

СОДЕРЖАНИЕ

стоматология

International Dental Review

для всех



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., Козлов В.А.,

Козлов В.И., 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., Рожков И.А.,

Сахарова Э.Б.,

И. Хен (Израиль), Янушевич О.О.

Редакционная коллегия:

Конарев А.В.

Леонтьев В.К.

Садовский В.В.

Главный редактор:

Конарев А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Терапевтическая стоматология

- Особенности лечения пациентов с тетрациклическими зубами. Н.И. Крихели 4
Опыт применения препарата "Дипроспан" в стоматологии. Н.Д. Брусенина, Е.А. Рыбалкина 10
Факторы, влияющие на интенсивность кариеса зубов при ревматоидном артрите. В.М. Гринин, М.В. Симонова, Т.И. Джанаев, А.Р. Гришкан, К.И. Ашурев 16

Геронтостоматология

- Эффективность профилактических мероприятий у лиц пожилого и преклонного возраста при кариесе зубов. С.В. Зинченко 22

Хирургическая стоматология

- Новый способ формирования преддверия полости рта у пациентов с посттравматическими рубцовыми сужениями слизистой оболочки и окружающих мягких тканей с помощью силиконовой мембраны. А.В. Щипский, В.В. Афанасьев, Д.С. Шинкевич 26

Организация и экономика в стоматологии

- Факторы, определяющие роль врача в управлении качеством стоматологической помощи. В.Т. Шестаков 30

Ортопедическая стоматология

- Экспериментальное исследование прочности соединения оксида циркония и дентина с использованием различных фиксирующих агентов. Е.Ю. Новиков, А.А. Ремезова 32

Имплантология

- Клинико-рентгенологическая характеристика перимимплантатных тканей протезов, фиксированных на внутристенных имплантатах. С.П. Железный, И.А. Маслов, В.А. Иванов 35

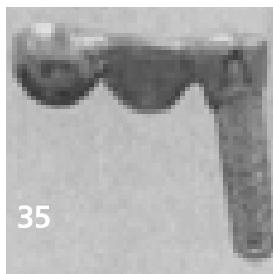
Эпидемиология

- Анализ распространения патологии зубов и тканей пародонта у различных возрастных групп населения Дальнего Востока России. С.А. Галёса, В.А. Брюханова 40

Рентгеностоматология

Возможности клинического применения дентального компьютерного 3D-томографа Galileos (Sirona, Германия) в амбулаторной стоматологической практике.

44 М.А. Чубисова



4



Новинка

"Лотте" выходит на рынок России.

46 В.К. Леонтьев

44



Профилактика

Роль гигиениста стоматологического в профилактике стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах. О.Г. Авраамова, С.В. Западаева

46



ОБРАЗОВАНИЕ

50 Международный аудит программы подготовки врачей-стоматологов в МГМСУ

51 На Российском медицинском форуме-2007

СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ

52 22-й Московский Международный стоматологический форум "Дентал Экспо 2007"

54 Конкурс на самый интересный клинический случай 2007. Подведение итогов. Ю.В. Кузовкова

56 Юбилейная конференция, посвященная 45-летию ЦНИИС и ЧЛХ

58 Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Страницы истории

60 На всемирном конгрессе FDI в Дубае (ОАЭ). Ю.В. Кузовкова

62 Награды стоматологам

Обложка и макет —
Михаил Туркатенко

Компьютерный набор —
Александр Толмачев

Редактор —
Анна Пименова

Адрес редакции:

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.



Терапевтическая стоматология

Особенности лечения пациентов с тетрациклиновыми зубами

В статье представлены клинико-лабораторные данные применения отбеливающих систем, содержащих 25% перекись водорода, активируемую ксеноновой металлогалоидной лампой, и 6% перекись водорода, для смешанного отбеливания тетрациклических зубов. Показана эффективность отбеливания, влияние отбеливающих препаратов на проницаемость эмали, чувствительность зубов и мягкие ткани полости рта. Представленное исследование доказывает необходимость проведения профилактических мероприятий для предупреждения осложнений после смешанного отбеливания тетрациклических зубов.

Peculiarities of treatment of patients with tetracycline teeth

N.I.Krikheli

The article presents clinicolaboratory data on the use of a preparation for tooth bleaching containing 25% hydrogen peroxide activated with a xenon metal-halide lamp and 6% hydrogen for mixed dental tooth bleaching to patients with tetracycline teeth. The effectiveness of tooth bleaching, its influence on enamel permeability, dentine sensitivity, and oral soft tissues is shown. The study demonstrates necessity of use of preparations to prevent complications following mixed dental tooth bleaching to tetracycline teeth.

Неядовитые поражения зубов были описаны еще в XIX веке. По данным эпидемиологического исследования распространенность некариозных поражений эмали зубов у 12-летних детей России составляет 43,5%, а у 15-летних подростков – 41,7% [5].

Изменение цвета зубов может быть обусловлено приемом антибиотика тетрациклина в период дентогенеза. Часто тетрациклические зубы рассматриваются как проявление системной гипоплазии твердых тканей зуба. Используемый для лечения детских инфекционных заболеваний тетрациклин откладывается в костях и зубах. Молекула тетрациклина связывается с дентином путем образования хелатных комплексов с кальцием, в результате чего образуется ортофосфат тетрациклина, являющийся причиной окрашивания [1, 2].

Следует отметить, что лечение тетрациклических зубов до сих пор представляет собой сложную проблему в стоматологической практике. Многие авторы

рекомендуют отбеливать тетрациклические зубы пациентов в течение 6 месяцев с использованием низкоконцентрированных препаратов перекиси карбамида [8]. По нашему мнению, для улучшения цвета зубов пациентов с данным некариозным заболеванием следует использовать смешанный метод, при котором сначала проводят профессиональное отбеливание, а затем – домашнее, но под контролем врача-стоматолога.

Так как процент лиц с некариозными поражениями зубов увеличивается с каждым годом, диагностика, лечение дискордитов зубов и профилактика осложнений являются одной из актуальных проблем терапевтической стоматологии.

Поэтому целью данного исследования была оценка отбеливающей эффективности систем, содержащих 6 и 25% перекись водорода, на твердые ткани витальных зубов пациентов с тетрациклическими зубами.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 8 человек в возрасте от 18 до 45 лет, лечение тетрациклических зубов которых проводили профессиональной системой, содержащей 25% перекись водорода, активируемой ксеноновой лампой, излучающей свет в диапазоне 350–400 нм (1 процедура) и домашней системой с 6% перекисью водорода в течение 3 ночей. Все пациенты до и после отбеливания тетрациклических зубов применяли зубную пасту с кальцием ("Новый жемчуг с кальцием", "Sensodyne C", "Oral-B sensitive" или "R.O.C.S.") и гель с 5% гидроксиапатитом или фосфатом кальция (5–10 процедур).

Цвет зубов до начала лечения и после процедуры отбеливания определяли по стандартной Vita шкале с реорганизованной последовательностью оттенков [3].

Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс эффективности гигиены полости рта PHP [10]. Оценку состояния тканей пародонта проводили при помощи индекса PMA [9, 11], выявление гиперестезии зубов – субъективным и объективным методами.

О проницаемости эмали мы судили при помощи



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



модифицированного метода прижизненной кислотной биопсии, которую проводили до и после отбеливания зубов и применения профилактических средств [3, 6]. При практическом осуществлении кислотной биопсии на исследуемую область эмали, обработанную 3% перекисью водорода и высушенному, наклеивали кусочек липкой полимерной пленки с круглым окошком (рис. 1). На "окно" дозирующей микропипеткой наносили каплю деминерализующей смеси ($\text{pH}=0,37$), которую по истечении 30 секунд убирали кусочком фильтровальной бумаги клиновидной формы, после чего добавляли 1 мл бидистиллированной воды, наставили в течение 2 суток и исследовали на содержание макроэлементов.



Рис. 1. Метод прижизненной кислотной биопсии тов.

Все анализы проводили на автоматическом анализаторе (рис. 2). Концентрацию общего кальция в пробах измеряли комплексонометрическим методом с индикатором крезолфталеином (Moorehead, Briggs, 1979). Интенсивность образующейся пурпурной окраски прямо пропорциональна концентрации кальция и фотометрируется при 560–600 нм, с

Рис. 2. Автоматический анализатор



максимумом абсорбции при 575 нм. Анализ считался линейным до 5 ммоль/л [7].

Для определения содержания общего фосфата использовали метод Daly и Ertenghausen (1972) в модификации Wang. В результате реакции происходит образование стабильного фосфомолибдата, измеряемого при длине волны 340 нм. Анализ считался линейным до 5 ммоль/л. Чувствительность методики – 0,01 ммоль/л фосфора [7].

Для статистической обработки данных применяли метод Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Исходное среднее значение цвета тетрациклических зубов пациентов по Vita шкале составило $14,63 \pm 0,36$. После проведения смешанной методики отбеливания зубов произошло достоверное



Рис. 3. Вид тетрациклических зубов пациента до отбеливания

($p < 0,001$) улучшение их цвета до $7,63 \pm 0,27$. Изменение цвета составило 7,0 оттенков по шкале Vita (рис. 3, 4).

Средняя величина индекса PHP у лиц с тетрациклическими зубами в начале исследования составила $1,75 \pm 0,03$, что свидетельствовало о неудовлетворительном состоянии гигиены полости рта. После использования профилактических средств показатель индекса PHP достоверно ($p < 0,001$) снизился с $1,75 \pm 0,03$ до $0,67 \pm 0,01$, а после смешанного отбеливания зубов и проведения профилактики он достоверно ($p < 0,001$) уменьшился до $0,60 \pm 0,04$ и $0,43 \pm 0,02$ соответственно, что свидетельствовало об улучшении состояния гигиены полости рта пациентов.

Значение индекса PMA (%) в начале исследова-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

ния у пациентов с тетрациклическими зубами составило $9,40 \pm 0,75$ (легкая степень тяжести гингивита). Применение кальций и фосфаты средств способствовало снижению показателя индекса PMA (%) до $6,13 \pm 0,52$ ($p < 0,001$). После проведения смешанного отбеливания зубов значение индекса PMA (%) достоверно ($p < 0,001$) повысилось до $6,73 \pm 0,56$, а применение профилактических средств привело к достоверному ($p < 0,001$) уменьшению показателя данного индекса до $3,87 \pm 0,36$.

После использования смешанной методики отбеливания



Рис. 4. Вид тетрациклических зубов пациента после отбеливания

отбеливания зубов у лиц с тетрациклическими зубами гиперчувствительность зубов к температурным раздражителям регистрировали в 37,5% случаев, тогда как после проведения комплекса профилактических мероприятий у пациентов гиперестезия дентина выявлена не была.

Следует отметить, что выход общего кальция до начала процедуры отбеливания у лиц с тетрациклическими зубами был равен $0,92 \pm 0,06$ ммоль/л, а после проведения профилактики он достоверно ($p < 0,001$) снизился и составил $0,79 \pm 0,05$. Отбеливание зубов способствовало повышению выхода общего кальция из эмали до $1,00 \pm 0,09$ ммоль/л ($p < 0,001$), а применение профилактических средств – снижению выхода данного макроэлемента до $0,66 \pm 0,06$ ($p < 0,001$).

До начала исследования исходное значение выхода фосфата из эмали у пациентов с тетрациклическими зубами равнялось $0,39 \pm 0,07$ ммоль/л, после проведения процедуры профилактики оно снизилось и составило $0,29 \pm 0,03$ ($p > 0,1$). После смешанного отбеливания зубов выход фосфата повысился до $0,33 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,01$), применение же профилактических средств способствовало снижению выхода данного макроэлемента до $0,23 \pm 0,02$ ($p > 0,5$).

Обсуждение результатов

Клиническое проведение смешанного отбеливания тетрациклических зубов системой, содержащей 25% перекись водорода, активируемой ксеноновой металлогалоидной лампой и 6% перекисью водорода, продемонстрировало, что данный метод является эффективным для улучшения цвета витальных зубов пациентов в условиях стоматологического кабинета. Применение отбеливающих препаратов способствовало изменению цвета зубов на 7 оттенков по шкале Vita, при этом эффективность отбеливания составила 48%.

Так, после проведения лечения и применения комплекса профилактических средств у пациентов зарегистрировали достоверное ($p < 0,001$) улучшение гигиены полости рта.

Кроме того, после использования комплекса профилактических средств покаатель индекса PMA снизился на 35%, тогда как после проведения отбеливания зубов на стоматологическом приеме отмечалось достоверное ($p < 0,001$) повышение значения индекса PMA, а после использования комплекса профилактических средств показатель данного индекса снизился на 59%.

Следует отметить, что после проведения метода отбеливания пациенты отмечали гиперчувствительность зубов к температурным раздражителям в 37,5% случаев, а после использования комплекса профилактических средств гиперестезия у пациентов выявлена не была.

Так, у всех лиц с тетрациклическими зубами после применения профилактических средств, содержащих кальций и фосфаты, отмечалось снижение концентрации общего кальция и фосфата, что, вероятно, связано с их реминерализующим эффектом, тогда как после смешанного отбеливания зубов у всех пациентов увеличился выход общего кальция и фосфора в биоптаты, что свидетельствовало о деминерализующем эффекте гелей, содержащих 6 и 25% перекись водорода, на эмаль и об увеличении проницаемости зубов. По мнению же Zhu Haiwei et al. (2003), после применения препарата, содержащего перекись водорода высокой концентрации, отмечается лишь тенденция увеличения выхода кальция и фосфора из эмали.

После использования зубных паст с кальцием и гелем с 5% гидроксиапатитом или фосфатом кальция произошло достоверное уменьшение выхода в биоптаты всех химических элементов, что способствовало улучшению состояния эмали и ее реминерализации. По нашему мнению, применение профилактических средств, содержащих кальций и фосфаты, снижает проницаемость эмали и повышает ее резистентность. В настоящее время при разработке

Терапевтическая стоматология

средств профилактики большое внимание уделяется гидроксиапатиту высокой дисперсности, что обусловлено его сродством к минеральным компонентам костной ткани. Так, при применении препаратов гидроксиапатита кальций и фосфат, входящие в его состав, а также сам гидроксиапатит проникают в мицропоры деминерализованной эмали, встраиваются в ее кристаллическую решетку и способствуют реминерализации эмали зубов.

Заключение

Анализируя полученные данные, следует отметить, что проведение смешанного отбеливания с использованием препаратов, содержащих 6 и 25% перекись водорода, эффективно улучшает цвет тетрациклиновых зубов, однако отрицательно влияет на структуру эмали, увеличивая ее проницаемость. Это диктует необходимость использования индивидуально подобранных профилактических средств, в состав которых входит ГАП, кальций и фосфаты, что позволяет предупредить возникновение осложнений и обеспечить в дальнейшем стабильность полученного отбеливающего эффекта.

Литература

- Гольдштейн Р. Эстетическая стоматология. Том 1. – 2003. – с. 493.
- Гольдштейн Р. Современные аспекты эстетической стоматологии. // Orbit express. – 2004. – № 15. – С. 18–21.
- Крихели. Н.И. Обоснование проведения профилактических мероприятий при отбеливании зубов: Автореф. дис... к.м.н. – 2001. – 24 с.
- Крихели Н.И. Динамика активности ферментов смешанной слюны при профессиональном отбеливании зубов. // Материалы VII Всероссийского научно-практического форума "Стоматология 2005" 13–16 декабря 2005 г. – М., 2005. – С. 142–143.
- Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А., Крихели Н.И. Повышенная чувствительность зубов. // Стоматологический Форум. – 2003. – № 1(2). – С. 33–39.
- Леонтьев В.К., Дистель В.А. Метод изучения растворимости эмали зубов при жизни. – Омск, 1973. – 8 с.
- Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник. – М., 1987.
- Fiedler R.S., Reichi R.B. Combined professional and home care nightguard bleaching of tetracycline-stained teeth. // Gen-Dent. – 2002. – V. 48, № 3. – P. 257–261.
- Parma C. Parodontopathology – Leipzig, 1960 – p. 164.
- Podshadley A.G., Haley P. A method for evaluating oral hygiene performance. // Publ. Health. Rep. – 1968. – № 3. – P. 259–264.
- Schour I., Massler M. Prevalence of gingivitis in young adults. // J. Dental.Res. – 1948. – V. 27. – P. 733–734.
- Zhu Haiwei, Fan Danny, Lin Qian. Study on the effect of physical and chemical properties of enamel after tooth bleaching. // Journal of dental research. – 2003. – V. 82, special Issue C, № 12. – P. 24.

Dental 4 Windows

Сохраняем традиции, расширяем возможности



D4W – многофункциональный компьютерный комплекс для каждого стоматолога. Отличительное решение: Ваше профессиональное задание в помощь современным технологиям.

- создание индивидуальной и комплексной документации
- хранение и просмотр рентгеновых снимков
- функция учета и управления любыми настройками
- удобство работы с пациентами и третьими организациями
- различные виды контингентов
- совершенствование и обновление установленной системы
- постоянная техническая поддержка

Мы всегда рады получить на Вашем вопросы и дополнительную информацию D4W и Вашей клиники или учреждения.

Наш адрес: г. Москва, Болотная набережная, 14/1, здание АООО «БиоСи».

телефон: +7 (495) 512-66-76, тел/факс: +7 (495) 504-87-71
Email: biocis@yandex.ru Web: <http://www.biocis.ru>

В 2007 году установлено: Россия, страны СНГ и Ближний Восток и Юго-Восток

Центр поддержки клиентов: +7 (495) 504-87-71

Современная разработка
РОССИЙСКИХ
УЧЕНЫХ

супер - новинка!

Только на натуральных ингредиентах

Лечебно-профилактические ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

с натуральными комплексами из хвои и водорослей.

Не содержат триклозана и других хлорорганических соединений!



«Amfodent® с комплексом из водорослей»:

– эффективная профилактика карIESа!

В состав зубной пасты входит уникальный минерально-полимерный комплекс из водорослей. Минералы стимулируют активность клеток и укрепляют эмаль зубов; полимеры водорослей питают и восстанавливают микроциркуляцию, улучшают обменные процессы в тканях пародонта у детей и взрослых.

«Amfodent® с комплексом из хвои»:

- максимально защищает от карIESа;
- укрепляет зубную эмаль;
- очищает налет;
- предотвращает образование зубного камня;
- уменьшает чувствительность шейки зубов;
- дезодорирует полость рта.

Раннее поражение карIESом может быть обратимо благодаря реминерализации эмали. Реминерализация происходит в присутствии ионов фтора, фосфора и кальция, которые находятся в пасте в органически связанной, биодоступной форме.



«Amfodent® с хвойным комплексом»:

– эффективная профилактика пародонтоза!

Содержит натуральный биологически активный комплекс из хвои сосны и ели и производные хлорофилла.

Витамин Е и β-каротин (провитамин А) и другие каротиноиды обеспечивают анти-сидантную защиту, питают и улучшают обменные процессы в тканях пародонта.

Витамин К снижает кровоточивость десен, играет значительную роль в кальификации костной ткани, укрепляет эмаль зубов. Фитонциды хвои обладают антимикробным и антибактериальным действиями. Производные хлорофилла обеспечивают дезинфицирующий, дезодорирующий эффект.

«Amfodent® с хвойным комплексом» идеальная для курильщиков, так как витамины и хлорофилл хвои повышают сопротивляемость тканей пародонта и воздействию табачного дыма.

«Amfodent® с хвойным комплексом»:

- уменьшает кровоточивость и рыхłość десен;
- очищает от болезнетворных микробов;
- помогает устранить воспалительные процессы в полости рта;
- применяется при чувствительной шейке зубов;
- дезодорирует полость рта.

По вопросам оптовых закупок:

С-Петербург (812) 448-24-12, (812) 702-67-22,

Москва (495) 334-48-68



Терапевтическая стоматология

Опыт применения препарата "Дипроспан" в стоматологии

В статье впервые рассматриваются методы применения препарата "Дипроспан" в стоматологической практике. В течение 3 лет авторы проводили в условиях клиники комплексное лечение с использованием "Дипроспана" ряда заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Получены положительные результаты. При наличии показаний и строгом соблюдении методики препарат рекомендуется к применению.

Experience of application of Diprospan in the stomatology

N.D. Brusenina, E.A. Rybalkina

In this article is considering for the first time the methods of application of Diprospan in the stomatological practice. Since 3 years authors applied at the clinic a complex treatment using Diprospan for number of diseases of oral mucosal. They have got positive results.

Diprospan may be recommended to the application in the presence of indications and strong observation of methods.

Характеристика препарата

Ди пр о с п¹а-н глюко корти ю стероидный препар ат. Международное (непатентованное) название: бетаметазон².

Производитель: Шеринг-Плау Лабо, Бельгия.

Лекарственная форма – суспензия для инъекций. В 1 мл суспензии дипроспана содержится 6,43 мг бетаметазона дипропионата и 2,63 мг бетаметазона натрия фосфата. Комбинированный состав препарата обладает существенными преимуществами и при применении в клинических условиях. Одна из составляющих препарата (бетаметазона натрия фосфат) хорошо растворима и легко абсорбируется из места введения, что обеспечивает уже через 1–3 часа противовоспалительное и обезболивающее действие. Другая составляющая препарата (бетаметазона дипропионат) мало растворима и медленно абсорбируется из депо, образуемого в месте инъекции. Последнее обеспечивает продолжительное действие препарата после введения. (до 4–6 недель) действие препарата после введения.

