – "личностная" зона ощущается как "интимная". Вхождение в "интимную" зону будет восприниматься с нежеланием, даже может спровоцировать защитную реакцию. Например, в метро, в толкучке, именно пресечение "интимных" зон вызывает конфликтные ситуации, участниками которых становятся личности с определенным характером.

В то же время если приглашение происходит издалека (публичная зона общения), есть вероятность, что пациент не расслышит слова ассистента и воспримет ситуацию как сигнал отчуждения и невежливости.

2) Мягкая экспрессия (выход энергии эмоций во вне):

– приятное звучание голоса, плавные интонационные переходы при смене эмоциональных состояний;

– успокаивающий, приветливый взгляд;

– плавные жесты среднего и малого круга;

– легкая, мягкая улыбка.

Комментарий. Мягкая экспрессия обеспечивает поток "положительной" энергии, направленной на партнера по взаимодействию, тогда как жесткая экспрессия отталкивает и препятствует формированию контактов посредством обмена чувствами. Неопределенная, "вязкая", невыразительная экспрессия не передает дружеское расположение и напрягает партнера. Ему приходится дополнительно "расшифровывать" отношение к себе: то ли ему рады, то ли нет, хотят его расположить к общению или не хотят.

Примечание. Если кто-либо сопровождает пациента и хочет присутствовать на консультации (приеме), ассистент должен представиться сопровождающему лицу и позаботиться о том, чтобы в кабинете был дополнительный стул. Далее врач должен выяснить у пациента, согласен ли он, чтобы на приеме присутствовал сопровождающий человек. Об этом необходимо спросить, пояснив, что вопрос задан в связи с сохранением врачебной тайны.

Б. Релаксирующее вербальное воздействие:

– приветствовать пациента по имени-отчеству с учетом времени суток: "Доброе утро (день, вечер), И.О.";

– представиться, назвав себя по имени: "Я ассистент врача ... (И.О.). Меня зовут...";

– предложить пройти в кабинет: "Позвольте проводить Вас в кабинет" или "Прошу Вас пройти со мной в кабинет".

Комментарий. Приветствие пациента по имени и отчеству (ассистент интересуется его инициалами заранее) и с учетом времени суток показывает высокий уровень культуры общения. Привычное "здравствуйте" – формально и свидетельствует о конвейерном стиле взаимодействия. Слова "позвольте", "прошу вас" также говорят о хороших манерах того, кто их произносит.

В. Действия упредительного характера:

– предоставить пациенту время собрать вещи, привести себя в порядок (в обоснованном случае).

Комментарий. Нередки случаи, когда ассистент, сказав слова приветствия, тут же направляется к кабинету, не обращая внимание на то, что пациент "замешкался". Например, не успел положить в дипломат книгу, очки, договорить по мобильнику, допить кофе. Создается впечатление спешки, пациента как бы подгоняют: "Давай, давай, у нас нет времени на сборы". Уровень сервиса снижается.

Этап сопровождения в кабинет

А. Действия упредительного характера:

– идти на шаг впереди пациента, фиксируя взглядом его передвижение;

– направлять пациента жестом в момент прохождения по коридору;

– указать место расположения кабинета (словесно или жестом);

– открыть дверь кабинета, пропустив пациента вперед.

Комментарий. Сопровождая пациента в кабинет, нельзя спешить, забегать вперед, открывать дверь в кабинет и стоять в ожидающей позе, как бы говорящей: "Поторапливайся!". Это очень невежливо. Двигаясь в умеренном темпе, ассистент создает условия для обмена информацией.

Б. Релаксирующее вербальное воздействие:

– поинтересоваться самочувствием, настроением;

– спросить об ощущениях после предыдущего лечения (в оправданном случае);

– успокоить, подбодрить, если пациент волнуется: "У нас нет оснований для беспокойства. Лечение пройдет нормально";

– спросить о настроенности на предстоящее лечение;

– вспомнить значимые моменты из прошлого общения (если оно имело место);

– спросить о важном для пациента, исходя из информации о нем (фиксируется заранее в "Сервисной карте");

– открывая дверь кабинета, пригласить войти со словами: "И.О., проходите, пожалуйста, в кабинет".

Комментарий. На этапе сопровождения в кабинет ассистентка старается произвести благоприятное впечатление на пациента. Если ей это удалось, формируется основа для доверия. Оно выражается в вопросах, касающихся предстоящего приема. Если же предварительное впечатление нейтральное или неблагоприятное, пациент может воспринять ассистента просто как сопровождающего. Например, был такой случай: ассистентка, очевидно, нерадушно встретив пациента, была очень удивлена, когда пациент зашел в кабинет и закрыл за собой дверь прямо перед ее лицом.

Доверие начинается в коридоре. Вот как об этом рассуждает опытная ассистентка из США Анджела М. Мун, CDA: "На практике чаще всего первым, с кем пациент знакомится перед началом лечения, является ассистент. Пока они идут вместе от администратора до кабинета, пациенты оценивают, насколько им будет комфортно в данной новой ситуации. Перед приемом ассистент должен создать располагающую обстановку пациенту. Можно завести небольшую беседу, перейти затем к обсуждению истории болезни или на любую другую тему, что позволит ему лучше узнать стоматолога".

Любой пациент нуждается в непринужденном обсуждении всех деталей лечения, и это открывает к нему "доступ" для ассистента.

С того момента, когда пациент входит в кабинет, рассуждает далее Анджела, ассистент должен стать для него "новым лучшим другом". Пациент ощущает внимание к себе со стороны ассистента и его готовность выполнить любое указание стоматолога. Когда контакты между ассистентом и пациентом установлены, ассистент должен их углублять и способствовать формированию доверия между пациентом и стоматологом. Для достижения максимального успеха ассистент показывает понимание стоматолога и уважение к нему.

Примечание. На этапах встречи и сопровождения в кабинет ассистент приступает к психодиагностике личности пациента:

– составляет предварительное впечатление о некоторых его особенностях;

– намечает тактику взаимодействия на последующих этапах общения.

За счет правильно выбранной тактики взаимодействия в дальнейшем можно смягчить или устранить психологический дискомфорт, который может переживать пациент.

На этапе встречи и сопровождения в кабинет экспресс-диагностика позволяет выявить (весьма надежно) личностные особенности пациентов:

– открытый–закрытый;
– уравновешенный–неуравновешенный;
– уверенный в себе–робкий, застенчивый;
– естественный–демонстративный, нарочитый;
– скромный–притязательный.

Этап освоения пациентом обстановки лечения

А. Действия упредительного характера:

– предложить пациенту оставить вещи на специально приготовленный стул: "И.О., свою сумку (портфель) Вы можете оставить на этом стуле" (зафиксировать жестом);

– предложить повесить пиджак (жакет) на спинку стула: "И.О., чтобы Ваш пиджак не измялся в кресле во время лечения, его можно оставить здесь, на спинке стула" (зафиксировать жестом).

Комментарий. Никогда не говорите так: "Свои вещи вы можете положить … повесить …". Слово "вещи" – неуместное, оно "казенное", "холодное". Называйте конкретно, что вы имеете ввиду: дипломат, сумочку, кофту и т.п.

Далее следует:

– попросить пациента перейти в стоматологическое кресло: "И.О., пожалуйста, можно перейти в кресло";

– осуществить контроль за передвижениями пациента:

– освободить проход к креслу,

– поднять или опустить кресло соответственно росту пациента,

– отследить взглядом или жестом посадку в кресло,

– помочь устроиться в кресле (правильно сесть), сказав: "Располагайтесь удобнее, не спешите",

– предоставить паузу для освоения, присматриваясь к поведению пациента.

Комментарий. Бывает, пациенты, войдя в кабинет, теряются и совершают чудеса "акробатики", усаживаясь в стоматологическое кресло. Например, садятся на край с ножного конца и начинают движение к спинке кресла или садятся полулежа. Был случай, когда пожилая женщина встала в кресле на колени, а подбородок положила на подголовник. Чтобы не допустить неловкую ситуацию, ассистенту надо находиться рядом и отслеживать посадку пациента в кресло.

Некоторые пациенты в первые мгновения в кабинете ведут себя вызывающе. Ассистентка показывает рукой и говорит: "Пиджак можно повесить сюда". Один господин с раздражением парировал: "Я что, сам не вижу?!" Ассистенту теряться не надо; можно сказать: "У нас принято помогать пациентам ориентироваться в обстановке кабинета, проявлять внимание".

Б. Релаксирующее вербальное воздействие:

если врач еще не подошел в кабинет:

– подчеркнуть своё уважение к личности пациента: "И.О., извините, пожалуйста, что Вам приходится ждать";

– пояснить причину задержки доктора и успокоить пациента: "И.О., не волнуйтесь, ***(И.О. врача) знает, что Вы в кабинете и сейчас подойдет. А мы с Вами пока приготовимся к лечению".

