



МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ
РОССИИ



Московский
Государственный
Медико-
Стоматологический
Университет



Российская
Академия
Медицинских
Наук

DENTALEXPO®

14-16
ФЕВРАЛЯ
2011

D E N T A L



8-й Всероссийский стоматологический форум
ДЕНТАЛ-РЕВЮ
ОБРАЗОВАНИЕ, НАУКА И ПРАКТИКА В СТОМАТОЛОГИИ

Московская
выставка-ярмарка

Научно-практическая
конференция:

“Здоровый образ жизни
с раннего возраста:
инновационные подходы
к профилактике и
лечению кариеса зубов”

МОСКВА
Крокус Экспо
Павильон 2

МЯКИНИНО



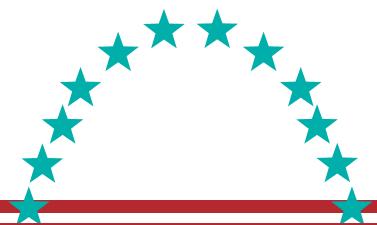
МЕТРО В
КРОКУС ЭКСПО!

На правах рекламы

Оргкомитет
конференции:

т. (+7 495) 684-53-40
e-mail: dental-revue@mail.ru
www.msmsu.ru

Оргкомитет
выставки:
т. (+7 495) 921-40-69
e-mail: info@dental-expo.com
www.dental-expo.com

**СТОМАТОЛОГИЯ****для ВСЕХ**

СОДЕРЖАНИЕ

International Dental Review**Стоматологическая
Ассоциация
России****Редакционный совет:**

Алимский А.В., Бажанов Н.Н.,

Боровский Е.В., Вагнер В.Д.,

Глазов О.Д., Дунаев М.В.,

М. Кипп,

Кисельникова Л.П., Козлов В.А.,

Козлов В.И., Колесник А.Г.,

Кузьмина Э.М., Кулаков А.А.,

Лебеденко И.Ю., Макеева И.М.,

Максимовский Ю.М.,

Максимовская Л.Н.,

Митронин А.В.,

Пахомов Г.Н., Полуев В.И.,

Рабинович С.А., Рожков И.А.,

Сахарова Э.Б., Сорокоумов Г.Л.,

И. Хен, Янушевич О.О.

Редакционная коллегия:

Конарев А.В.

Леонтьев В.К.

Садовский В.В.

Главный редактор:

Конарев А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ**Пародонтология**

Иммуно-воспалительный ответ при пародонтите.

4

Л.А. Дмитриева, К.Г. Гуревич, Л.М. Теблоева

8

Агрессивные формы пародонтита. Состояние проблемы.

А.В. Цимбалистов, Т.Т. Нацвалишвили, Т.И. Кадурина, Г.Б. Шторина

12

Эффективность гигиенических средств линии "Longa Vita" при

воспалительных заболеваниях тканей пародонта. Т.Л. Рединова,

О.В. Третьякова, А.А. Тимофеева, В.Н. Тимофеева, О.А. Злобина,

И.Б. Чучалина, В.В. Фролова

Терапевтическая стоматология

Эффективность дозирования композитных материалов светового отверждения при стандартной и модифицированной методиках.

16

К.В. Алейников, В.Д. Вагнер

"Детензор"-терапия в комплексном лечении синдрома артикуляционной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с применением компьютерной системы "Амсат-коверт". В.Н. Дымкова,

20

А.В. Степанищев

Ортодонтия

Использование методов диагностики и технологий ортодонтического лечения в Дальневосточном федеральном округе.

24

В.Д. Вагнер, А.В. Чабан

Экономика и организация в стоматологии

Основные финансово-экономические показатели затрат пациентов при оказании стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в частных стоматологических организациях.

26

В.Е. Фёдоров, М.С. Саркисян, Р.В. Ушаков, В.М. Гринин

28

Организация стоматологической помощи инвалидам на дому.

О.Г. Любенко

31

Экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС.

О.О. Янушевич, Б.В. Григорьян

34

Станет ли стоматологическая помощь эффективнее после телевизионных выпадов? И.В. Павленко

35

Мнение населения — критерий качества стоматологической

ортопедической помощи. И.Ю. Баркан, М.Н. Булыгина,

В.М. Семенюк, Е.В. Шишкин

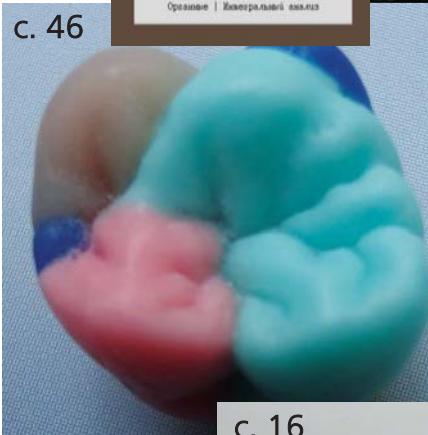
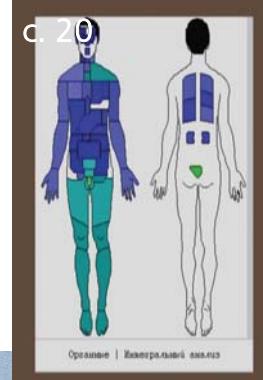
Ортопедическая стоматология

Определение преимуществ лабораторного способа изготовления культевых штифтовых вкладок методом сравнительного анализа.

38

А.В. Кузнецова, А.Ю. Нурмагомедов, М.З. Каплан

с. 34



с. 16



Лазеры в стоматологии

42 К 55-летию применения лазерных систем в стоматологии. Н.А. Жижина, А.А. Прохончуков

Эстетическая стоматология

46 Особенности формообразования моляра верхней челюсти с учетом редукционных процессов зубочелюстной системы и этнических особенностей строения. И.М. Расулов, Р.Г. Карабеков

Рентгеностоматология

50 Клинико-рентгенологические аспекты и проблемы отличительного распознания заболеваний челюстно-лицевой области. Ю.И. Воробьев

Детская стоматология

54 Хронобиологический подход к профилактике и лечению начальных форм кариеса. Т.Ф. Косырева, Е.С. Запорожская-Абрамова

СОБЫТИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ МИРЕ

56 15 лет "Клубу 32"
На конференции "Современные аспекты профилактики стоматологических заболеваний"
60 62 На Конгрессе EFAAD в Эвиане, Франция
Сотрудничество МГМСУ и Женевского университета (Швейцария)

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

Редакция журнала «Стоматология для всех/International Dental Review»

Адрес: 121099, Россия, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 34
Для переписки: 127473, Россия, Москва, а/я 109,
редакция журнала "Стоматология для всех"
Телефон/факс: (495) 609-24-40
E-mail: sdvint@mail.ru 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»
Свидетельство о регистрации № 016367 от 15 июля 1997 г.



Пародонтология

Иммуно-воспалительный ответ при пародонтите (обзор литературы)

Резюме

В данной статье рассмотрены основные факторы, приводящие к деструктивным разрушениям костной ткани альвеолярного отростка. Основными движущими силами этого агрессивного разрушения являются матрица металлопротеиназы (ММП), катепсины и ферменты остеокластов. Активизация остеокластов, продуцирующаяся протеолитическими ферментами, такими, как матрица металлопротеиназы (ММП), несет ответственность за разрушение минерализованных клеток в костной ткани альвеолярного отростка. В отличие от этого остеобlastы образуют ММП, которая наносит ущерб неминерализованному слою.

Ключевые слова: пародонтит, матрица металлопротеиназы, деструкция костной ткани альвеолярного отростка.

Host-response therapeutics for periodontal diseases (The review of medical literature)

L.A. Dmitrieva, K.G. Gurevich, L.M. Tebloeva

Summary

This article focuses on the downstream factors of the osteoclast responsible for the degradation of bone and soft tissues around teeth and oral implants. Furthermore, therapeutic approaches that target MMP-2, -8, and -9 inhibition, such as MMP inhibitors, chemically modified tetracyclines and subantimicrobial formulations of tetracycline analogues are discussed. The use of rapid, chair-side tests of MMP activity, in particular for MMP-8 and bone collagen fragments, show strong potential as non-invasive measures of tissue health or disease. In addition, studies using other agents for the preservation of bone mass, such as bisphosphonates that inhibit osteoclast recruitment, are highlighted. The application of these bone-preservation strategies to periodontal management and treatment are discussed in the context of high-risk patients susceptible to disease reactivation or disease complications.



Л.А. Дмитриева, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ФПДО МГМСУ



К.Г. Гуревич, д.м.н., профессор, зав. кафедрой ЮНЕСКО "Здоровый образ жизни – залог успешного развития" МГМСУ



Л.М. Теблоева, к.м.н., докторант кафедры терапевтической стоматологии ФПДО МГМСУ

Для переписки:
127473, Москва, ул. Делегатская, 20, стр. 1

Кафедра ЮНЕСКО "Здоровый образ жизни – залог успешного развития"

В формировании заболеваний пародонта принимают участие грамотрицательные микробиологические биопленки, которые вызывают местную реакцию в виде костной и тканевой деструкции. Основными движущими силами этого агрессивного разрушения являются матрица металлопротеиназы (ММП), катепсины и ферменты остеокластов (Kinney J.S., Ramseier C.A., Giannobile W.V., 2007). В последнее время было проведено много фундаментальных и клинических исследований, основывающихся на главных механизмах этого ферментативного агрессивного разрушения тканей (Woodward J., Holen I., 2007).

Выступая в качестве прототипа эндотоксина, липополисахариды (ЛПС), являющиеся основным компонентом наружной мембранны грам-отрицательных бактерий, способны инициировать каскад событий, ведущих к разрушению тканей пародонта (Pussinen P.J., Raji S., Mantyla P., Sorsa T., 2007). Таким образом, ЛПС, полученные от биопленки с поверхности корня зуба, приводят к набору полиморфноядерных лейкоцитов (PMNS) на данном участке. Активированные макрофаги начинают продуцировать различные провоспалительные цитокины, включая интерлейкин (IL)-1b и фактор некроза опухолей (ФНО) – альфа, которые в дальнейшем влияют на деструктивные процессы. Наряду с катепсинами и остеокластами формируется мощная группа эндопептидаз фибробластов и полиморфноядерных лейкоцитов. Таким образом, стоит рассмотреть их функцию более подробно, поскольку их роль в развитии пародонтита имеет комплексный характер (Doucet A., Overall C.M., 2007). Протеолитические ферменты принимают участие как в ремоделировании, так и в резорбции костной ткани (Ra H.J., Parks W.C., 2007). Активизация остеокластов, продуцирующаяся протеолитическими ферментами,



такими, как матрица металлопротеиназы (ММП), несет ответственность за разрушение минерализованных клеток в костной ткани альвеолярного отростка. В отличие от этого остеобlastы образуют ММП, которая наносит ущерб неминерализованному слою (Tester A.M., Cox J.H., Connor A.R., et al., 2007).

Мультиген ММП кодирует 22 структурно связанные эндопептидазы по отношению к большей части внеклеточного матрикса (Gill S.E., Parks W.C., 2007). ММП играет ключевую роль в разрушении внеклеточных молекул, в том числе коллагена, эластина, протеогликанов (Lopez-Otin C., Matrisian L.M., 2007).

Роль ММП, которая была способна активировать скрытые формы белков, антимикробных пептидов, хемокинов и цитокинов, а также их роль в изменении функционирования белка (Herr A.E., Hatch A.V., Giannobile W.V., et al., 2007) имеет большое клиническое значение при пародонтите. Также ММП может влиять на деятельность различных эффекторов и других биологически активных молекул с помощью методов прямого расщепления, модификации или инактивации ингибиторов (Kirkwood K.L., Cirelli J.A., 2007). Тем не менее, ММП остается одним из ключевых медиаторов необратимой деструкции тканей при пародонтите.

Количество публикаций по изучению роли ММП в прогрессировании заболеваний пародонта продолжает расти (Olsen N.J., Stein C.M., 2005). Очевидно, что ММП представляется перспективным кандидатом для прогнозирования, диагностики и, возможно, является более важным для оценки прогрессирования этого эпизодического заболевания.

Пациенты с системными заболеваниями, такими, как диабет и сердечнососудистые заболевания имеют связь между биомаркерами системного воспаления и периодонтита и, таким образом, считается, что могут относиться к группе риска, поскольку системное воспаление подразумевает возможность деструкции тканей пародонта совместно (Reddy M.S., Geurs N.C., Gunsolley J.C., 2003).

Заболевания пародонта, как правило, характеризуются повышенным наличием поддесневых грамотрицательных микроорганизмов, что приводит к повышенной секреции эндотоксина, который в конечном итоге приводит к увеличению активности коллагеназы десны с последующей деструкцией соединительной ткани и потерей костной массы.