Дипроспан обладает высокой глюкокортикоидной активностью, но, в отличие от своих предшественников (гидрокортизона, преднизолона, кеналога), имеет ряд преимуществ:

^{1,2} Одобрено Фармакологическим комитетом Минздрава РФ 15 ноября 2001 г. Протокол № 16.

- незначительное минералокортикоидное действие;
- быстрое и, вместе с тем, пролонгированное мощное противовоспалительное и обезболивающее действие;
- не вызывает местных мелкократических реакций;
- не оказывает местнодистрофического действия на ткани;
- назначается как однократно, так и повторно (при наличии показаний).

При соблюдении правил и алгоритма введения дипроспана местный противовоспалительный и обезболивающий эффект достигается в 85–90% случаев. При этом опасность развития осложнений практически отсутствует. Ценность метода повышается в связи с возможностью его использования в амбулаторно-поликлинических условиях.

В настоящее время метод инъекций дипроспана широко используется при лечении артритов, синовитов, бурситов, тяжелых дерматологических и аллергических заболеваний.

Применение дипроспана в стоматологии до сих пор не описано. В то же время ряд заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР), красной каймы губ (ККГ), периоральной кожи лица, нейростоматологических патологических состояний, патологии височно-нижнечелюстных суставов характеризуется упорным и длительным течением, трудно поддается излечению. Описанные выше свойства дипроспана оказались привлекательными для лечения указанных стоматологических заболеваний.

Цель работы – применение препарата "Дипроспан" для лечения острых и хронических стоматологических заболеваний.

Материалы исследования

Для оценки эффективности препарата "Дипроспан" при лечении стоматологических заболеваний за последние 3 года нами обследовано 42 пациента с заболеваниями слизистой оболочки рта, красной каймы губ и периоральной кожи, а также с нейростоматологической патологией. В составе комплексного лечения пациенты получали дипроспан.

Распределение больных по клиническим диагнозам, возрасту, полу, давности заболевания представлены в таблицах ?? 1, 2, 3.

Методы использования дипроспана в стоматологии

Нами разработана методика использования пре-



парата "Дипроспан" при лечении ряда стоматологических заболеваний.

Алгоритм введения дипроспана в каждом случае состоит из следующих этапов:

- 1) постановка диагноза;
- 2) оценка локального статуса пациента;
- 3) определение наличия показаний к локальному применению дипроспана;
- 4) определение отсутствия противопоказаний к инъекции препарата;
- 5) определение места планируемой инъекции;
- 6) получение информированного согласия пациента на выполнение данной процедуры.

Содержимое одной ампулы дипроспана (бетаметазона) соответствует одной целой дозе. Непосред-

Таблица 1. Распределение пациентов по клиническим диагнозам

№ п/п	№ группы	Клинический диагноз	Кол-во пациентов	
			М	Ж
1				
2	1	Стомалгия	1	5
3		Глоссалгия	2	10
	2	Плоский лишай	2	12
4	3	Неврит язычного нерва	–	2
5		Невралгия II и III ветвей тройничного нерва	–	1
6	4	Неврит язычного нерва	–	2
7		Экзематозный хейлит	–	1
8	5	Неакантолитическая пузырчатка	–	1
	6	Десквамативный глоссит	3	4
Итого:			8	37
				45

Таблица 2. Распределение пациентов по длительности заболевания

№ п/п	Длительность заболевания (в годах)	Кол-во пациентов
1	от 0,5 до 5	22
2	от 6 до 10	17
3	более 10	6
Итого:		45

Таблица 3. Распределение пациентов по возрасту

№ п/п	Возраст (в годах)	Кол-во пациентов
1	От 16 до 19	3
2	От 20 до 25	4
3	От 26 до 60	38
Итого:		45

ственно перед введением одна доза дипроспана разводится 2%-м раствором лидокаина (без вазоконстриктора) в количестве 4–6 мл. Доза вводимого препарата зависит от тяжести заболевания и площади поражения. Дипроспан можно вводить под элементы поражения, в виде блокад (лингвальных, мандибулярных, палатинальных, резцовых), периартикулярных или внутриартикулярных инъекций. Кратность процедур и промежуток между ними обычно определяются индивидуально. Для этого оценивают результаты предыдущей процедуры, а также всего комплекса лечебных мероприятий. Применение препарата "Дипроспан" в виде "курса" недопустимо.

Особенности проведения процедуры

Процедура выполняется в соответствии с техническими правилами, известными владеющему методикой специалисту. Применение дипроспана в стоматологии предполагает хорошее знание анатомии, особенностей препарата, владение методиками его использования и обладание достаточным практическим опытом. Перед манипуляцией пациенту с повышенной психо-эмоциональной реaktivностью необходимо провести один из способов премедикации, а также выявить отсутствие аллергии на анестетики³.

Результаты и обсуждение

Наиболее многочисленную группу составили пациенты с диагнозами "глоссалгия" и "стомалгия".

В жалобах пациентов этой группы превалировали различного характера и степени парестезии в языке, небе, в губах, а также в других участках полости рта, сухость СОРР. При обследовании отмечали длительный анамнез заболевания и незначительный эффект лечения в различных лечебных учреждениях. Кроме того, у всех пациентов мы наблюдали состояние тревоги, фиксированность на болезни и различного характера фобии (канцерофобия, сифилодофобия и др.). При осмотре патологических изменений СОРР и ККГ не выявлено. Гигиена полости рта у 75% обследованных неудовлетворительная.

Комплексное лечение проводилось по отработанной в клинике кафедры схеме и включало коррекцию и контроль гигиены полости рта, профессиональную гигиену, санацию полости рта, по показаниям изготовление и замену ортопедических конструкций. Совместно с неврологом или психиатром назначали внутрь седативные препараты или антидепрессанты. Дипроспан в количестве одной дозы вводили по типу блокады (мандибулярной, линг-

³ Условия и требования к внутрисуставному и периартикулярному введению глюкокортикоидных препаратов. Методические указания № 2001/25. Министерство Здравоохранения РФ, Москва – 2001.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

вальной, палатинальной или резцовой) – в зависимости от локализации парестезий. Для устранения сухости СОПР назначали 1–2%-й раствор пилокарпина (5–6 кап. с водой 3 раза в день до еды).

В результате лечения жжение в полости рта и другие парестезии исчезали на второй-третий день после введения дипроспана, сухость устранилась через 7–8 дней, а фобии, тревоги – спустя 2–3 недели после начала курса лечения. Контрольный осмотр этой группы через 6 месяцев показал, что у 14 пациентов жалобы отсутствовали. Все пациенты отмечали заметное улучшение настроения. У трех пациенток с диагнозом "глоссалгия" и у одной пациентки с диагнозом "стомалгия" после проведенного лечения

состоение улучшилось. Однако спустя 5 месяцев после лечения у них вновь появилось умеренное жжение кончика языка, неба, вернулась тревожность. Рецидивы были связаны со стрессами, а также отказом этих пациенток по разным соображениям от приема антидепрессантов.

Во вторую группу вошли пациенты, страдающие плоским лишаем. Эксудативно-ремаинескная форма выявлена у пяти пациентов, эрозивно-язвенная форма – у девяти пациентов. Все пациенты предъявляли жалобы на боли в полости рта при приеме раздражающей пищи и разговоре, жжение, стянутость, необычный вид слизистой оболочки полости рта. У всей группы пациентов отмечен длитель-

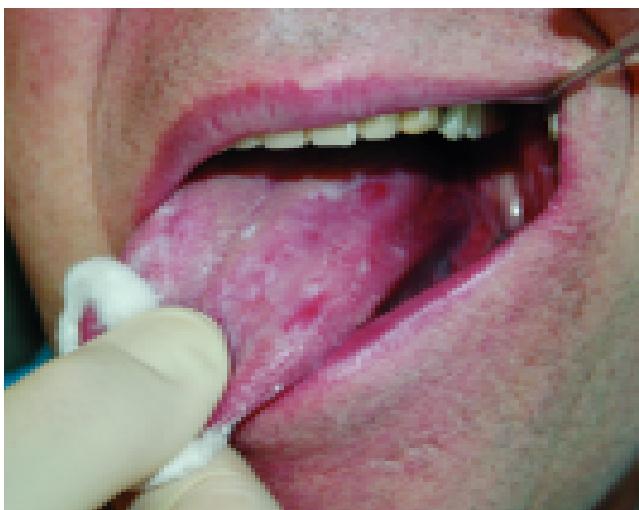


Рис. 1. Пациент К., 52 года. Плоский лишай. Эрозивная форма. До лечения



Рис. 2. Тот же пациент после лечения



Рис. 3. Пациентка А. 69 лет. Эczематозный хейлит с длительным анамнезом. До лечения



Рис. 4. Та же пациентка после лечения

Терапевтическая стоматология

ный (от 3 до 10 лет) анамнез заболевания. Много-кратные обращения в лечебные учреждения давали кратковременный лечебный эффект.

При осмотре гигиена оказалась крайне неудовлетворительной, отмечали обилие мягкого налета и зубного камня, острые края зубов, пломб, протезов. Большинство пациентов, особенно женщины, тревожные, фиксированные на болезни. У пяти пациентов лихеноидные высыпания на фоне отека и гиперемии локализовались в ретромолярной области и задней трети слизистой оболочки щёк. У 10 пациентов этой группы выявлены эрозии и язвы, окруженные папулами с локализацией на боковых поверхностях и корне языка. Эта группа оказалась наиболее трудной в лечении.

Комплексное лечение этой группы больных включало все описанные выше лечебные мероприятия. До полностью проводили антисептическую обработку, аппликацию кераплатинов, изоляцию боковых поверхностей языка на ночь. По показаниям назначали седативные и психотропные препараты. Дипроспан вводили в размере одной дозы под элементы поражения, а также по типу лингвальной и щечной блокад. Улучшение наступало через 3–4 дня после инъекции. Исчезновение отёка и гиперемии СОПР эпителизации эрозий и язв наступали к 10-му–14-му дню. Лихеноидный рисунок сохранялся.

Контрольный осмотр этой группы через 6 месяцев выявил следующие результаты: отсутствие жалоб, исчезновение гиперемии, эпителизация эрозий и язв наступили у 10 пациентов. У четырех пациенток с локализацией эрозивно-язвенной формы плоского лишая на боковых поверхностях языка сохранялись прежние жалобы. Улучшение состояния этих четырех больных наблюдалось в течение первых 4–5 месяцев после проведенного курса лечения, но затем наступил рецидив. Эти пациентки неудовлетворительно соблюдали гигиену полости рта, прекратили прием антидепрессантов, не смогли выполнить рекомендации по изготовлению и коррекции ортопедических конструкций.

В третью группу вошли две пациентки в возрасте 52 лет и 63 лет с жалобами на полную потерю вкусовой чувствительности. Первая пациентка страдает в течение 4-х месяцев, связывает заболевание с перенесенным тяжелым вирусным заболеванием (гриппом). Вторая пациентка перенесла тяжелое пищевое отравление. Гастроэнтерологом был назначен препарат, в результате приема которого, по ее словам, развилась аллергия немедленного типа. Пациентка связывает с этим состоянием полную потерю вкусовой чувствительности. При осмотре внешний вид языка без изменений, двигательная функция языка, болевая и тактильная чувствительность со-

хранены. Пациентка раздражительна, обидчива, "устала бороться". В обоих случаях поставлен диагноз – неврит язычного нерва.

Лечение сводилось к назначению внутрь препарата "Портал" – 20 мг. Курс – 3 месяца. Местно была проведена двусторонняя лингвальная блокада дипроспана с лидокаином. Внутримышечно назначены инъекции препарата "Мильгамма" по 2 мл. Курс – 5 инъекций. Первые признаки появления вкусовых ощущений отмечены через 7 дней, значительное улучшение – через 14 дней, при этом вкусовые лувицы восстанавливались в такой последовательности: сладкое, соленое, горькое. Полное восстановление вкусовых ощущений зафиксировано через 5 недель. Психо-эмоциональная реакция пациенток на выздоровление была весьма положительной.

В эту же группу мы включили пациентку 66 лет с диагнозом невралгия II и III ветвей тройничного нерва. Анамнез заболевания – 5 лет. Частые приступы жестоких невралгических болей. В течение 5 лет лечилась в различных лечебных учреждениях без видимого результата. Для снятия невралгических болей регулярно принимала противодрожные препараты и сильные обезспивающие средства. Было проведено лечение дипроспаном по следующей методике: однократные инъекции супсепсии "Дипроспан" с лидокаином по типу блокад у места выхода II и III ветвей тройничного нерва. В результате лечения боли исчезли практически сразу после блокад. Контрольный осмотр через 6 месяцев выявил отсутствие невралгических болей, общее и психоэмоциональное состояние пациентки существенно улучшилось.

На лечении находились две пациентки с экзематозным хейлитом. Анамнез заболевания – 7 и 9 лет соответственно. Внутрь назначены антигистаминные препараты. Местно – аппликация протеолитических ферментов, антисептическая обработка, аппликация мази Брусениной⁴. Под премедикацией и аппликационной анестезией кремом "Эмла" (экспозиция 20 минут), при помощи тонкой иглы с несколькими сторон под элементы поражения введена одна доза дипроспана с лидокаином. Полное исчезновение эритемы, корочек, эрозий, наступило через 14 дней. При контрольном осмотре через 6 месяцев отмечено полное выздоровление.

Одна пациентка обратилась с жалобами на интенсивную болезненность при приеме пищи, чистке

⁴ Rp. Sol. Retinoli asetas oleosae – 1,0
Sol. Tocopheroli acetatis – 1,0
Thiamini bromidi – 0,2
Insulini actrapidi – 3,0
Celestodermi – 30,0
Ung. Solcoserilli – 20,0
M.F unguentum

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

зубов. При осмотре выявлены резко болезненные эрозии на слизистой оболочке десны, переходных складок с обрывками пузырей. Симптом перифо-кальной отслойки эпителия положительный. Страдает около года. После консультации у дерматолога поставлен диагноз "неакантолитическая пузырчатка" (пемфигоид). Под эрозии введена одна доза дипроспана с 6мл лидокаина. Проведена антисептическая обработка эрозий, аппликации кератопластиков. Домой назначены антисептические полоскания и втирание геля "Pansoral" в участки поражения. Улучшение пациентка отметила через сутки. При осмотре через 2 недели: жалоб нет, эрозии эпителизировались.

Наиболее легкую и молодую возрастную группу составили пациенты с десквамативным глосситом. На лечение мы брали только тех пациентов, которые предъявляли жалобы на боли в языке при приеме раздражающей пищи. При осмотре отмечали участки десквамации на дорсальной поверхности языка, в отдельных случаях – сухость.

Дипроспан с лидокаином вводили однократно по 0,5 дозы в каждую сторону по типу лингвальной

анестезии. Стойкий положительный эффект наступал через 5–7 дней, полностью исчезли боли при приеме пищи.

Наш опыт лечения ряда стоматологических заболеваний и дерматозов (плоский лишай, экзематозный хейлит, пемфигоид и др.) позволяет сделать следующий вывод. При использовании методики введения дипроспана под элементы поражения достигается быстрый положительный эффект в сравнении с применением кортикостероидов общим курсом, а также устраняются осложнения.

Быстро снимаются болевые и воспалительные симптомы, что заметно улучшает психоэмоциональное состояние.

Выводы

Таким образом, использование дипроспана дает положительные результаты при лечении стоматологических заболеваний различной степени тяжести. Непременным условием является тщательное соблюдение методики применения препарата "Дипроспан", знание показаний и противопоказаний к его использованию, комплексный подход в лечении каждого заболевания.

14

Справочник
«СТОМАТОЛОГИЯ РОССИИ»

10-й юбилейный выпуск

Издательство «Человек»
199004, Санкт-Петербург, В.О., Малый пр., 26, офис 2; Тел./Факс: (812) 325-25-64, 328-18-68
E-mail: mtm@mtm-ed.ru www.mtm-ed.ru



Терапевтическая стоматология

Факторы, влияющие на интенсивность кариеса зубов при ревматоидном артите

Резюме:

На основе изучения 235 больных ревматоидным артритом установлена высокая интенсивность и распространённость кариеса зубов ($p<0,05$). Ведущую роль в формировании заболеваемости при ревматоидном артите играет наличие синдрома Шёгрена, а при его отсутствии – длительное нарушение функции височно-нижнечелюстных суставов и суставов кисти, клинико-иммунологическая активность ревматоидного артрита (повышение титров ревматоидного фактора, иммуноглобулинов и др.).

Factors influencing tooth hard tissues in case of rheumatoid arthritis.

V.M. Grinin, M.V. Simonova, T.I. Djanaev, A.R. Grishkyan, K.I. Ashurov

The study of 235 patients with rheumatoid arthritis shows high level of caries intensity and prevalence ($p<0,05$). The main reason for caries in patients with rheumatoid arthritis is Sjogren syndrome. But in case of its lack caries is resulted from dysfunction of temporomandibular joint or joints of hand and clinico-immunology activity of rheumatoid arthritis (an increase of titers of rheumatoid factor, Ig and etc.).

Патология твердых тканей зуба при ревматоидном артите (далее – РА) достаточно подробно в описательном стиле освещена рядом авторов [2, 3], однако детального анализа, базирующегося на количественных данных, сделано не было. Не изучены также особенности патогенетического развития данной патологии у больных РА, до сих пор отсутствует детальное обоснование клинико-патогенетической взаимосвязи ее с основным ревматическим заболеванием.

Весьма характерны поражения твердых тканей зубов при РА. Мы согласны с мнением [2, 3], что распространённость интенсивность карIES при РА достаточно высока. Нередким видом карIES при РА являются множественные меловидные пятна, располагающиеся на разных поверхностях зубов. Надо полагать, генерализованный характер карIESной патологии является следствием нескольких факторов: плохой гигиены полости рта, обусловленной поражением ВНЧС и суставов

рук, снижением самоочищения в полости рта из-за нарушений коллоидных функций слюны, снижением антибактериальной активности слюны, а также следствием трофических расстройств, нарушающих обмен веществ из-за самого ревматического заболевания. Причина декальцинации твердых тканей зуба может также быть связана с длительным применением ударных (40–60 мг) и поддерживающих (10–20 мг) доз глюкокортикоидов, являющихся основным компонентом терапии этой группы заболеваний, на что указывает также [5]. Известно, что одним из побочных эффектов этого вида терапии является нарушение минерального, в частности, фосфорно-кальциевого обмена, и усиленное выведение кальция из организма [5, 7, 9].

Важно также отметить, что кариес зубов является полиэтиологичным заболеванием, нередко развивающимся и у совершенно здоровых в соматическом и психическом плане людей. Благодаря современной концепции кариеса зубов установлено, что обычно в возрасте старше 30–40 лет развитию кариеса способствуют появляющиеся у человека сопутствующие соматические заболевания. Это вполне резонно, так как именно у больных ревматическими заболеваниями, поражающими людей не только в молодом, но также и в зрелом возрасте, отмечена высокая поражаемость зубов кариесом [8].

По нашему мнению и данным [2, 3] особенностью течения кариеса зубов у больных РА является его множественное поражение – наличие нескольких кариозных полостей (в среднем 2–3) в одном зубе, нередко бессимптомное течение, тенденция к неуклонному прогрессированию и последующему развитию вторичного кариеса, что в конечном итоге ведет к интенсивному разрушению зубов и частым осложнениям. На наш взгляд, бессимптомное течение кариеса можно объяснить определенной гиперактивностью организма и прежде всего нервной системы, наступающей вследствие длительной гормональной (кортикостероидной) терапии у этих больных. Учитывая эту особенность, надо всегда помнить о частом развитии скрыто протекающих очагов одонтогенной инфекции, их тщательном поиске и своевременном лечении.

Материал и методы исследования



Всего было обследовано 349 больных достоверным РА в возрасте от 16 до 74 лет с длительностью заболевания от 0,5 до 40 лет (мужчин – 28, женщин – 321) с преимущественно умеренной клинической активностью – 1 степень имелась у 31 больного (8,9%), 2 степень – у 199 больных (57,0%), 3 степень – у 119 больных (34,1%). Серопозитив по ревматоидному фактору (РФ) была у 291 больного (83,4%), серонегативный РА – у 58 больных (16,6%). Средний возраст больных на момент обследования составил $50,4 \pm 10,8$ лет, средняя продолжительность заболевания – $9,5 \pm 6,5$ лет. Диагноз РА устанавливался на основании общепринятых отечественных диагностических критериев [5, 9].

Всем больным было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование с использованием общих, частных и специальных методов. Общие методы, включающие: клиническое обследование органов и систем, рентгенографию мелких и крупных суставов (кроме ВНЧС) для определения раннестадии заболевания, лабораторные исследования для определения степени активности процесса, биохимические и иммунологические анализы крови – были проведены по схемам обследования, принятым в Институте ревматологии РАМН врачами, клиническими ординаторами и научными сотрудниками клинических отделений и отделов института. Таким образом, клинические исследования помогли выявить широкий спектр системных нарушений, отразить сущность патологии основного заболевания, что позволило более четко представить целостную картину патологических нарушений зубо-челюстной системы и ВНЧС при изучаемом РА.

Всем больным для установления степени общей воспалительной активности заболевания проводилось определение уровней гемоглобина, лейкоцитов, гипер-γ-глобулинов, СОЭ в периферической крови в условиях клинико-диагностической лаборатории Института ревматологии РАМН (зав. – кандидат биол. наук Л.Н. Кашникова).