Комментарий. Если врач задерживается, то, пользуясь моментом, можно осуществить следующее:

1. Расположить пациента к личности врача. Например, пояснить: "И.О. (врача) задержался(ась) с предыдущим пациентом у стойки администратора. Его случай требует безотлагательного вмешательства".

2. Продемонстрировать на мониторе компьютера снимки работ, выполненные врачом (реставрации, вкладки, коронки). Например, сказать: "Взгляните, пожалуйста, насколько эстетично выполнены эти работы. Мы с доктором сделаем всё возможное и в Вашем случае".

3. Рассказать о надежности предстоящего обезболивания (если заметно беспокойство пациента): "И.О., у нас используются анестетики последнего поколения, они очень эффективны и в то же время малотоксичные. Больной зуб полностью "выключается". Обычно пациенты его абсолютно не чувствуют во время обработки. Нередко бывает, что пациенты засыпают в кресле во время лечения".

4. Рассказать о мерах безопасности лечения.

5. Информировать о новых материалах, средствах диагностики, технологиях, которые вероятно будут использованы в процессе лечения данного пациента.

Окончание – в № 2'2008

XIII Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов

Кафедра челюстно-лицевой хирургии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования проводит 20–22 мая 2008 г. XIII Международную конференцию челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.

Тематика конференции: обезболивание в стоматологии; профилактика стоматологических заболеваний; эндодонтия; пародонтология; имплантология; воспалительные заболевания челюстно-лицевой области; травматология; восстановительная хирургия челюстно-лицевой области; челюстно-лицевая хирургия; новое в стоматологии.

Оргкомитет конференции:

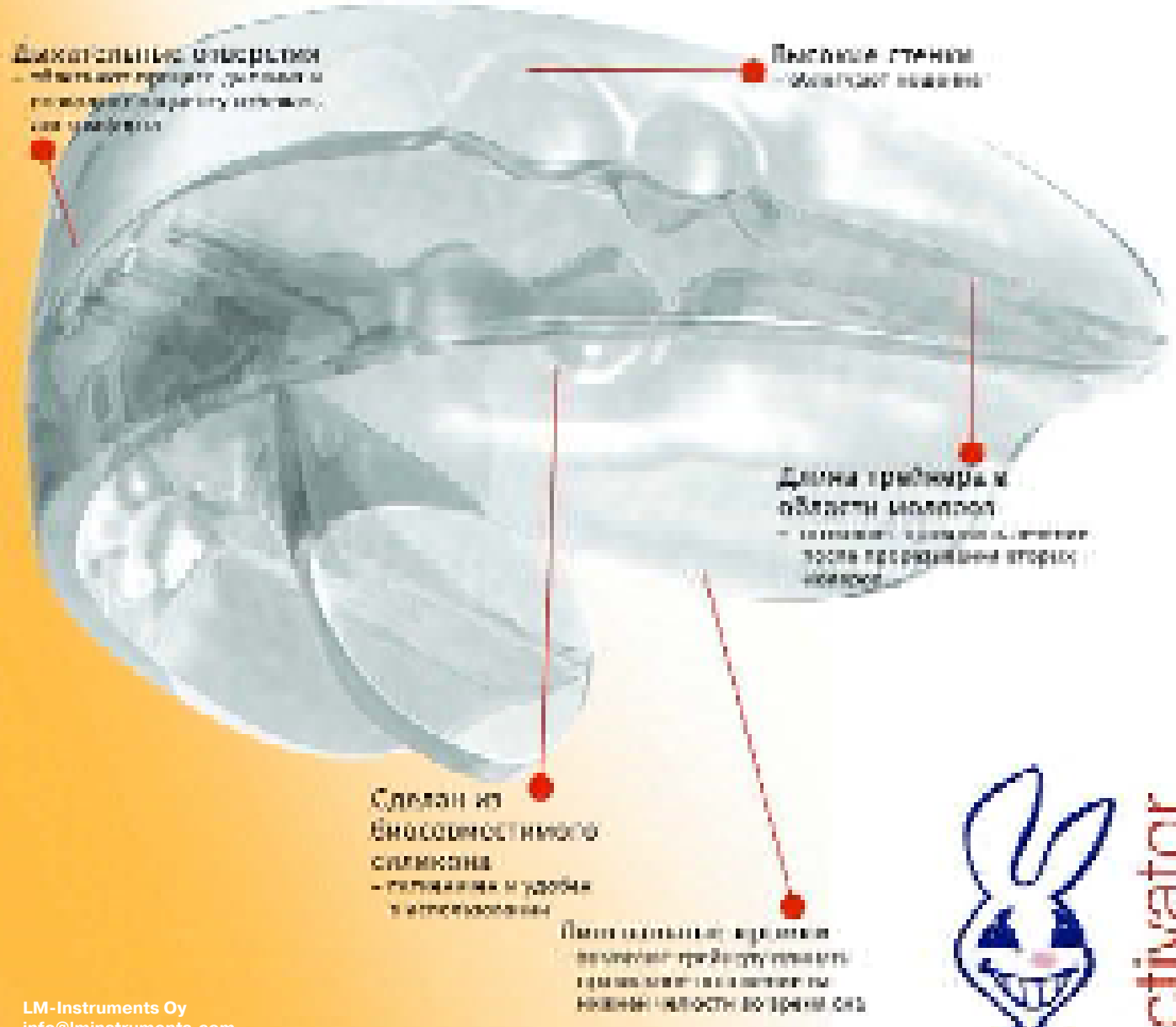
193015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41, МАПО, Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Тел. (812) 273-88-69, 736-82-83, 337-50-08. Факс: (812) 273-88-69, (812) 337-50-08. Артюшенко Наталья Константиновна +7-921-573-26-99. Шаронов Игорь Витальевич: E-mail:spb-mfs@yandex.ru http://spb-mfs.narod.ru

LM-instruments

LMActivator

Эффективный и экономичный
метод раннего ортодонтического
вмешательства.

- простота использования
- сокращение времени лечения
- снижение стоимости ортодонтического лечения



LM-Instruments Oy
info@lminstruments.com
www.lminstruments.com

РАУДЕНТАЛЛ
Санкт-Петербург, ул. Большая Московская, 6, офис 47
Тел.: (812) 710-88-51, 710-88-52
Тел./факс: (812) 710-88-60
info@raudentall.ru
www.raudentall.ru

ОРТОДОНТ-ЭЛИТ
Москва, ул. Усачева, д. 19а, корп. 2, офис 4
Продажа ортодонтической продукции
Тел./факс (495) 972-53-88, (495) 245-62-68, (915) 082-76-73
info@o-elit.ru
www.o-elit.ru

Гигиена полости рта

Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний у детей школьного возраста

Л.П. Кисельникова,
Е.Н. Таболова,
М.В. Мирошкина
МГМСУ, кафедра детской терапевтической стоматологии

Среди всех стоматологических заболеваний у детей доминирующими являются, так же как и у взрослых, кариес и заболевания пародонта.

Именно в детском возрасте, в период прорезывания зубов, созревания твердых тканей, происходит их основное поражение кариозным процессом (Т.Ф. Виноградова, 1984; Л.П. Кисельникова, 1996). К 18 годам среднее значение интенсивности кариеса постоянных зубов по индексу КПУ составляет 5,57 при распространенности 98 % (З.М. Каплан, 2007)

В детском возрасте в основном преобладают воспалительные заболевания пародонта (гингивит, пародонтит). В дошкольном возрасте риск развития данной патологии относительно низок. Первые признаки заболеваний пародонта у детей появляются в основном к 7-8 годам, далее патология быстро прогрессирует. Среди выпускников школ здоровый пародонт встречается лишь в 5-15 % случаев (А.И. Грудянов, 1998; Т.Б. Проскакова, 1996), к 16-17 годам распространенность пародонтита достигает уже 4-6 %, однако основной формой поражения пародонта у подростков остается гингивит (в основном катаральный).

Основным этиологическим фактором кариеса и заболеваний пародонта являются специфические микроорганизмы зубного налета (биопленки) (В.К. Леонтьев, 1990; Per Axelsson, 2000).