Многочисленные исследования подтвердили эффективность применения субгингивальной дозы доксициклина (SDD) для лечения пародонита.

Данный метод стал широко использоваться как эффективное вспомогательное средство наряду с традиционной механической терапией (Preshaw P.M., Novak M.J., Mellonig J., et al., 2008). Эффективность и

безопасность SDD были оценены в сочетании с традиционными методами лечения, блокируя ММП (Ficarra G., Beninati F., Rubino I., et al., 2005). Это позволило улучшить результаты лечения, которые сохранялись более 9 месяцев у пациентов с хроническим пародонтитом. Примечательно, что последние исследования (Payne J.B., Stoner J.A., Nummikoski P.V., et al., 2007) были предназначены для изучения биологических аспектов, вызванных SDD в сочетании с хирургическими методами, которые были направлены на устранение микробной биопленки. Вместе с этим ставили цель, заключающуюся в ускорении заживления хирургической раны. Результаты этого исследования показали, что субгингивальная доза доксициклина (SDD) в сочетании с хирургическими методами значительно улучшает клиническую картину тяжелой формы (Reinhardt R.A., Stoner J.A., Golub L.M., et al., 2007). Применение SDD способствует снижению послеоперационных кровотечений и влияет на пародонтопатогенную микрофлору. Недавние исследования продемонстрировали способность SDD, которая будет использоваться для поддержания костной массы при одновременном снижении прогрессирования заболевания периодонта (Nuti E., Tuccinardi T., Rossello A., 2007). Кроме того, сокращалось образование биомаркеров (коллагеновый телопептид) десневой жидкости с последующим дозированием субгингивальной дозы доксициклина (Golub L.M., Lee H.M., Stoner J.A., et al., 2008).

Существуют веские доказательства, позволяющие предположить, что ингибирование ММП в сочетании с традиционной терапией у пациентов является потенциальным фактором в борьбе с заболеваниями пародонта (Khosla S., Burr D., Cauley J., et al., 2007). Тем не менее, ряд вопросов требуют ответов, которые могли бы позволить совершенствовать методы, влияющие на развитие пародонтита (Khosla S., Burr D., Cauley J., et al., 2007).

Литература

1. Kinney J.S., Ramseier C.A., Giannobile W.V. Oral fluid-based biomarkers of alveolar bone loss in periodontitis. *Ann N Y Acad Sci* 2007; 1098: 230–251.
2. Albandar J.M. Periodontal diseases in North America. *Periodontol 2000* 2002; 29: 31–69.
3. Woodward J.K., Holen I., Coleman R.E., Buttle D.J. The roles of proteolytic enzymes in the development of tumour-induced bone disease in breast and prostate cancer. *Bone* 2007; 41: 912–927.
4. Pussinen P.J., Paju S., Mantyla P., Sorsa T. Serum microbial- and host-derived markers of periodontal diseases: A review. *2007; 14: 2402–2412.*
5. Auf dem Keller U., Doucet A., Overall C.M. Protease research in the era of systems biology. *2007; 388: 1159–1162.*
6. Ra H.J., Parks W.C.. Control of matrix metalloproteinase catalytic activity. *Matrix* 5bI2007; 6.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

7. Tester A.M., Cox J.H., Connor A.R., et al. LPS responsiveness and neutrophil chemotaxis in vivo require PMN MMP-8 activity. 2007; 2: 312.
8. Gill S.E., Parks W.C. Metalloproteinases and their inhibitors: Regulators of wound healing. 2007; 40: 1334–1347.
9. Lopez-Otin C., Matrisian L.M. Emerging roles of proteases in tumour suppression. *Nat Rev Cancer* 2007; 7: 800–808.
10. Herr A.E., Hatch A.V., Giannobile W.V., et al. Integrated microfluidic platform for oral diagnostics. *Ann N Y Acad Sci* 2007; 1098: 362–374.
11. Herr A.E., Hatch A.V., Throckmorton D.J., et al. Microfluidic immunoassays as rapid saliva-based clinical diagnostics. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007.
12. Kinane D.F., Darby I.B., Said S., et al. Changes in gingival crevicular fluid matrix metalloproteinase-8 levels during periodontal treatment and maintenance. *J Periodontal Res* 2003; 38: 400–404.
13. Kirkwood K.L., Cirelli J.A., Rogers J.E., Giannobile W.V. Novel host response therapeutic approaches to treat periodontal diseases. *Periodontol 2000* 2007; 43: 294–315.
14. Golub L.M., Payne J.B., Reinhardt R.A., Nieman G. Can systemic diseases co-induce (not just exacerbate) periodontitis? A hypothetical "two-hit" model. *J Dent Яет* 2006; 85: 102–105.
15. Golub L.M., Suomalainen K., Sorsa T. Host modulation with tetracyclines and their chemically modified analogues. *Curr Opin Dent* 1992; 2: 80–90. 18 periodontitis. *Adv Dent Res* 1998; 12: 27.
16. Caton J.G., Ciancio S.G., Bliden T.M., et al. Treatment with subantimicrobial dose doxycycline improves the efficacy of scaling and root planing in patients with adult periodontitis. *J Periodontol* 2000; 71: 521–532.
17. Reddy M.S., Geurs N.C., Gunsolley J.C. Periodontal host modulation with antiproteinase, anti-inflammatory, and bone-sparing agents. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003.
18. Preshaw P.M., Novak M.J., Mellonig J., et al. Modified-release subantimicrobial dose doxycycline enhances scaling and root planing in subjects with periodontal disease. *J Periodontol* 2008; 79: 440–452.
19. Gapski R., Barr J.L., Sarment D.P., Layher M.G., Socransky S.S., Giannobile W.V. Effect of systemic matrix metalloproteinase inhibition on periodontal wound repair: A proof of concept trial. *J Periodontol* 2004; 75: 441–452.
20. Golub L.M., Lee H.M., Stoner J.A., et al. Subantimicrobial-dose doxycycline modulates gingival crevicular fluid biomarkers of periodontitis in postmenopausal osteopenic women. *J Periodontol* 2008; 79: 1409–1418.
21. Nuti E., Tuccinardi T., Rossello A. Matrix metalloproteinase inhibitors: New challenges in the era of post broad-spectrum inhibitors. *Curr Pharm Des* 2007; 13: 2087–2100.
22. Tenenbaum H.C., Shelemy A., Girard B., Zohar R., Fritz P.C. Bisphosphonates and periodontics: Potential applications for regulation of bone mass in the periodontium and other therapeutic/diagnostic uses. *J Periodontol* 2002; 73: 813–822.
23. Kamel H.K. Update on osteoporosis management in long-term care: Focus on bisphosphonates. *J Am MedDir Assoc* 2007; 8: 434–440.
24. Lane N., Armitage G.C., Loomer P., et al. Bisphosphonate therapy improves the outcome of conventional periodontal treatment: Results of a 12-month, randomized, placebo-controlled study. *J Periodontol* 2005; 76: 1113–1122.
25. Wang H.L., Weber D., McCauley L.K. Effect of long-term oral bisphosphonates on implant wound healing: Literature review and a case report. *J Periodontol* 2007; 78: 584–594.
26. Ficarra G., Beninati F., Rubino I., et al. Osteonecrosis of the jaws in periodontal patients with a history of bisphosphonates treatment. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 1123–1128.
27. Khosla S., Burr D., Cauley J., et al. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: Report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res* 2007; 22: 1479–1491.

LONGA VITA®

спрашивайте
в аптеках
города

• зубная паста
с хлорофиллом

Высокоэффективный
комплекс
по уходу за полостью рта



• зубная щетка
со светодиодами



Московская Международная стоматологическая выставка

Gostiny
Dvor

March
15-18
2011



Гостиный
Двор
Март
15-18
2011

Московская
Международная



Стоматологическая
Выставка

IV Международный Форум «Стоматология в Гостином»



- Московский конгресс челюстно-лицевой хирургии и имплантологии
- Ортопедическая стоматология
- Терапевтическая стоматология
- Актуальные вопросы ортодонтии
- Имплантология
- Маркетинг и менеджмент в стоматологии
- Детская стоматология
- Эстетическая стоматология
- Зуботехническая лаборатория



При поддержке: Правительства Москвы, Московской Торгово-Промышленной Палаты РФ, Департамента здравоохранения города Москвы, Торгового Дома «Шатер», Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ, СтАР, Российской Ассоциации Стоматологической Имплантологии, РМАПО, РУДН, Ассоциации частных стоматологических клиник.



РМАПО



Россия, 109012, Москва, Гостиный Двор, ул. Ильинка д.4
Тел.: + 7 (495) 698 12 52 Факс: + 7 (495) 698 12 75
e-mail: info@mosexpodental.com www.mosexpodental.com



Пародонтология



А.В. Цимбалистов,
д.м.н., профессор, зав.
кафедрой ортопедиче-
ской стоматологии
СПбМАПО



Т.Т. Нацвлишвили,
аспирант кафедры
ортопедической стома-
тологии СПбМАПО



Т.И. Кадурина, д.м.н.,
профессор кафедры
медицинской генетики
СПбМАПО



Г.Б. Шторина, к.м.н.,
доцент кафедры орто-
педической стоматоло-
гии СПбМАПО

Для переписки:
194291, Санкт-Петербург, пр-т Просвещения, 45, кв. 77
Тел.: +7 (904) 612-00-29
E-mail: tea-dent@hotmail.com

Агрессивные формы пародонтита. Состояние проблемы

Резюме

В статье по литературным данным рассмотрены агрессивные формы пародонтита – их отличительные особенности, место среди других заболеваний пародонта, распространенность, диагностика, причинные факторы и т.д.

Ключевые слова: агрессивный пародонтит, классификация пародонтитов, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Tannerella forsythensys*, *Porphyromonas gingivalis*.

Aggressive periodontitis. State of the problem

*A.V. Tsimbalistov, T.T. Natsvlishvili, T.I. Kadurina,
G.B. Shtorina*

Summary

The aggressive periodontitis, definitive characteristic, their area among others diseases parodentium, prevalence, diagnostics, etiological factors, etc. are considered in article on literary material.

Keywords: aggressive periodonitis, classification of periodontitis, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Tannerella forsythensys*, *Porphyromonas gingivalis*.

Агрессивные пародонтиты – это группа редких, тяжелых, быстропрогрессирующих заболеваний, которые клинически проявляются в основном в молодом возрасте и имеют семейный характер поражения [2].

Прежде чем рассматривать литературные данные, описывающие данную нозологическую форму, необходимо коснуться классификаций заболеваний пародонта, использующихся как в России, так и за рубежом, и базирующихся на разных терминологических подходах. Последние изменения в отечественной классификации заболеваний пародонта, принятой в 1983 г., внесены в 2001 г. на заседании президиума секции пародонтологии, где было принято решение разделить пародонтиты по характеру течения на 2 группы: хронические и агрессивные, а последнюю – на препубертатную, юношескую и быстропрогрессирующую формы. Такая систематизация предложена Page R.C. и Schroder H.E. в 1982 г. (табл. 1) и в течение 20 лет являлась основной классификацией агрессивных форм пародонтитов. В настоящее время национальными академиями пародонтологии США, Германии и рядом стоматологических ассоциаций других стран [1] используется классификация заболеваний пародонта, разработанная Американской академией

Табл. 1

Классификация агрессивных форм пародонтита (Page R.C, Schroeder H. E., 1982)

	Нозологическая единица	Возраст	Характеристика
I.	Препубертатный пародонтит	до 12 лет	<ul style="list-style-type: none">• локализованный;• генерализованный
II.	Юношеский пародонтит	от 13 до 17 лет	<ul style="list-style-type: none">• локализованный;• генерализованный
III.	Быстропрогрессирующий пародонтит	от 17 до 35 лет	<ul style="list-style-type: none">• генерализованный
IV.	Пародонтит взрослых	без ограничения возраста	



пародонтологии в 1999 г. (табл. 2). В ней отдельно выделяются агрессивные пародонтиты, которые разделяются на локализованные и генерализованные формы. Такой подход обусловлен тем, что клиническая картина локализованного ювенильного пародонтита (ЛЮП) может развиваться не только в препубертатном периоде. Исключение препубертатного пародонтита из классификации связано с тем, что она весьма гетерогенна, поскольку учитывает наличие сопутствующей хронической соматической патологии с вторичными проявлениями в полости рта [1]. Также предложено исключить из классификации быстро-прогрессирующий пародонтит (БПП), так как при определенных условиях все формы пародонтита могут иметь неблагоприятное течение и под данным диагнозом могут скрываться этиологически различные заболевания.