Иммунофлюоресцентные исследования сыворотки и крови с определением: титра РФ по латекс-тесту, криопреципитинов, комплемента, антител к нуклеопротеиду, анти-ДНК, антинуклеарного фактора – проводились в клинико-иммунологической лаборатории Института ревматологии РАМН (зав. – доктор мед. наук, профессор А.И. Сперанский).

Стоматологические методы обследования проводились по общепринятой методике и включали в себя комплекс объективных показателей: интенсивность кариеса у обследованных больных оценивались с помощью индекса КПУ, состояние околозубных тканей – с помощью индекса гигиены Green-Vermil-

lion, индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта CPITN, пародонтального индекса Russel.

Статистическая обработка полученных результатов в условиях нормального распределения проводилась с использованием показателей дисперсии, коэффициентов средних, критерия Стьюдента и метода корреляционного анализа.

Результаты нашего исследования показали, что

Рис. 1. Интенсивность кариеса зубов у больных ревматоидным артритом (по индексу КПУ)

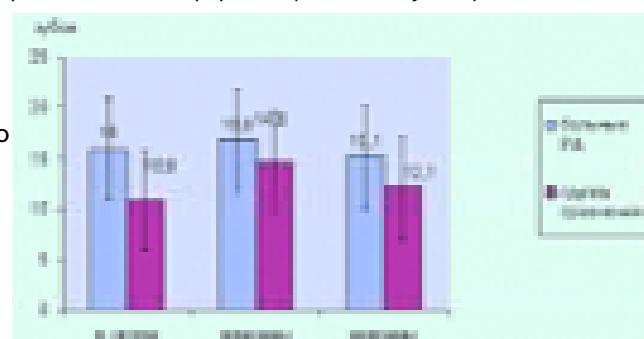


Рис. 2. Интенсивность кариеса зубов у больных ревматоидным артритом в зависимости от степени функциональной недостаточности ВНЧС (по индексу КПУ)

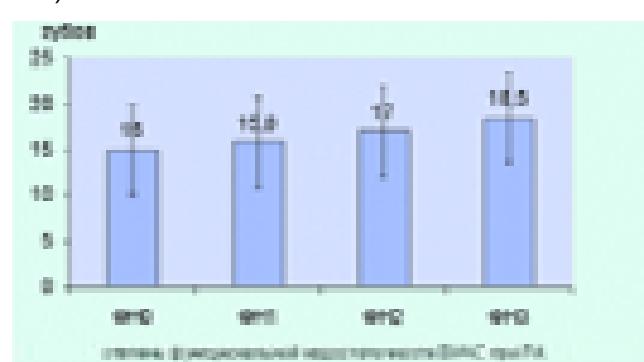
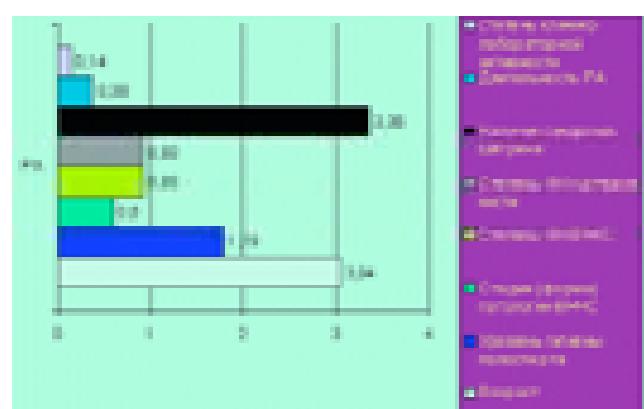


Рис. 3. Влияние некоторых клинических факторов на интенсивность кариеса зубов при ревматоидном артрите (по t-критерию Стьюдента)



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

интенсивность кариеса зубов при РА была значительно выше, чем у здоровых лиц – 17,7 (более чем в 1,5 раза превышающая значения контрольной группы), и была разной в зависимости от формы РА, а также при наличии стойкого поражения ВНЧС (рис. 1, 2). Подобные результаты были известны и ранее [10, 11], однако причина развития столь явных различий, судя по анализу литературы, оставалась неизвестной большинству исследователей.

Анализ распространенности и интенсивности кариеса у больных РА показал их зависимость от характера течения заболевания, степени активности, а также от патологии слюнных желез. Проведенное исследование позволило также установить, что длительное течение болезни, вызывая серьезные изменения в различных органах и тканях, в сочетании с длительным гормональным лечением обязательно находило свое отражение на состоянии твердых тканей зубов.

Проведенный нами анализ показал, что при РА достоверно более высокие уровни КПУ имелись при наличии поражения ВНЧС, а также стойкого поражения слюнных желез (в виде синдрома Шегрена – далее СШ) (рис. 3).

Следует отметить, что в отношении СШ большая роль этого синдрома в формировании высокой интенсивности кариеса уже известна [6, 10, 12], и наши данные полностью подтверждают полученные этими авторами результаты.

Однако существующие работы по данной тематике не рассматривали роль других возможных факторов, которые также могли влиять на развитие кариеса зубов при РА, в частности, тяжести сопутствующей суставной патологии ВНЧС и суставов кисти. Вообще полноценного статистического анализа, проливающего свет на влияние патологии ВНЧС на состояние твердых тканей зуба у больных РА в литературе мы не встретили. Остается неясным и то, как осуществляется взаимное влияние их на КПУ в условиях совокупности большого числа действующих патогенетических факторов.

В настоящее время практически не вызывает сомнения известный факт, что снижение уровня гигиены полости рта безусловно влияет на развитие кариеса и воспалительной патологии околозубных тканей. Как указывают авторы [1], еще в 1884 г. Rhodes в статье "Рот безумных" отмечал (на примере умственно отсталых больных), что общее очень плохое состояние полости рта, в частности, воспалительные процессы ротовой полости и значительное разрушение зубов обусловлены отсутствием у них каких-либо гигиенических навыков. По мнению [4], зубные отложения не без основания считаются одной из самых основных причин развития кариеса и

воспалительных заболеваний пародонта, а низкое гигиеническое состояние полости рта является объективным маркером зубных отложений и, соответственно, одним из ведущих этиологических факторов развития вышеуказанной патологии.

В этой связи для уточнения патогенетической роли патологии ВНЧС в развитии кариеса зубов при РА нами был проведен детальный анализ влияния степени тяжести поражения ВНЧС (по клинико-рентгенологическим стадиям и формам патологии ВНЧС), степени функциональной недостаточности (ФН) ВНЧС, выразившейся в ограничении объема движений нижней челюсти, а также степени ФН суставов кисти.

Установлено, что, несмотря на имевшуюся тенденцию к возрастанию средних значений КПУ с утяжелением стадии поражения ВНЧС, значимых различий между этими группами получено не было. Достоверное различие показателей имелось лишь у больных с 2 и 3 стадиями поражения ВНЧС ($p < 0,05$) – средние значения КПУ составили 17,3 и 18,0 соответственно. Это показало, что наиболее значительное нарастание интенсивности кариеса при РА было достоверно связано с 3 стадией патологии ВНЧС. Последнее, очевидно, обусловливалось резким ухудшением гигиенических условий полости рта из-за прогрессирующей ограничения открывания рта. Этот результат подтвержден также анализом интенсивности кариеса в зависимости от степени ФН ВНЧС, что позволяет считать ее фактором, при длительном воздействии объективно влияющим на уровень кариеса при РА.

Аналогичные данные были получены и в ходе анализа по выяснению роли влияния степени ФН суставов кисти, показавших наиболее резкий "разрыв" значений между 2 и 3 степенями ФН, что заметно отличалось от данных предыдущего распределения (там имелся более равномерный прирост значений КПУ). Другими словами, установлено, что для резкого возрастания интенсивности кариеса у больных РА было вполне достаточно выраженного ухудшения функции кисти (на уровне 2 степени ФН), а последующие более глубокие нарушения функции суставов уже мало влияли на имеющийся высокий уровень КПУ.

Мы проанализировали значения КПУ у больных РА в зависимости от степени системного нарушения минерального обмена костной ткани (норма, остеопения, остеопороз, тяжелый остеопороз с микротрещинами костей, по градации ВОЗ и Всероссийского центра остеопороза). Анализ производили методом денситометрии по стандартным точкам: предплечье, шейка бедра, 4 и 5 поясничные позвонки. Установлено, что у больных РА без нарушений

Терапевтическая стоматология

минерального обмена средняя интенсивность кариеса зубов составила $15,6 \pm 4,13$ зубов (минимальное значение среди всех подгрупп), с остеопенией – $16,5 \pm 4,13$ зубов, с остеопорозом – $17,2 \pm 4,08$ зубов, с тяжелым остеопорозом – $17,3 \pm 4,45$ зубов.

В целом многофакторный анализ позволил установить следующее: уровень интенсивности кариеса зубов при РА зависит не просто от наличия поражения ВНЧС, а обусловлен более детальными его характеристиками – стадией поражения, степенью ФН, а также степенью ФН суставов кисти как обеспечивающих необходимый объем движений при механической чистке рта. При этом установлена достоверная зависимость возрастания интенсивности поражения кариесом (по значениям КПУ) от утяжеления вышеизложенных характеристик суставной патологии.

Анализируя зависимость значений КПУ от большого числа факторов, обусловленных основным заболеванием, посредством корреляционного анализа, мы установили, что наиболее сильным влиянием на КПУ при РА обладали такие факторы, как возраст больных ($r=0,488$), уровень гигиены полости рта ($r=0,272$), клиническое состояние тканей пародонта ($r=0,415$). Менее слабая, но прямо пропорциональная значимая зависимость установлена для степени клинико-лабораторной активности РА ($r=0,136$), ФН кисти ($r=0,157$) с длительностью РА и с длительностью поражения ВНЧС ($r=0,126$, $r=0,148$).

Полученные результаты были полностью подтверждены анализом долевого состава больных РА, сгруппированных по уровням КПУ в зависимости от степени тяжести суставной патологии. Установлено, что увеличение средних значений КПУ в группах больных РА сочеталось с последовательным возрастанием доли больных с 4 стадией поражения ВНЧС и

одновременным уменьшением числа случаев с 1 стадией поражения. Аналогичные результаты были получены и для сравнения долевого состава групп по степеням ФН ВНЧС и суставов кисти. Другими словами, уровень КПУ у больных РА определялся взаимным равновесием долей 1 и 4 стадий поражения ВНЧС, а также 0, 1 или 2, 3 степеней ФН ВНЧС и суставов кисти, что подтверждает влияние данных факторов на интенсивность кариеса зубов при РА.

Литература

1. Бажанов Н.Н., Ганина С.С. Обезболивание в поликлинической стоматологической практике, М., Медицина, 1979, – 190 с.
2. Гусейнова Т.Г. Зубочелюстная система при коллагеновых заболеваниях, Дисс. ...д.м.н., М., 1972, – 372 с.
3. Гусейнова Т.Г., Бажанов Н.Н., Насонова В.А. Челюстно-лицевая область и коллагеновые заболевания, Баку, 1978, – 176 с.
4. Иванов В.С. Заболевания пародонта, М., Медицина, 1989, – 272 с.
5. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология, М., Медицина, 1989, – 591 с.
6. Пожарицкая М.М. Поражение органов и тканей полости рта при болезни Шегрена (патогенез, клиника, диагностика, лечение и прогноз), Дисс. ...д.м.н., М., 1989, – 398 с.
7. Раденска С.Г., Насонова В.А., Новикова А.В. Ранний ревматоидный артрит и его эволюция // Вестник РАМН, 1998, 12, – с. 45–46.
8. Рыбаков А.И., Челидзе Л.И. Стоматологические заболевания и их взаимосвязь с внутренними органами, Тбилиси, Медицина, 1976, – 203 с.
9. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани, М., Медицина, 1994, – 543 с.
10. Симонова М.В. Болезнь и синдром Шегрена, клиника, диагностика, лечение поражения слюнных желез и полости рта, Дисс. ...к.м.н., М., 1982, – 249 с.
11. Симонова М.В., Гринин В.М., Насонова В.А., Робустова Т.Г. Клинические факторы, влияющие на интенсивность кариеса зубов у больных ревматическими заболеваниями // Стоматология, 2002, № 2, т. 81, – с. 15–20.
12. Симонова М.В., Ромачева И.Ф., Грицман Н.Н. Диагностические признаки болезни и синдрома Шегрена // Тез. докл. 10 Евр. конгр. ревматологов, М., 1983, № 3 4, – с. 30.

XIII Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов

Кафедра челюстно-лицевой хирургии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования проводит 25–28 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



Геронтостоматология

Эффективность профилактических мероприятий у лиц пожилого и преклонного возраста при кариесе зубов

Обследование 215 человек в возрасте от 56 до 72 лет выявило профилактическую значимость при кариесе зубов препаратов, направленных на разжижение слюны у лиц пожилого и преклонного возраста. Наиболее эффективным оказалось сочетание "Девясила" с "Глуфторедом" и "Глуфтореда" с флоксами.

Efficiency of preventive actions by persons of elderly and old ages under basic stomatology diseases

S.V. Zinchenko

The examination of 215 persons at age from 56 to 72 gears, suffering from dental caries, revels the value of preparation intended for saliva dilution by persons of elderly and old ages. The most efficient preparations are "Devyasyil" with "Gluftored" and "Gluftoreda" with phlox.

Обследование лиц пожилого и преклонного возраста демонстрирует значительную распространенностъ основных стоматологических забле ван и среди этой части населения, а также высокую ее нуждаемость в терапевтической, хирургической и ортопедической помощи (А.Н. Пак, 1991; А.В. Алимский, 1999; П.Г. Варламов, 2000).

Учитывая, что доля лиц пожилого и преклонного возраста во всем мире постоянно растет, то разработка профилактических мероприятий имеет свою актуальность.

В настоящее время до 10% населения планеты – это люди старше 60 лет. Через 50 лет прогнозируется увеличение доли пожилых до 20%, а в ряде стран она возрастет до 40–45% от общей численности населения (А.В. Алимский с соавт., 2004).

Известно, что в организме пожилых лиц происходят различные инволютивные изменения, кроме того, в этом возрасте имеется уже ряд различных соматических заболеваний (М.В. Потехина, 1970; В.И. Донцов с соавт., 1997; Т.В. Клыпа, И.А. Козлов, 2007; И.Е. Буров, 2007), которые могут способствовать соматической патологии или утяжелять ее.

Со стороны челюстно-лицевой области в этом возрасте происходят также изменения (М.Л. Заксон, 1969; И.М. Пейсаевич с соавт., 1973). В частности, в

результате атрофии паренхимы железы у этих лиц уменьшается секреция слюны (З.А. Флис, 1955; А.А. Прохончуков, Н.А. Жижина, 1967), а в связи с низкой мотивацией на гигиену полости рта (С.В. Зинченко, 2006) ухудшается ее состояние. Все эти изменения способствуют развитию кариеса зубов и воспалительным заболеваниям пародонта.

На сегодняшний день существует множество профилактических стоматологических мероприятий, но все методы профилактики и оценка их эффективности изучены либо у подростков (И.К. Луцкая, 1988; Л.М. Лукиных, 1999; Е.Е. Двиянинова, 2000), либо у определенных групп населения (Г.Н. Пахомов, 1982; Л.М. Лукиных, 1993; С.Б. Улитовский, 2002). Эффективность профилактических мероприятий у лиц пожилого и преклонного возраста не изучена, не обозначены также средства и методы профилактики у них при стоматологических заболеваниях.

Исходя из выше сказанного была поставлена цель – оценить эффективность профилактических мероприятий у лиц пожилого и преклонного возраста при кариесе зубов.

Материалы и методы

Всего осмотрено и обследовано 215 человек, из них 200 человек в возрасте от 56 до 74 лет (149 женщин и 51 мужчина) и 15 человек в возрасте от 20 до 40 лет (10 женщин и 5 мужчин). Учитывая, что по нашим данным (С.В. Зинченко, 2007) лица пожилого и преклонного возраста не имеют существенных различий по интенсивности стоматологических заболеваний, то все 200 человек путем случайной выборки распределены в четыре группы. В первую группу вошло 50 человек (средний возраст 61,4 лет), которым проводилась традиционная санация полости рта, включающая в себя обучение гигиене, проведение профессиональных гигиенических мероприятий и санацию зубов. Во вторую группу вошло также 50 человек (средний возраст 61,9 лет), им дополнительно к проводимому лечению, которое имело место в первой группе, рекомендовали в домашних услови-



С.В. Зинченко
ГОУ ВПО "Ижевская
государственная
медицинская
академия", кафедра
терапевтической
стоматологии



ях по методике Б.М. Максимовского (1984) принимать внутрь ежемесячно по 2 недели настой "Девясила" 3 раза в день по 0,25 стакана (в сумме 3 месяца в течение полугода). В третью группу вошло тоже 50 человек (средний возраст 62,0 года), которым проводилась санация полости рта, их обучали гигиеническим мероприятиям, назначали внутрь настой "Девясила", а зубы дважды в год обрабатывали и "Глуфторедом". В четвертой группе 50 пациентам (средний возраст 62,0 года) проводили санацию полости рта, профессиональную гигиену, назначали внутрь настой "Девясила", а в объем гигиенических средств включали флоссы.

У 15 человек зрелого возраста (средний возраст 29,2 года) оценивали только показатели вязкости слюны. При осмотре полости рта лиц пожилого и преклонного возраста использовали стандартный набор стоматологического инструментария, все полученные данные заносили в карту-анкету. При этом рассчитывали индекс интенсивности кариеса зубов (КПУ), воспалительных заболеваний тканей пародонта (КПИ) и индексы гигиены (Федорова-Володкиной, 1971; Грин-Вермильена, 1964) и АРJ. Вязкость слюны у всех обследованных определяли по методу Т.Н. Рединовой (1986).

Состояние полости рта у обследованных старшего возраста оценивали до назначения профилакти-

ческих мероприятий и спустя 6 и 12 месяцев после их проведения.

Полученные цифровые данные подвергали методам статистической обработки по Стьюденту при помощи статистических функций прикладной программы Excel 2000 (rus) фирмы Microsoft.

Результаты исследования

Оценка вязкости слюны у лиц старшего поколения и у обследованных пациентов зрелого возраста выявила существенные различия. Так, средние статистические показатели вязкости слюны у лиц старшего поколения составили $8,85 \pm 0,4$ отн. ед., у лиц контрольной группы – $4,9 \pm 0,2$ отн. ед. ($P < 0,05$). Установлено, что вязкость слюны у лиц пожилого и преклонного возраста в 1,8 раза выше, чем у обследованных пациентов зрелого возраста, что позволило включить в объем профилактических мероприятий лицам пожилого и преклонного возраста средства для разжижения слюны. Ранее эффективность этих средств при профилактике кариеса зубов была доказана Б.М. Максимовским (1984), М.В. Мосеевой (2000) и др.

Исходные показатели стоматологической заболеваемости различных наблюдавших групп отражены в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что как показатели интенсив-

Таблица 1. Исходные показатели состояния полости рта обследованных различных групп ($M \pm m$)

Группы	КПУ зубов	К	П	У	Кпр	КПИ	ФВ	ГВ	АРJ
Первая	$24,2 \pm 0,6$	$9,4 \pm 0,4$	$9,1 \pm 0,4$	$5,6 \pm 0,3$	$4,4 \pm 0,2$	$3,6 \pm 0,2$	$2,3 \pm 0,1$	$1,90 \pm 0,07$	$78,3 \pm 3,3$
Вторая	$24,8 \pm 0,6$	$10,4 \pm 0,6$	$8,4 \pm 0,4$	$6,0 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,2$	$3,5 \pm 0,2$	$2,3 \pm 0,1$	$1,97 \pm 0,07$	$80,3 \pm 3,5$
Р 1-2	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$<0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Третья	$24,8 \pm 0,6$	$10,3 \pm 0,5$	$8,6 \pm 0,4$	$5,9 \pm 0,3$	$5,4 \pm 0,2$	$3,4 \pm 0,2$	$2,3 \pm 0,1$	$1,90 \pm 0,07$	$79,3 \pm 3,4$
Р 1-3	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$<0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Р 2-3	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Четвертая	$24,9 \pm 0,6$	$9,6 \pm 0,5$	$8,8 \pm 0,4$	$6,5 \pm 0,3$	$4,8 \pm 0,2$	$3,4 \pm 0,2$	$2,3 \pm 0,1$	$1,90 \pm 0,07$	$80,9 \pm 3,5$
Р 1-4	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$<0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Р 2-4	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$<0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Р 3-4	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$<0,05$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$

Примечание: К – кариозные зубы, подлежащие лечению; П – пломбированные зубы; У – удаленные зубы; Кпр – кариес пришеечной области; КПИ – комплексный пародонтальный индекс; ФВ – гигиенический индекс Федорова-Володкиной; ГВ – гигиенический индекс Грина-Вермильена; АРJ – упрощенный индекс зубного налета на апоксиимальных поверхностях.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

ности кариеса, так и показатели интенсивности заболеваний пародонта (КПИ), а также значения гигиенических индексов в обследованных группах были схожие.

Эффективность проводимых профилактических мероприятий оценивалась спустя 6 и 12 месяцев. Показатели вязкости слюны у лиц профилактических групп представлены в табл. 2.