Нередко в клинической практике мы встречаемся с ситуациями подобными изображенной на рис 1. Здесь представлена клиника активного течения кариозного процесса с выраженной очаговой деминерализацией эмали быстропрогрессирующей формы. Наряду с этим у подростка отмечается и хронический генерализованный катаральный гингивит. Мы можем предположить наличие в полости рта большого количества кариесогенной и пародонтопатогенной микрофлоры. Пусковым механизмом является плохое гигиеническое состояние полости рта. Таким образом, один и тот же фактор (микробный) является причиной развития как кариеса, так и воспаления в пародонте. Причем, где налет или биопленка скапливаются в больших количествах, там и воспаление, и кариес протекают более интенсивно (А.И. Грудянов, 1996; В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов, 2006). Следовательно, базовым методом, который позволяет одновременно предупредить, либо резко снизить клинические проявления этих двух процессов, является гигиена полости рта. Регулярное полноценное удаление микроорганизмов содержащихся в зубном налете не только эффективно для предупреждения воспаления в десне и поражений твердых тканей зубов, но и способно обеспечивать обратное развитие этих заболеваний на ранней стадии: при гингивите и очаговой деминерализации эмали. С этой целью и должна проводиться регулярная индивидуальная и периодически профессиональная гигиена полости рта. Обязательным компонентом любых профилактических мероприятий является обучение гигиене полости рта (Э.М. Кузьмина, 2003; P.A. Euba, 2006). С целью определения уровня стоматологических знаний нами было проведено анкетирование 90 школьников г. Москвы (7, 12 и 15-17 лет, по 30 человек в каждой группе). Данные анкетирования представлены в таблице 1. Гигиену полости рта 2 раза в день проводят лишь 36% опрошенных детей в возрасте 7 лет, 42% в возрасте 12 лет и 78 % в возрасте 15-17 лет. Индекс гигиены (OHI-S) в обследуемых группах составил 1,36 у 7-летних детей, 2,35 и 1,85 соответственно в 12 и 15-17 лет, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта. Проведенный анализ результатов анкетирования позволил установить, что в исследуемых группах, несмотря на регулярное посещение стоматолога, дети нерегулярно чистят зубы (особенно младшие

***Рис. 1**. Множественный кариес, очаговая деминерализация эмали, генерализованный катаральный гингивит у подростка 15 лет*

школьники) и имеют удовлетворительное состояние гигиены, что говорит о необходимости повышения мотивации и улучшения навыков гигиены полости рта среди детей школьного возраста.

Школьный возраст отличается высоким риском развития основных стоматологических заболеваний (кариес и воспалительные заболевания пародонта). Однако именно в этом возрасте (с 6 и до 18 лет) наиболее эффективны все профилактические мероприятия. Арсенал гигиенических средств и методов для детей школьного возраста широкий, так же как и у взрослых:

– фторидсодержащая зубная паста;
– противовоспалительная зубная паста;
– зубная щетка (мануальная и электрическая);
– зубная нить (флоссы);
– ополаскиватели;
– жевательная резинка;
– гигиенический центр (ирригатор).

Фторидсодержащие зубные пасты

Основной патогенетический фактор развития кариеса в детском возрасте – гипоминерализация твердых тканей вследствие незавершенной минерализации эмали (Л.П. Кисельникова, 1996). Чрезвычайно важно использовать в качестве гигиенических средств в этот период качественные, высокоэффективные зубные пасты. Введение фторидов в состав зубных паст позволяет значительно повысить резистентность зубов к кариесу (S.M. Levy, 1993; О.Г. Авраамова, 2005).

Зубная паста «Blend-a-med pro mineral action» (компания «Procter&Gamble»).

«Blend-a-med pro mineral action» содержит противокариозный компонент фторид натрия (1450 ppm фторида) в составе высокосовместимой абразивной системы на основе гидратированного кремния - Pro-Mineral Complex.

Высокая профилактическая эффективность зубной пасты Blend-a-med (Procter&Gamble) доказана широкомасштабным исследованием, проводимым в нашей стране в течение 12 лет, организованным Стоматологической Ассоциацией России.

В процессе реализации программы был накоплен большой опыт по использованию фторидсодержащих зубных паст в детских организованных коллективах (школах) с целью повышения эффективности профилактики кариеса. За 2,5 года после регулярного использования фторидсодержащей зубной пасты Blend-a-med детьми 9-10 лет редукция кариеса на постоянных зубах составила 57% (О.Г. Авраамова, 2005). Была также доказана высокая реминерализующая активность фторидсодержащих зубных паст особенно в деминерализованных участках эмали.

Исследованиями В.К. Леонтьева, О.Г. Авраамовой, Т.Н. Жоровой (2005) доказано положительное влияние профилактического действия фторидсодержащих зубных паст «Blend-a-med» (по сравнению с гигиенической, не содержащей фториды пастой) на процессы созревания эмали и редукцию фиссурного кариеса первых постоянных моляров у детей 6-7 летнего возраста (рис. 2).

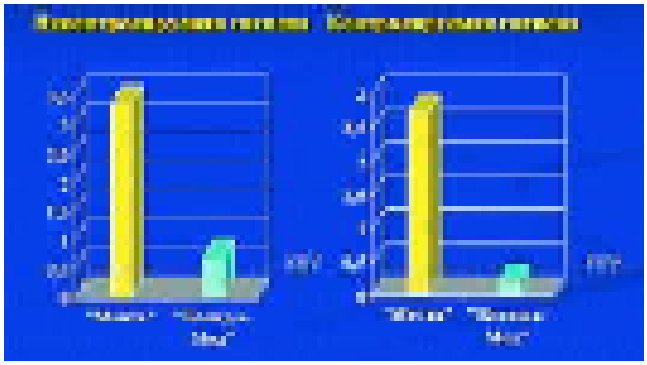
Редукция фиссурного кариеса к году после прорезывания моляров в группе детей с контролируемой ги-

***Таблица 1**. Результаты анкетирования школьников с целью определения уровня стоматологических знаний*

[illegible]	Частота употребления углеводов				Частота проведения гигиены полости рта				Кто научил чистить зубы			Полоскание рта после приема пищи		Частота посещения стоматолога		[illegible]
	[illegible]				[illegible]				[illegible]							
7	0	3	32,3	64,7	36,1	49,9	14	0	100	0	0	85,4	14,6	64,2	35,8	1,36
12	0	25	35,7	39,3	42,8	35,8	21,4	0	78,5	14,2	0	35,7	64,3	57,2	42,8	2,35
15-17	0	7,1	10,7	82,2	78,5	21,5	0	0	67,8	25	0	60,7	39,3	75	25	1,85

гиеной составила 99,3%. В группе детей с неконтролируемой гигиеной результаты несколько ниже – 79,9%. Данное исследование показывает, что профилактика фиссурного кариеса с помощью фторидсодержащих зубных паст наиболее эффективна с момента прорезывания зубов и в режиме контролируемой чистки.

***Рис. 2**. Исследование влияния профилактического действия зубных паст на процессы созревания эмали и редукцию фиссурного кариеса*



Противовоспалительные зубные пасты и ополаскиватели

Детям школьного возраста с воспалительными заболеваниями пародонта и активным течением кариеса в комплекс профилактических мероприятий целесообразно включать противомикробную терапию.

В качестве противомикробной терапии часто используют полоскания полости рта раствором 0,1% хлоргексидина. Курс лечения составляет 2 недели, полоскание проводится дважды в день. Эта процедура осуществляется по назначению врача-стоматолога не чаще одного раза в полгода. Некоторые ополаскиватели для полости рта можно использовать в качестве противовоспалительного и противокариозного средства.

С этими целями можно применять и *ополаскиватель Oral-B*, содержащий антисептик цитилпиридинхлорид и 0,05% фторид натрия. Его можно рекомендовать к применению школьникам с воспалительными заболеваниями пародонта, очаговой деминерализацией эмали. Как и любое другое средство гигиены, содержащее в своем составе антисептики, его целесообразно применять ограниченное время (2-3 недели).

Весьма перспективно использовать в качестве противомикробного средства и противовоспалительные зубные пасты. Большинство современных противовоспалительных зубных паст имеет в своем составе антисептик триклозан. Триклозан – антибактериальный препарат (антисептик) широкого спектра действия, обладающий высокой антибактериальной активностью.

Зубная паста Blend-a-med Complete «Procter&Gamble».

Зубная паста Blend-a-med Complete, содержащая фториды, триклозан, пирофосфат, обладает противомикробным, противовоспалительным, противотартарным, противокариозным и противогалитозным действием.

Blend-a-med Complete рекомендуется использовать в качестве индивидуального средства гигиены детям с 6 лет и подросткам с воспалительными заболеваниями пародонта, с активным течением кариеса (рис. 3).

Интересные исследования (рис. 4) были проведены с целью изучения эффективности влияния зубной пасты многофункционального действия «Blend-a-med Complete» на состояние тканей пародонта у детей 12-15 лет (А.М. Хамадеева, 2005).