Табл. 2

Классификация заболеваний пародонта разработанная Американской Академией пародонтологии в 1999 году (в таблице представлены только пародонтиты)

	Нозологическая единица	Характеристика
II.	Хронический пародонтит	<ul style="list-style-type: none">• локализованный;• генерализованный
III.	Агрессивный пародонтит	<ul style="list-style-type: none">• локализованный;• генерализованный
IV.	Пародонтит, как проявление системных заболеваний	A. связанные с заболеваниями крови Б. связанные с генетическими заболеваниями В. Неуточненные
V.	Некротические болезни тканей пародонта	<ul style="list-style-type: none">• некротический язвенный гингивит• некротический язвенный пародонтит

Табл. 3

Сравнительная характеристика разных форм агрессивного пародонтита на основе литературных данных

	Локализованный агрессивный пародонтит	Генерализованный агрессивный пародонтит
Возраст	11-19 *	20-35 *
Пол	уточняется	уточняется
Частота встречаемости	0,1-2,3 %	= 10 %
Зубные отложения	отсутствуют или умеренные	отсутствуют или умеренные
Скорость прогрессирования процесса	быстрая	быстрая
Выраженность воспаления тканей	отсутствие	Яркая, либо бессимптомная
Распространенность процесса	локализованный (1 моляры и резцы)	генерализованный (более чем 1 моляры и резцы)
Микрофлора	Aggregatibacter actinomycetemcomitans	разные пародонтопатогены
Дефект функции нейтрофилов и макрофагов	у 80% больных	данные противоречивы
Наследственность	описаны семейные формы	данные противоречивы
Системные заболевания	отсутствуют	отсутствуют

* Может проявляться и в другом возрасте.

В своей работе мы пользуемся двумя терминами: 1) локализованный агрессивный пародонтит, ЛАП (ранее: локализованный ювенильный пародонтит (ЛЮП), localized juvenile periodontitis or early onset periodontitis) и 2)

генерализованный агрессивный пародонтит, ГАП (ранее: генерализованный ювенильный пародонтит, ГЮП, generalized juvenile periodontitis, быстропрогрессирующий пародонтит, БПП, rapidly progressing periodontitis), что не противоречит зарубежным и отечественным классификациям заболеваний пародонта.

В отличие от хронического генерализованного пародонтита агрессивными формами пародонтита в основном страдают молодые (от 17 до 35 лет) [1], практически здоровые люди, у которых наблюдается тенденция к высокой скорости прогрессирования (1,08–1,8 мм в год). Однако в ряде случаев данная патология может развиваться в любом возрасте [2] (табл. 3). Чаще всего пациенты не могут указать время возникновения заболевания. Обычно они обращаются в клинику уже на поздних стадиях его развития, связывая подвижность и перемещение зубов с началом пародонтита. Это обусловлено тем, что подвижность зубов, рентгенологически и клинически выявляемая резкая убыль костной ткани зачастую не сопровождается адекватной воспалительной реакцией и нередко развиваются при незначительном скоплении мягкого зубного налета [1].

Диагноз "агрессивный пародонтит" основывается на выявлении трех основных критериев: 1) быстрая потеря прикрепления и деструкция кости; 2) отсутствие системных заболеваний; 3) семейный характер поражения [2]. Исходя из этого, сбор анамнеза является одним из важнейших этапов для дифференциальной диагностики тяжелых форм пародонтита. Поставить диагноз "агрессивный пародонтит" можно только после исключения тяжелой соматической патологии, которая способствует быстрому прогрессированию деструктивного процесса [1]. По нашим данным, пациенты молодого возраста неадекватно оценивают состояние своего здоровья, в связи с чем основываться только на анамнестических данных не следует. Все эти пациенты требуют консультации врачей-клиницистов широкого профиля, комплексного клинико-инструментального и лабораторного обследования. В план обследования таких пациентов мы обязательно включаем денситометрию, определение уровня сахара в крови, маркеров костного ремоделирования (остеокальцина, N-терминального пропептида проколлагена 1 типа, P1NP-тест и C-концевых телопептидов коллагена 1 типа, b-Cross Laps тест); обязательно проводим анализ родословных с целью уточнения состояния тканей пародонта у родственников наших пациентов, так как описаны семейные случаи данного заболевания [3–8].

ЛАП обычно начинается в период полового созревания и поражает ткани пародонта в области первых постоянных моляров и резцов (рис. 1, 2). Тем не менее, описана атипичная локализация вовлеченных в патологический процесс зубов. Обычно количество зубных отложений и зубного налета при ЛАП не соответствует степени деструкции тканей, а типичной патогенной

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

флорой является *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a.) (ранее: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*) [2, 9, 10]. Результаты некоторых исследований не выявили наличия как этого пародонтопатогена, так и увеличения антител к A.a. у пациентов с ЛЮП [11, 12]. Следует обратить внимание на то, что прогрессирование потери мяготканного прикрепления и снижение уровня костной ткани может прекращаться самопроизвольно [9].

ГАП обычно поражает людей до 30 лет, но может встречаться и в более позднем возрасте. Генерализованная резорбция костной ткани встречается не только в области первых постоянных моляров и резцов, но может развиваться в области, как минимум, трех

постоянных зубов. В отличие от ЛАП, ГАП связан с разными пародонтопатогенами (A.a., *Porphyromonas gingivalis* (P.g.), *Tannerella forsythensis* (T.f.)) [2]. Скорее всего A.a. запускает процесс воспаления в пародонте, так как она выявляется чаще при локализованных формах пародонтита, а за дальнейшее прогрессирование

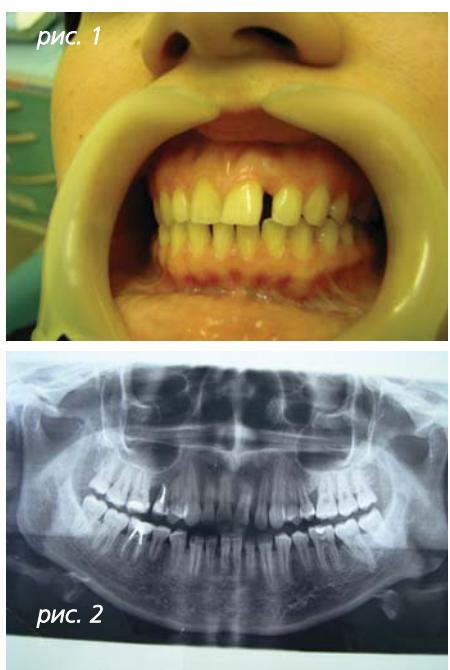


рис. 1

рис. 2

деструктивного процесса, видимо, отвечают *Tannerella forsythensis* и *Porphyromonas gingivalis*. По данным литературы [9], состояние десны при ГАП может быть двух видов: 1) гиперемированная и гипертрофированная десна с усиленной кровоточивостью, которая может возникнуть спонтанно или под влиянием легкого механического раздражения или 2) десневая ткань розовая, неотечная и кажется невоспаленной. Наши наблюдения также свидетельствуют о разнообразии проявлений признаков воспаления десны. Как правило, несмотря на отсутствие клинических признаков воспаления, у пациентов наблюдалась повышенная кровоточивость (индекс кровоточивости Muhleman H. R., 1971) десневой ткани (рис. 3, 4, 5, 6).

По данным литературы, причинными факторами в развитии агрессивных форм пародонтита являются, с одной стороны, агрессивная микрофлора (A.a., P.g., T.f.), а с другой – нарушение иммунной системы организма. Особенность этих патогенов заключается в том,

что как все внеклеточные бактерии они резистентны к бактерицидному действию сыворотки, то есть не погибают под действием комплемента или иммуноглобулинов [18, 19]. Поэтому единственный путь для элиминации этих бактерий – это фагоцитирование. Кроме того, A.a. и P.g. разрушают ткани пародонта как прямым воздействием своих липополисахаридов, так и непрямым методом – инициированием воспалительных реакций, которые со своей стороны сами вызывают деструкцию тканей [2]. Оказалось, что A.a. может проникать между эпителиальными клетками и инвазироваться в соединительную ткань [20], поэтому только путем кюретажа или лоскутных операций их удаление невозможно.

По результатам многочисленных исследований [13–17], одной из причин развития ЛАП является нарушение функции нейтрофильных лейкоцитов и



рис. 3



рис. 4



рис. 5



рис. 6

гиперактивность макрофагов, в результате чего выделяется большое количество ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО α , простагландинов и т.д., что приводит к быстрой резорбции тканей. Однако, такие нарушения обнаружены только у 80% больных с ЛАП, причем дефект функции нейтрофилов выявлен и у членов их семьи [21]. Вместе с тем остается неясной причина возникновения агрессивного пародонтита у больных с неповрежденными нейтрофилами, а также почему у одних пациентов процесс носит локализованный характер (ЛАП), а у других поражает весь пародонт.

В последние годы проводится много исследований по изучению

наследственного характера в генезе агрессивных форм пародонтита. По данным клинико-генеалогического обследования семей, агрессивные формы пародонтита передаются аутосомно-доминантным путем [22–25]. Большинство этих исследований выполнено с представителями Афроамериканской популяции с диагнозом ЛАП, что не исключает иных типов наследования данной патологии в других популяциях. Активно изучается [26–31] полиморфизм генов, ассоциированных с развитием агрессивных форм пародонтита. Однако в связи с противоречивыми результатами этих исследований поиск причинных генов продолжается.

По сравнению с ЛАП распространенность, клиника и патогенез ГАП изучены мало. Это, с одной стороны, связано с разнородностью клинических проявлений (ГЮП и БП) а, с другой стороны, с недостаточностью исследований. Поэтому на Европейском симпозиуме пародонтологов [2] предложено рассматривать данную форму агрессивного пародонтита как заболевание, требующее уточнения клинических, рентгенологических, микробиологических, генетических, иммунологических характеристик и пересмотра классификации. Таким образом, многообразие нерешенных вопросов, несмотря на относительную редкость данного заболевания, представляет значительный научный и практический интерес.

Литература

1. Безрукова И.В. Быстропрогрессирующий пародонтит. – М.: Медицинская книга, 2004. – 144 с.
2. Lindhe J., Lang N.P., Karring T. Clinical Periodontology and Implant Dentistry, volume 1. Blackwell Munksgaard, 2008.
3. Potter R.H. Genetic studies of juvenile periodontitis. J Dent Res 1990; 69: 94–95.
4. Michalowicz B.S., Diehl S.R., Gunsolley J.C., et al. Evidence of a substantial genetic basis for risk of adult periodontitis. J Periodontol 2000; 71: 1699–1707.
5. Schenkein H.A. Inheritance as a determinant of susceptibility for periodontitis. J Dent Educ 1998; 62: 840–851.
6. Walker S.J., Van Dyke T.E., Rich S., Kornman K.S., di Giovine F.S., Hart T.C. Genetic polymorphisms of the IL-1a and IL-1b genes in African-American LJP patients and an African-American control population. J Periodontol 2000; 71: 723–728.
7. Hennig B.J., Parkhill J.M., Chapple I.L., Heasman P.A., Taylor J.J. Association of a vitamin D receptor gene polymorphism with localized early-onset periodontal diseases. J Periodontol 1999; 70: 1032–1038.
8. Zhang Y., Syed R., Uygar C., et al. Evaluation of human leukocyte N-formylpeptide receptor (FPR1) SNPs in aggressive periodontitis patients. Genes Immun 2003; 4: 22–29.
9. Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza's Clinical Periodontology. 9 edition, 2002.
10. Parameter on Aggressive Periodontitis . J Periodontol, 2000, 71, 867–869.
11. Loesche, W.J., Syed, S.A., Schmidt, E. Morrison, E.C. (1985). Bacterial profiles of subgingival plaques in periodontitis. Journal of Clinical Periodontology 56, 447–456.
12. Moore, W.E.C. (1987). Microbiology of periodontal disease. Journal of Periodontal Research 22, 335–341.
13. Genco, R.J., Van, D.T.E., Park, B., Ciminelli, M. Horoszewicz, H. (1980). Neutrophil chemotaxis impairment in juvenile periodontitis: evaluation of specificity, adherence, deformability, and serum factors. Journal of the Reticuloendothelial Society 28, 81s–91s.
14. Genco, R.J., VanDyke, T.E., Levine, M.J., Nelson, R.D. Wilson, M.E. (1986). Molecular factors influencing neutrophil defects in periodontal disease (1985 Kreshover lecture). Journal of Dental Research 65, 1379–1391.
15. Van Dyke, T.E., Horoszewicz, H.U. Genco, R.J. (1982). The polymorphonuclear leukocyte (PMNL) locomotor defect in juvenile periodontitis. Journal of Periodontology 53, 682–687.
16. Van Dyke, T.E., Zinney, W., Winkel, K., Taufiq, A., Offenbacher, S. & Arnold, R.R. (1986). Neutrophil function in localized juvenile periodontitis. Phagocytosis, superoxide production and specific granule release. Journal of Periodontology 57, 703–708.
17. Van Dyke, T.E., Offenbacher, S., Kalmar, J. & Arnold, R.R. (1988). Neutrophil defects and host-parasite interactions in the pathogenesis of localized juvenile periodontitis. Advances in Dental Research 2, 354–358.
18. Whitney, C., Ant J., Moncla B., Johnson B., Page R.C., Engel D. 1992. Serum immunoglobulin G antibody to Porphyromonasgingivalis in rapidly progressive periodontitis: titer, avidity, and subclass distribution. Infect. Immun. 60: 2194–2200.
19. Sjostrom K., Darveau R., Page R., Whitney C., Engel D. Opsonic antibody activity against *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in patients with rapidly progressive periodontitis. Infect Immun. 1992 November; 60 (11): 4819–4825.
20. Saglie F.R., Marfany A. Camargo, P. (1988). Intragingival occurrence of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Bacteroidesgingivalis* in active destructive periodontal lesions. Journal of Periodontology 59 (4), 259–265.
21. Van Dyke T.E., Schweinebraten M., Cianciola L.J., Offenbacher S., Genco R.J. (1985). Neutrophil chemotaxis in families with localized juvenile periodontitis. Journal of Periodontal Research 20, 503–514.
22. Saxen L. Nevanlinna H.R. (1984). Autosomal recessive inheritance of juvenile periodontitis: test of a hypothesis. Clinical Genetics 25, 332–335.
23. Beaty T.H., Boughman J.A., Yang P., Astemborski J.A. Suzuki J.B. (1987). Genetic analysis of juvenile periodontitis in families ascertained through an affected proband. American Journal of Human Genetics 40, 443–452.
24. Hart T.C., Marazita M.L., Schenkein H.A. Diehl S.R. (1992). Re-interpretation of the evidence for X-linked dominant inheritance of juvenile periodontitis. Journal of Periodontology 63, 169–173.
25. Marazita M., Burmeister J. Gunsolley J. (1994). Evidence for autosomal dominant inheritance and race-specific heterogeneity in early-onset periodontitis. Journal of Periodontology 65, 623–630.