Таблица 2. Изменение показателей вязкости слюны у обследованных пациентов в динамике наблюдения ($M \pm m$)

Группы	Исходные данные	спустя 6 месяцев	P	спустя 12 месяцев	P
Первая	8,6±0,4	8,2±0,4	>0,05	8,3±0,4	>0,05
Вторая	9,5±0,5	7,1±0,3	<0,05	6,2±0,3	<0,05
Третья	8,8±0,4	6,3±0,3	<0,05	4,7±0,2	<0,05
Четвертая	8,5±0,4	7,5±0,3	<0,05	6,2±0,3	<0,05

Примечание: сопоставление проводилось с исходными данными.

Таблица 3. Сравнительное сопоставление показателей состояния полости рта у обследованных пациентов спустя 12 месяцев ($M \pm m$)

Группы	КПУ зубов	K	Π	у	Кпр	КПИ	ФВ	ГВ	APJ
Первая	24,2±0,6	3,0±0,1	15,6±0,6	5,6±0,4	2,8±0,1	3,4±0,2	2,10±0,09	1,80±0,07	71,5±3,1
Вторая	24,8±0,6	2,6±0,1	16,2±0,7	6,0±0,3	2,4±0,1	3,3±0,1	2,10±0,09	1,70±0,07	70,4±3,0
P 1-2	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Третья	24,8±0,6	1,50±0,07	17,4±0,8	5,9±0,3	1,50±0,06	3,3±0,1	2,00±0,09	1,60±0,06	67,3±2,9
P 1-3	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
P 2-3	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Четвертая	24,9±0,6	1,30±0,06	17,1±0,7	6,5±0,3	1,30±0,06	3,3±0,1	2,01±0,09	1,60±0,06	67,3±2,9
P 1-4	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
P 2-4	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
P 3-4	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

См. примечание к табл. 1

Из табл. 2 видно, что во всех группах, где назначался настой "Девясила", уже спустя 6 месяцев существенно снизилась вязкость слюны. Спустя 12 месяцев вязкость слюны во второй, третьей и четвертой группах уменьшилась почти в 1,5 раза по сравнению с первой группой, где настой "Девясила" не назначали.

Изменение показателей, отражающих состояние полости рта у обследованных лиц пожилого и преклонного возраста после проведенных профилактических мероприятий спустя 12 мес. наблюдения, представлено в табл. 3.

Из табл. 3 видно, что в первой группе прирост кариеа по компоненту "К", который сразу после санации в течение первых 6 месяцев был равен 0, возрос в среднем до $3,0 \pm 0,1$, во второй группе, где назначали настой "Девясила", он существенно но был меньше, чем в первой группе. Вместе с тем гигиенические индексы и индекс КПИ не изменились и были схожи с этими значениями у обследованных первой группы.

В третьей группе, где дополнительно к назначению внутрь настоя "Девясила" проводили глубокое фторирование твердых тканей зубов препаратом "Глуфтореда", прирост кариеа по компоненту "К" оказался почти в 2 раза ниже по сравнению с первой группой, и существенно уменьшился индекс Грин-Вермильена. Почти такие же изменения произошли и в четвертой группе, а именно, почти в 2 раза снизился пока затель прироста кариеа по компоненту "К", и существенно уменьшился гигиенический индекс Грин-Вермильена по сравнению с обследованными первой группы.

Изменений показателей, отражающих состояние пародонта у обследованных лиц, не отмечено, что, по-видимому, требует более продолжительных сроков наблюдения.

Таким образом установлено, что такие мероприятия, как настой "Девясила", глубокое фторирование твердых тканей зубов "Глуфторедом" и включение в гигиенический набор флоссов, имеют профилактическую значимость у лиц пожилого и преклонного возраста.

Наиболее высокий профилактический эффект при кариесе зубов отнесен от применения настоя "Девясила" в комплексе с "Глуфторедом" и флоссами.

Литература

1. Алимский А.В., Вусатый В.С., Прикулс В.Ф. Пораженность кариесом зубов лиц пожилого и преклонного возраста, проживающих в Москве и Подмосковье. "Стоматология", 2004, № 3, стр. 61–63.
2. Алимский А.В. Геронтостоматология: настоящее и перспективы. Стоматология для всех. 1999 № 28–31.
3. Буров Н.Е. Основы анестезиологии и интенсивной терапии в геронтологии. М.:Медицина-2007.
4. Геронтостоматология / И.М. Пейсахович [и др.]. – Киев.: "Здоров'я", 1973. – 191 с.
5. Донцов В.И., Крутько В.Н. Подколзин А.А. Старение: механизмы и пути преодоления. М.: Медицина; 1997.
6. Двиянникова Е.Е. Программа профилактики основных стоматологических заболеваний для детей населенного пункта с высоким содержанием фторида в воде. // Стоматология 2000. Сборник тезисов "Современные аспекты профилактики и лечения стоматологических заболеваний". – Москва, – 2000, – с. 84–85.
7. Зинченко С.В. Пораженность кариесом и заболеваниями пародонта лиц пожилого и старческого возраста г. Ижевска. Экономика и менеджмент в стоматологии, 2007, № 21, с. 76–78.
8. Зинченко С.В. Мотивация лиц пожилого возраста к гигиене полости рта и частота обращения к врачу стоматологу. // Материалы научно-практической конференции "Утробинские чтения". – Казань, – 2006, – с. 213.
9. Клыпа Т.В., Козлов И.А. Обеспечение операций на открытом сердце у больных старших возрастных групп. М.: Медицина; 2007.
10. Лукиных Л.М. Лечение и профилактика кариеса зубов – Н. Новгород: Издательство НГМИ. – 1993. – 212 с.
11. Лукиных Л.М. Лечение и профилактика кариеса зубов. – Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 1999. – 168 с.
12. Луцкая И.К., Косарева Л.И. Обоснование применения селективной профилактики кариеса в различных возрастных периодах // Стоматология. – 1988. – т. 67. – № 5. – С. 25–26.
13. Заксон М.Л. Возрастные изменения зубов у лиц пожилого и старческого возраста. – "Стоматология", 1969, № 4, с. 39–42.
14. Максимовский Ю.М. Поражения твердых тканей зубов при гипер- и гипофункциях щитовидной железы, их профилактика и лечение: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1981. – С. 26.
15. Мосеева М.В. Клиника, диагностика и пути профилактики основных стоматологических заболеваний у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань. – 2000. – 14 с.
16. Пак А.Н. Стоматологический статус у людей пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991.
17. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. / – Москва, "Медицина", 1982. – 238 с., ил.
18. Потехина М.В. Особенности заболеваемости и объем медицинско-социальной помощи населению пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1970. – С. 6.
19. Улитовский С.Б. Пути профилактики кариеса / Новое в стоматологии. – 2002. – № 2. – С. 32–36.



Хирургическая стоматология

Новый способ формирования преддверия полости рта у пациентов с посттравматическими рубцовыми стяжениями слизистой оболочки и окружающих мягких тканей с помощью силиконовой мембранны

Авторами предложен метод формирования преддверия полости рта у пациентов с посттравматическими рубцовыми стяжениями слизистой оболочки и окружающих мягких тканей, состоящий в изоляции раневого дефекта и его разобщении с помощью силиконовой мембранны. Сообщается, что метод технологичен и отличается прогнозированными результатами даже при неблагоприятных клинических факторах.

The new method of vestibuloplasty of patients with posttraumatic scar contraction of oral mucosa and surrounding soft tissues using a silicone membrane

A.V. Shchipskiy, V.V. Afanasjev, D.C. Shinkevitch

The authors suggest the method of vestibuloplasty of patients with posttraumatic scar contraction of oral mucosa and surrounding soft tissues which consists in isolating of wound defect and its disconnection using a silicone membrane. It is reported that this method is technological and is distinguished by forecasted results even if clinical factors are unfavorable.

Посттравматические рубцовые стяжения слизистой оболочки преддверия полости рта и окружающих мягких тканей вызывают у пациентов различные функциональные нарушения и являются пре-



А.В. Щипский,
профессор, д.м.н.



В.В. Афанасьев,
профессор, д.м.н.



Д.С. Шинкевич,
ассистент

Московский государственный медико-стоматологический университет,
кафедра челюстно-лицевой травматологии
(зав. кафедрой: проф. В.В. Афанасьев)

пятствием для использования съемного пластиночного протеза. Хирургическое лечение рубцовых стяжений предполагает воссоздание анатомической формы преддверия полости рта. После рассечения и иссечения рубцово измененных тканей созданное пространство формируют с помощью расщепленного кожного аутотрансплантата, помещенного в раневой дефект на йодоформном марлевом валике или стенсовом вкладыше. Метод является достаточно эффективным. Наряду с этим, возможны случаи сокращения, сморщивания и даже некроза кожного лоскута. Кроме того, прижившаяся кожа отличается по цвету от окружающей слизистой оболочки, а при попадании в лоскут волоссяных луковиц может отмечаться в области преддверия полости рта рост волос [1-4]. Относительным недостатком метода является необходимость проведения дополнительной операции в донорской области.

Нами предложен метод формирования преддверия полости рта после иссечения и рассечения рубцовых стяжений, состоящий в изоляции раневого дефекта и его разобщения с помощью силиконовой резины (Патент на изобретение "Способ вестибулопластики" № 2297187, выданный Российским агентством по патентам и товарным знакам 15.04.2007 г.). Силикон давно используется в пластической хирургии для эндопротезирования, является биоинертным материалом и обладает необходимым комплексом технических характеристик. Мембранны из силикона полу-проницаемые, что является важным качеством для раневой повязки.

Материал и методы. С 2004 г. силиконовые мембранны нами использованы для изоляции раневых постоперационных дефектов в области преддверия полости рта различного происхождения у 37 пациентов. Метод и указанной операции при хирургическом



нии рубцовых ся жений слизистой оболочки можно пр е давить на примере определенного клиническо-го случая .

Пациентка А., 72 г., диагноз: посттравматический дефект нижней губы, рубцовые стяжения слизистой оболочки преддверия полости рта в подбородочном отделе нижней челюсти. Функциональные на-рушения. Отсутствие условий для ортопедического лечения.

Пациентка обратилась в нашу клинику в 2004 г. с жалобами на дефект нижней губы, слюнотечение, нарушение дикции, невозможность использовать съемный пластиночный протез. Год назад была укушена собакой в область нижней губы и подбородка, после чего в одной из клиник была проведена пер-



Рис. 1–2. Пациентка А., 72 г., диагноз: посттравматический дефект нижней губы, рубцовые стяжения слизистой оболочки преддверия полости рта в подбородочном отделе нижней челюсти. Функциональные нарушения. Отсутствие условий для ортопедического лечения

вичная хирургическая обработка раны.

При осмотре обнаружили дефект нижней губы треугольной формы, рубцовые изменения мягких тканей в области подбородка (рис. 1–2). При пальпации ткани плотные, безболезненные. В связи с имеющимся дефектом, пациентка полностью сокнуть губы не могла. Нижняя губа сращена рубцовыми тканями с альвеолярной частью нижней челюсти, свод преддверия полости рта в подбородочном от-деле полностью отсутствовал.

Нами были рассечены и иссечены рубцово изме-ненные ткани нижней губы, а так же рубцовые ткани в области преддверия поло ти рта. Для ликвидации дефекта нижней губы подготовили два встр ечны ло сута. Затем внутреннюю поверхность губы и аль-веолярной части нижней челюсти изолировали и разобщили силиконовой мембраной (рис. 3–4). В ка-че тве такого материала мы использовали силико н о вую мембрану "Медсил", имеющую разрешение Минздрава РФ на серийное производство и исполь-зование в медицинской практике (решение Комите-та по новой медицинской технике МЗ РФ от 24.06.04 г.; регистрационное удо творение МЗ РФ № ФС 01032004/0572-04). К слизистой оболо ч альвеолярной части мембрану зафиксировали узловыми шва-



Рис. 3–4. Формирование преддверия полости рта с помощью силиконовой мембранны. Пластика дефекта нижней губы

ми сразу, а к нижней губе – после ее пластики и то чной коррекции мембранны. Дополнительно в облас-ти дна созда на о преддверия рта мембрану за ф и к сировали чрескожными швами (рис. 5).

Послеоперационный период проте юл без

Рис. 5. Вид нижней губы после пластики. Видны чрескожные швы для фиксации глубины залегания силиконовой мембранны



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Рис. 6. Вид сформированного преддверия полости рта сразу после снятия силиконовой мембраны (14 дней после операции)

осложнений. Мембрану удалили через две недели (рис. 6), после чего пациентка использовала съемный пластиночный протез с базисом, перебазированным по форме воссозданного преддверия рта. Динамическое наблюдение составило около 3-х лет.

Результаты и обсуждение. Методика, предложенная нами, позволила сформировать свод преддверия полости рта после иссечения посттравматических рубцовых стяжений слизистой оболочки, кото-



Рис. 8. Вид сформированного преддверия полости рта через 1 месяц после операции

дует не раньше, чем через две недели, лучше – через 20 дней и более. Силиконовая повязка не мешает процессу заживления и эпителизации раны. Следовательно, ее можно снимать уже после полного заживления послеоперационного дефекта, что заметно через прозрачную струку силикона. После первой недели изолирующая функция мембранны

Рис. 9–10. Внешний вид нижней губы через 1 месяц после операции



Рис. 7. Силиконовая мембра на после удаления из полости рта полностью сохранила свои структурные свойства

рый по форме и глубине являлся достаточным для эффективного использования съемного пластиночного протеза (рис. 10, 13). На момент снятия силиконовой мембранны глубина преддверия полости рта составила 12 мм (рис. 6), такой же она осталась и в течение всего срока динамического наблюдения (рис. 8, 11). Важным элементом окончательного формирования и стабилизации воссозданного преддверия полости рта явилось постоянное использование после снятия мембранны съемного пластиночного протеза.

По нашим наблюдениям снимать мембрану сле-





Рис. 11. Вид преддверия полости рта через 2 года после операции

ослабевает по причине нарушения фиксации периферийных узловых швов, что уже не имеет большого значения для процесса заживления по причине достаточной зрелости грануляционной ткани. Формирующая функция силиконового комплекса сохраняется за счет его фиксации чрескожными швами.

Мы обнаружили несколько существенных преимуществ предложенного метода вестибулопластики с использованием силиконовой мембранны. Прежде всего, он исключает необходимость проведения дополнительной операции в донорской зоне для забора кожного аутотрансплантата, что не всегда возможно у людей старшего возраста. Кроме этого, отсутствуют послеоперационные риски, связанные с выживаемостью аутотрансплантата. С помощью силиконовой мембранны формируется слизистая оболочка, которая, в отличие от кожного лоскута, по цвету и другим характеристикам является идентичной окружающей слизистой оболочке преддверия полости рта. Отсутствие рубцовой деформирующей ткани в области преддверия полости рта свидетельствует о том, что силиконовая мембрана надежно изолирует и защищает рану, уменьшая негативные последствия заживления вторичным натяжением. После удаления силиконового комплекса с помощью пальпации можно обнаружить более плотную и менее подвижную по сравнению с окружающей слизистой оболочкой ткань, которая как бы составляет каркас мягких тканей и придает стабильность преддверию полости рта. Данную ткань мы условно назвали "полезной" рубцовой тканью, что согласуется с мнением А.Е. Степанова (1999), который напрямую связывал эффективность вестибулопластики с формированием удерживающих "положительных" рубцов.

Технические характеристики силикона не изменяются независимо от срока пребывания материала в агрессивной среде полости рта (рис. 7).



Рис. 12–13. Внешний вид нижней губы через 2 года после операции

Таким образом, по совокупности признаков методика, основанная на применении силиконовой мембранны и силиконового валика, фиксированных узловыми и чрескожными швами, обладает изолирующими, защитной и формирующей функцией. Ее можно рекомендовать для проведения вестибулопластики у пациентов с рубцовыми стяжениями слизистой оболочки и послеоперационными дефектами в области преддверия полости рта. Предложенная методика является простой в исполнении и прогнозируемой по своим результатам даже при неблагоприятных клинических факторах.

Литература

1. Бернадский Ю.И. // Травматология и восстановительная хирургия черепно-лицевой области // 3-е изд., перераб. И доп. – М.: Медицинская литература, 1999. – С. 139–140.
2. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: руководство для врачей // Под ред. Н.М. Александрова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1985. – С. 147–151.
3. Лимберг А.А. // Биологические и патофизиологические проблемы свободной пересадки собственной кожи // Актовая речь: Ленинградский Государственный ордена Ленина институт усовершенствования врачей им. С.М. Кирова, – Л., 1971. – С. 3–7.
4. Степанов А.Е. // Значение и роль рубцовой ткани после формирования преддверия полости рта при заболеваниях пародонта // Клиническая имплантология и стоматология. – 1999, – № 2–3 (9–10). С. 62–65.



Экономика и организация в стоматологии

Факторы, определяющие роль врача в управлении качеством стоматологической помощи.

Советы врачам-стоматологам*

Стоматологическая деятельность входит в мировой практике в пятерку самых надежных видов бизнеса. Вместе с тем, будучи одним из самых надежных профессиональных видов деятельности, обеспечивающих стабильность бизнеса, и находясь в группе лидеров по престижу среди медицинских специальностей, стоматология относится к наиболее профессионально вредным медицинским специальностям.

По степени испытываемого страха население ставит встречу со стоматологом также на одно из первых мест, и, наконец, стоматология уверенно занимает первое место в нашей стране по профессиональным рискам, приводящим к конфликтам с пациентами и к судебным искам.

Оценки деятельности стоматологической службы страны в новых законодательно-правовых и социально-экономических условиях показывают, что профилактика жалоб на качество помощи и связанных с ними конфликтов и судебных исков должна занять ведущее место в работе каждого врача стоматолога.

Со временем станованию системы управления качеством работы врача должно способствовать, прежде всего, его адекватное поведение, как профессионала высокого уровня и как специалиста, стремящегося к совершенствованию качества оказания стоматологической помощи своим пациентам.

В этой связи можно дать несколько полезных советов врачам-стоматологам:

1. Никогда не берись за то, что не соответствует твоему профессиональному уровню подготовки, опыта работы и твоей квалификации.

2. Отработай до автоматизма все профессиональные навыки при выполнении всех этапов проводимого лечения от анамнеза, осмотра и диагностики до окончания лечения и рекомендаций.

3. Повышай свой профессиональный уровень знаний в смежных специальностях стоматологии.

Например, врачам стоматологии необходи́мы основные знания в области ортопедии и стоматологии, чтобы не лечить те зубы, которые по правилам и показаниям ортопедии стоматологии

подлежат удалению. Такой подход позволяет в последствии исключить конфликт с пациентом.

4. Научись грамотно, объективно, убедительно и обоснованно отстаивать свое профессиональное мнение и личный претензионный квалифицированного специалиста в области стоматологии в любых клинических и конфликтных ситуациях.

5. Не обнадеживай пациента, обещая более высокий эффект от лечения, чем это возможно при конкретном заболевании или патологии, по поводу которых он обратился за помощью.

6. Предупреждай о возможных негативных последствиях в процессе лечения и после лечения.

7. Обращай внимание пациента на то, что соблюдение им правил личной гигиены полости рта и своевременное обращение к гигиенисту стоматологическому и врачу-стоматологу – это залог качественного оказания стоматологической помощи и сохранения стоматологического здоровья.

8. Убеждай пациента в том, что нельзя допускать, чтобы заболевание от начальных стадий, когда можно было бы качественно оказать помощь, перешло в более сложные, а порой и тяжелые стадии. В этих запущенных случаях, даже несмотря на высокое качество работы врача, гарантии качества (лечения, реабилитации и т.д.) резко снижаются, а вероятность развития осложнений после лечения трудных случаев значительно повышается.

9. Постоянно проводи самоконтроль качества своей работы по алгоритму процессов (этапов) выполняемых манипуляций и работ. Один неправильно или некачественно выполненный этап может привести к некачественному конечному результату.

10. Брак в работе будет для тебя стоить в десятки раз дороже, чем затраты твоего рабочего времени:

на воспитание внимательности в работе и к пациенту;

на отработку автоматизма в формировании профессиональных навыков;

на выработку правил самоконтроля качества своей работы.

11. Наизусть знай:
свои права и права пациента с учетом положений



В.Т. Шестаков,
зам. директора
ЦНИИС и ЧЛХ,
руководитель отдела
экспертизы качества
стоматологической
помощи, д.м.н.

* Издается по просьбе участников межрегионального семинара "Управление качеством стоматологической помощи и экспертиза качества", организованного стоматологами частных стоматологических организаций и руководством стоматологической ассоциации Ставропольского края (4.04.2007 г.)



существующего законодательства и нормативно-правовых документов;

критерии качества по всем видам стоматологической помощи, которую оказываешь;

основные правила социальной психологии и конфликтологии при построении отношений с пациентами, руководителями организации, в которой работаешь, с экспертами и прочими лицами, которые могут повлиять на оценку качества твоей работы.

12. По возможности устраивайся на работу в ту организацию, которая может оптимально защитить тебя как профессионала:

обеспечить организацию твоего труда и рабочего места на современном уровне;

своевременно направлять на курсы повышения квалификации с учетом принципа Болонского процесса "Учиться в течение всей профессиональной деятельности";

создать условия для страхования профессиональных рисков;

обеспечить гарантии на защиту в суде.

13. В сомнительных случаях обращайся за консультацией к более квалифицированным специалистам. При отсутствии возможностей проведения консульта-

ций, направь пациента к более квалифицированному специалисту.