***Рис. 3**. Плохое состояние гигиены полости рта, генерализованный катаральный гингивит у подростка 15 лет*

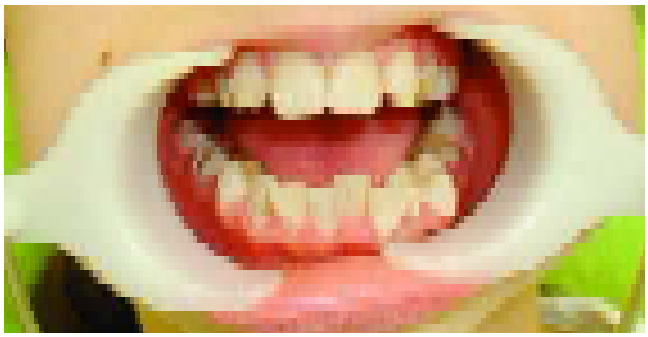
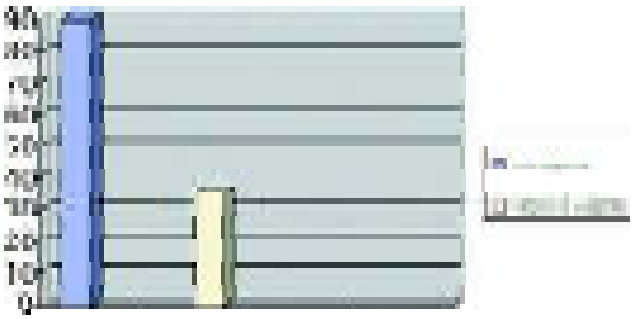


***Рис. 4**. Динамика распространенности воспалительных заболеваний пародонта по индексу CPI при использовании зубной пасты «Blend-a-med Complite»*



При исходном обследовании было выявлено, что распространенность заболеваний пародонта у детей 12-15 летнего возраста чрезвычайно высока по индексу CPI – 90%. Из нозологических форм преобладал катаральный гингивит. За 6 недель применения пасты многофункционального действия «Blend-a-med Complete» в рамках контролируемой гигиены отмечалось значительное снижение распространенности заболеваний пародонта – до 35%. В целом, за 6 недель исследования количество здоровых секстантов увеличилось на 72%.

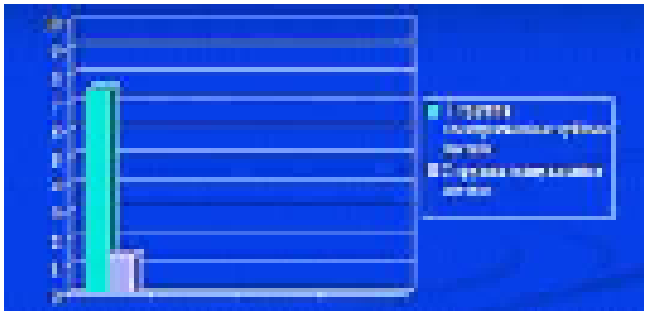
Данное исследование убедительно доказывает, что в лечении воспалительных заболеваний пародонта (катаральный гингивит) у детей среднего и старшего воз-

раста ведущую роль играет контролируемая гигиена с применением зубных паст противомикробного действия.

Детская электрическая зубная щетка Oral-B Stages Power

Высокую эффективность применения у детей электрических зубных щеток по сравнению с мануальными убедительно показало исследование А.М. Хамадеевой и соавт., 2002. Они проводили изучение эффективности очищения зубов детьми в возрасте 6-8 лет с использованием электрических Oral-B Advance Power Kids и мануальных зубных щеток. Как следует из представленных данных (рис. 5), кратность снижения показателей гигиенических индексов в группе детей, применявших электрические зубные щетки, в 7,5 раз выше по сравнению с группой детей, применявших мануальные зубные щетки.

***Рис. 5**. Сравнение кратности снижения суммарного рис - ка развития основных стоматологических заболеваний у детей по данным гигиенических индексов при использо - вании электрических и мануальных зубных щеток*



Данное исследование наглядно демонстрирует, что даже в течение 1 месяца можно добиться у детей повышения мотивации к гигиене полости рта с использованием привлекательной гигиенической игрушки – электрической зубной щетки.

Использование электрических зубных щеток в сочетании с зубной пастой «Blend-a-med» является эффективным средством первичной профилактики основных стоматологических заболеваний у детей. Электрическая зубная щетка должна быть рекомендована стоматологами к обязательному использованию детьми с высоким риском стоматологических заболеваний (K. Stoltze, L. Bay, 1994). Электрические зубные щетки также показаны детям с ограниченными физическими возможностями: церебральный паралич, плохо видящие, с расщелинами губы и неба (K. Hellstadiens, 1993).

Зубные нити (флоссы)

Начиная с 7 лет необходимо вводить в индивидуальную гигиену использование флоссов (рис. 6). Особенно это показано детям с высоким риском кариеса, со скученным положением зубов, а также находящимся на ортодонтическом лечении с использованием несъемной ортодонтической техники. В этих случаях применение зубных нитей является обязательным дополнением к чистке зубов, обеспечивающим удаление налета с труднодоступных поверхностей зубов.

Компания Oral-B представляет большой ассорти-

***Рис. 6**. Демонстрация методики использования флосса*

мент уникальных зубных флоссов:

– Satinfloss,
– Satin tape – зубная лента,
– Essentialfloss,
– Superfloss.

Superfloss – имеет три узкоспециализированных компонента: жесткий кончик, губчатая нить и обычная нить, обеспечивающих максимальные преимущества чистки флоссом (рис.7). Жесткий кончик помогает вводить нить под промежуточную часть мостовидных протезов и ортодонтических конструкций (рис. 8). Губчатая нить очищает вокруг конструкций и в широких промежутках между зубами. Обычная нить удаляет налет под линией десен.

В линейке гигиенических средств компании Oral-B

***Рис. 7**. Superfloss Oral-B*

***Рис. 8**. Применение суперфлосса у пациента с несъемной ортодонтической техникой*

представлен и ***гигиенический центр*** – *ирригатор Braun Oral-B Oxy Jet 3D*.

Применение гигиенического центра особенно показано школьникам с зубочелюстными аномалиями, ортодонтическими конструкциями, ретейнерами (J.G. Burch et al., 1994).

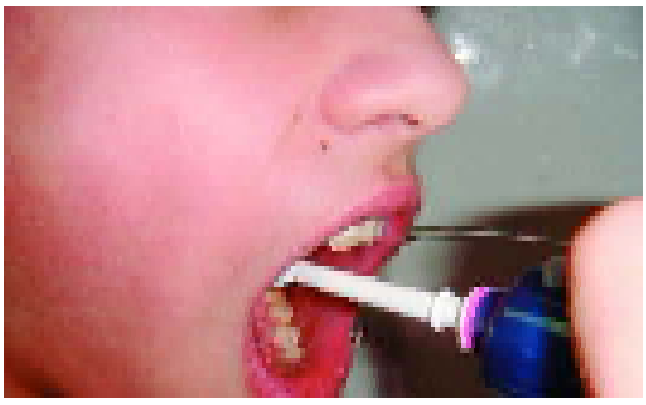
Гииенический центр состоит из электрической зубной щетки Braun Oral-B 3D и ирригатора Braun Oral-B Oxy Jet.

Электрическая зубная щетка совершает не только возвратно-вращательные движения, но и мягкие пульсирующие движения, что способствует более полному очищению с объемным (3D) эффектом. Ирригатор смешивает воздух и воду с созданием микропузырьков. Эти пузырьки «обрушиваются» на зубной налет. В то же время удаляются остающиеся частицы пищи между зубами и массируются десны (рис. 9,10).

Заключение

Таким образом, роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний у детей чрезвычайно велика. Знание основных механизмов возникновения кариеса и заболеваний пародонта в детском возрасте позволяет грамотно и результативно спланировать соответствующие индивидуальные и профессиональные гигиенические и лечебно-профилактические мероприятия. Очень важно при этом правильно выбрать и рекомендовать наиболее эффективные средства гигиены.