Гигиена полости рта

Эффективность гигиенических средств линии "Longa Vita" при воспалительных заболеваниях тканей пародонта

Резюме

При обследовании 39 человек, использующих различные гигиенические средства, установлено, что средства линии "Longa Vita" мотивируют пациентов на гигиену, существенно изменяют микробный "пейзаж" полости рта в благоприятную сторону, обладают противовоспалительным и противовоспалительным действием.

Ключевые слова: гигиенические средства, полость рта, заболевания тканей пародонта.

Efficacy of hygiene agents of "LONGA VITA" line in case of inflammatory periodontal diseases

T.L. Redinova, O.V. Tretyakova, A.A. Timopheeva, V.N. Timopheeva, O.A. Zlobina, I.B. Chuchalina, V.V. Frolova

Summary

During examination of 39 people, who were using different hygiene agents, it was found out that agents of line "Longa Vita" motivate patients for hygiene, significantly change a microbial "landscape" of the oral cavity in a favorable way, has a antiplaque and anti-inflammatory effect.

Keywords: hygiene agents, oral cavity, inflammatory periodontal diseases.

Не вызывает сомнений, что основной причиной наиболее распространенных воспалительных заболеваний тканей пародонта, таких, как хронический генерализованный катаральный гингивит и хронический генерализованный пародонтит, является отсутствие регулярной и полноценной гигиены полости рта [1, 2, 8]. Поэтому разработка гигиенических средств, обладающих высоким противовоспалительным действием и в то же время мотивирующих пациента на поддержание здоровой полости рта, остается актуальной задачей современной стоматологии [3, 4, 5, 6, 7].

Целью исследования было оценить эффективность гигиенических средств линии "Longa Vita" при воспалительных заболеваниях пародонта.

Материал и методы

Было обследовано 39 человек в возрасте от 25 до 45 лет. Все обследуемые были условно поделены на

Т.Л. Рединова, профессор, д.м.н., зав. кафедрой терапевтической стоматологии ИГМА (г. Ижевск)

О.В. Третьякова, врач-стоматолог ООО "РеоСто", г. Ижевск

А.А. Тимофеева, врач-стоматолог МУЗ Городская больница № 5, г. Ижевск

В.Н. Тимофеева, к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ИГМА

О.А. Злобина, к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ИГМА

И.Б. Чучалина, к.м.н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ИГМА

В.В. Фролова, к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ИГМА

Для переписки:

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Росздрава 426000, г. Ижевск, ул. Холмогорова,

37а, кафедра терапевтической стоматологии

E-mail: stomfac@mail.ru

две группы. В первую группу вошло 20 человек, которые использовали для гигиены полости рта пасту и щетку линии "Longa Vita". Вторую группу составили 19 человек идентичного возрастно-полового состава, использующие для гигиены полости рта пасту "Новый Жемчуг — семь трав" и щетку "Oral-B".

Лечебно-профилактическая крем-паста для зубов и десен "Longa Vita" содержит растительный хлорофилл и каротиноиды. Считается, что под действием красного света, источник которого в виде светодиода встроен в головку зубной щетки "Longa Vita", хлорофилл в полости рта образует активный кислород, приостанавливающий процессы воспаления и ликвидирующий неприятный запах. Каротиноиды, содержащиеся в пасте, могут способствовать заживлению ран в полости рта и выступают как антиоксиданты. В качестве фторсодержащего агента в пасте "Longa Vita" используется монофторфосфат натрия — активный противокариесный компонент, который стимулирует восстановление минерального состава эмали, препятствует осаждению на ней микробных частиц, замедляет образование вредных для эмали кислот. Присутствие глицерофосфата кальция и тетракалия пирофосфата в зубной пасте усиливает действие монофторфосфата натрия. Зубная щетка "Longa Vita" имеет в своей головке встроенные светодиоды красного и синего цветов. Известно, что излучение красного цвета активирует хлорофилл, что может значительно увеличивать антимикробное, противовоспалительное и противокариесное действие зубной пасты, стимулировать процессы восстановления клеток и способствовать улучшению местного кровообращения и питания тканей. Синий свет светодиода



может усиливать антибактериальный эффект.

Обследуемым предлагали чистить зубы по 3 минуты 2 раза в день: утром, после завтрака и вечером, перед сном, используя стандартный метод: зубная щетка располагается к поверхности десны под углом 45°, совершают подметающие движения от десны к зубу, при этом волокна щетины проникают в межзубные промежутки и очищают их.

Группе пациентов, использовавших гигиенические средства линии "Longa Vita", выдавали памятку с информацией об использовании зубной щетки "Longa Vita" и предлагали чистить зубы следующим образом:

- предварительно подготовить зубную щетку к проведению гигиены, для этого нажать на кнопку, расположенную на ручке зубной щетки, и проверить яркость свечения светодиодных лампочек, при тусклом их свечении – промыть зубную щетку в емкости с горячей водой взбалтывающими движениями;

- выдавить из тюбика зубную пасту на длину ширины головки зубной щетки, после чего распределить ее по поверхности зубов и десен;

- включить светодиоды в зубной щетке путем нажатия на кнопку и чистить зубы в течение времени горения лампочек на головке зубной щетки (2,5 минуты);

- сплюнуть избыток пасты из полости рта и снова включить светодиоды, освещая поверхность слизистой полости рта и языка до момента автоматического выключения светодиодов;

- закончить гигиеническую процедуру полосканием рта водой и промыванием зубной щетки в стакане горячей воды взбалтывающими движениями и под струей холодной воды.

На каждого обследуемого заполняли индивидуальную "Карту обследования", в которую вносили все полученные при клиническом исследовании данные: до начала исследования, спустя 14 и 28 дней после применения гигиенических средств.

У всех обследуемых анамнестическим путем или из медицинских амбулаторных карт выявляли наличие соматической патологии (заболевания ЖКТ, крови, эндокринная патология, заболевания ССС, аллергические реакции), выясняли жалобы со стороны десен.

Состояние тканей пародонта оценивали с помощью стандартного набора стоматологических инструментов. Интенсивность воспаления десны определяли по индексу PMA (Schour, Massler, 1948) и кровоточивости (индекс кровоточивости – ИК – Мухлеманн и Сон, 1971). О гигиеническом состоянии полости рта судили по индексу зубного налета (С-Л – Силнес и Лоу, 1967) и индексу эффективности гигиены полости рта (PHP – Подшадлей и Халей, 1968).

Бактериологический состав полости рта и пародонтальных карманов определяли культуральным методом и путем полимеразно-цепной реакции (ПЦР).

Культуральный метод проводили в бактериологической лаборатории Республиканского кожно-венерического диспансера г. Ижевска. Материал забирали натощак или через 3–4 часа после еды. В день взятия пробы обследуемый должен был воздержаться от чистки зубов, применения лекарственных препаратов и полоскания полости рта. Техника взятия пробы материала была следующая: смыв с тканей полости рта осуществляли одним тампоном фирмы "Соран" в последовательности: от внутренней поверхности щек, неба, языка (особенно тщательно протирали дорсальную поверхность) и по наружной поверхности десен. Для определения общей микробной обсемененности (ОМЧ) из исследуемого материала готовили серию десятикратных разведений в изотоническом растворе натрия хлорида. Из соответствующих разведений делали высеяны с учетом условий культивации на чашки Петри с питательными агарами: ЖСА, Сабуро, Эндо, Колумбия агар, лактоагар, кровяной агар. По истечении срока инкубации подсчитывали число выросших колоний и определяли ОМЧ (число колониеобразующих единиц – КОЕ в 1 мл). Идентификацию выделенных микроорганизмов осуществляли общепринятыми методами с учетом морфологических, культуральных и биохимических свойств.

Анаэробы (*Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*) пародонтальных карманов выявляли и идентифицировали методом ПЦР с помощью набора "Мультидент" (производство ООО НПФ "Генлаб", г. Москва) в ООО "Центр новых диагностических технологий. Медицинская лаборатория" г. Ижевска.

В микробиологических исследованиях участвовало 10 пациентов из каждой группы обследованных путем случайной выборки.

Отношение к гигиене и степень мотивации обследованных на ее проведение оценивали с помощью опросника. В исследовании участвовало 20 человек, использовавших для гигиены полости рта средства линии "Longa Vita" в течение 28 дней.

Все полученные цифровые данные были подвергнуты методам статистической обработки с помощью компьютера Asus и программы "Биостатистика".

Результаты проведенного клинико-лабораторного исследования представлены в таблицах 1, 2, 3 и 4.

Из таблицы 1 видно, что клинические индексы, характеризующие гигиеническое состояние (PHP, С-Л) и степень воспаления в тканях пародонта (PMA, ИК), в начале исследования в испытуемых группах пациентов были схожие.

В динамике наблюдения исследуемые индексы снижались как у пациентов группы, применяющих гиги-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

нические средства линии "Новый Жемчуг" (табл. 2), так и в группе, где использовались средства "Longa Vita" (табл. 3). При оценке противоаллергического эффекта оказалось, что достоверно большее число лиц с "0" значением гигиенических индексов имело место в группе пациентов, где применялись зубная щетка и зубная паста "Longa Vita" (табл. 4). Кроме того, из таблицы видно, что число случаев, где индексы воспаления приходили к "0" значению, было также больше в группе пациентов, где применялись средства линии "Longa Vita" (60,0% против 42,1%, $P<0,1$).

Результаты микробиологического исследования представлены на рис. 1. Из данных рисунка видно, что в группе пациентов, где применялись гигиенические средства линии "Longa Vita", выявлено больше лиц, у которых уменьшилось видовое количество пародонтопатогенов (у 7 из 9 обследованных, 77,8%), чем в группе обследованных, применявшим гигиенические средства линии "Новый Жемчуг" (у 4 из 6 обследованных, 66,6%), хотя это различие и недостоверно ($P>0,05$).

В то же время в группе обследованных, использующих гигиенические средства линии "Longa Vita" (рис. 1), существенно ($P<0,01$) изменился состав микро-

флоры полости рта в сторону сбалансированного состояния между резидентной микрофлорой и условно-патогенной. При этом число пациентов с дисбиозом II и III степени уменьшилось, а количество обследованных с состоянием эубиоза и дисбиоза I степени значительно возросло (от 0 до 5 из 10 обследованных пациентов в первой группе – 50,1% и от 0 до 2 из 9 обследованных второй группы, 22,2%, рис. 1).

При анализе анкет-опросников установлено, что подавляющее большинство (98%) участников исследования отмечают, что зубная паста "Longa Vita" обладает приятным вкусом и ароматом, хорошо пенится и после применения на долгое время оставляет чувство чистоты и свежести в полости рта. Аллергических проявлений на зубную пасту "Longa Vita" в полости рта во время клинических испытаний не наблюдалось.