14. Не переутомляй себя. Помни, что укороченный рабочий день был предоставлен нашим предшественникам не зря. Хроническое переутомление после сверхнормального рабочего дня удваивает вероятность ошибок в работе и потери твоего биоэнергетического потенциала не только на последующие дни, но даже на годы. В конце концов, это может привести к развитию синдрома "хронической усталости" и хроническим заболеваниям органов и систем организма, преждевременному старению и, более того, к состояниям, при которых невозможна дальнейшая профессиональная деятельность.

15. Научись признавать свои ошибки и своевременно возвращай деньги, если ситуация этого потребует. Не доводи дело до экспертов и суда.

16. Не пытайся получить больше денег, чем это положено с учетом заболевания, по которому оказывается помощь. Ориентируйся, в первую очередь, на качественное оказание помощи.

17. Именно качественное оказание помощи повысит твой престиж среди коллег и пациентов и обеспечит более высокие заработки.

ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ!

5-я Казахстанская международная выставка по здравоохранению

11–13 сентября 2008 г.

Казахстан, Астана, Дворец Спорта "Алатау"

Астана – столица Казахстана – ваша возможность выхода на казахстанский рынок

Международная Выставочная компания ITE Group Plc и ее партнер в Центральной Азии ТОО Iteca, организаторы крупнейших международных выставок, приглашают Вас принять участие в 5-й Казахстанской Международной

выставке

AstanaZdorovie 2008

Выставка проводится при официальной поддержке Министерства Здравоохранения РК

Основные разделы выставки

Медицинское оборудование, техника

Лабораторное оборудование / технологии

Диагностическое оборудование

Лекарственные препараты

Медицинские инструменты и изделия

Ортопедия и Реабилитация

Стоматологические материалы и услуги

Оптика и Офтальмология

Биотехнологии

Изделия медицинского назначения

Больницы, аптеки, медицинские центры

Гомеопатия, Пищевые добавки

Сыре и ингредиенты для фармацевтического производства

Оборудование и оснащение медицинских учреждений

Скорая помощь и спасение

Продукция "Здоровье и Красота"

Медицинская одежда

Упаковка для лекарств

Современные информационные технологии

Страхование

За дополнительной информацией обращайтесь в ТОО "Iteca":

Контактное лицо: Евгения Гусак – директор проекта

Тел.: +7 (7172) 58 02 55 / 58 04 55, e-mail:zdroovie@iteca.kz



Ортопедическая стоматология

Экспериментальное исследование прочности соединения оксида циркония и дентина с использованием различных фиксирующих агентов

В ходе исследования получены результаты, которые показывают прочность соединений между оксидом циркония и дентином при использовании различных фиксирующих агентов.

Применялись цементы различных групп : PANAVIA F 2.0, FUJI PLUS, VITREMER.

Рекомендовано для фиксации конструкций из оксида циркония использовать композитный материал PANAVIA F 2.0.

Experimental research of zirconium oxide and dentin bonding strength using different fixing agent

E.Yu. Novikov, A.A. Remezova

As part of the study we have got the results that demonstrate zirconium oxide and dentin bonding strength using different fixing agents.

Coments of different groups are employed : PANAVIA F 2.0, FUJI PLUS, VITREMER.

Composite material PANAVIA F 2.0 is recommended for zirconium oxide compounds.

В качестве конструкционного материала при ортопедическом лечении зубов хорошей альтернативой металлическим сплавам является керамика, которая обладает хорошей биосовместимостью и отличной эстетикой. Из керамических материалов последнего поколения наиболее предпочтительна высокотехнологичная керамика – тетрагональный оксид циркония, стабилизированный оксидом иттрия. В отличие от других керамических материалов оксид циркония является керамическим сплавом и обладает высокой степенью механической резистентности. Это единственный керамический материал, который может применяться для восстановления жевательной группы зубов, поскольку благодаря значительной прочности и гибкости обеспечивается стабильность конструкции в течение долгого времени при высоких нагрузках (Широкова Ю.А., Фадеев А.Ю., 1999; Менгини П., 2000; Терещенко Е.Н., 2001; McLaren E.A., White S.N., 1999; Arik K., 2003).

Для изготовления конструкций из керамических ма-



Е.Ю. Новиков,
стоматолог-ортопед,
врач высшей
категории,
поликлиники ММА
им. И.М. Сеченова



А.А. Ремезова,
к.м.н., кафедра
терапевтической
стоматологии с курсом
ортопедической
стоматологии ММА
им. И.М. Сеченова

териалов лучшей технологией по данным литературы является компьютерное фрезерование. Однако при таком способе изготовления важное для зубного протеза свойство – высокая прочность оксида циркония – одновременно является и недостатком, так как обработка этого материала экстремально сложна, требует больших временных затрат и приводит к быстрому износу машин и дорогостоящих алмазных инструментов (Лебеденко И.Ю. с соавт., 2000; Atsu S.S. et al., 2006; Gehrke P. et al., 2006; Wolfart M. et al., 2006).

Эта проблема была решена разработчиками системы CERCON (DeguDent), которая была специально создана для изготовления цельнокерамических каркасов из диоксида циркония. Основной идеей данной системы является то, что фрезерование (создание формы каркаса) происходит из материала в мягком состоянии, а приданье оксида циркония особо прочных показателей осуществляется за счет последующего обжига при высокой температуре в течение 6–8 часов. В процессе спекания, естественно, происходит усадка заготовок из оксида циркония, но она осуществляется равномерно, линейно во всех трех направлениях и имеет известную величину. Объемный процент усадки просчитывается системой и закладывается при фрезеровании детали, что является необходимой предпосылкой для точной посадки каркасов.

Известно, что определяющим фактором в формировании прочности соединения керамики с твердыми тканями зуба являются свойства цемента, используемого для фиксации (Майнер К., 1999; Kern M., Wegner S., 1998; Atsu S.S. et al., 2006).

Целью данного эксперимента было исследование явились изучение адгезионной прочности соединения образцов оксида циркония с твердыми тканями зубов при использовании различных фиксирующих агентов.

Материалы и методы



Адгезионную прочность полученных образцов "оксид циркония – цемент – твердые ткани зуба" изучали методом сдвига по стандартной методике ГОСТ Р 51202-98 (п. 6.3) на испытательной машине "Инстрон".

Для приготовления образцов применялись моляры, удаленные у пациентов в возрасте 18–25 лет. Использовали удаленные зубы со сроком хранения от 1 до 6 месяцев с момента удаления, не леченные по поводу пульпита или периодонтита, без обширных кариозных повреждений и больших пломб. Поверхности, пораженные кариесом и имеющие пломбы, для изучения прочности адгезионного соединения не использовали. Каждый удаленный зуб распиливали на две части в сагittalном направлении на шлифовальной машине фрезой при скорости 1500–3000 об./мин. Строго соблюдали условия хранения удаленных зубов: не более 15 мин. на воздухе без увлажнения, так как пребывание на воздухе без увлажнения свыше 15 минут может привести к необратимым изменениям его твердых тканей. Половину зуба монтировали с помощью самотвердеющей пластмассы типа Протакрил-М в блок так, чтобы поверхность дентина диаметром около 4 мм была открыта. При этом фрагмент зуба закрепляли в монтиrovочной пластмассе таким образом, чтобы рабочая поверхность дентина зуба несколько выступала над поверхностью монтиrovочной пластмассы, но не более чем на 1 мм. При этом условии все манипуляции по подготовке поверхности дентина к испытаниям (полирование, промывание, высушивание и обработка праймером) проводили, не опасаясь загрязнения рабочей поверхности образца примесями из пластмассы. Подготовленные образцы зубов помещали в воду комнатной температуры (23 ± 1) °C, которую периодически меняли.

Затем из блоков оксида циркония Cercon base изготавливали образцы оксида циркония, которые подвергали спеканию в печи Cercon heat. Полученные образцы диаметром 4 мм и высотой 4 мм фиксировали к поверхности дентина подготовленных зубов с помощью трех цементов различных групп – PANAVIA F 2.0, FUJI PLUS, VITREMER.

Адгезивная система двойной полимеризации (химической и световой) PANAVIA F 2.0 (Kuraray, Япония) является композитным цементом для фиксации ортопедических конструкций. Материал VITREMER (3M ESPE, США) относится к группе стеклоиономерных цементов. FUJI PLUS (GC, Япония) представляет собой стеклоиономерный цемент, усиленный композитом. Подготовка адгезивов для фиксации производилась согласно инструкции к каждому материалу. Всего было изготовлено 30 модельных образцов (по 10 для каждого исследуемого цемента).

Полученные образцы погружали в дистиллированную воду и выдерживали в терmostате в течение 24 ча-

сов при температуре 37°C. Через сутки образцы извлекали из воды, высушивали и подвергали испытаниям на машине "Инстрон".

Адгезионную прочность соединения с твердыми тканями зуба определяли как предел прочности при сдвиге цилиндрического образца восстановительного материала относительно поверхности эмали зуба.

Величину адгезионной прочности определяли по формуле:

$$A = P/S, \text{ где}$$

A – адгезионная прочность (МПа);

P – предельная нагрузка, при которой происходило разрушение экспериментального образца (Н);

S – площадь поверхности, по которой происходило разрушение (мм²).

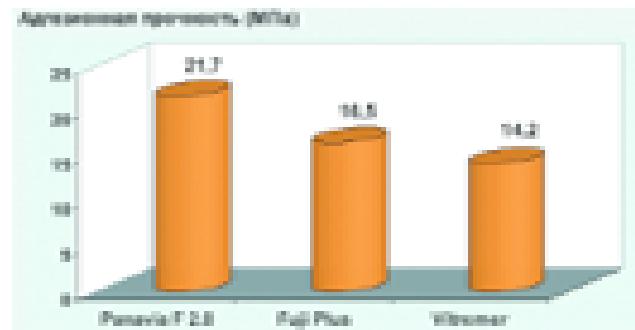
Подсчитывали значение адгезионной прочности при сдвиге для каждого из 30 образцов с точностью до 0,1 МПа. Вычисляли среднее значение и стандартное отклонение от среднего значения показателей адгезионной прочности соединения для каждого из 3 используемых цементов.

Результаты исследования

Исследование полученных образцов методом сдвига на испытательной машине "Инстрон" показало, что адгезионная прочность соединения поверхности оксида циркония с твердыми тканями зубов колебалась в широких пределах: от 12,9 МПа до 23,2 МПа.

Наиболее высокие показатели адгезионной прочности были у образцов, полученных при использовании полимерного композитного цемента PANAVIA F 2.0 – $21,7\pm0,9$ МПа (рис. 1). Адгезионная прочность соединения поверхности оксида циркония с дентином при использовании цемента FUJI PLUS была в 1,3 раза ниже – $16,5\pm0,5$ МПа. Самые низкие показатели адгезионной прочности были получены при исследовании образцов, полученных с помощью стеклоиономерного цемента VITREMER – $14,2\pm0,6$ МПа, что оказалось в 1,5 раза ниже, чем при использовании материала PANAVIA F 2.0 и в 1,2 раза ниже, чем при использовании цемента FUJI PLUS.

Рис. 1. Адгезионная прочность соединения при использовании различных цементов.



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Любая система адгезив – бутраг характеризуется не только адгезионной прочностью, но и типом нарушения связи между соединяемыми поверхностями, то есть характером разрушения. Вопрос о характере разрушения имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение, поскольку позволяет найти способы повышения адгезионной прочности соединения. Общепринятой является следующая классификация видов разрушений: адгезионное (когда адгезив целиком отделяется от субстрата), когезионное (разрыв происходит по массиву адгезива или субстрата), смешанное (наблюдается частичное отделение адгезива от субстрата, частичное разрушение субстрата и частичное разрушение адгезива).

В нашем исследовании при изучении характера разрушения модельных образцов мы не наблюдали случаев разрушения обоих субстратов: твердых тканей зубов и оксида циркония.

При использовании композита PANAVIA F 2.0 в 90% случаев отрыв происходил по массиву адгезива. В единичном случае выявлено частичное отделение адгезива от субстрата в области соединения цемента с тканями зуба, так как поверхность зуба оставалась чистой, а цемент обнаруживали на внутренней поверхности образцов оксида циркония. Полученные данные указывают на практически одинаковую степень адгезии композитного цемента к поверхности образцов оксида циркония и к дентину.

При использовании цемента FUJI PLUS в 20% случаев разрыв соединения происходил по линии "дентин-цемент", в 50% – по фиксирующему материалу и в 30% – по границе "цемент-оксид циркония".

Стеклоиономерный цемент VITREMER в отличие от других фиксирующих материалов образовывал более прочное соединение с тканями зуба, чем с поверхностью оксида циркония, о чем свидетельствовал характер разрушения соединений поверхностей тканей зуба и поверхности оксида циркония после разрушения образцов. Отрыв образцов в 10% случаев происходил по линии "дентин-цемент", в 30% – по фиксирующему материалу и в 60% – по границе "цемент-оксид циркония", что свидетельствовало о недостаточности степени адгезии стеклоиономерного цемента к оксиду циркония.

Таким образом, результаты лабораторно-экспериментального исследования продемонстрировали, что адгезионная прочность соединения оксида циркония с дентином в значительной степени зависела от свойств цемента, используемых для фиксации. Наиболее прочные адгезионные соединения оксида циркония с твердыми тканями зубов были получены с помощью композита PANAVIA F 2.0, который значительно превосходил все остальные адгезивы. Затем в порядке уменьшения адгезионных свойств следовали материал

FUJI PLUS, представляющий собой стеклоиономерный цемент, усиленный композитом, и стеклоиономерный цемент VITREMER.

Обсуждение результатов исследования

В настоящее время имеется 5 основных типов материалов для постоянного цементирования ортопедических конструкций: цинк-фосфатные, поликарбоксилатные, стеклоиономерные, композитные и стеклоиономерные цементы, модифицированные композитом.

Долговечность ортопедических конструкций зависит от качества соединения поверхностей керамики и твердых тканей зуба, которое обуславливается, в первую очередь, свойствами фиксирующего агента (Майнер К., 1999; Dietschi D., Spreafico R., 1997; Kern M., Wegner S., 1998; Kilicarslan M.A. et al., 2004; Magne P., 2005; Luthy H. et al., 2006).

По некоторым данным устойчивость к фрактурам ортопедических конструкций из керамических материалов в значительной степени зависит от модуля эластичности цемента, применяемого для их фиксации (Friedel W., Kern M., 2006). Этим можно объяснить более низкую адгезионную прочность соединений, полученных с помощью стеклоиономерного цемента, который является менее эластичным и более хрупким материалом по сравнению с полимерными цементами.

По нашим данным из трех изучаемых цементов (PANAVIA F 2.0, FUJI PLUS, VITREMER) для фиксации цельнокерамических конструкций в клинической практике имеется применение композитного материала PANAVIA F 2.0, который в экспериментальных условиях показал наиболее высокую степень адгезии к твердым тканям зуба и поверхности керамики из оксида циркония.

Список литературы

1. Лебеденко И.Ю., Фадеев А.Ю., Широкова Ю.А., Шуман А.С. Изготовление зубных протезов из циркония. Реальность и перспектива. // Матер. V Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – С.-Пб., 2000. – С. 132.
2. Майнер К. Точность припасовки и краевое прилегание в протезировании – роль цемента для фиксации. // Новое в стоматологии. – 1999. – № 3. – С. 53–55.
3. Менгини П. Эндоканальные штифты: новый продукт из двуокиси циркония. // Клинич. стоматология. – 2000. – № 3. – С. 34–38.
4. Терещенко Е.Н. Изучение возможностей щадящего препарирования зубов при лечении вкладками, изготовленными методом компьютерного фрезерования по системе CEREC. // Тр. молодых ученых. – 2001. – С. 283–285.
5. Arikó K. Evaluation of the marginal fitness of tetragonal zirconia polycrystal all-ceramic restorations. // Kokubyo STOMATOLOGIA DLA WSEK № 4 - 2007

- Gakkai Zasshi. – 2003. – V. 70, № 2. – P. 114–123.
6. Atsu S.S., Kilicarslan M.A., Kucukesmen H.C., Aka P.S. Effect of zirconium-oxide ceramic surface treatments on the bond strength to adhesive resin. // J. Prosthet Dent. – 2006. – V. 95, № 6. – P. 430–436.
7. Dietschi D., Spreafico R. Adhesive metal-free restorations. – Berlin, Quintessence, 1997.
8. Donovan T.E. Longevity of the tooth/restoration complex: a review. // J. Calif. Dent. Assoc. – 2006. – V. 34, № 2. – P. 122–128.
9. Gehrke P., Dhom G., Brunner J., Wolf D., Degidi M., Piatelli A. Zirconium implant abutments: fracture strength and influence of cyclic loading on retaining-screw loosening. // Quintess. Int. – 2006. – V. 37, № 1. – P. 19–26.
10. Kern M., Wegner S. Bonding to zirconia ceramic: adhesion methods and their durability. // Dent. Mater. – 1998. – V. 14. – P. 64–71.
11. Kilicarslan M.A., Kedici P.S., Kucukesmen H.C., Uludag B.C. In vitro fracture resistance of posterior metal-ceramic and all-ceramic inlay-retained resin-bonded fixed partial dentures. // J. Prosthet. Dent. – 2004. – V. 92, № 4. – P. 365–370.
12. Luthy H., Loeffel O., Hammerle C.H. Effect of thermo-cycling on bond strength of luting cements to zirconia ceramic. // Dent Mater. – 2006. – V. 22, № 2. – P. 195–200.
13. Magne P. Immediate dentin sealing: a fundamental procedure for indirect bonded restorations. // J. Esthet. Restor. Dent. – 2005. – V. 17, № 3. – P. 144–154.
14. McLaren E.A., White S.N. Glass-Infiltrated Zirconia/Alumina-Based Ceramic for Crowns and Fixed Partial Dentures. // Pract. Periodont. Aesthet. Dent. – 1999. – V. 11. – P. 985–994.
15. Soares C.J., da Silva N.R., Fonseca R.B. Influence of the feldspathic ceramic thickness and shade on the microhardness of dual resin cement. // Oper. Dent. – 2006. – V. 31, № 3. – P. 384–389.
16. Wolfart M., Lehmann F. Wolfart S., Kern M. Durability of the resin bond strength to zirconia ceramic after using different surface conditioning methods. // Dent. Mater. – 2006. – № 1. – P. 19.

Клинико-рентгенологическая характеристика пе-риимплантатных тканей протезов, фиксированных на внутрикостных имплантатах

У 72 больных изучена эффективность восстановления зубных рядов при помощи внутрикостных имплантатов с различными системами крепления абдентментов. Определяли показатель функционирования имплантатов (ПФК) по М.З. Миргазизову (2000).

Доказано, что ортопедические конструкции, фиксированные на остеоинтегрированных имплантатах вне зависимости от метода фиксации абдентмента обеспечивают высокую клиническую и функциональную эффективность.

Clinical-rentgenology estimation of near-by-implant tissues in prosthetics with dental implantation

S.P. Zhelezny, A.I. Maslov, V.A. Ivanov

The level of osseal reparation in dental implantation



С.П. Железный,
к.м.н., доцент



И.А. Маслов,
к.м.н., доцент



В.А. Иванов,
к.м.н., доцент

Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск

was estimated at 72 persons with any tooth rows defects and different kinds of abatements. The functional implant index (FII) by M. Mirgazizov (2000) was investigated.

The research shown a kind of abatement fixation in dental implantation and on-implant prosthetics doesn't matter in positive clinical and functional result.

Одной из основных задач стоматологии остается протезирование дефектов зубных рядов. По данным литературы 65% населения нашей страны в возрасте 35 лет и старше нуждается в зубном протезировании. Для многих пациентов важным моментом в ортопедическом лечении является съемный или несъемный характер зубного протеза. Большинство лиц трудоспособного возраста воспринимают съемное протезиро-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

вание как препятствие к активной профессиональной и социальной жизни, что делает актуальным стремление к несъемным конструкциям протезов. Выбор несъемных конструкций при лечении пациентов с частичными дефектами зубных рядов связан с задачей равномерного распределения жевательного давления на пародонт зубов и предупреждения их функциональной перегрузки при всех видах окклюзионной нагрузки, следовательно важным фактором при этом, является состояние тканевого комплекса опорных зон протеза.

На протяжении последних десятилетий зубное протезирование с использованием внутрикостно имплантируемых, опорно-удерживающих конструкций получило широкое признание и распространение в нашей стране. Активно ведутся работы по созданию и освоению промышленного выпуска имплантационных систем, воспроизводящих в той или иной модификации зарубежные образцы этой продукции либо являющихся результатом оригинального конструкторского решения, основанного на учете данных изучения биомеханических процессов, происходящих в процессе пользования имплантатами в качестве опорно-удерживающих конструкций.

В связи с этим нами проведено исследование, целью которого было проведение сравнительной клинико-рентгенологической оценки эффективности восстановления дефектов зубных рядов при помощи внутрикостных имплантатов с различными системами крепления абатментов.

Материалы и методы

Для исследования были отобраны пациенты, обратившиеся в клинику ортопедической стоматологии Новосибирской медицинской академии. За период с 1999 по 2007 гг. проведено ортопедическое лечение 72 больных в возрасте от 27 до 68 лет после дентальной имплантации. В ходе дентальной имплантации было интегрировано 216 цилиндрических имплантатов. Ортопедическое лечение осуществлялось у пациентов с частичным отсутствием зубов верхней и нижней челюсти 1, 2, 3, 4 классов по Кеннеди несъемными и съемными зубными протезами различных конструкций.