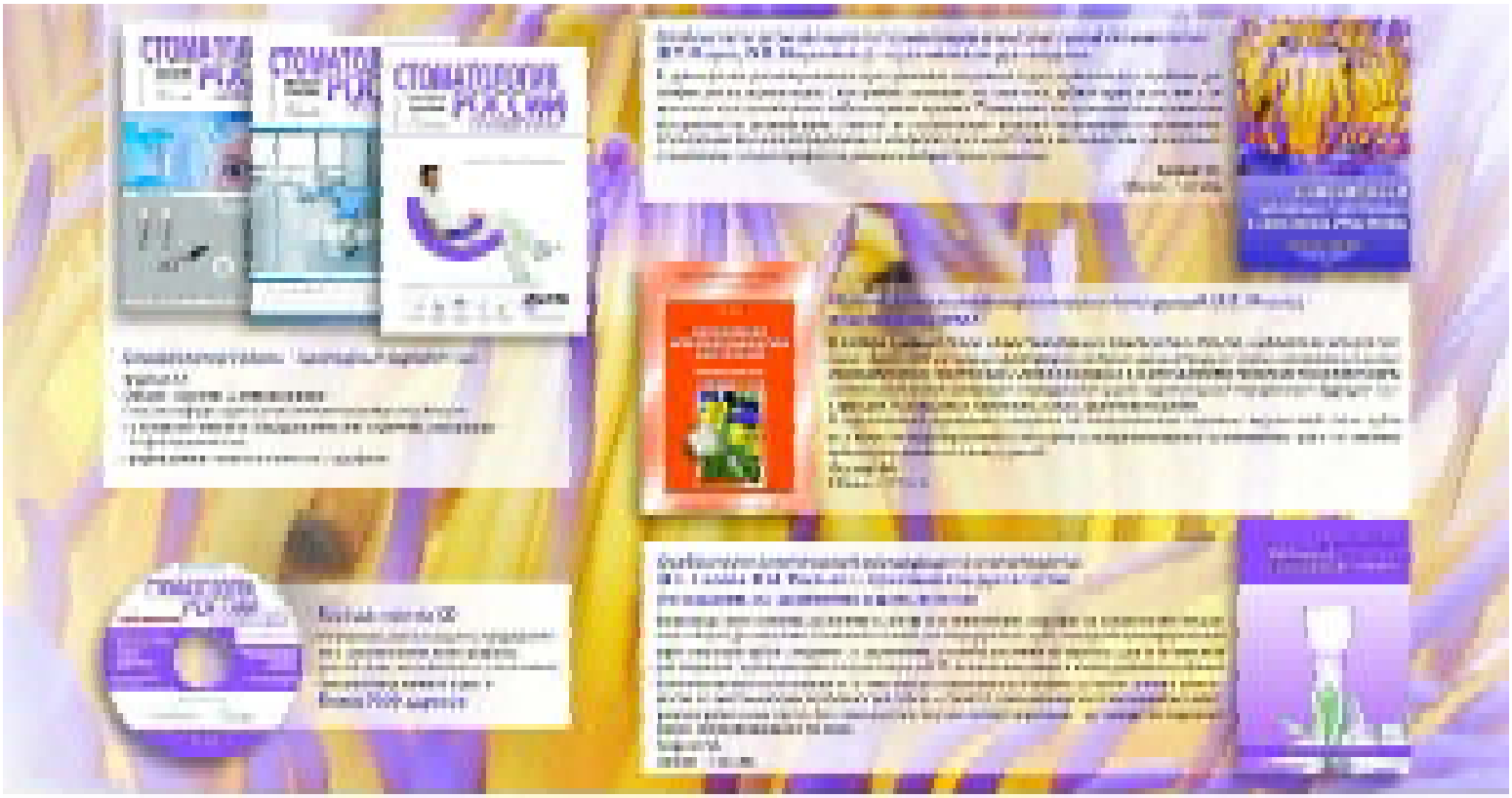
Рис. 9-10*. Применение гигиенического центра на стоматологическом приеме*



Литература

1. Авраамова О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (планирование и эффективность): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.
2. Каплан З.М. Медико-социальные основы формирования стоматологического здоровья молодежи // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, Москва, 2007.
3. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие.- М., 2003.-167 с.
4. Леонтьев В.К. Кариес и процессы минерализации (Разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1978. – 45 с.
5. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М.:2006. – 416.
6. Хамадеева А.М. Оценка готовности населения и системы здравоохранения к реализации программ профилактики в области стоматологии. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - Самара. – 2000. – 36 с.
7. Euba A. Профилактика эффективна для здоровья полости рта//Dental Forum.-2006.-№2(20).
8. Barms D. Oral health in global perspective. In: The 4_th congress on prevent. WCPD. – P.20. – 1993
9. Burch J.G.; Lanese R.; Ngan P. A two – month study of the effectis of oral irrigation and automatic toothbrush use in an adult ortodontic population with fixed appllances. // Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop.-1994. Ang: Vol. 106. - № 2. – P. 121 – 126.
10. Hellstadiens K.; Asman .B; Gustaisson A. Improved maintenanse jf plaque control by electrical toothbrushing in period ontitis patients with low compliance. // J. Clin. Periodontol. – 1993 Apr: Vol.20.- №4. – P. 235 – 23
11. Martaller T.M. Caries status in Europe and predictions on future needs // Car.Res. – 1990. – Vol.24. – P. 381–396.
12. Monitoring of renal fluoride excretion in community preventive programmes in oral health. Ed. by T.M. Marthaler. WHO/NCD/ NCR/ORH/99.1. Geneva 1999; 70.
13. Murray J.J., Nunn J.H., Steele J.G. Prevention of oral diseases. Oxford 2003;272
14. Rolla G., Oogard, de Almeda R., Cruz R. Clinical effect and mechanizm of cariostatic action of fluoride containing toothpastes. A reviewe // Int. Dent. J. – Vol 40. – P.141–143.
15. Stoltze K.; Bay L. Comparison of a manual and new electric toothbrush for controlling plaque and gingivitis. // J. Clin. Periodontol. – 1994. Feb; Vol. 21.- № 2.-P. 86 – 90.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЧЕЛОВЕК»



На форуме "Дентал-Ревю 2008"

12–15 февраля 2008 г. в выставочном комплексе "Крокус-Экспо" в Москве прошел 5-й Всероссийский стоматологический форум "Дентал-Ревю. Образование, наука и практика в стоматологии", организаторами которого были МГМСУ и компания "Дентал-Экспо". Состоявшаяся в рамках форума научно-практическая конференция прошла по объединенной тематике "Имплантология в стоматологии" и включала симпозиумы: "Современные подходы в стоматологической имплантологии" (рук. – проф. А.М. Панин и проф. А.А. Кулаков), "Вопросы профилактики при стоматологической имплантации" (рук. – проф. Э.М. Кузьмина), "Применение математического моделирования в диагностике, планировании и прогнозировании стоматологической реабилитации с использованием имплантологии" (рук. – проф. С.Д. Арутюнов и проф. В.Н. Олесова), "Функциональные и эстетические аспекты ортопедического лечения с использованием стоматологических имплантатов" (рук. – проф. Т.И. Ибрагимов и проф. Р.Ш. Гветадзе), "Применение ортодонтических миниимплантатов" (рук. – проф. Л.С. Персин) и др.

В дни форума работала выставка стоматологического оборудования, материалов и инструментов.

Одновременно с форумом в "Крокус-Экспо" проходил Всероссийский общемедицинский Конгресс "Индустрия здоровья".

Выступление ректора МГМСУ, профессора О.О. Янушевича на открытии форума "Дентал-Ревю 2008"

Победитель конкурса "Врач года 2007" в номинации "стоматология" А.Н. Козлова (Устьянская центр. рай. больница, Архангельская обл.), министр здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голикова и вице-президент СтАР, проф. Л.Н. Максимовская (слева направо) после церемонии подведения итогов конкурса "Врач года 2007"

Главный редактор журнала "Стоматология для всех" А.В. Конарев, врач года в номинации "стоматология" А.Н. Козлова и президент СтАР В.Д. Вагнер (слева направо)

Совещание деканов стоматологических факультетов медицинских вузов России

15 февраля 2008 г. в дни проведения форумов "Дентал-Ревю 2008" и "Индустрия здоровья" в Московском государственном медико-стоматологическом университете состоялось очередное совещание проблемного учебно-методического Совета по стоматологии и деканов стоматологических факультетов медицинских вузов России. Перед участниками совещания выступил ректор МГМСУ, засл. врач РФ, проф. О.О. Янушевич. Доклад "О международном аудите программы подготовки врачей-стоматологов на стоматологическом факультете МГМСУ экспертами Европейской ассоциации стоматологического образования, проведенном 11–14 ноября 2007 г." сделала директор сотрудничающего центра ВОЗ, проф. Э.М. Кузьмина. С докладом "МГМСУ – Инновационный вуз. О ходе реализации проектов инновационных образовательных программ за 2007 г." выступил проректор по учебной работе и стратегическому развитию МГМСУ, проф. Э.А. Базикян. Далее выступили

руководители 6 проектов, осуществляемых в МГМСУ: "Разработка и внедрение в образовательный и лечебный процессы МГМСУ инновационных здоровье- и ресурсосберегающих технологий" – член-корр. РАМН, проф. А.Ю. Васильев; "Клеточные биотехнологии в структуре инновационных образовательных программ системы высшего медицинского образования" – проф. И.Ю. Малышев; "Разработка и внедрение в образовательный процесс виртуального моделирования лечебных технологий" – проректор по научной работе, засл. деятель науки РФ, проф. И.Ю. Лебеденко; "Здоровый образ жизни и профилактика социально значимых заболеваний" – зав. кафедрой медицинской информатики МГМСУ, доцент П.Л. Салманов; "Интеграция экономического образования в информационно-обучающую среду медицинского вуза" – проф. И.В. Подпорина; "Создание единого информационно-образовательного пространства в университете" – начальник ИВЦ МГМСУ Ю.С. Шупенин.

Совещание проходило под председательством декана стоматологического факультета МГМСУ, д.м.н., профессора А.В. Митронина. По результатам заслушанных докладов и их обсуждения принята резолюция.

Выступление на совещании ректора МГМСУ, проф. О.О. Янушевича

Участники совещания

Во время посещения учебных аудиторий и лабораторий МГМСУ

Круглый стол "Качество и безопасность стоматологической помощи в России"

5 марта 2008 г. в Москве в гостинице "Савой" состоялся Круглый стол на тему "Качество и безопасность стоматологической помощи в России", в котором приняли участие специалисты-стоматологи, представители общественных организаций и СМИ.