Выявлено, что большинство обследованных пациентов (60%) выбирают зубные щетки по щетине, 35% – по дизайну и только 5% – по цене. В 25% случаев пациенты стараются выдержать время чистки до 2 и более минут, и только 20% осознают важность гигиены зубов.

С применением зубной щетки "Longa Vita" у 85% пациентов, участвующих в исследовании, изменилось

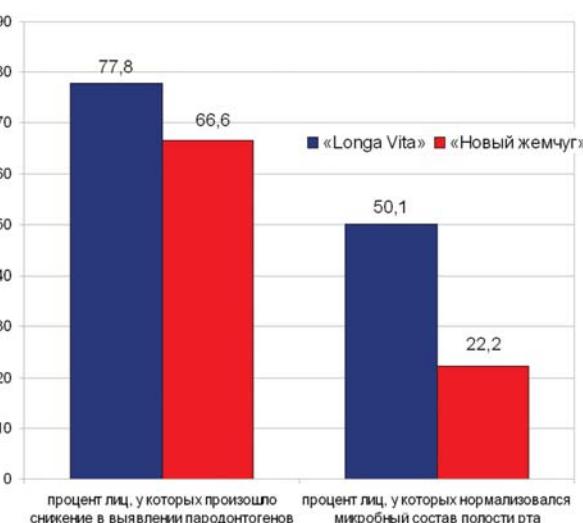
Таблица 1. Исходные клинические данные в исследуемых группах

Средства гигиены	РНР, баллы	С-Л, баллы	РМА, %	ИК, баллы
Новый Жемчуг (n = 19)	1,95+1,22	1,64+1,09	32,0+15,6	1,08+0,72
Longa Vita (n = 20)	1,99+1,16	1,19+0,62	24,2+16,4	1,04+0,83
t	0,02	0,36	0,34	0,03
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблица 2. Динамика клинических показателей в группе пациентов, применявшим "Новый Жемчуг"

Сроки	РНР, баллы	С-Л, баллы	РМА, %	ИК, баллы
В начале	1,95+1,22	1,64+1,09	32,0+15,6	1,08+0,72
Спустя 14 дней	1,15+0,76	0,65+0,65	21,3+13,0	0,61+0,47
t	0,55	0,78	0,95	0,55
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Спустя 28 дней	0,80+0,58	0,40+0,54	13,2+11,1	0,28+0,31
t	0,85	1,02	0,98	1,02
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Рис. 1. Результаты микробиологического исследования



отношение к гигиене, именно 85% опрошенных стали выдерживать время чистки зубов до 2,5 минут, в семьях 70% респондентов проявился интерес к зубной щетке "Longa Vita", а у 90% лиц с применением этой зубной щетки улучшилась гигиена полости рта.

Таким образом, установлено, что гигиенические средства линии "Longa Vita" обладают:

- достоверно выраженным противоналетным действием;
- способствуют снижению воспаления в тканях пародонта;
- существенно изменяют микробный состав полости рта, нормализуя соотношение резидентной и условно-патогенной микрофлоры в благоприятную сторону.

Зубная щетка "Longa Vita" значительно мотивирует пациентов на проведение регулярной гигиены полости рта с соблюдением временного отрезка.

Литература

1. Заболевания пародонта / Под общ. редакцией Л.Ю. Ореховой. – М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.
 2. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: МЧА,
2001. – 300 с.
 3. Кузьмич И.С. Практические рекомендации по применению зубных паст с контролируемой абразивностью // Стоматологический форум. – 2002. – № 1. – С. 49–51.
 4. Купец Т.В., Гроссер А.В., Карпов А.П. Современные технологии, нестандартные идеи в профилактической стоматологии // Клиническая стоматология. – 2005. – № 1 (33). – С. 60–64.
 5. Лапатина А.В., Цомаева Л.А. Эффективность применения средств "One Drop Only" для профилактики стоматологических заболеваний // Стоматология сегодня. – 2007. – № 2. – С. 29.
 6. Улитовский С.Б. Triumph-smart brash (или щетка, которая думает) // Маэстро стоматологии. – 2006. – № 4. – С. 17–20.
 7. Уразова Р.З., Мусина Л.Т., Егорова А.Б. Сравнительный анализ антисептических зубных паст // Практическая медицина: Стоматология. – Казань, 2009. – № 1 (33). – С. 84–86.
 8. Цепов Л.М. Факторы агрессии и факторы защиты в патологии пародонта воспалительного характера // Пародонтология. – 2004. – № 1. – С. 3–7.

Таблица 3. Динамика клинических показателей в группе пациентов, применявших "Longa Vita"

Сроки	РНР, баллы	С-Л, баллы	РМА, %	ИК, баллы
В начале	1,99+1,16	1,19+0,62	24,2+16,4	1,04+0,83
Спустя 14 дней	0,86+0,71	0,19+0,33	12,1+10,6	0,92+0,26
t	0,83	1,42	0,62	0,13
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Спустя 28 дней	0,39+0,42	0,07+0,23	4,76+5,15	0,18+0,24
t	1,30	1,69	1,13	1,00
P	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Таблица 4. Противоналетный и противовоспалительный эффект в сравниваемых группах

Средства гигиены	Процент лиц с "0" значениями клинических индексов после гигиенических мероприятий	
	Налета	Воспаления
"Longa Vita"	85,0 (17 из 20)	60,0 (12 из 20)
"Новый Жемчуг"	52,6 (10 из 19)	42,1 (8 из 19)
t	2,77	1,79
P	<0,01	<0,1 (>0,05)



Терапевтическая стоматология

Эффективность дозирования композитных материалов светового отверждения при стандартной и модифицированной методиках

Резюме

Основным недостатком композитных материалов светового отверждения является полимеризационная усадка, одним из возможных решений этой проблемы является использование порции материала, образующего слой в подготовленной полости толщиной 2 мм. Для получения слоя такой толщины диаметр порции должен быть 2,5–2,8 мм. Стандартная методика не позволяет получить порцию точного размера. Показана эффективность новой методики с использованием универсального дозатора композитного материала светового отверждения.

Ключевые слова: полимеризационная усадка, диаметр порции, толщина слоя, дозатор композитного материала, световое отверждение.

The effectiveness of light-cured composites dosing with standard and modified techniques

K.V. Aleynikov, V.D. Vagner

Summary

The main disadvantage of light-cured composite materials is polymerization shrinkage, one of the possible solutions to this problem is to use a portion of the material, forming a layer in the prepared cavity of 2 mm thick. To obtain a layer of such thickness diameter portions should be 2,5–2,8 mm. The standard method does not permit a portion of the exact size. The effectiveness of a new technique is using the light-cured composite doser.

Keywords: polymerization shrinkage, the diameter of portions, the thickness of the layer, composite doser, light curing.

В настоящее время в практике врача-стоматолога терапевта прочное место заняли композитные материалы. Наиболее востребованы композитные материалы светового отверждения (гелиокомпозиты). Помимо



К.В. Алейников, аспирант ЦНИИС и ЧЛХ, врач-стоматолог



В.Д. Вагнер, д.м.н., профессор, засл. врач РФ, зам. директора ЦНИИС и ЧЛХ

Для переписки:
Россия, 101000, Москва, Колпачный пер., д. 7,
стр. 2, офис 10

Тел./факс: +7 (495) 984-66-76, 984-66-56,
982-66-65

E-mail: dr.Aleynikov@yandex.ru

E-mail: vagnerstar@yandex.ru

ряда важных преимуществ они имеют серьезный недостаток – уменьшение на 2–5 % объема порции во время полимеризации [2]. Усадка приводит к полимеризационному стрессу – напряжению в зубе, вызванному силами, которые действуют на стенки полости при отверждении композита, и способствует деформации пломбы с отрывом материала от твердых тканей или ранее наложенного слоя (появление белой линии по краю реставрации), нарушению краевого прилегания (эффект "дебондинга") и появлению микропустот, что создает условия для микроподтекания с последующим изменением цвета реставрации, появлением постпломбировочной чувствительности и развитием вторичного кариеса. Последнее приводит к раздражению пульпы и даже потере жизнеспособности зуба [6].

Степень усадки композитного материала зависит от формы сформированной полости (С-фактор), размера, формы и положения порции композита в ней и от типа композитного материала [6]. Чем меньше вносимая порция материала, тем меньше выражена полимеризационная усадка материала и полимеризационный стресс. Наиболее оптимальной считается толщина слоя 2 мм [1, 2, 3, 4, 5], но у различных материалов толщина может незначительно отличаться, исходя из рекомендаций производителей. Если толщина превышает 2,5 мм, то возможно нарушение адекватной фотополимеризации с последующим усилением объемной усадки и снижением качества пломбы. Если же толщина менее 1,5 мм, это приводит к значительному повышению продолжительности манипуляции, обусловленному необходимостью многократного "наслаждания" материала.

В настоящее время для дозирования пломбировочного материала необходимое количество выдавлива-



ется из шприц-тубы на специальную бумажную пластиночку, идущую с ней в наборе (рис. 1). Порция делится на более мелкие, используемые для внесения в сформированную полость (рис. 2). Оставшаяся на пла-

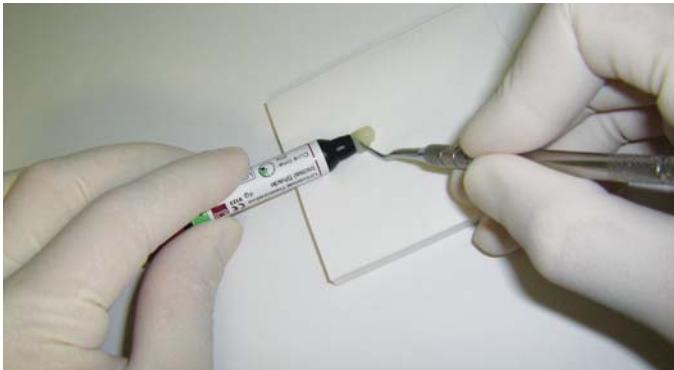


Рис. 1. Отделение материала из шприц-тубы обычным способом

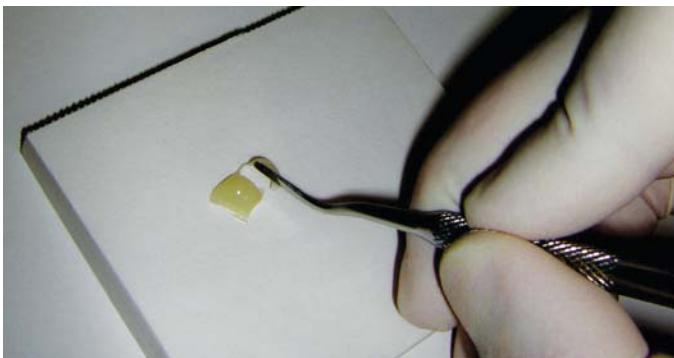


Рис. 2. Разделение общей порции материала на более мелкие для пломбирования

стинке часть материала прикрывается специальной прозрачной крышечкой красного цвета, не пропускающей синий свет, во избежание его преждевременного отверждения [2]. Отделенная порция вносится в подготовленную полость (рис. 3), но при этом трудно дозировать количество материала, а его излишки подлежат утилизации, что, соответственно, приводит к его перерасходу.

Нами установлено, что расход материала на пломбирование одной полости в среднем составляет $0,15 \pm 0,01$ г (минимум 0,04, максимум 0,47 г). При этом врач вынужден отвлекаться для отделения и внесения в полость очередной порции материала, что, несомненно, приводит к увеличению продолжительности процесса пломбирования, который в среднем составляет $6,81 \pm 0,49$ мин. (от 1,43 мин. до 19,20 мин.). Принципиальным недостатком данной методики является ее "полуколичественный" и субъективизированный характер (дозирование не является точным, так как производится "на глаз"). Это определяет такие ее недостатки, как трудность или невозможность отделения порции материала необходимой толщины, значительный его пере-

расход, вероятное наличие пор в пломбе, нарушение гигиеничности манипуляции при заборе материала и отделении его непосредственно из шприц-тубы, необоснованный перерасход рабочего времени и необходи-



Рис. 3. Порция материала для пломбирования, полученная обычным способом

мость применения специальных одноразовых пластиночек для предварительного помещения материала (включены в набор пломбировочного материала, например, Filtek Z250) и специальных крышек (не включены в набор, например, Filtek Z250). В большинстве случаев порции материала получаются с неровными краями и нитями. При этом невозможно исключить необходимость ручного доформирования порции пальцами, при котором неполимеризованный материал проникает через латекс перчатки, что способствует развитию контактного дерматита у врачебного персонала.