Группа № 1			Группа № 2	
Показатель эффективности функционирования имплантатов	Перед протезированием	В отдаленные сроки (1,5–2 года)	Перед протезированием	В отдаленные сроки (1,5–2 года)
π ₁	42	39 (92,8%)	174	167 (95,9%)
π _{0,75}	–	–	–	7 (4,1%)
π _{0,5}	–	–	–	–
π _{0,25}	–	2 (4,7%)	–	–
π ₀	–	1 (2,3%)	–	–

Для решения поставленной задачи в ходе исследования пациенты были разделены на 2 группы: 1 – пациенты, которым были установлены внутрикостные цилиндрические имплантаты с абатментами, которые ввинчивались в имплантат; 2 – пациенты, которым были интегрированы внутрикостные цилиндрические имплантаты с абатментами, которые фиксировались к имплантату при помощи винта. Протезирование осуществлялось спустя 2 месяца после установки имплантата на нижней челюсти и 4 месяца – на верхней челюсти. Клиническая и рентгенологическая оценка состояния имплантатов и окружающих тканей проводилась как до начала ортопедического лечения, так и в отдаленные сроки (1,5–2 года). Критерий эффективности функционирования имплантатов определялся по балльной системе:

1,0 – имплантат клинически неподвижен или его подвижность в пределах физиологической податливости тканей; воспаление десны, костные карманы, боли и повреждения пограничных областей отсутствуют; имплантат несет полноценную функциональную нагрузку в качестве опоры зубного протеза.

0,75 – наблюдаются периодически возникающие воспаления десны, легкая подвижность неблокированного имплантата; костные карманы отсутствуют.

0,5 – признаки хронического воспаления десны вокруг имплантата, клинически определяемая подвижность, наличие костных карманов, опорная функция имплантата снижена.

0,25 – выраженные признаки воспаления, подвижности и наличия глубоких костных карманов.

0 – полное исчезновение окружающей имплантат костной ткани и вытеснение его из челюсти грануляциями.

Для расчета был взят показатель частоты (в %) имплантатов со значением ПФИ_{1,0}: П_{0,75}, П_{0,5}, П_{0,25}, П₀ – соответственно со значением ПФИ 0,75, 0,5, 0,25, 0, который определялся по формуле: П_{1,0} = [a_{1,0}-n] × 100 и т.д., где n – число имплантатов, установленных больным данной группы; a_{1,0} – число имплантатов со значением ПФИ_{1,0}; a_{0,75}, a_{0,5}, a_{0,25}, a₀ – соответственно представляют число имплантатов со значением ПФИ 0,75, 0,5, 0,25, 0.

Результаты и обсуждение

После установки абатментов перед протезированием пациенты как первой, так и второй группы не предъявляли жалоб. Слизистая оболочка была обычной окраски, без признаков воспаления. При пальпации по переходной складке и в области тела имплантата слизистая оболочка плотная и упругая. На контрольных рентгенограммах обнаружено, что имплантаты расположены правильно и занимают ранее сформированное для них костное ложе. В обеих группах пациентов показатель функционирования всех 216 имплантатов

тов соответствовал значению P_1 .

В отдаленные сроки все пациенты второй группы не предъявляли жалоб. Клиническое исследование 7 имплантатов, установленных на верхней челюсти и являющихся опорами мостовидных протезов, выявило периодически возникающее воспаление десны в области шейки имплантата, что соответствует показателю функционирования имплантата со значением $P_{0,75}$. Остальные имплантаты, установленные у второй группы пациентов, соответствовали значению P_1 .

Данные клинического исследования, проведенного в отдаленные сроки у первой группы больных, продемонстрировали следующие результаты. У 2 пациентов имплантаты, установленные на нижней челюсти, были со значительной степенью подвижности, с выраженными явлениями воспаления в периимплантатных тканях, что соответствует пока зателю функционирования со значением $P_{0,25}$. У одного пациента через 14 месяцев функционирования отмечен перелом внутренних частей имплантатов. Один пациент спустя год после протезирования мостовидным протезом с опорой на 2 имплантата и 1 естественный зуб обратился с жалобой на подвижность мостовидного протеза. После снятия ортопедической конструкции обнаружен перелом абатмена одного из имплантатов в области шейки. При анализе клинических ситуаций были выявлены причины данных осложнений. Как в первом, так и во втором случае допущены ошибки при планировании ортопедической конструкции с опорой на имплантаты, что привело к превалированию конфильных нагрузок при распределении жевательного давления в области имплантатов.

У 2 пациентов первой группы спустя 18 месяцев после протезирования была отмечена подвижность одиночных коронок. При анализе причин возникновения



подвижности выявлено раскрытие абатмена. У одного имплантата, являющегося дистальной опорой мостовидного протеза нижней челюсти, было отмечено полное отсутствие остеointеграции, вследствие чего мостовидный протез был заменен на другую конструкцию протеза.

Таким образом, нами проанализировано 72 больных, которым были установлены 216

имплантатов. С опорой на эти имплантаты было изготовлено 105 ортопедических конструкций, причем как опирающиеся только на имплантаты, так и с одновременным задействованием имплантатов и естественных зубов, 2 имплантата были использованы для фиксации полного съемного протеза нижней челюсти. Срок наблюдения за функционирующими имплантатами составил от 1 до 7 лет.

Результаты показали, что ортопедические конструкции, фиксированные на остеоинтегрированные имплантаты вне зависимости от системы фиксации абатмена, обеспечивают высокую клиническую эффективность. Показатели функционирования имплантатов (ПФИ по Миргазизову М.З.) равные "1" в отдаленные сроки определялись в 92,8% в первой группе и 95,9% во второй группе обследованных. Однако анализ причин, приведших к резкому снижению эффективности функционирования имплантатов (в единичных случаях) в первой группе обследованных, позволяет нам рекомендовать для фиксации одиночных коронок, установленных на внутренние имплантаты, использование абатментов с антиротационным многогранником и исключение при планировании ортопедических конструкций экстрааксиальных окклюзионных нагрузок.

Литература

- Миргазизов М.З., Миргазизов А.М. Критерии эффективности в дентальной имплантации // Российский стоматологический журнал. – 2000. – № 2. – С. 4–7.
- Morgan M.J., James D.F., Pilliar R.M. Переломы внутренних костных частей остеоинтегрированных имплантатов // Квинтэссенция. – 1996. – № 5/6. – С.3–7.
- Norton M.R. Оценка *in vitro* прочности конического соединения между имплантатами и абатментом для двух серийно выпускаемых разными производителями систем имплантатов // Новое в стоматологии. – 2003. – № 1. – С. 100–103.
- Пукропп Клаус. Цемент или винт. Преимущество и недостатки этих способов фиксации // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2004. – № 3/4 (7/8). – С. 34–37.



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ



Эпидемиология

Анализ распространения патологии зубов и тканей пародонта у различных возрастных групп населения Дальнего Востока России

Проведенное нами исследование по комплексной оценке состояния стоматологического здоровья населения Хабаровского края, с методологических позиций Всемирной организации здравоохранения позволило нам установить региональные особенности распространения поражений зубов и тканей пародонта. В результате исследования получены данные по основным причинам высокого уровня потери зубов населения региона. Сделаны выводы о повсеместном использовании устаревших технологий профилактики, лечения и реабилитации в региональной стоматологии и необходимости реализации современных способов производства стоматологических услуг населению.

Analysis of prevalence and regional peculiarities of teeth and periodontal tissue affection in different age groups population of the Russian Far East

S.A. Galyosa, V.A. Bryukhanova

We have done the research on a complex evaluation of Khabarovski krai people dental health. Methodologically, considering WHO (World Health Organization) position, we have found that there are certain regional peculiarities of teeth and periodontal tissue affection. As a result we have found certain data about the main reasons of teeth loss high level among the people of the region. We also a conclusion about mass use of obsolete technology of prophylaxis, treatment and rehabilitation in a regional dentistry. The need of modern ways of dental care is to be used.

Одной из наиболее важных проблем современной стоматологии Дальневосточного региона является не только распространение карiesа но и формирование стойкого роста патологии тканей, окружающих зубы. По данным ВОЗ заболеваний пародонта широко распространены среди населения земного шара у всех групп населения, независимо от возраста и социальному-экономическому статуса. Высокий уровень распространения и отсутствие тенденции к снижению болезней пародонта среди дальневосточников диктуют необходимость принятия действенных мер по изменению сложившейся ситуации [2]. Порочная практика свертывания программ профилактики в отечественной стоматологии, подмены современных технологий диагностики и лечения и реабилитации устаревшими еще в ХХ веке рутинным технологиям во многом способствует имею-



С.А. Галёса, к.м.н.. гл.
врач ГУЗ



В.А. Брюханова, врач-
стоматолог

"Стоматологическая поликлиника" МЗХК

ГУЗ "Стоматологическая поликлиника" Министерства здравоохранения Хабаровского края

щаяся эпидемиологической ситуации, когда пациенты обретаются на неизбежную утрату зубов в результате разрушения тканей пародонта, приводит к выраженным деформациям дентала в верхней области [1].

Научные изыскания последних десятилетий значительно обогатили знания по проблеме распространения пародонтитов. Определены этиологические факторы заболевания, выяснены многие аспекты патогенеза, уточнены дифференциально-диагностические, клинические и лабораторные признаки [4, 5]. Сегодня стоматологи имеют возможность не только контролировать течение патологическую воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта, но и прогнозировать реализацию качественно новых подходов к эффективной терапии и реабилитации повреждений [6]. В то же время несовершенство применяемых методов ранней диагностики и лечения патологии тканей пародонта, отсутствие мотивации, а зачастую недостаточный уровень подготовки стоматологов способствуют снижению уровня здоровья населения региона.

Цель исследования

В связи с вышеизложенным целью нашего исследования явилось изучение распространенности заболеваний зубов и пародонта различных групп населения Дальнего Востока России.

Материал и методы

Состояние стоматологического здоровья населения территории Дальнего Востока изучалось за период 2001–2006 гг. на основании выборочного изучения медицинских карт стоматологических больных (ф. № 043/у), контрольных карт диспансерного наблюдения (ф. № 030/у), клинического обследования и социального опроса (удовлетворенность доступности и качества стоматологических услуг) 1526 жителей постоянно проживающих в регионе. Обследован 351 ребенок в возрасте 6 лет, 554 – в возрасте 12 лет, 132 человека – в возрасте 35–37 лет и 222 – в возрасте старше 60 лет.

Была использована методика проведения ситуационного (статистического) анализа в стоматологии [3].



Клинический осмотр для выявления заболеваний пародонта включал тщательную поэтапную оценку стоматологического статуса. Оценке подвергались состояние шейных лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта (цвет, рельеф, нарушение целостности), зубных рядов и зубов, состояние тканей пародонта с использованием принятых индексов КПУ (у детей КПУ+кп), OHI-S, GI а также сопоставления с данными рентгенографии. При обработке материала использован пакет "Statistica" V. 6.0 for Windows. Формирование и обработка банка данных осуществлялась на персональных компьютерах IBM PC с использованием прикладных программ MS Office и среды Fox Pro.

Обсуждение результатов. Результаты обследования детей шести летнего возраста показали, что индекс КПУ+кп варьировал в пределах 4,8–7,2, индекс OHI колебался в пределах 1,09–1,35, индекс GI достигал значений от 0,76 до 1,05. У двенадцатилетних детей индекс КПУ+кп варьировал в пределах 3,47–8,21, индекс OHI колебался в пределах 1,22–2,02, индекс GI достигал значений от 0,93 до 1,63. Сравнение результатов обследования детей показывает ухудшение показателей с возрастом ($p<0,01$).

Результаты обследования 35–37 летних дальневосточников пока зали, что индекс КПУ составлял от 13,36–15,1, индекс OHI колебался в пределах 2,35–3,03, индекс GI достигал значений от 2,05 до 2,32. От 56,82% до 70,2% жителей региона в возрасте 35–37 лет нуждаются в протезировании.

Самая высокая распространённость интенсивность основных стоматологических заболеваний выявлены среди лиц пожилого возраста (65–74 года). Индекс КПУ достиг уровня 22,55–25,68, индекс OHI – 2,03–2,91, индекс GI достигал значений от 1,39 до 2,87. В этой возрастной группе 14,8% дальневосточников полностью беззубые. Причем формируется отчетливая тенденция к уменьшению среднего количества оставшихся естественных зубов на человека в данной возрастной группе с 13,8 в 1996 г. до 13,54 в 2006 г. Интенсивность карiesа и фасеток в данном возрасте не изменилась по сравнению с предыдущими исследованиями 1996 г. и составила согласно индексу КПУ – 23,88. В то же время произошли изменения в самой структуре индекса: компонент "К" – кариечные зубы увеличился с 1,7 до 1,94; пломбированных зубов стало меньше – 1,08; количество удаленных зубов увеличилось до 20,85. Состояние тканей пародонта у представителей данной возрастной группы не претерпело значительных изменений.

Выявлена высокая нуждаемость населения в лечении и протезировании зубов. В пожилом возрасте в лечении нуждаются 60,5±6,7% населения, из них 48,1±4,5% требуется пломбирование зубов по поводу карIESа ($0,47\pm0,04$ зуба на человека); 11,3±1,8% нуждаются в эндодонтическом лечении ($0,22\pm0,04$ зуба) и 40,0±3,7% – в удалении зубов ($1,2\pm0,1$ зуба на человека). Следует отметить, что количество зубов, нуждающихся в удалении, примерно одинаково при третьей степени подвижности и полном разрушении коронки в

результате кариозного процесса. Учитывая большой процент нуждаемости в удалении зубов, можно предположить, что реальное число зубов, сохранивших функцию жевания, значительно меньше полученного нами показателя.

В ортопедическом椅имплечении для восстановления утраченных зубов и нормализации функции жевания нуждаются 69,3±7,5% пожилых людей. В связи с большой потерей зубов 59,8% из числа нуждающихся в протезировании испытывают необходимость в частичных съемных протезах, из них 17,5±1,6% дальневосточников нуждаются в частичных съемных протезах на обе челюсти. Вполном съемном протезировании нуждаются 20,8% обследованных, из них 5,5±1,4% – на обе челюсти.

Пожилое население региона, как правило, не в состоянии оплатить современные дорогостоящие методы лечения, поэтому основным методом восстановления жевательной функции является частичное или полное протезирование с использованием рутинных технологий середины XX века. Как показали данные социального опроса пациентов, более 2/3 респондентов недовольны проведенным протезированием из-за низкого качества конструкций. Следует отметить, что по результатам данного исследования (222 человека старше 60 лет) не было зарегистрировано ни одного случая протезирования современными ортопедическими конструкциями на базе имплантов.

Заключение

Анализ некоторых показателей стоматологии здравия населения Дальнего Востока России указывает на формирование негативных тенденций в вопросах ранней диагностики, профилактики лечения и реабилитации стоматологических заболеваний в регионе.

Литература

1. Боровский Е.В., Иванов В.С., Банченко Г.В. и др. Терапевтическая стоматология. Под ред. Е.В. Боровского. – М: "Медицинское информационное агентство". – 2003. – С. 215–216.
2. Дьяченко В.Г., Галеса С.А., С.Г. Курбетьев. Управление качеством услуг в современной стоматологии. – Хабаровск. "Амурзидат". – 2005. С. 174–193.
3. Леус П.А. Коммунальная стоматология. – Мин. БГМУ. – 2000. – 150 с.
4. Adriaens P. A., Deboever J. A., Joesche W. G. Bacterial invasion in root cementum and radicular dentin of diseased teeth in humans // J. of periodontology. – 1988. – 59. – 282–230.
5. Stallard R.E. Periodontic-endodontic relationship // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. – 1972. – 34. – 314–326.
6. Zangeland K., Rodrigues H., Dowden W. Periodontal disease, bacteria and pulpal histopathology // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. – 1974. Vol 7. P. 257–270.



Рентгеностоматология

Возможности клинического применения дентального компьютерного 3D-томографа Galileos (Sirona, Германия) в амбулаторной стоматологической практике*

Разработка и внедрение в клиническую практику рентгеновской компьютерной томографии (КТ) явились крупнейшим достижением науки и техники.

Томография – метод медицинской диагностики, основанный на исследовании объемных изображений внутренних органов человека, при этом на основе собранных данных строится трехмерная модель обследованного объекта. В дальнейшем различными компьютерными средствами из этого объема получают серию снимков исходящей области в любой проекции.

Рентгеновская компьютерная томография – это метод лучевой диагностики, при котором данные проведенного обследования получают рентгеновским методом: пропуская через ткани тела рентгеновские лучи в зависимости от степени их поглощения, при этом на специальном плоском детекторе визуализируются проекции внутренних органов. КТ позволяет выявить положение, форму, размеры и строение различных структур с точностью, необходимой для принятия решения по составлению или оценке эффективности плана лечения.

В настоящее время врачи-стоматологи приобрели возможность получать цифровое трехмерное изображение в процессе диагностического обследования благодаря новому диагностическому аппарату – трехмерному дентальному компьютерному томографу. Совсем недавно компанией Sirona (Германия) был разработан и запущен в серийное производство дентальный компьютерный 3D-томограф Galileos с программным обеспечением Galaxis – специализированное оборудование, дающее возможность получения цифрового трехмерного рентгеновского изображения зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области и верхнечелюстных пазух пациента.

Galileos относится к новому третьему поколению компьютерных томографов. В этом аппарате используется рентгеновский луч конической направленности, фокусируемый на круглом детекторе (конусно-лучевая томография). В такой системе сбор всей анатомической информации осуществляется за один оборот рентгеновской трубы вокруг головы пациента. В результате лучевая нагрузка на пациента существенно снижается.

* Публикуется сокращениями. В полном объеме статья опубликована в Dental Life (4) сентябрь 2007.

М.А. Чибисова, профессор., д.м.н., заведующая кафедрой рентгенологии в стоматологии, НОУ ДПО Санкт-Петербургский институт стоматологии

Трехмерное изображение хранится в памяти компьютера и позволяет врачу-стоматологу или врачу-энтимологу получить любое сечение зоны интереса и любую проекцию. Трехмерные реконструкции можно вращать и рассматривать под различными углами.

Уникальные диагностические возможности этого аппарата могут быть успешно использованы в различных областях стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Дентальный компьютерный 3D-томограф Galileos (компания Sirona) надежен и прост в эксплуатации, он не требует отдельного кабинета для размещения аппарата и занимает площадь 2x2,5 м².

Основной особенностью дентальной компьютерной томографии является возможность получения трехмерного изображения зубов и отделы ных участков челюсти. При этом изначально происходит сканирование всей зубочелюстной дуги в течение 14 секунд, объем получаемого изображения составляет 15x15x15 см³, затем на экране монитора визуализируется реконструкция комьютического изображения по типу ортопантомографии и – панорамной зонографии зубочелюстной системы, только в трехмерном изображении, время реконструкции составляет 3–4 минуты.

Трехмерное изображение зуба, получаемое при данном исследовании в сагittalной, фронтальной и горизонтальной плоскостях позволяет выявить ряд анатомических особенностей корней, корневых каналов и более детально оценить состояние периодонта и пародонта.

Дентальный компьютерный 3D-томограф Galileos впервые был представлен на стоматологической выставке IDS в г. Кельне в марте 2007 г. на стенде компании Sirona. Для клинической апробации стоматологическая компания Dentsply в 2005 г. установила данный рентгенодиагностический аппарат в Государственном медицинском университете г. Кельна (Германия), где он успешно применяется в клинической практике и в настоящее время для дифференциальной диагностики различных





стоматологических заболеваний и повреждений зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области.

За два года на этом аппарате было обследовано более 2000 пациентов с различными патологическими процессами зубов и челюстей. Полученный опыт использования трехмерной дентальной компьютерной томографии на аппарате Galileos свидетельствует о высокой информативности данной методики при применении в различных разделах амбулаторной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, а также о возможности повышения качества и эффективности стоматологического лечения на основе полученных данных.

Трехмерное изображение позволяет осуществить оптимальное обследование костных и мягких тканей челюстно-лицевой области в трех проекциях: фронтальной, сагиттальной и аксиальной. Толщина томографа и фокуса может быть установлена в пределах от 0,15–0,3 до 2 мм.

При работе дентального компьютерного томографа Galileos используется специальное программное обеспечение Galaxis, при этом существуют следующие функции анализа изображения: 3D-объемная реконструкция, Panorama, СЕРН, TSA-рентген, и др.

Лучевая нагрузка на пациента при проведении компьютерной 3D-томографии в 5–6 раз меньше, чем при рентгеновской спиральной КТ. Дентальный компьютерный 3D-томограф дает более качественное трехмерное цифровое изображение, чем обычные цифровые и пленочные рентгеновские снимки зубов и периапикальных тканей.

Объемное изображение позволяет выполнять измерения в трех плоскостях, визуализировать нижнечелюстной канал и замыкательную кортикалную пластинку дна верхнечелюстных пазух. Полученная информация записывается на CD-диск, который можно просматривать на персональном компьютере врача-стоматолога в любой клинике без использования специальной компьютерной программы.

Были разработаны показания для обследования пациентов с заболеваниями и повреждениями зубочелюстной системы, челюстно-лицевой области и верхнечелюстных пазух на стоматологическом компьютерном томографе Galileos:

осложнения при проведении эндодонтического лечения;

травмы и повреждения зубов и челюстей;

планирование имплантации и дальнейшего ортопедического лечения;



аномалии развития и положения зубов и челюстей; планирование ортодонтического лечения; одонтогенные заболевания верхнечелюстных пазух; опухолеподобные заболевания челюстей (кистозные и деструктивные); новообразования костей и мягких тканей челюстно-лицевой области.