Организаторами Круглого стола были МГМСУ, секция СтАР "Обезболивание и оказание неотложной помощи в стоматологии" совместно с компанией "Санофи-Авентис".

Сделанные доклады (проф. С.А. Рабинович, проф. С.Т. Сохов, доц. Е.В. Зо-

Проф. С.А. Рабинович ведет заседание

рян) вызвали большой интерес и активное обсуждение. В работе Круглого стола принял участие вице-президент СтАР Е.О. Данилов.

В дискуссии выступает д.м.н. В.Т. Шестаков (ЦНИИС и ЧЛХ)

Культурная программа для участников. День проведения Круглого стола совпал с началом масленицы

Открытие CEREC-центра в Стоматкомплексе МГМСУ

5 декабря 2007 г. состоялось открытие оснащенного самым современным оборудованием немецкой компании "Сирона" CEREC-центра, позволяющего проводить обучение и осуществлять протезирование с помощью компьютерных CEREC-технологий.

В церемонии открытия приняли участие ректор МГМСУ, проф. О.О. Янушевич, президент компании "Сирона" Дентал Системс Гмбх, Бенсхайм" Теодор Хаар, официальный представитель компании "Сирона" в РФ и СНГ А. Буркхардт, глава представительства "Сирона" в Москве Ю. Керецман.

Символическую ленточку перерезают Т. Хаар и О.О. Янушевич

А. Буркхардт, Т. Хаар, И.Ю. Лебеденко и Е.А. Волков в открывшемся центре

Международный конгресс по остеоинтеграции в Бразилии

14–16 мая 2008 г. в г. Сан-Паулу, Бразилия состоится I Международный Titanium Fix Конгресс по остеоинтеграции с участием ведущих специалистов мира в области зубной имплантации.

В числе международных сопредседателей Конгресса профессора из МГМСУ С.А. Рабинович и А.И. Ушаков.

Представительство в Москве Компании Titanium Fix, Бразилия при поддержке журнала "Стоматология для всех" формирует делегацию для участия в Конгрессе и посещения Бразилии.

Справки по тел. (495) 609-24-40, (903) 115-82-63

Информация о Конгрессе – на сайте www.osseofix.com.br

German Dental Group

ПРЕДСТАВЛЯЕТ

ВЫСОКОИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ продукция для ПРОГРЕССИВНЫХ стоматологов

10 лет гарантии

Лучшее для лучших

www.aic-implant.com

AIC World Meeting

Lead The New Era of Dental Implantology

2008 SEOUL

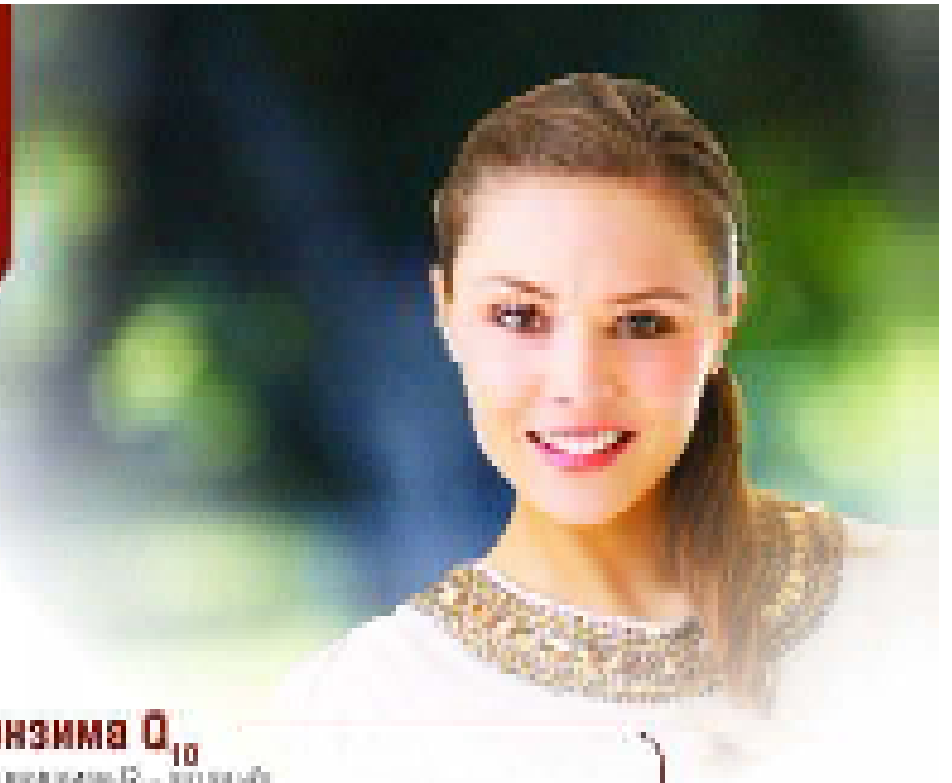
13th April 2008

COEX Auditorium at

AIC World Meeting

ООО "ОССТЕМ"
(495) 620-4588
osstemrussia@mail.ru

Кудесан®



Серия препаратов коэнзима Q_{10}

- Полностью эффективный комплекс коэнзима Q_{10} который
  - способствует антиоксидантной и иммунной защите организма, замедляет старение
  - участвует в процессах энергообеспечения
  - помогает в комплексном лечении различных заболеваний сердца
- Для поддержания здорового уровня холестерина

Рекомендации по применению*

Применение коэнзима Q_{10} в комплексном лечении гипоксии

Применение коэнзима Q_{10} в комплексном лечении хронического гепатита и панкреатита

Показания к применению:

- гипоксия различного генеза
- заболевания полости рта (пародонтит, кандидоз, лейкоплакия, красный плоский лишай)
- [illegible]
- заболевания сердечно-сосудистой системы
- [illegible]

Методика лечения гипоксии коэнзимом Q_{10}

- [illegible]
- Курсы терапии, включающие коэнзим Q_{10} (45 мг основного Q_{10}), [illegible]

В комплексной терапии заболеваний печени и поджелудочной железы коэнзим Q_{10} назначают по 30 мг в день в один прием. Продолжительность курса терапии 3 месяца.

* Показания, дозировки и рекомендации по применению коэнзима Q_{10} в комплексном лечении гипоксии и заболеваний печени и поджелудочной железы. Методические рекомендации. Москва, 2008. 16 с.

Телефон горячей линии: 8-800-200-09-09
(звонок по России бесплатный)
www.pharmasoft.ru

Часы ценою в жизнь

Зав. кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО, проректор по работе с иностранными учащимися и международным связям МГМСУ, профессор С.А. Рабинович бережно хранит часы, которые в 1944 г. спасли жизнь его отцу, А.М. Рабиновичу.

Ниже публикуется с небольшими сокращениями очерк И. Мерцаловой о судьбе А.М. Рабиновича, впервые опубликованный в газете "Вестник МГМСУ", № 1-2004 г.

Старший лейтенант А.М. Рабинович в сентябре 1943 г.

А. М. Рабинович родился в 1910 г. в далеком сибирском Якутске, куда был сослан после Польского восстания его дед. Окончив там же школу, в 1929 г. поехал в Ленинград – поступать в институт, но из-за задержек в пути опоздал к экзаменам. Затем была служба в армии, работа монтером на "Ленфильме". Наконец, в 1936 г. ему удается поступить в Ленинградский юридический институт. Но окончить обучение было не суждено. После 3 курса – призыв на фронт, на войну с Финляндией, где лейтенант А.М. Рабинович был командиром роты. Потом – снова в бой, на этот раз за присоединение к СССР Западной Украины и Белоруссии. Затем работа в Ленинградской прокуратуре . . .

22 июня 1941 г. в СССР пришла война. Уже на второй ее день А.М. Рабинович – в рядах Красной Армии. Сначала он командует ротой прожекторного полка войск противовоздушной обороны, в задачу которой входит обнаружение самолетов противника и высвечивание их лучом прожектора, чтобы зенитная артиллерия могла безошибочно открыть огонь.

Кольцо блокады сжимается, части ПВО переведены в пехоту. Единственный путь, соединяющий город со своими, лежит через Ладожское озеро, и стрелковая рота под командованием А.М. Рабиновича вместе с другими частями и подразделениями бьется из последних сил, чтобы сдержать натиск противника, не дать перерезать тоненькую "дорогу жизни", сражается на знаменитом "невском пятачке". Ужасы блокадного Ленинграда может понять только тот, кто был их свидетелем. Но люди верили в победу и как могли приближали этот светлый день. Абрам Моисеевич все девятьсот дней блокады стоял на защите города, командовал сначала ротой, затем батальоном, был трижды ранен и контужен.