С целью стандартизации порций материала произведено исследование, задачами которого было выяснить, каким должен быть диаметр порции композитного материала до внесения в полость, чтобы после моделирования толщина слоя составляла 2,0 мм, и как быстро и эффективно получить порцию такой толщины. Для этого была проведена серия экспериментов на гипсовых моделях, изготовленных по оттиску с зубов с препарированными полостями класса 1.3 по Mount G., I класса по Блэку. При внесении в полость исходной порции материала (Filtek Z250) диаметром 2,5–2,8 мм (в среднем при диаметре порции 2,65 мм) конечная толщина слоя материала после моделирования и отверждения составляла 1,8–2,1 мм. Диаметр порции и толщина слоя в полости после 20 секунд полимеризации определялись с помощью зуботехнического микрометра.

Для определения размера среднестатистической порции, отделяемой врачом на приеме, врачам со стажем работы от 2 до 25 лет, составившим группу из 9 человек, было предложено отделить по 10 порций материала для пломбирования полости, представленной на гипсовой модели класса 1.3 по Mount G., I класса по Блэку. При отделении порции данной толщины "на глаз" ее диаметр составил 1,8–5,4 мм (в среднем

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

3,46±0,86 мм). Таким образом, толщина средней порции, отделяемой традиционным способом под визуальным контролем, превышает оптимальную на 1,46 мм.

С целью оптимизации дозирования был разработан универсальный дозатор композитного материала светового отверждения "Насадка на тубу для светоотверждаемого композитного материала" (патент на изобретение 2008144822 от 14.11.2008, патент на полезную модель 2009120380 от 29.05.2009), "Шприц-туба для вязких материалов" (патент на изобретение 2008144821 от 14.11.2008, патент на полезную модель 2009120381 от 29.05.2009).



Рис. 4. Отделение материала при помощи дозатора



Рис. 5. Дозатор и порция материала, полученная для пломбирования

Устройство представляет собой специальную насадку к стандартной шприц-тубе (например, Filtek Z250) с пломбировочным материалом (рис. 4), которая позволяет получать порции гелиокомпозита фиксированного диаметра 2,5–2,8 мм и исключает определение толщины порции "на глаз".

Кроме того, дозатор позволяет получать порции с ровными "глянцевыми" краями, что повышает адгезию материала к твердым тканям или ранее наложенному слою, а также минимизировать его перерасход за счет отсутствия излишков. При этом отпадает необходимость в дополнительном дооформлении пальцами полученной порции, что исключает контакт композита с кожей врача. Дозатор легко дезинфицируется, возможно его однократное применение. Насадка-дозатор

адаптирована к стандартной шприц-тубе с пломбировочным материалом Filtek Z250, однако возможно изготовление дозаторов для любых шприц-туб.

Техника применения универсального дозатора предельно проста и включает следующую последовательность действий: установка устройства на шприц-тубу с материалом, снятие колпачка перед началом работы, выдавливание композитного материала светового отверждения, срезание порции материала инструментом (рис. 5) и непосредственное введение в сформированную полость.

В условиях применения модифицированной методики дозирования пломбировочного материала средняя продолжительность пломбирования одной полости составила $4,41\pm0,25$ мин. (минимум – 1,3 мин., максимум – 11,6 мин.), расход пломбировочного материала на пломбирование одной полости составил $0,09\pm0,001$ г (минимум – 0,04 г, максимум – 0,25 г).

Таким образом, был определен оптимальный диаметр исходной порции композитного материала, который составил 2,5–2,8 мм (данные действительны для материала Filtek Z250). Показано, что применение модифицированной методики дозирования пломбировочного материала с использованием универсального дозатора композитного материала светового отверждения снижает его расход в среднем на 0,06 г, то есть на 40% и приводит к сокращению средней продолжительности манипуляции приблизительно на 2,4 мин., то есть на 35,24%. Межгрупповые различия являются достоверными (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок, уровень статистической значимости $p=0,000472$).

Литература

1. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология // Учебник для вузов. – М.: Медицина, 2002. – С. 210.
2. Борисенко А.В., Неспрядько В.П. Композиционные пломбировочные и облицовочные материалы в стоматологии. – Киев: Книга плюс, 2001. – С. 21, 51–52, 85–87.
3. Николаев А.И., Цепов Л.М. Салова А.В. Адгезивные системы при пломбировании композитами: новые приоритеты // Клиническая стоматология. – М., 2003. – С. 6–7, 25–26.
4. Боровский Е.В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование. – М., 2001. – С. 86.
5. Лукиных Л.М. Кариес зубов. Этиология, клиника, лечение, профилактика. – Н. Новгород, изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2001. – С. 94, 102.
6. Luděk Perinka. Новый взгляд на полимеризацию композитных материалов // Новое в стоматологии. – 2002, № 6 (106). – С. 25.

ProFeel+ OPTIMA - оптимальное решение для многопрофильной российской стоматологии

10 лет гарантии

Ортопедическая
стоматология



ProFeel+ OPTIMA

Ортодонтия

sirona.

Лучшее для лучших



Официальный дилер фирмы Sirona Dental System GmbH в России ООО «Герман Дентал Групп ИН.ТЕХ»
Тел./Факс: (495) 789-93-90, 614-67-29, 8-929-624-42-14, 8-929-624-42-16. E-mail: gdg-russia@mtu-net.ru



Терапевтическая стоматология

"Детензор"-терапия в комплексном лечении синдрома артикуляцион- ной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с применением компьютерной системы "Амсат-коверт"

Резюме

В статье рассмотрено изучение нарушений опорно-двигательного аппарата при помощи системы "Амсат-коверт" при синдроме дисфункции ВНЧС и применение "Детензор"-терапии в качестве метода комплексного лечения этой патологии. Показаны преимущества применения данного метода.

Ключевые слова: синдром артикуляционной дисфункции височно-нижнечелюстных суставов, "Детензор"-терапия, "Амсат-коверт".

"Detenzor"-therapy in complex treatment of dysfunction syndrome articulatory temporomandibular joint using computer system "Amsat-kovert"

V.N. Dymkova, A.V. Stepanishev

Summary

The investigation of the violations of musculoskeletal system with temporo-mandibular joint dysfunction syndrome using computer system "Amsat-kovert" and the application of "Detenzor"-therapy as method in complex treatment of this pathology are considered in the article. The advantages of this method are presented.

Keywords: temporo-mandibular joint dysfunction syndrome, "Detenzor"-therapy, "Amsat-kovert".

Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов составляет основную группу патологических состояний височно-нижнечелюстных суставов. Имеются отдельные указания на связь нарушений в опорно-двигательном аппарате и возникновение дисфункции ВНЧС (Temporo-Mandibular Joint Dysfunction Syndrom.) [1, 3, 4, 9, 12, 13]. Анализируя направления в лечении дисфункции ВНЧС, можно отметить, что кроме ортопедического лечения большое внимание уделяется фармакотерапии (миорелаксанты, антидепрессанты, такие,



В.Н. Дымкова,
к.м.н., доцент



А.В. Степанишев,
врач-стоматолог

Кафедра ортопедической стоматологии
ФГДО ГОУ ВПО МГМСУ

Для переписки:
E-mail: stdoctor@starlink.ru

как "Паксил") [5]. Кроме этого необходимо учитывать тот факт, что данные препараты должны выдаваться по рецептам невропатологов. Постоянно увеличивающееся количество медикаментозных и физиотерапевтических средств, к сожалению, не всегда приводит к желаемому результату. Методика мануальной диагностики и мануальной терапии патобиомеханических нарушений при дисфункции ВНЧС недостаточно разработана и не нашла применения в повседневной практике мануальных терапевтов и стоматологов [12, 13].

Цель работы заключалась в изучении нарушений опорно-двигательного аппарата с использованием системы "Амсат-коверт" при синдроме дисфункции ВНЧС и преимущества применения метода "Детензор"-терапии в комплексном лечении данной патологии.

Материал исследования. Под наблюдением находилось 100 больных с дисфункцией ВНЧС в возрасте от 22 до 55 лет (90 женщин и 10 мужчин). Анамнез заболевания составлял от 6 месяцев до 10 лет.

Методы исследования. У всех пациентов осуществлялся сбор анамнестических данных, проводилось рентгенологическое исследование ВНЧС (рис. 1, 2), шейного отдела позвоночника, компьютерная томография ВНЧС, использовали автоматизированную диагностическую систему "Амсат-коверт" (Amsat-kovert).

"Амсат" – это компьютерная система, то есть компьютер с вложенной специально разработанной программой, предназначеннной для клинико-физиологической диагностики функционального состояния организма человека путем многократного перекрестного электрического зондирования тела с помощью трех электродов (лобных, ручных и ножных) [18], разработанной для космонавтики, для быстрого, срочного определения функционального состояния организма (рис. 3, 4). При этом сигнал, проходящий по организму, позволяет выявить органы мишени, увидеть, на сколько процентов органы снизили свою функцию, увидеть нарушенные сегменты позвоночника, напряжение мышц, нарушение



оценивает состояние пациента и не только. Проводя исследование, можно увидеть все данные в пятицветовой шкале, где каждый цвет является либо нормой, либо гиперфункцией, либо сниженной функцией (рис. 5). Распечатки, полученные с компьютера, дают представление о состоянии всех органов и всех систем пациента (рис. 6, 7).

В современном мире болезни позвоночника являются причиной 15–20% случаев нетрудоспособности [2]. Таким образом, данная проблема может коснуться каждого человека: от периода раннего детства до зрелого возраста и старости. Повышенная нагрузка на определенные мышцы головы и шеи приводит к переутомлению, появлению в них участков спазма, нарушению циркуляции крови и возникновению узелков некроза.

При появлении дополнительных неблагоприятных факторов, например, стресса, заблеваний опорно-двигательного аппарата и др. возникают условия для развития синдрома артикуляционной дис-



нервной деятельности, либо убедиться в нормальной работе органов и систем организма. Можно дать нагрузку и посмотреть реакцию организма, определить резервы. Диагностика длится три минуты. Метод разрешен беременным женщинам, пациентам, страдающим онкологической патологией, детям, пожилым людям, очень информативен,

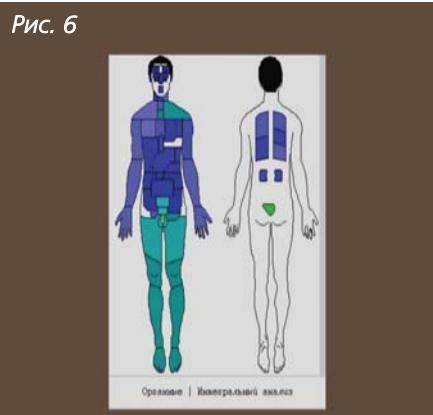
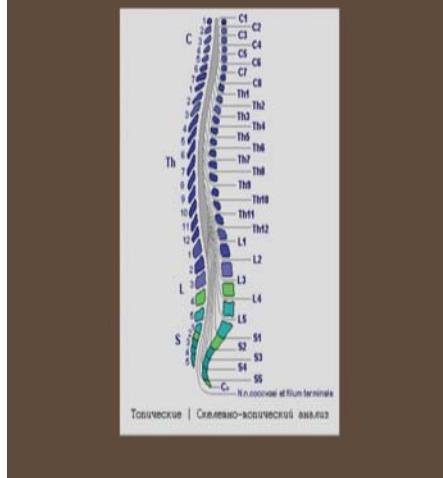


Рис. 7



Известно, что позвоночник состоит из 23 позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) PDS, каждый из которых представляет собой подвижное звено (сустав) и принимает участие в обеспечении разнообразных функций позвоночника, представляющих единую биомеханическую систему. Составными частями системы являются тела двух соседних смежных позвонков, хрящевой межпозвонковый диск, располагающийся между ними, суставной и связочный аппарат, а также мышцы, осуществляющие фиксацию и подвижность комплекса. Вены спинного мозга мышцами не окружены, в них отсутствуют венозные клапаны. Поэтому в позвоночном канале происходит постоянный застой венозной крови и замедляется удаление продуктов обмена из тел позвон-

функции ВНЧС. Мы рассматриваем организм человека как единое целое. Эволюция прямохождения человека развивалась относительно быстро, поэтому морфологически позвоночник человека плохо подготовлен к прямохождению, в результате чего человек – единственное существо на Земле, страдающее остеохондрозом. Сегодня в мире факторами риска возникновения нарушений в позвоночнике являются условия труда, требующие длительного стояния на ногах, поднятие тяжестей, нерациональное питание, воздействие вибрации, вызванной бытовыми и индустриальными механизмами.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

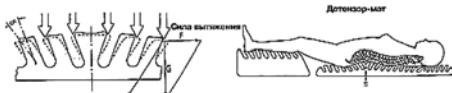
ков и межпозвонковых дисков. Это объясняет резкое усиление боли в спине при приступах кашля, чихания, так как происходит компрессия шейных и брюшных вен и резко затрудняется отток венозной крови из позвоночного канала. Поэтому венозный отток из позвоночного канала может происходить только в том случае, когда во всех суставах позвоночника движение происходит свободно и в полном объеме, в противном случае появляется ограничение подвижности, которое замедляет венозный отток в какой-либо области позвоночника, что проявляется в виде "блокады сустава". Может возникнуть как частичная, так и полная блокада сустава, спазм мышц, окружающих суставы, в результате возникают статические (связанные с нагрузкой) и динамические (связанные с неправильным движением) изменения в позвоночнике.