При этом дентальная компьютерная 3D-томография с цифровым анализом изображения играет существенную роль в дифференциальной диагностике и оптимизации лечения стоматологических заболеваний челюстно-лицевой области и зубочелюстной системы. Кроме того, применение дентальной компьютерной 3D-томографии обеспечивает снижение суммарной лучевой нагрузки на каждого пациента, в том числе и за счет уменьшения общего числа лучевых рентгенодиагностических процедур. Необходимость выполнения трехмерной дентальной компьютерной томографии определяет врач-стоматолог на основании проведения первичной консультации или в процессе стоматологического лечения.

Преимущество метода дентальной 3D-томографии состоит в широком спектре его применения и обеспечивает получение качественных изображений зубного ряда, отображение особенностей рентгеноанатомического строения зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области.



Использование дентального компьютерного 3D-томографа Galileos (Sirona) имеет большие перспективы в дифференциальной диагностике заболеваний и повреждений в амбулаторной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Анализ клинического материала (более 2000 пациентов) показывает, что аппарат Galileos:

дает возможность провести дифференциальную диагностику заболеваний периодонта и пародонта;

позволяет проводить планирование имплантации и дальнейшего ортопедического лечения;

дает возможность прогнозировать и оценивать ближайшие и отдаленные результаты имплантации у пациентов стоматологических клиник;

выявляет патологические изменения со стороны области дна верхнечелюстных пазух и нижнечелюстного канала

на основании использования цефалометрических данных позволяет планировать ортодонтическое лечение и проводить оценку результатов данного лечения в динамике.



НОВИНКА



"Лотте" выходит на рынок России

В.К. Леонтьев, академик РАМН



В.К. Леонтьев и О.Г. Авраамова
во время визита на завод "Лотте"
в Токио

Корея и др. страны) – "Лотте". Эта фирма хорошо известна в большинстве стран мира своей очень качественной и вкусной пищевой продукцией ("Чоко-Пай" и др.). Как стоматолог нас очень интересует жевательная резинка на основе ксилита, которую выпускает "Лотте". В продаже она издается как "Кси л иол".

Мне в составе делегации СтАР в ноябре 2004 г. довелось побывать в Японии на основном (главном) заводе "Лотте" в Токио и ознакомиться с производством многих видов продукции. Фабрика поразила нас чрезвычайно высоким уровнем производства, высоким уровнем санитарии и гигиены в производственных помещениях, тщательнейшим соблюдением регламента производства, микробиологичекой чистотой, прекрасной, красивой и добротной упаковкой. Особенno удивила нас почти полная автоматизация всех производственных процессов. Практически по всем видам продукции "Лотте" к ней не прикасаются руки работников, что позволяет соблюдать близкую к стерильную чистоту.

Очень высок и ответственен уровень производственного контроля. Малейшие недочеты по внешнему виду, форме, герметичности, упаковке ведут к выбраковке продукта. Именно этим обеспечивается столь высокий авторитет и популярность продукции "Лотте" в странах мира.

Жевательная резинка "Лотте" – "Ксилитол" – хорошо известна во многих странах мира. Выпускаемая в красивой и герметичной таре, в удобной для использования таблетированной форме, вкусная и приятная в употреблении жевательная резинка "Ксилитол" очень популярна в странах Азии и ряде других регионов.

Очень важно, что разработав и выпустив "Ксилитол", "Лотте" стала одной из первых компаний в мире, которая в целях сохранения и укрепления зубов и стоматологического здоровья потребителей использовала в жевательной резинке сахарозаменитель – ксилит, полностью безвредный для зубов и полости рта. Он также известен своим свойством положительного влияния на микрофлору

полости рта и снижения числа карiesогенных бактерий. Поэтому стоматологи могут смело рекомендовать "Ксилитол" своим пациентам для очищения и освежения полости рта, стимуляции слюнотечения и т.д., не опасаясь отрицательного ее влияния на здоровье пациентов.

И вот "Лотте" пришла в Россию. Наверное, учитывая качество ее продукции – всерьез и надолго. Нам хорошо известно, что во всех странах мира "Лотте" тесно и постоянно работает со стоматологами, со стоматологическими ассоциациями, завоевывая добродетельное отношение и доверие к своей продукции.

Мы надеемся, что все это также случится и в России. Думаю, что наша краткая информация о "Лотте" будет полезна российским стоматологам и мы встретим стоматологические товары "Лотте" с интересом и пользой.

9 сентября 2007 г. в рамках форума "Дентал Экспо 2007" по инициативе компании "Лотте КФ Рус", представляющей на российском рынке жевательную резинку без сахара "Ксилитол", прошла конференция, посвященная роли жевательной резинки в профилактике болезней полости рта.

На конференции выступили вице-президент СтАР В.В. Садовский, президент компании "Лотте КФ Рус" господин Чэ, вице-президент СтАР, профессор Л.Е. Леонова, генеральный секретарь Российского медицинского общества (РМО) Л.А. Михайлов. Зав. кафедрой детской стоматологии МГМСУ, проф. Л.П. Кисельникова сделала доклад о роли сахарозаменителей в профилактике кариеса зубов.

По мнению участников конференции "Клипилол" быстро займет достойное место в потребительской корзине населения России.

Проф. Л.Е. Леонова и президент "Лотте КФ Рус" г-н Чэ





Профилактика

Роль гигиениста стоматологического в профилактике стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах

Профилактика в стоматологии является самым действенным методом по снижению заболеваемости основными стоматологическими заболеваниями. Это подтвердили разработка и внедрение программ профилактики на уровне отдельного индивидуума, небольших групп населения и целых популяций в ряде стран. Однако эффективность долгосрочных профилактических программ возможна только при полноценном функционировании всех звеньев предоставления профилактической помощи детям, начиная с антенatalного периода развития и, далее, в младенческом, дошкольном и школьном возрасте.

Особенно важным является внедрение профилактического направления в организованных детских коллективах (яслях, детских садах, школах, школах-интернатах, детских домах) и наблюдение за детьми в соответствии с возрастными особенностями в процессе профилактики.

В настоящее время методы профилактики разделяют на несколько групп. К **базовым** методам относятся: санитарное просвещение, контроль за потреблением углеводов, гигиена полости рта. Они рассчитаны на все группы населения без противопоказаний и ограничений. **Коммунальные** методы профилактики – это фторирование воды, соли; их действие распространяется на всех лиц региона, потребляющих воду из централизованного источника или получающих фторированную соль. **Групповые** методы профилактики включают в себя фторирование молока, воды в школе, полоскание фторидсодержащими растворами, использование профилактических таблеток. К **индивидуальным** методам профилактики относятся: чистка зубов, профессиональная гигиена полости рта, фторпрофилактика с участием медицинского персонала (полоскания, аппликации), применение силантов.

В нашей стране всегда уделялось большое внимание здоровью детей в целом и стоматологическому в том числе. Это осмотры, прививки, диспансеризация педиатрами и санация в школах и детских садах. К сожалению, в настоящее время, в связи с закрытием многих детских садов, значительное число детей дошкольного возраста остаются неорганизованными. Это усложняет работу врача-стоматолога и гигиениста детской поликлиники. Требуется более индивидуализирован-



О.Г. Авраамова,
д.м.н.
С.В. Западаева,
врач-стоматолог

ЦНИИС и ЧЛХ Росмедтехнологий

ный подход к гигиеническому воспитанию и проведению профилактических мероприятий и, особенно важным в этой ситуации является работа с родителями.

Единственным звеном в детской стоматологии, которое позволяет сегодня внедрить как групповые, так и индивидуальные методы профилактики стоматологических заболеваний, а также программы профилактики, остается школьная стоматология.

Школьный стоматологический кабинет (ШСК) является наиболее удобной формой работы с детьми в условиях организованного детского коллектива по многим причинам: ребенок на протяжении 9–11 лет может получать комплексную профилактическую помощь. Школьная стоматология дает возможности для стоматологического обследования, выявления факторов риска стоматологических заболеваний, лечения и проведения профилактических мероприятий как на групповом, так и на индивидуальном уровне и в тесном контакте с педагогами и родителями.

К сожалению, состояние школьной стоматологии в настоящее время таково, что не всегда в полной мере удается оказать лечебную и профилактическую помощь детям. Большое количество ШСК в настоящее время закрыто. Это произошло по различным причинам: недостаточное финансирование детских стоматологических поликлиник для содержания ШСК и замены оборудования; большой отток кадров из детской стоматологии, отсутствие вспомогательного персонала – медсестер, гигиенистов стоматологических. В настоящее время возникла новая проблема – необходимость лицензирования ШСК. В ряде случаев деньги на лицензирование не выдаются, что приводит к тому, что многие стоматологические кабинеты не имеют право на деятельность.

А ведь ШСК предоставляет возможность работать в организованном коллективе детей со всеми возрастными группами, проводить долгосрочное наблюдение в динамике каждого ребенка, оказывать специализированную лечебно-профилактическую стоматологическую помощь. Условия работы в ШСК позволяют проводить как индивидуальные, так и групповые методы профилактики у детей, дают возможность взаимодействия стоматолога с педагогическим составом, с родителями, проведения санитарно-противотуберкулезной работы.



Лечение в ШСК доступно для детей.

Отсутствие возможности регулярного посещения стоматолога в школе приводит к тому, что дети обращаются в детскую стоматологическую поликлинику в трудных ситуациях, при осложненных формах стоматологических заболеваний. После визитов в поликлинику у ребенка часто формируется негативное отношение к врачу-стоматологу, и поэтому дальнейшее посещение стоматологического кабинета в школе даже для гигиенических мероприятий становится проблематичным для ребенка.

В связи с изложенным, в настоящее время остро назрела проблема сохранения и развития школьной стоматологии. Утвержденная приказом № 33 от 6 февраля 2001 г. новая специальность "гигиенист стоматологический" открывает в этом направлении новые возможности. Совместная работа врача-стоматолога и гигиениста стоматологического (в условиях ШСК) дает возможность переориентировать стоматологическую помощь, оказываемую детям в школе, на профилактическое направление, сделать его приоритетным в деятельности ШСК. Это позволит значительно снизить уровень заболеваемости кариесом среди населения за счет расширения охвата стоматологической помощью детей и высвобождения времени у врачей-стоматологов на лечебную работу. В результате лечебная помощь детям будет экономически более рентабельной.

В Юго-Западном округе Москвы в условиях ШСК на базе школы № 137 с 2003 г. внедряется школьная программа профилактики стоматологических заболеваний. В рамках трехстороннего договора между школой, детской стоматологической поликлиникой, к которой относится эта школа, и Центром профилактической стоматологии оборудован стоматологический кабинет. Результаты внедрения программы могут стать основой разработки проекта стандартов деятельности ШСК.

В условиях реализации программы в рамках совместной работы врача-стоматолога и гигиениста стоматологического нами были проведены разграничения их функций следующим образом.

Врач-стоматолог:

- 1) проводит эпидемиологические осмотры и обследования детей;
- 2) составляет индивидуальные планы лечебно-профилактических мероприятий, включая при необходимости консультации других специалистов;
- 3) формирует диспансерные группы;
- 4) проводит лечение неосложненных форм кариеса;
- 5) проводит инвазивную герметизацию фиссур моляров;
- 6) контролирует работу гигиениста стоматологического (выполнение назначений врача и ведения медицинской документации).

Гигиенист стоматологический:

- 1) принимает участие в проведении эпидемиологических осмотров;

- 2) обеспечивает поток детей;
- 3) ведет регистрацию данных обследования, заполнение медицинской документации, обработку данных;
- 4) проводит санитарно-просветительскую работу с детьми, родителями и педагогами;
- 5) проводит уроки гигиены полости рта в классах;
- 6) проводит индивидуальное обучение гигиене полости рта;
- 7) проводит контролируемую гигиену полости рта;
- 8) определяет гигиенические и пародонтальные индексы;
- 9) проводит профессиональную гигиену полости рта;
- 10) организует для детей полоскания рта реминерализирующими или фторидсодержащими растворами;
- 11) проводит покрытие зубов фторидсодержащими лаком или гелем;
- 12) проводит запечатывание фиссур молочных и постоянных зубов неинвазивным методом;
- 13) выполняет обязанности ассистента врача-стоматолога.

Четвертое разграничение функциональных обязанностей врача-стоматолога и гигиениста стоматологического при условии их совместной работы в ШСК на основе действующих законодательных документов и стандартов сможет обеспечить профилактическую помощь детям на нужном уровне.

Литература

1. Авраамова О.Г., Леонтьев В.К. Перспектива разработки профилактических стоматологических программ в России. (исторический и ситуационный анализ) // Стоматология. – 1998. – Т. 77, № 2. – С. 11–13.
2. Авраамова О.Г. Проблемы и перспективы школьной стоматологии России. Материалы XVI Всероссийской научно-профилактической конференции. Труды XI съезда Стоматологической Ассоциации России и VIII съезда стоматологов России. – М., 2006. – с. 162–166.
3. Вагнер В.Д., Сахарова Э.Б., Кисельникова Л.П., Кузьмина Э.М., Шевченко О.В., Разживин Д.А., Семернева М.В. Методические рекомендации по вопросам организации и лицензирования лечебно-профилактических учреждений по виду деятельности "стоматология профилактическая". – М., 2004. – 31 с.
4. Виноградова Т.Ф. и др. Методика и содержание работы детского стоматолога в школе. // Методические рекомендации, 1980. – 21 с.
5. Кондратов А.И. Медико-социальная эффективность образовательной программы в комплексной профилактике стоматологических заболеваний: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Екатеринбург, 2000. – 17 с.
6. Кузьмина И.Н. Профилактика ранних форм кариеса в период прорезывания постоянных зубов у детей.: Автореф. дис ... канд. мед. наук. – М., 1996.
7. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологический заболеваний. Учебное пособие. – М., 2001. – 214 с.
8. Морозова Н.В. и др. Особенности подходов к индивидуальной профилактике стоматологических заболеваний у детей. – 2002. – № 3–4, – с. 82–84.
9. Хамадеева А.М. Оценка готовности населения и системы здравоохранения к реализации программ профилактики в области стоматологии: Автореф. дис. ... док. мед. наук. – Самара 2000. – 38 с.



ОБРАЗОВАНИЕ



МГМСУ – лидер стоматологичес

Международный аудит программы подготовки врачей-стоматологов в МГМСУ

С 11 по 14 ноября 2007 г. МГМСУ посетила делегация Европейской ассоциации стоматологического образования в составе президента ассоциации профессора Хейки Муртомаа, вице-президента Альфонса Пласхея и членов ассоциации Хендри Кертен и Ингридамс Чема.

Визит состоялся в соответствии с договоренностями, достигнутыми во время проведения в Москве в феврале 2006 г. международной конференции "Актуальные вопросы модернизации и повышения качества высшего стоматологического образования". Его целью стало проведение аудита программы подготовки врачей-стоматологов в МГМСУ. Члены делегации посетили основные клинические базы (Стоматологический комплекс и Клинический центр), администрации винных корюш, студенческое общежитие и библиотеку, встретились с руководителями университета – ректором О.О. Янушевичем, президентом Н.Д. Ющуком, членами ректората, преподавателями и студентами стоматологического факультета, учащимися факультета среднего медицинского образования, ведущими профессорами – С.Ю. Ивановым, Э.М. Кузьминой, И.Ю. Лебеденко, Г.М. Барером, Л.С. Персиным, Ю.М. Максимовским, Э.А. Базикяном, А.Ю. Малым и другими.

Подведя предварительные итоги визита на открытом заседании Ученого совета европейские эксперты отметили высокий уровень подготовки врачей-стоматологов в МГМСУ, современное техническое оснащение клинических баз университета, компетентность профессорско-педагогического состава, энтузиазм обучающихся. Международный аудит будет еще одним шагом к интеграции стоматологического образования России в единое европейское образовательное пространство.

На заседании Ученого совета



50



В библиотеке МГМСУ

Ректор МГМСУ
О.О. Янушевич дает
интервью телеканалу
"Столица" об итогах
визита





кого образования в России На Российском медицинском форуме-2007

Одним из ключевых событий Российского медицинского форума-2007, прошедшего 17–19 октября в Москве, стала конференция "Проблемы образования и специализации в стоматологии", сопредседателями которой были ректор МГМСУ, профессор О.О. Янушевич и профессор Э.М. Кузьмина. Большой интерес вызвали все сделанные доклады: Казаков А.С., Янушевич О.О. "Анализ структуры рынка специалистов в области стоматологии на основе обработки базы данных сертификации стоматологов и аккредитации и лицензирования лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля"; Кузьмина Э.М. "Профиль и компетентности современного врача-стоматолога – основа подготовки специалиста"; Вагнер В.Д. "Проблемы и реформирование номенклатуры специальностей по стоматологии"; Малый А.Ю. "Опыт включения в учебные программы протоколов ведения больных"; Митронин А.В. "Проблемы формирования нового учебного плана по специальности "стоматология" в рамках стандартов 3-го поколения"; Макеева И.М. "Особенности использования инноваций в курсе пропедевческой стоматологии"; Базикян Э.А. "Инновационные технологии в стоматологическом образовании"; Янушевич О.О. "Персональное ведение карьеры врача-стоматолога".

Результаты Конференции способствовали определению тенденций и перспектив развития стоматологического образования в России и наметили конкретные шаги их реализации.

Проф. Э.М. Кузьмина и проф. О.О. Янушевич – сопредседатели конференции "Проблемы образования и специализации в стоматологии"



Выступают сопредседатели форума
президент МГМСУ,
академик РАМН Н.Д. Юшук
и ректор ММА
им. И.М. Сеченова,
академик РАН и РАМН М.А. Пальцев

На трибуне пленарного заседания форума
ректор МГМСУ,
профессор
О.О. Янушевич



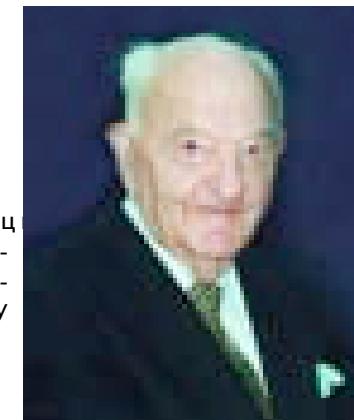
Научно-практическая конференция памяти профессора А.И. Дойникова

В марте 2008 г. в МГМСУ состоится научно-практическая конференция памяти выдающегося российского стоматолога, заслуженного деятеля науки РФ, профессора Алексея Ивановича Дойникова.

Материалы конференции будут опубликованы в специальном Сборни-

ке научных трудов.

По вопросам участия в конференции и публикации материалов просьба обращаться на кафедру дифракультетной ортопедии стоматологии МГМСУ (зав. кафедрой – проф. А.Ю. Малый), телефон: (499) 972-47-55, E-mail: fortstom@mail.ru





СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ



22-й Московский Международный стоматологический форум



На церемонии открытия выставки выступают директор выставки И.И. Бродецкий, президент СтАР В.Д. Вагнер, директор ЦНИИС и ЧЛХ А.А. Кулаков, проректор МГМСУ С.А. Рабинович

17 сентября 2007 г. в выставочном комплексе "Крокус Экспо" состоялся 22-й Московский международный стоматологический форум, в рамках которого прошли крупнейшая стоматологическая выставка России и СНГ "Дентал-Экспо-2007" и XVII Всероссийская научно-практическая конференция "Стоматология XXI века".

Ведущие ученые-стоматологи, производители стоматологического оборудования, инструментов и материалов России и зарубежных стран, компании-поставщики стоматологической продукции, представители практической стоматологии и все проявляющие интерес к развитию стоматологической отрасли медицины смогли получить в эти сентябрьские дни в "Крокус Экспо" большой объем информации, встреч, контактов, впечатлений, встретить старых друзей и партнеров и познакомиться с новыми.

Профессор Э.М. Кузьмина (МГМСУ) выступает на открытии VII Всероссийского конгресса по эстетической стоматологии





Стенды компаний "Амфодент", "Проктер энд Гэмбл",
"Фармадентал", "Полистом", "Н. Селла", "Стомаденталь"
принимают посетителей



СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ



Конкурс на самый интересный клинический случай 2007. Подведение итогов

17 сентября 2007 г. на выставке "Дентал-экспо 2007" были подведены итоги конкурса на самый интересный клинический случай. Организаторами конкурса выступили:

Чемпионат Стоматологического Мастерства,
Официальный сайт Стоматологической Ассоциации
России "E-stomatology",
Журнал "Маэстро".

Генеральный спонсор конкурса – компания "Стомадент", которая уже шесть лет награждает победителей ценными и интересными призами. Главный приз победителю этого года – поездка на Всемирный конгресс FDI в г. Дубай (ОАЭ) 23–28 октября 2007 г.

Генеральный директор компании "Стомадент" П.В. Добровольский поделился своим видением задач конкурса: "Я повторюсь если скажу, что наша компания считает спонсорство этого конкурса инвестициями в развитие отечественной стоматологии. Но это так.

В этом году мы посылаем победителя на Всемирный конгресс FDI в г. Дубай. Это делается для того, чтобы повысить уровень знаний конкретного врача и облегчить ему возможность соприкосновения с мировым стоматологическим сообществом, дать ему почувствовать в тяжесть причастность к очень важному делу, помочь ему ориентироваться в новейших достижениях стоматологической науки и технологии. Победители предыдущих конкурсов, которые посетили международные выставки и конгрессы сейчас очень успешны в своей профессии, и наша компания гордится, что приняла участие в их карьере.