С Ленинградом были связаны самые, пожалуй, волнующие, трагические и счастливые события жизни А.М. Рабиновича. В 1943 г. он был назначен командиром разведроты. Не раз приходилось быть в тылу у немцев, брать "языка". Шансов уцелеть было очень мало. Но ему повезло. От неминуемой гибели в одном из боев его спасли... часы. Было это так. На плотах, досках, бревнах под ураганным огнем противника бойцы форсировали реку Великую. Немногим удалось добраться живыми до другого берега, где необходимо было захватить и удержать плацдарм. Командир батальона погиб. В критический момент его заместитель А.М. Рабинович повел за собой батальон. Невозможно объяснить, почему в самый разгар боя он переложил часы, которые всегда носил в кармане брюк, в нагрудный карман гимнастерки.

Часы стучали с сердцем рядом,
Чтобы закрыть его собой, –

напишет впоследствии сибирский поэт Владимир Панов об этом случае. Именно они и защитили бойца. Пуля от немецкого "шмайсера" метила прямо в сердце, но остановилась в нескольких сантиметрах от него, застряв в прочном металле часового механизма. Абрам Моисеевич вспоминал позднее, что почувствовал в тот момент лишь толчок и закашлял, но в пылу боя не обратил на это внимания. Когда же, собираясь написать отчет об исходе боя, полез в карман за часами, то вытащил лишь обломки механизма, покореженные пулей. Мелкие части рассыпались, более крупные он с удивлением показал боевым товарищам. Позднее для часов был сшит кисет с датой на нем: 1944 г.

В те же фронтовые годы произойдет не менее важное событие: в челюстно-лицевом эвакогоспитале у Тучкова моста, куда Абрам Моисеевич попал после ранения в шею, он встретит человека, с которым будет связана его судьба – медсестру Эсфирь, ставшую его женой и верным спутником жизни.

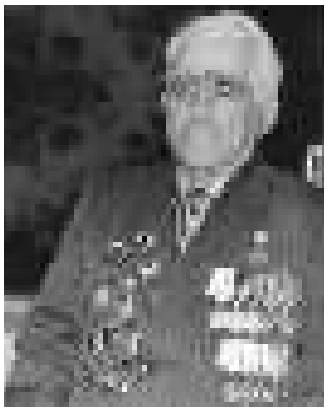
Куда только не забрасывала судьба А.М. Рабиновича после этого памятного события. В 1961 г. Абрам Моисеевич отправляется в Сибирь на строительство Братской ГЭС, где за отличную работу в течение пятнадцати лет был награжден десятками почетных грамот. Первое вре-

мя после переезда пришлось жить даже в землянке. И только когда после окончания учебного года приехали дети с женой (к тому времени уже подрастали двое сыновей – Геннадий и Соломон), А.М. Рабинович получил комнату, где семья ютилась, пока пустынная тайга не была застроена новыми благоустроенными домами.

Много трудностей пришлось пережить ветерану, но со своими часами Абрам Моисеевич не расставался никогда, они стали своеобразным талисманом, символом чудесного спасения в лихие военные годы. Кисет с часами – пробитой насквозь крышкой, покореженными частями механизма, принявшими на себя удар смертоносной пули, и самой пулей, сплющившейся в сантиметре от сердца – А.М. Рабинович хранил всю жизнь. После его смерти 3 декабря 1988 г. эту реликвию бережно хранит его сын, Соломон Абрамович Рабинович.

Рабинович Соломон Абрамович, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО, проректор по работе с иностранными учащимися и международным связям МГМСУ.

С.А. Рабинович – автор и соавтор свыше 350 научных работ (в том числе 15 патентов и авторских свидетельств, 13 монографий – "Современные технологии местного обезболивания в стоматологии", "Руководство по анестезиологии и оказанию неотложной помощи в стоматологии", "Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники" и др.), член Российской ассоциации по изучению боли, академик Академии медико-технических наук РФ и Национальной академии эстетической стоматологии. Член редакционных коллегий и редакционных советов журналов "Клиническая стоматология", "Стоматология для всех", "Маэстро стоматологии", "Актуальные проблемы современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии". Председатель защитного диссертационного совета МГМСУ, член Центральной учебно-методической комиссии по дополнительному и послевузовскому образованию специалистов стоматологического профиля МЗ РФ, член Ученого совета МГМСУ. Заслуженный врач РФ, отличник здравоохранения РФ. Член координационного совета Минздравсоцразвития РФ по стоматологической помощи детскому населению.



Одна из последних фотографий А.М.Рабиновича, сделанная в сентябре 1988г. за несколько месяцев до смерти

С 2001 г. С.А. Рабинович руководит Российской секцией Европейской и Всемирной ассоциаций стоматологических анестезиологических обществ. Хирург-стоматолог и анестезиолог высшей категории.

7 февраля 2008 г. профессору С.А. Рабиновичу исполнилось 60 лет. Редакция журнала "Стоматология для всех" поздравляет юбиляра и желает ему крепкого здоровья и всяческих успехов.

Ниже мы публикуем фоторепортаж о юбилейных торжествах, состоявшихся 7 февраля 2008г. в МГМСУ.

Профессор С.А. Рабинович принимает поздравления с 60-летием

Профессору С.А. Рабиновичу- 60 лет

7 февраля 2008г. в здании Стоматологического комплекса МГМСУ прошли мероприятия, посвященные 60-летию со дня рождения д.м.н., заслуженного врача РФ, зав. кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии, проректора по учебной работе с иностранными студентами и международным связям МГМСУ Соломона Абрамовича Рабиновича.

Юбилейную научно-практическую конференцию "Стоматологическая анестезиология: вчера, сегодня, завтра" открыл президент МГМСУ, академик РАМН, профессор Н.Д. Ющук.

Профессор С.А. Рабинович выступил с докладом "Стоматологическая анестезиология – расширение

горизонтов амбулаторной помощи". С докладами выступили также С.Т. Сохов, Э.Г. Малахова, Жорж Хелу (Франция), О.Н. Московец, Е.В. Зорин, А.Н. Ушаков и другие.

Во время торжественно-художественной части прозвучали многочисленные поздравления юбиляру, состоялись выступления профессиональных и самодеятельных артистов. Юбилейные мероприятия завершились дружеским ужином.

Фоторепортаж ***Н.А. Конаревой***

Академик Н.Д. Ющук и проф. С.А. Рабинович в президиуме юбилейной конференции

Юбиляра приветствуют ректор МГМСУ, проф О.О. Янушевич; вице-президент СтАР, академик РАМН В.К. Леонтьев; директор ЦНИИС и ЧЛХ, проф. А.А. Кулаков; президент СтАР, проф. В.Д. Вагнер; Жорж Хелу (Франция)

С.А. Рабинович и народный артист РФ А.С. Лазарев

Самые заинтересованные участники юбилейных торжеств – супруга С.А. Рабиновича Елена Николаевна, сыновья Антон и Яков, дочь Елена

Зажигательный танец с толстушками "МК"

Поздравления от главного редактора газеты "Московский комсомолец" П.Н. Гусева и зам. главного редактора П.М. Спектора

Юбилей С.А. Рабиновича стал отличным праздником для студентов МГМСУ из разных стран мира

Праздник стоматологии удался!

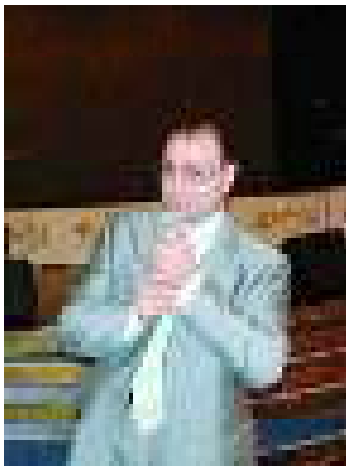
Музыканты встречают гостей во Дворце "Соколиная охота"

Во главе праздничного стола – президент Стоматологической ассоциации Москвы, проф. Ю.М. Максимовский

8 февраля 2008 г. во Дворце "Соколиная охота" в Москве прошел бал "Третий Рим", посвященный Дню стоматолога. В октябре 2007 г. Всемирная Федерация стоматологов FDI утвердила на Конгрессе в Дубае новую дату Всемирного Дня стоматологического здоровья (World Oral Health Day) – 12 сентября. Эта дата не связана с религиозными событиями какой-либо конфессии и будет общим праздником всех стоматологов мира. Вместе с тем долгие годы праздником стоматологов был день 9 февраля. Стоматологическая ассоциация Москвы (президент – профессор Ю.М. Максимовский) с удовольствием откликнулась на инициативу ректора European Academy Education and Promotion профессора Дж. Манна отметить этот праздник.