Такая блокада вначале компенсируется повышенной подвижностью в соседних участках позвоночника, затем переходит на соседние позвонки. В дальнейшем это приводит к морфологическим изменениям (дистрофическим и дегенеративным), снижается адаптация позвоночника к любым нагрузкам. Ограничение подвижности позвоночного столба и, соответственно, его разгрузка связана с работой мышц, которые составляют 40% массы человеческого тела и определяют двигательный стереотип человека, который закрепляется в долговременной памяти, и строго индивидуален. Что касается позвоночника, измененный стереотип ограничивает функционирование ПДС. При укладке пациента на "Детензор" (Detenzor) формируются оптимально-направленные силы вытяжения, строго зависящие от веса человека, что в совокупности приводит к разгрузке кинематической системы позвоночника. "Детензор" – система реберной конструкции, изготовленная из материала, обладающего уникальной способностью подстраиваться под контуры тела [3]. Сжимаемость и точечная эластичность ее таковы, что достигается нейтральное положение позвоночника в позиции на боку, спине или на животе за счет того, что ребра "Детензора", как точки опоры всегда находятся под телом лежачего, а их поверхность и основа рассчитаны в строгом соответствии с весом тела. Так как сила вытяжения зависит от веса тела, она всегда индивидуальна для каждого конкретного пациента. В результате предупреждается перенапряжение связок и мышц, а, следовательно, и возможные травматизации [14, 15, 16].

Конструкция и принцип действия системы "Детензор" представлены на схеме (рис. 8).

Сила вытяжения (F) зависит от массы тела пациента (G) и достигает 18%. Эластичные "ребра" и материал конструкции не позволяют ей сплющиваться от давле-

Рис. 8. F – сила вытяжения, G – масса тела



ния на нее, но создают вытягивающий эффект, что и оказывает лечебное действие. "Детензор" позволяет производить тракцию позвоночного столба наиболее щадящим способом, осуществляя саморегуляцию, ориентируясь на массу тела самого пациента и равномерно распределяя силу вытяжения, исключая избыточные нагрузки [1, 4].

С точки зрения затрат, система "Детензор" является наиболее экономичной, она проста, может применяться самостоятельно. Тракция действия распространяется по всей длине позвоночника. При сравнении с классическими методами вытяжения при использовании системы "Детензор" отмечается отсутствие нагрузки на сосудистую систему, психологических стрессов и других побочных явлений, так как степень нагрузки на межпозвонковые диски при "Детензор"-терапии составляет 7%, в положении лежа на обычном матраце – 25%, в положении стоя – 100% [17]. Таким образом, разгрузка на системе "Детензор" межпозвонковых дисков очевидна.

Результаты исследования. У больных были выявлены следующие клинические проявления синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС: щелканье (93%), боль (40%) в области сустава, девиация нижней челюсти при открывании и закрывании рта (100%), напряжение мышц (30%), выраженные нарушения функционального состояния опорно-двигательного аппарата. Кроме этого больные предъявляли жалобы на

Рис. 9. Рентгеновский снимок шейного отдела позвоночника после проведения "Детензор"-терапии у пациента, страдающего синдромом артикуляционной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава



периодические боли в разных отделах опорно-двигательного аппарата, особенно в шейном отделе позвоночника (70%), головную боль (50%). На томограммах ВНЧС наблюдали ущемление дисков, места нарушения синхронного движения дисков и головок нижней челюсти. У всех пациентов при использовании "Амсат-коверт" выявлены выраженные нарушения функционального состояния опорно-двигательного аппарата: изменение кривизны позвоночного столба на уровне шейно-грудного (100%), пояснично-крестцового (70%) отделов, крестцово-подвздошных суставов (90%). Данные изменения приводят к снижению гибкости позвоночного столба.

В задачу стоматолога-ортопеда при лечении синдрома артикуляционной дисфункции входит: добиться правильной установки головок нижней челюсти в суставных ямках, синхронного движения головок и дисков, движения нижней челюсти по прямой при открывании и закрывании рта, снятия давления на суставы, свободного открывания рта, перестройки миотатического рефлекса [10].

Коррекцию положения головок нижней челюсти проводили 1 раз в 7 дней за счет временных протезов на нижней челюсти [5, 6]. Одновременно проводился метод "Детензор"-терапии (рис. 9). Время лечения дисфункции ВНЧС сокращалось.

Выводы

Таким образом, применение автоматизированной диагностической системы "Амсат-коверт" дает представление о функциях всех органов и всех систем пациента, полные заключения о возможных нарушениях органов и систем, зонах риска, степени эмоционального напряжения пациента, резервах организма. Метод "Детензор"-терапии в сочетании с ортопедическим методом лечения синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС дает возможность проведения параллельной коррекции всех дисфункций опорно-двигательного аппарата, компенсации функционального состояния ВНЧС, способствует регрессу клинических симптомов и сокращению времени лечения.

Литература

1. Дымкова В.Н. Ортопедическое лечение ВНЧС в комплексе с использованием "Детензор"-терапии: материалы VI Российского научного форума "Стоматология". – 2004. – С. 55–56.
2. Балакирева О.В., Капустин А.В. Боли в спине. Новый подход к лечению и профилактике у взрослых и детей. – Москва – Ретенбах – Нюренберг. – 2008.
3. Дымкова В.Н. Ортопедический метод лечения синдрома артикуляционной дисфункции в комплексе с "Детензор"-терапией. Актуальные вопросы стоматологии. Тезисы докладов научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки, профессора В.Ю. Курляндского. – Тель-Авив, 28–31.05.2008.
4. Дымкова В.Н. Комплексное лечение синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС. Актуальные проблемы профилактической и клинической медицины в современных условиях: материалы межвузовской конференции с международным участием. 5.03.2009.
5. Бугровецкая О.Г., Юров В.В., Стецюра О.А., Тартынская В.В. Реабилитационное значение мануальной терапии при миофасциальных прозопалгиях. Интернет-журнал, с. 1. <http://www.smolensk.ru/user/headache//06.htm>.
6. Bausch. Средства для проверки артикуляции и окклюзии. – 2006.
7. Степанченко А.В. Миофасциальные болевые синдромы лица // Русский медицинский журнал. – 2005. – № 12. – Т. 31. – С. 816–819.
8. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. – М.: Медицина. – 1989. – В 2 т.
9. Цимбалистов А.В., Лолушанская Т.А., Черваток А.Е., Войтаяцкая И.В. Стоматологический статус больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / Институт стоматологии. Газета для профессионалов. № 4 (5). – 2008.
10. Дымкова В.Н. Влияние расположения жевательных групп зубов на верхней челюсти с обеих сторон по отношению к горизонтальной плоскости в возникновении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Стоматология: материалы 7 всероссийского научного форума с международным участием. – М., 2005. – С. 105–106.
11. Дымкова В.Н., Гончарова О.П. Лечение синдрома артикуляционной дисфункции ВНЧС в комплексе с "Детензор"-терапией // Стоматология для всех. – № 2. – 2008.
12. Magoun Y.I. Osteopathy in the cranial field. The cranial academy. USA. 3 edition, 1976.
13. Upledger J.E., Yredevoogd J.D. Craniosacral therapy. Eastland Press, Seattle, 1998.
14. Tschistiakov G.M., Kapustin A.V., Kienlein K.L., Balakireva O.V., Tscheburkin A.A. a.o. Die Denamik von Parametern im Lungenfunktionstest nach der Anwendung der neuen physiotherapeutischen Methode "Detenzortherapie" bei Kindern mit respiratorischen Erkrankungen In: "Monatsschrift fur Kinderheilkunde", "Springer Verlag", 1996, Marz Heft (№ 3), P. 14, 345.
15. Капустин А.В., Балакирева О.В. с соавт. Вертеброгенные нарушения у юношей подростков и их коррекции системой "Детензор". В книге: Мужское здоровье и долголетие. – 2006. – 65 с.
16. Капустин А.В., Балакирева О.В. с соавт. Тракционная терапия. В книге "Энциклопедия традиционной народной медицины", – М.: ACT, 2002. – С. 556–559.
17. Сарнадский В.Н., Фомичев Н.Г., Вильбергер С.Я. Метод компьютерной оптической топографии для определения нарушения осанки и деформации позвоночника – Пособие для врачей МЗ РФ. – Новосибирск: НИИТО. – 2003. – 2037 с.
18. Коваленко В.Н., Руев В.В., Беляев А.Е., Сахно Ю.Ф. Экспресс-диагностика "АМСАТ-КОВЕРТ" – цель или средство? // Функциональная диагностика. – 2005. – № 3.



Ортодонтия

Использование методов диагностики и технологий ортодонтического лечения в Дальневосточном федеральном округе

Резюме

В статье на основе опроса врачей-ортодонтов приведен анализ оснащенности ортодонтических кабинетов различных медицинских организаций Дальневосточного федерального округа, знания врачами методов диагностики и их применения. Сделан вывод о том, что оснащенность ортодонтических отделений и кабинетов в Дальневосточном федеральном округе не обеспечивает качество ортодонтических услуг населению.

Ключевые слова: ортодонтия, методы диагностики, технологии лечения.

The using of the diagnostic methods and orthodontic treatment technologies in the Far East region

V.D. Vagner, A.V. Chaban

Summary

The analysis of the equipment of the orthodontic rooms of the different medical organization the Far East region, of the information by doctors of the diagnostic methods and it use on basis of the polling of the orthodontists were presented. According to analysis, the being provided with equipment of the orthodontic departments and rooms in the Far East region not provide the quality of the orthodontic service for the population.

Keywords: orthodontics, diagnostic methods, treatment technologies.

Распространенность зубочелюстных аномалий, значительный объем профилактических и лечебных мероприятий по ортодонтии вызывает необходимость организации стоматологической помощи, при которой каждый нуждающийся в ней может получить необходимый комплекс диагностических и лечебных мероприятий. Для этого ортодонтическое отделение или кабинет оснащают оборудованием, инструментарием и другими изделиями как для индивидуального пользования, так и для коллективного. Кроме того, рабочее место врача должно быть оборудовано с учетом эргономики.

Нами проведен опрос 37 врачей-ортодонтов, работающих в стоматологических медицинских организациях (СМО) Дальневосточного федерального округа (ДВФО), и установлено, что в целом в ДВФО в оснащении ортодонтических кабинетов ни в одной из областных стоматологических поликлиник (ОСП), городских стоматологических поликлиник (ГСП) и в частной системе здравоохранения (ЧСЗ) нет аппаратов "Биостар" и "Мини-стар", артикуляторов с лицевой

В.Д. Вагнер, зам. директора ЦНИИС и ЧЛХ, засл. врач РФ, д.м.н., профессор, г. Москва
А.В. Чабан, гл. врач стоматологической поликлиники ДВГМУ, к.м.н., доцент, г. Хабаровск

Для переписки:
101000, Москва, Колпачный пер., д. 7, стр. 2
Тел.: +7 (495) 984-66-56
E-mail:vagnerstar@yandex.ru

дугой, гнатостата, динамометра, диатермокоагулятора, машины упаковочной, параллелометра, гнатодинамометра, периотеста, электромиографа, фотоаппарата, фотостата.

При обнаружении зубочелюстных аномалий и деформаций стремятся выявить их причинно-следственные взаимосвязи и раскрыть сущность этой патологии. Клиническое обследование является ведущим при установлении ортодонтического диагноза. Оно включает статистическое и динамическое исследование. В таблице 1 представлены результаты опроса по знанию врачами-ортодонтами методов диагностики зубо-челюстных аномалий и применению их в практической деятельности.

В целом в ДВФО в ОСП биометрическое изучение моделей челюстей знают 6 врачей, но применяют только каждый третий. Графический, антропометрический, кефалометрический методы знают 4 опрошенных, но не применяют; ТРГ в боковой проекции, томографию ВНЧС знают 3, но не применяют; рентгенографию кистей рук, миотонометрию, электромиографию знают 2, но никто из них не применяет.