Кроме того, архив конкурса на сайте www.e-stomatology.ru, позволяет любому врачу ознакомиться с достижениями коллег и оценкой жюри, в которой часто есть указания на конкретные ошибки в тактике лечения и рекомендации по их исправлению".

Компания "STI-dent" – спонсор конкурса – эксклюзивный представитель на российском рынке компаний EMS, Heraus Kultzer, Septodont и Ultradent. Эта компания награждает участников конкурса, занявших 2 и 3 места. Призы от компании "STI-dent": за 2 место – поездка в Германию на курс Heraus Kultzer, за 3 место – сертификат на 500 евро на выбор стоматологических материалов от компаний, которые представляет STI-dent на российском рынке.

Генеральный директор компании "STI-

dent" Андрей Табаков: "Этот проект полностью соответствует философии нашей компании – "Поставлять на российский рынок самые качественные продукты, созданные с использованием новейших достижений науки". В конкурсе можно принять участие, не выходя из своего рабочего кабинета, ваше мастерство может быть оценено по достоинству тысячами ваших коллег. Эту возможность поделиться клиническим опытом я считаю очень ценным шансом".

Организаторами конкурса разработаны условия участия, которые позволяют практически любому врачу из любого региона России принять участие в конкурсе. Выбрано авторитетное жюри, выработаны четкие критерии оценки работы. Победитель отмечается дипломом "Маэстро стоматологии" и публикацией материала о нем в этом журнале.

В 2007 г. победителями стали:

I место – И.И. Дунаевская, врач-ортодонт, ортодонтический центр "ДентИдеал" г. Санкт-Петербург;

II место – Ю.А. Иванова, аспирант отделения ортодонтии ЦНИИС и ЧЛХ;

III место – А.П. Перевезенцев, врач ортопед-стоматолог высшей категории, ФГУЗ КЦ стоматологии ФМБА России г. Москва.

Все случаи, присланные для участия в конкурсе, будут опубликованы на web-странице "E-stomatology".

Условия конкурса, критерии оценки, состав жюри, дополнительная информация – на сайте <http://www.e-stomatology.ru>, e-mail: Julia@e-stomatology.ru. Адрес: Москва, ул. Ефремова д. 12, стр. 3, офис 601, тел. 609-11-31, +7 (925) 517-11-91, Кузовкова Юлия Валерьевна.

Присоединяйтесь!

На подведении итогов конкурса





Юбилейная конференция, посвященная 45-летию ЦНИИС и ЧЛХ



В президиуме юбилейной конференции

5–7 декабря в Экспоцентре в рамках проведения 17-й Международной выставки "Здравоохранение" состоялся IX научный форум "Стоматология 2007", центральным событием которого была юбилейная конференция, посвященная 45-летию ЦНИИС и ЧЛХ.

С момента создания в 1962 г., когда на IV Всесоюзном съезде стоматологов в Колонном зале Дома Союзов председатель съезда профессор А.И. Рыбаков сообщил участникам о том, что в соответствии с приказом Минздрава СССР № 426 от 25.09.1962 в Москве открыт Центральный научно-исследовательский институт стоматологии, на институт были возложены функции головного научного и санитарного органа института по специальности "стоматология" и головного учреждения Академии медицинских наук по проблеме "Основные стоматологические заболевания, их предупреждение и лечение".

Сегодня институт проводит научные исследования по основным проблемам стоматологии и координирует их проведение в научно-исследовательских учреждениях страны.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 23.02.2007 (№ 213-р) институт включен в состав учреждений, подведомственных Федеральному агентству по высокотехнологичной медицинской помощи, и получил название ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий".

На открытии конференции выступил директор ЦНИИС и ЧЛХ проф. А.А. Кулаков, прозвучали многочисленные поздравления. С большим интересом участники посмотрели фильм об истории ЦНИИС и ЧЛХ.

Научная программа конференции включала докла-

ды ведущих специалистов по актуальным проблемам стоматологии.

5 декабря 2007 г. на конференции были заслушаны доклады:

Неробеев А.И. Отечественная челюстно-лицевая хирургия и роль ЦНИИС в ее развитии;

Рогинский В.В. Московский Центр детской челюстно-лицевой хирургии – 15 лет;

Рабинович И.М. Значение отдела терапевтической стоматологии ЦНИИС в формировании научно-практических направлений в области терапевтической стоматологии;

Ряховский А.Н. Основные направления работы отдела ортопедической стоматологии;

Вагнер В.Д., Алимский А.В. Роль ЦНИИ стоматологии в организации и совершенствовании стоматологической службы страны;

Рабухина Н.А., Аржанцев А.П., Голубева Г.И., Перфильев С.А., Рябова И.В. Вклад рентгенологической службы в научные разработки института за последние 5 лет;

Логинова Н.К. Значение методов функциональной диагностики для теории и практики в стоматологии;

Григорьян А.С. Фундаментальные аспекты проблем остеointеграции.

6–7 декабря 2007 г. состоялись заседания "За круглым столом" по вопросам управления качеством стоматологии помочи (сопредседатели: д.м.н. В.Т. Шестаков, д.м.н. В.Д. Вагнер), профилактики и эпидемиологии основных стоматологических заболеваний (сопредседатели: проф. А.Г. Колесник, д.м.н. О.Г. Авраамова, проф. А.В. Алимский); конференция "Иновационные технологии и обезболивание в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии" (сопредседатели: проф. А.И. Неробеев, проф. С.А. Рабинович, проф. В.В. Рогинский, проф. А.С. Добродеев, проф. В.П. Ипполитов, д.м.н. С.Ф. Грицук, проф. В.И. Гунько), конференция "Современные технологии в ортопедической стоматологии (памяти профессора Х.А. Кала маракова)" (сопредседатели: проф. С.И. Абакаров, проф. А.Н. Ряховский, проф. И.Ю. Лебеденко), конференция "Актуальные вопросы ортопедии" (сопредседатели: проф. О.И. Арсенина, засл. деятель науки РФ, член-корр. РАМН, проф. Л.С. Персин, д.м.н. Г.Б. Оспанова).

По материалам конференции был издан юбилейный сборник научных трудов. К дню конференции вышел из печати специальный выпуск газеты "Известия ЦНИИС и ЧЛХ".



Выступление президента СтАР В.Д. Вагнера



ЦНИИС и ЧЛХ поздравляют сотрудники МГМСУ во главе с ректором, проф. О.О. Янушевичем



На стендах выставки "Здравоохранение" приняли участие около 1000 экспонентов, в числе которых более 700 – из России, а также из 35 зарубежных стран



Поздравление проф. И.М. Макеевой (ММА им. И.М. Сеченова)



Центральный научно-исследовательский институт Страницы истории



Со слушателями цикла челюстно-лицевой хирургии.
В центре сидит – проф. А.Э. Рауэр, стоит – проф.
Ф.М. Хитров, возглавлявшие челюстно-лицевое
отделение ЦИТО



Проф. Ф.М. Хитров (в центре) с челюстно-лицевыми
ранеными. 1944 г. В здании ЦИТО по Теплому переулку,
16 (сейчас – ул. Тимура Фрунзе, 16, здание ФГУ "ЦНИИС
и ЧЛХ Росмедтехнологий") работает челюстно-лицевой
госпиталь



А.И. Рыбаков,
первый
директор
ЦНИИС,
академик
РАМН,
профессор



А.И. Евдокимов, первый зам.
директора ЦНИИС по научной
работе, член-корр. РАМН, в
разные годы возглавлял также
Государственный институт
зубоврачевания (сейчас
МГМСУ), был почетным
председателем Всесоюзного и
Московского обществ
стоматологов



А.И. Рыбаков во время проведения опыта на
животном

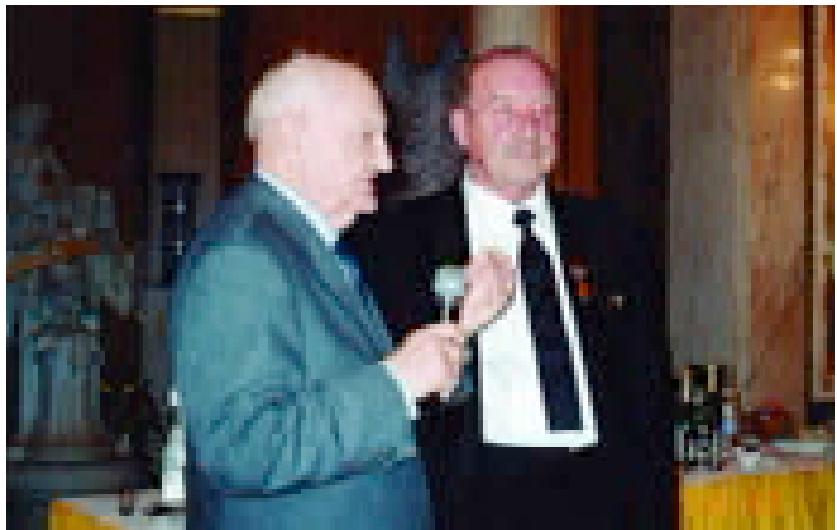


А.И. Евдокимов и Г.В. Никитина проводят консилиум



**А.И. Дойников, В.Ф. Рудько,
А.И. Рыбаков и Г.В. Банченко**
в международном аэропорту Шереметьево
встречают делегацию зарубежных
стоматологов во главе
с Дж. Пинбургом. 1965 г.

стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

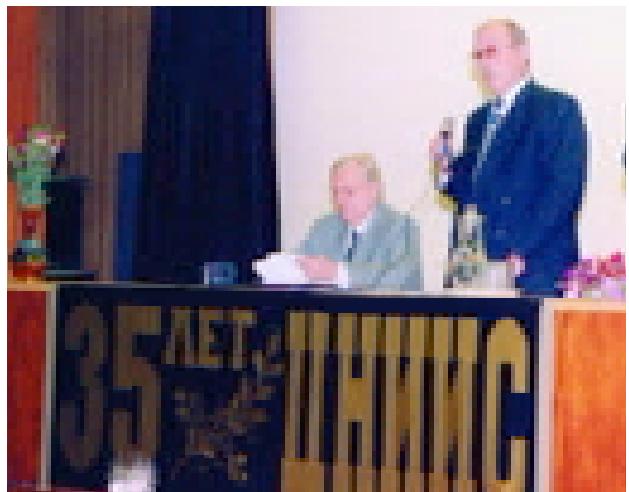


А.И. Дойников и В.М. Безруков

**Г.В. Банченко, А.И. Рыбаков
и С.Ф. Грицук** у памятника В. Берингу
на Командорских островах во время
одной из экспедиций по изучению
стоматологического статуса народов
Дальнего Востока. 1977 г.



Участники церемонии закладки фундамента здания
Центра по лечению детей с черепно-челюстно-
лицевой патологией спускаются в котлован. 2003 г.



В.М. Безруков и А.В. Алимский в президиуме
торжественного заседания в честь 35-летия ЦНИИС



Профессор **В.С. Иванов**,
директор ЦНИИС
в 1985–1987 гг.



Профессор **М.М. Соловьев**,
директор ЦНИИС в
1987–1989 гг.



Академик РАН
В.К. Леонтьев, директор
ЦНИИС в 1989–1991 гг.



Член-корр. РАН
В.М. Безруков, директор
ЦНИИС в 1991–2004 г.



СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ



На всемирном конгрессе FDI в Дубае (ОАЭ)

Ежегодно в сентябре-ноябре Международная Федерация Стоматологов (FDI) проводит всемирный конгресс. По уставу FDI конгресс должен проводиться каждый год в новой стране. В 2007 г. конгресс состоялся в г. Дубай (Объединенные Арабские Эмираты) 24–27 октября.



Официальная делегация Стоматологической Ассоциации России постоянно участвует в работе конгрессов FDI. В течение 11-ти лет эти поездки для всех стоматологов орган и зет бизнес-центр "Стоматология". В 2007 г. в работе конгресса в Дубае приняли участие президент СтАР, профессор В.Д. Вагнер, вице-президенты профессор Л.Н. Максимовская, В.В. Садовский, Р.А. Салеев, президенты региональных ассоциаций главные стоматологи регионов, главные врачи, профессора, научные работники, врачи-стоматологи, руководители торгующих фирм, представители прессы.

Всемирный Конгресс впервые проводился в арабской стране, что дало множество необычных впечатлений для его участников.

Первое же сильное впечатление произвел прием в аэропорту. Всех женщин в составе официальной деле-

Ю.В. Кузовкова, директор по связям с общественностью СтАР

гации, приехавших по приглашению ассоциации стоматологов Объединенных Арабских Эмиратов на Всемирный конгресс, отправили на процедуру сканирования роговицы глаза для предотвращения возможности повторного въезда зарегистрированных эмиграционной службой нежелательных визитеров. Процедура за-



няла около 2,5 часов и не была приятной.

Отель, где разместилась наша делегация, "Habtour-Dubai", расположен возле самого моря, где мы все вскоре и оказались. Температура воздуха составляла 32 градуса, а температура воды 27 градусов.

Конгресс-центр, где проводился Всемирный конгресс FDI, находился в центре города, это достаточно удобное большое здание со множеством выставочных и коференц-залов, кафе и комнат для персонала.

В этом же здании проводилась церемония открытия конгресса, с которой на этот раз происходили совершенно непонятные события. Для начала, не было билетов. Даже тем, кто зарегистрировался на участие в конгрессе (сумма регистрационного сбора составляет примерно 500\$), не давали билетов на открытие. Именно на этой церемонии всегда собирается вся делегация





страны, все вместе приветствуют свой флаг и именно здесь чувствуется атмосфера гордости за то, что ты представляешь свою страну на международном форуме. Вместо 50 нам удалось раздобыть только 20 билетов. Предлогом для отказа служила небольшая величина зала и необходимость соблюдать безопасность мероприятия. Когда дело подошло уже к началу, оказалось, что зал заполнен только наполовину. Стали пускать всех. Но, к сожалению, зал так и не был заполнен, так как многие уже ушли после окончания работы вы-



ставки. Открытие конгресса снимало центральное телевидение ОАЭ и несколько телеканалов. На открытии кроме руководителей FDI выступали представители правительства ОАЭ, министр здравоохранения и пр. По всему чувствовалось, что этому мероприятию придаётся крайне важное значение в масштабах страны.

Открытие конгресса началось с прочтения молитвы, текст которой на арабском и английском языках транслировался на больших экранах в зал.

Самый торжественный момент открытия – вынос флагов стран-членов FDI – вообще не состоялся. Вместо этого на экране компьютера за 20 секунд промелькнули флаги всех стран. По залу пронесся шепот удивления и разочарования. Отметим, что делегация Израиля не присутствовала на Всемирном конгрессе. Причины этого, а также изменения традиционной церемонии открытия остались "за кадром".

Затем мы посмотрели концерт в национальных традициях, что тоже является неотъемлемой составляющей церемонии открытия в каждой принимающей конгресс стране. Мы увидели танец пастухов, рыбаков, услышали музыку пустыни в исполнении национальных инструментов и т.д.

Конгресс проходил в течение четырех дней, была представлена научная программа по профилактике, имплантологии, организации стоматологической службы и пр. на арабском и английском языках, с синхронным переводом.

В здании "Конгресс-центра" работала большая выставка, которая разместилась в нескольких залах. Особо-

бенно отнюдь этой выставки можно считать большое представительство компаний из региона Персидского залива, Среднего Востока а также транснациональных компаний. Как всегда, свободный доступ в интернет для всех посетителей выставки, был спонсирован компанией OralB. Вообще техническая сторона организации выставки, а также комфортные условия для посетителей были весьма заметны.

Президент СТАР, профессор В.Д. Вагнер, вице-президент В.В. Садовский, профессор Г.В. Ронь а также другие члены нашей делегации участвовали в заседаниях исполнительного комитета FDI.

Немаловажной частью конгресса является традиционный Гала-ужин, который устраивают организаторы мероприятия для участников. Это хороший и весьма редкий для стоматологов повод одеть смокинги и вечерние платья. На этом конгрессе Гала-ужин превзошел все ожидания. Само мероприятие проводилось в пустыне в часе езды от Дубая. Это был огромный ресторан под открытым небом, среди барханов в виде маленькой крепости. Мы проходили по застеленному коврами песку под свет факелов и аккомпанемент барабанов, в сопровождении отряда всадников в национальных костюмах. Наверное, так выглядит приезд долгожданных гостей в оазис после долгого пути каравана в пустыне. Внутри были развернуты столы, шатры, иковры. Среди изобилия фруктов, сладостей, угощений звучала восточная музыка. В течение ужина кроме вкуснейших национальных блюд и восточных сладостей нам предложили множество развлечений – песни в исполнении известных в ОАЭ музыкантов и певцов,

танец живота, выступление факиров и акробатов и, наконец, фейерверк под русскую "Катюшу". Женщины не отказали себе в удовольствии

сделать татуировки в арабской технике, то есть с использованием специального состава, содержащего хну. Гости разошлись за полночь, полные впечатлений от традиций арабского гостеприимства.

Помимо представленных здесь фотографий Вы можете посмотреть фотопортаж об этой поездке в Интернете, на официальном сайте СТАР <http://www.e-stomatology.ru>.

Всемирный конгресс FDI-2008 состоится в г. Стокгольме (Швеция) в октябре 2008 г.



СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ



Награды стоматологам

Общественная организация "Врачи за качественную медицину" (председатель – Н.А. Журавлева) и Военно-историческое общество им. Александра I провели 6 декабря 2007 г. награждение орденами и медалями Наградного комитета России группы работников здравоохранения.

В числе награжденных были российские стоматологи В.Д. Вагнер, А.А. Кулаков, В.В. Садовский, В.Т. Шестаков (Москва), Д.А. Трунин (Самара), М.А. Смирнова

(Санкт-Петербург), Н.И. Шаймиева (Казань) и представители ведущего мирового производителя стоматологического оборудования, компании "Сирона" – президент "Сирона Дентал Системс Гмбх, Бенсхайм" Теодор Хаар, официальный представитель компании "Сирона" в РФ и СНГ Андрес Бургхардт, глава представительства "Сирона" в Москве Ю.И. Керецман.

На церемонии награждения присутствовали члены ТПП Германии.

Во время дружеского ужина перед присутствующими выступили В. Левкин, Э. Лабковский и Т. Москалев.



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 медицины и красоты, 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



Приглашает Вас принять участие



в международном курсе по повышению квалификации в Бразилии:
"Практический курс продвинутой хирургии по костной пластике с целью имплантологического лечения"
 5-дневный курс для стоматологов России

ВВЕДЕНИЕ

Главным условием для хороших отдаленных результатов эндоссальной дентальной имплантации и по-прежнему остается достаточный объем стабильной и витальной кости в зоне имплантации, а также высота альвеолярного отростка или альвеолярной части челюсти (BUSER 1994г.). Проведение имплантации в дистальных отделах верхней челюсти при высоте альвеолярного отростка меньше 5 мм может привести к нежелательному результату. В данном случае объем костной ткани восстанавливается с помощью проведения синус-лифтинга с одномоментной трансплантацией аутокости.

На этапе замещения костного дефекта применяются ауто- и аллотрансплантаты, на втором этапе хирургично вмешательства проводится дентальная имплантация.



РЕЗЮМЕ

В связи с ростом интереса и улучшения отдаленных результатов имплантации появляется возможность эффективно протезировать дефекты вне зависимости от их протяженности и локализации в сложных анатомо-топографических ситуациях, открывая новые возможности для проведения полноценной функциональной реабилитации пациентов.

ЦЕЛЬ

Задача данного курса – рассказать о важности и возможностях трансплантации для проведения дентальной имплантации в сложных анатомо-топографических ситуациях.

ВЫВОД

Восстановление костной ткани достигается с помощью различных хирургических методик, включающих костную пластику, трансплантацию костных блоков, синус-лифтинг, что делает возможным проведение имплантации с последующей реабилитацией пациентов с неблагоприятными анатомо-топографическими условиями полости рта.

Информация для участия

Место проведения курса: Бразилия,
 Стоматологический университет FAPI,
 штат Сан Пауло, г. Сан Жозе дос Кампос,
 контактный телефон в Москве: 8-909-643-28-38,
 e-mail: stomafix@mail.ru.
www.titaniumfix.com.br (скоро: www.titaniumfix.ru)

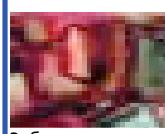
Первая группа отправляется в Бразилию

18 января 2008 г.

Спешите принять участие!

Пример рассматриваемых клинических случаев

Пациент с частичной вторичной адентией 1.1 и 1.2 с выраженной костной резорбцией альвеолярного отростка во фронтальном отделе, которому была проведена трансплантация блока аутокости забранной из ветви нижней челюсти



Забор аутокости
из ветви нижней
челюсти



Костный блок,
взятый из ветви
нижней челюсти



Фиксация костных
блоков, восстановле-
ние высоты и объема
костной ткани

63

СТОМАТОЛОГИЯ

ДЛЯ ВСЕХ

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 подпісатися на журнал «Стоматологія для всіх»

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 – 400 р. для жителей РФ, 500 р. – для жителей стран СНГ.



Периодичность выхода журнала 1 раз в 3 месяца.

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

Адрес редакции:

64

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

Телефон/факс: +7 (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 Сбербанк России ОАО, г. Москва, БИК 044525225, корреспондентский счет 30101810400000000225