Мероприятие было поддержано обращениями главного стоматолога России, академика РАМН, проф. В.К. Леонтьева, ректора МГМСУ, проф. О.О. Янушевича, члена Правления ERO-FDI В.В. Садовского. Всего участниками бала стали около 300 стоматологов Москвы, Московской области, других регионов России и стран СНГ. Поддержку балу обеспечили фирмы-партнеры по номинациям: профилактика – "Колгейт", имплантология –

Танцуют участники бала и шоу-балет "Шарм"



Участников приветствуют проф. Э.А. Базикян (МГМСУ), проф. В.В. Рогинский (ЦНИИС и ЧЛХ), В.А. Крутихин (компания "Колгейт")

"ДенталБизнес", эндодонтия – JOTA (Промедтех), эстетика – 3M ESPE, боры – SS White, автоклавы – WandH (линия LISA), инструменты – Стомус (линия SOLINGEN), CAD\CAM – SIRONA, пародонтология – МЕТРОГИЛ Дента, отбеливание зубов – ДЭМ и К. Праздник посетили представители прессы – журналов "Маэстро стоматологии", "Стоматология для всех", газеты "Дентал Трибюн Интернейшнл", Интернет-сайта "e-stomatology.ru" и др.

По общему мнению всех участников бал удался. Великолепный зал, выступления мастеров эстрады высокого класса (нар. артист России Михаил Чуев, засл. арт. России Алла Лебедева, шоу-балет "Шарм" и др.), изысканная кухня, теплые выступления коллег, среди которых было большое число известных и любимых всеми стоматологами людей – все это создало неповторимую атмосферу праздника.

Менеджмент мероприятия осуществляла компания "Рашн Дентал Интернейшнл", работу которой участники единодушно оценили на "отлично".

Московский бал стоматологов имеет все шансы стать ежегодным традиционным популярным праздничным мероприятием и дать хороший пример для регионов России.

Проф. И.А. Шугайлов: "Проводить бал в День стоматолога – отличное начинание"

Участники бала – врачи московских клиник "На Смоленской" и "Мастер-Дент"

Врач стоматологического центра "Юнима" (г. Саратов) О.Н. Беспалова и вице-президент СтАР, член правления ERO-FDI В.В. Садовский

"Триумф эндодонтии"

16 января 2008 г. на стоматологическом факультете ММА им. И.М. Сеченова прошли финал чемпионата стоматологического мастерства в номинации "Эндодонтическое мастерство", конференция "Проблемы эндодонтического лечения" и чествование проф. Е.В. Боровского, объединенные общим названием "Триумф эндодонтии".

В финал чемпионата вышли 5 участников из разных городов России: С.Г. Арсенов (г. Новосибирск), Т.И. Матиенко (г. Королев), С.И. Азанова (г. Краснодар), Л.В. Маркина (г. Казань), И.Е. Бачуринская (г. Санкт-Петербург). Задачей финалистов было произвести качественное эндодонтическое лечение пациента за фиксированный отрезок времени. Работу конкурсантов оценивало жюри, в состав которого вошли: почетный председатель секции эндодонтии СтАР, д.м.н., проф. Е.В. Боровский; декан стоматологического факультета ММА им. И.М. Сеченова, председатель секции эндодонтии СтАР, д.м.н., проф. И.М. Макеева; д.м.н., проф. Л.А. Мамедова; зав. кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии МГМСУ, д.м.н., проф. С.А. Рабинович; д.м.н. Н.С. Жохова; к.м.н. В.И. Вайнер.

Одновременно с чемпионатом проходила конференция "Проблемы эндодонтического лечения", на которой были представлены доклады: "Эндодонтическое лечение с применением эндомикроскопа" (к.м.н. В.И. Митрофанов); "Казусы эндодонтического лечения" (д.м.н. Н.С. Жохова) и ряд других.

После подведения итогов чемпионата в "АртКлубе" на Погодинской ул., д. 3 состоялось награждение победителей. I место занял С.Г. Арсенов (г. Новосибирск), II - Т.И. Матиенко (г. Королев), III – И.Е. Бачуринская (г. Санкт-Петербург). Лауреатов поздравили президент СтАР, д.м.н. В.Д. Вагнер, вице-президент СтАР В.В. Садовский, д.м.н., проф. Е.В. Боровский, д.м.н., проф. И.М. Макеева и др.

Далее последовали теплые поздравления от коллег и друзей в адрес проф. Е.В. Боровского, в честь его 83-летия. Мероприятие завершилось концертом художественной самодеятельности стоматологического факультета ММА им. И.М. Сеченова.

За работой конкурсантов внимательно наблюдают: почетный председатель секции эндодонтии СтАР, д.м.н., проф. Е.В. Боровский, президент СтАР, д.м.н. В.Д. Вагнер; декан стоматологического фак-та ММА им. И.М. Сеченова, председатель секции эндодонтии СтАР, д.м.н., проф. И.М. Макеева

Лауреаты чемпионата "Эндодонтическое мастерство": С.Г. Арсенов, Т.И. Матиенко, И.Е. Бачуринская

23 - 25 мая 2008

Санкт-Петербург

ул. Лебедева, д.7,
Северо-Западный
Выставочный Центр

III МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС СТОМАТОЛОГОВ

«Современные методы управления и инновационные технологии в стоматологии»

ВЫСТАВКА стоматологической продукции и оборудования

«Созвездие мировых производителей»

www.stom-kongress.spb.ru

www.dental-parad.ru

Конгресс: info@stom-kongress.spb.ru +7 (812) 373-52-19, 373-49-70

Выставка: ekinova@stom.ru +7 (812) 304-01-06, (911) 740-65-88

Организаторы: ОАО "Амфодент" ООО "НордЭкспо"

Разнообразная специальная и общая информация для всех работающих в области стоматологии
Информация для широкого круга читателей, связанная со стоматологией

Журнал распространяется по комплексной системе, в которую входят: целевая рассылка, подписка через ЦРПА «Роспечать», прямая подписка и продажа через редакцию, розничная продажа через сеть организаций, распространяющих книжно-журнальную продукцию, специальная продажа на выставках по стоматологической и медицинской тематике, в клиниках и учреждениях здравоохранения, организациях, реализующих стоматологические товары и предоставляющих стоматологические услуги, а также в торговых центрах, супермаркетах и других структурах торговли.

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.
Для оформления подписки через редакцию необходимо перечислить деньги за подписку на расчетный счет редакции, сделать почтовый перевод или заплатить наличными деньгами соответствующую сумму.
Вы будете получать журнал, **начиная с очередного номера**, выходящего после даты подписки.
Документами, подтверждающими произведенную подписку через редакцию, служат копия платежного поручения, квитанция о почтовом переводе или квитанция об оплате наличными с печатью редакции.
Журнал будет доставляться Вам по почте или курьерской службой.

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.**
На бланке почтового перевода в графе "Кому" нужно указать следующее:
125955, Москва, ООО "Редакция журнала "Стоматология для всех", ИНН/КПП 7704167552/770401001,
р/с 40702810438260101570 в Киевском ОСБ 5278, г. Москва Сбербанка России ОАО, г. Москва, БИК 044525225,
к/с 30101810400000000225.
Стоимость подписки – 450 р. для жителей РФ, 700 р. – для жителей стран СНГ, 20 Euro – для жителей других стран мира.
Банковские реквизиты для подписки в Евро:Deutsche Bank AG, Frankfurt/Main, SWIFT: DEUTDEFF; for SBERBANK Kievskoe branch 5278, Moscow, Russia, SWIFT: SABR RU MM; for "Stomatologia dlya vsieh", account 40702978238260201570

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, указанными ниже) в редакцию или выслать его по электронной почте (E-mail:sdvint@mail.ru). Перед публикацией статья рецензируется.

Требования к материалу для публикации
Статья принимается одновременно в печатном и электронном вариантах (по E-mail достаточно только электронной версии). Текст должен быть записан в формате Word, иллюстрации – в формате jpeg или tiff (отдельными файлами) с разрешением не менее 300 dpi. Статья должна включать аннотацию на русском и английском языках. Название статьи и фамилии авторов также следует указать на русском и английском языках. К информации на электронном носителе необходимо приложить распечатанные текст статьи и иллюстрации. Желательно указать титулы и звания авторов, приложить цветные фотографии авторов в формате jpeg или tiff. Обязательно укажите свои контакты – ФИО (полностью), телефон, адрес электронной почты (если есть).

Периодичность выхода журнала 1 раз в 3 месяца.

Цена журнала при продаже в розницу — договорная. Тираж 10 000 экз.

Адрес редакции:

121099, Россия, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 34, редакция журнала «Стоматология для всех»

Телефон / факс: (495) 205-74-24, 609-24-40; **E-mail:** sdvint@mail.ru; **Интернет:** www.sdv.ru

Главный редактор: Конарев Александр Васильевич

Банковские реквизиты: ООО «Редакция журнала «Стоматология для всех», ИНН 7704167552, КПП 770401001, расчетный счет 40702810438260101570 в Киевском ОСБ 5278, г. Москва Сбербанка России ОАО, г. Москва, БИК 044525225, корреспондентский счет 30101810400000000225

© «СТОМАТОЛОГИЯ ДЛЯ ВСЕХ/International Dental Review», 2008