В ГСП биометрическое изучение моделей челюстей знают 26 респондентов, применяют 15, антропометрический метод исследования знают 23, применяют 14, графический знают 24, применяют 19, кефалометрический знают 20, применяют

Таблица 1. Использование методов диагностики в ЛПУ ДВФО

№ п/п	Наименование методов	Место работы							
		ОСП		ГСП		ВСП		ЧСЗ	
		знаю	применяю	знаю	применяю	знаю	применяю	знаю	применяю
1	Биометрическое изучение моделей челюстей	6	2	26	15	4	1	3	2
2	Антропометрический	4	—	23	14	4	3	4	1
3	Графический	4	—	24	19	4	3	4	1
4	Кефалометрический	4	—	20	6	4	1	3	1
5	ТРГ в боковой проекции	3	—	26	12	4	2	3	1
6	Томография ВНЧС	3	—	21	9	4	—	3	1
7	Рентгенография кистей рук	2	—	21	5	4	—	3	1
8	Миотонометрия	2	—	18	1	4	—	3	1
9	Электромиография	2	—	18	1	4	—	3	1



6. Телерентгенографию в боковой проекции знают 26 опрошенных, применяют 12, томографию ВНЧС знает 21 врач-ортодонт и применяют 9, рентгенографию кистей рук знает 21 респондент, применяют всего 5. Миотонометрию и электромиографию знают 18, применяет 1 анкетируемый.

В ведомственных стоматологических поликлиниках (ВСП) все вышепредставленные методы знают 4 опрошенных, но биометрическое изучение моделей челюстей применяет 1 врач-ортодонт, антропометрический и графический методы применяют 3, кефалометрический применяет 1 и ТРГ в боковой проекции применяют 2.

В ЧСЗ 3 знают биометрическое изучение моделей челюстей, кефалометрический метод, ТРГ в боковой проекции, томографию ВНЧС, рентгенографию кистей рук, миотонометрию и электромиографию, но только 1 применяет все методики и 2 – биометрическое изучение моделей челюстей.

Разнообразие зубочелюстных аномалий привело к появлению комплекса многочисленных лечебных мероприятий. Их использование должно быть направлено на устранение как причин развития морфологических, функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе, так и самих нарушений. В таблице 2 представлены сведения об использовании технологий ортодонтического лечения в стоматологических медицинских организациях ДВФО.

В целом в ОСП ДВФО миотерапию знают 5 опрошенных и применяют 3; съемную одночелюстную и двучелюстную аппаратуру знают 6 врачей-ортодонтов и применяют 4; внериотовые аппараты знают 2; внутрироторные знают 3 и применяют 2; комбинированные аппараты знают 5 и применяют 2 респондента; механические знают 7 и применяют 4; функциональные и сочетанные знают 3 анкетируемых и применяют 2. Несъемную пластиночную аппаратуру знают 2; дуговую – 4 и применяют 2; комбинированную знают 2; Эджуайс-технику знают 4 и применяют 3.

В ГСП миотерапию знают и применяют 18 врачей-ортодонтов; съемную одночелюстную аппаратуру знают 25 и применяют 21; двучелюстную знают 23 и применяют 17; внериотовые аппараты знают 21 и применяют 15; внутрироторные знают и применяют 21 респондент; комбинированную знают 23 и применяют 18; механические и функциональные аппараты знают 24 и применяют 18; сочетанные знают 22 и применяют 17 опрошенных. Несъемную пластиночную аппаратуру знают 15 и применяют 10; дуговую знают 18 и применяют 6; комбинированную знают 16 и применяют 5; Эджуайс-технику знают 23 и применяют 14.

В ВСП только двое применяют все перечисленные методики (кроме одночелюстного аппарата – 3).

В ЧСЗ 8 знают миотерапию, одночелюстные, двучелюстные, внутри- и внериотовые аппараты и Эджуайс-технику, остальные методы лечения знают 7. Применяют: 7 – одночелюстные, 6 – внутрироторные и Эджуайс-технику; 5 – миотерапию, комбинированные и механические аппараты; 4 – двучелюстные; 2 – внериотовые и функциональные; 1 – сочетанные, миотерапию и комбинированные.

Таким образом, оснащенность ортодонтических отделений и кабинетов не обеспечивает качество ортодонтических услуг населению. При достаточно высоком уровне знаний врачами-ортодонтами методов диагностики и технологий

ортодонтического лечения их применяемость в различных стоматологических медицинских организациях в целом по округу низкая, а именно:

1. В ОСП биометрическое изучение моделей челюстей применяет только каждый третий. Графический, антропометрический, кефалометрический методы, ТРГ в боковой проекции, томографию ВНЧС, рентгенографию кистей рук, миотонометрию, электромиографию опрошенные врачи-ортодонты знают, но не применяют.

2. В ГСП биометрическое изучение моделей челюстей применяют 58% респондентов, антропометрический метод – 56%, графический – 79% опрошенных. Кефалометрический метод применяют 23%, ТРГ в боковой проекции – 46%, томографию ВНЧС – 35%. Рентгенографию кистей рук применяют всего 19%, а миотонометрию и электромиографию – только 4% анкетируемых.

3. В ВСП вышепредставленные методы знают все опрошенные, но биометрическое изучение моделей челюстей, также, как и кефалометрический метод, применяет только каждый четвертый врач-ортодонт, антропометрический и графический методы – 75% опрошенных, ТРГ в боковой проекции – каждый второй респондент.

4. Миотерапию применяют 62% врачей-ортодонтов, съемную одночелюстную и двучелюстную аппаратуру – 86%, комбинированные аппараты – 68% опрошенных. Внериотовые аппараты применяют 50%, внутрироторные – 76%, функциональные – 59% и Эджуайс-технику – 62% опрошенных.

Таблица 2. Использование технологий ортодонтического лечения в ЛПУ ДВФО

№ п/п	Наименование технологий	Место работы						
		ОСП	ГСП	ВСП	ЧСЗ			
		знаю	применяю	знаю	применяю	знаю	применяю	знаю
1	Миотерапия	5	3	18	15	2	2	8
2	Съемная аппаратура: Одночелюстные	6	4	25	14	3	3	8
	Двучелюстные	6	4	23	19	3	2	8
	Внериотовые	2		21	6	3	2	8
	Внутрироторные	3	2	21	12	3	2	8
	Комбинированные	5	2	23	9	2	2	7
	Механические	7	4	24	5	2	2	7
	Функциональные	3	2	24	1	3	2	7
	Сочетанные	3	2	22	1	2	2	7
3	Несъемная аппаратура							
	Пластиночные	2		15	10	2	2	7
	Дуговые	4	2	18	6	2	2	7
	Комбинированные	2		16	5	2	2	7
	Эджуайс-техника	4	3	23	14	3	2	8



Экономика и организация в стоматологии

Основные финансово-экономические показатели затрат пациентов при оказании стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в частных стоматологических организациях

Резюме

В статье подробно изучены особенности затрат пациентов при получении разных видов стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в частных стоматологических организациях в современных условиях. Рассмотрены финансово-экономические показатели затрат пациентов на терапевтическую, хирургическую помощь, носящие подготовительный характер, и на ортопедическую помощь – протезирование на дентальных имплантатах.

Ключевые слова: дентальные имплантаты, стоматологическая помощь, затраты пациентов.

The basic financial and economic parameters of expenses of the patients at rendering of the stomatological help on a basis of dental implantation in private stomatological organizations

V.E. Fedorov, M.S. Sarkisyan, R.V. Ushakov, V.M. Grinin

Summary

In clause the features of expenses of the patients are detailed investigated at reception of different kinds of the stomatological help on a basis of the dental implantation in private stomatological organizations in modern conditions. The financial and economic parameters of expenses of the patients on therapeutic and surgical stomatological help carrying preparatory character, and on the orthopaedic help – on dental implants are considered.

Keywords: dental implants, stomatological help, expense of the patients.

Цель исследования – изучить современное состояние финансово-экономических затрат пациентов на получение стоматологической помощи на основе дентальной имплантации в частных стоматологических организациях г. Москвы.

В исследование было включено 246 пациентов, в том числе 159 женщин, 87 мужчин. Средний возраст обследованных составил: женщины – $50,06 \pm 7,46$ лет, мужчины – $52,87 \pm 7,50$ лет (в среднем $51,05 \pm 7,50$ лет).

По видам получаемых пациентами имплантатов все

обследованные распределились следующим образом: чаще всего (около 2/3 всех обращений, 61,4%) пациентам устанавливались пластиничные виды имплантатов, примерно в четверти случаев (26,4%) – винтовые имплантаты и реже всего (12,2% обращений) – усложненные пластиничные (эндоссально-субпериостальные). При этом обследованные женщины в 65,4% случаев получали пластиничные имплантаты, в четверти случаев (25,1%) – винтовые имплантаты и всего лишь каждая одиннадцатая (9,4%) – усложненные пластиничные имплантаты. В числе обследованных мужчин около половины (54,0%) получали пластиничные имплантаты, около трети (28,7%) – винтовые имплантаты и 17,2% – усложненные пластиничные.

Средний возраст пациентов, получивших пластиничные имплантаты, составил 51,04 лет, винтовые имплантаты – почти столько же (51,18 лет), усложненные пластиничные – 50,83 лет. В подгруппе пациентов-женщин средний возраст лиц, получивших пластиничные имплантаты, был выше, чем получивших винтовые (50,37 лет и 49,95 лет), а усложненные пластиничные – самый низкий возраст (48,2 лет). Средний возраст пациентов-мужчин был заметно выше, чем женщин, независимо от вида полученных имплантатов (пластиничные – 52,53 лет, винтовые – 53,16 лет, усложненные пластиничные – 53,47 лет).

Все обследованные нами пациенты были распределены по группам, дифференцированным по объемам и видам полученной помощи. Примерно каждый пятый пациент (21,1%) получил только дентальную имплантацию, остальные – те или иные виды сопутствующей стоматологической помощи. Комплексную стоматологическую помощь, включая санацию полости рта, дентальную имплантацию, протезирование на имплантатах получили 41,0% обследованных лиц. Имплантацию и протезирование на имплантатах получили 4,0% пациентов, имплантацию, хирургическую и ортопедическую помощь – 0,8% лиц, имплантацию и терапевтическое лечение (санацию) полости рта – 1,2% пациентов, имплантацию и хирургическую подготовку – 1,2% лиц, имплантацию, хирургическую подготовку и зубопротезирование – 1,2% лиц. Терапевтическое стоматологическое лечение и



дентальная имплантация были проведены у 0,8% обследованных пациентов, хирургическая санация и дентальная имплантация – у 1,2% обследованных пациентов; хирургическое, терапевтическое стоматологическое лечение и дентальная имплантация – у 0,4% пациентов, хирургическая и ортопедическая помощь – у 0,4% лиц, хирургическая, ортопедическая помощь и дентальная имплантация – у 1,2% пациентов; другие виды помощи – у 25,2% пациентов.

Мы оценили основные финансово-экономические показатели оказания пациентам разных объемов платной стоматологической помощи в условиях частной стоматологической организации. Установлено, что средняя сумма общих расходов пациента при оплате стоматологической помощи была, очевидно, наиболее высока при получении полной комплексной стоматологической помощи, включающей терапевтическую и хирургическую санацию полости рта, дентальную имплантацию и протезирование на имплантатах – 115324,71 руб., на втором месте по стоимости находятся такие объемы помощи, как хирургическая, ортопедическая помощь и дентальная имплантация (56060,0 руб.), хирургическая и ортопедическая помощь (35400,0 руб.), имплантация и терапевтическое лечение (35476,67 руб.), имплантация и зубопротезирование (39244,0 руб.). Заметно меньше была средняя стоимость оплаты стоматологической помощи при получении следующих услуг: имплантация, ортопедическая и хирургическая помощь (25755,0 руб.), имплантация, хирургическая и ортопедическая помощь (19410,0 руб.), терапевтическое лечение и дентальная имплантация (16350,0 руб.), хирургическая, терапевтическая помощь и имплантация (19500,0 руб.). Наименьшей была стоимость полученной помощи у пациентов, получивших дентальную имплантацию и хирургическую помощь (8600,0 руб.), хирургическую помощь и дентальную имплантацию (10273,33 руб.).

Соответственно этому суммы, затраченные на выполнение непосредственно дентальной имплантации, у разных категорий пациентов также различались, что, вероятно, прежде всего зависело от объема дентальной имплантации. Так, больше всего стоимость выполнения дентальной имплантации была у пациентов, получивших полный объем стоматологической помощи (16915,84 руб.), а также у пациентов, получивших хирургическое, ортопедическое лечение и дентальную имплантацию (29500,0 руб.); почти в 2 раза меньше – у пациентов, получивших услуги только по дентальной имплантации (установка только дентальных имплантатов – 12126,92 руб.), имплантации и ортопедии (11100,0 руб.), имплантации и терапии (16500,0 руб.), имплантации, хирургической и ортопедической помощи (11333,33 руб.), терапевтической помощи и дентальной имплантации (11250,0 руб.), хирургической и ортопедической помощи (10000,0 руб.). Меньше всего суммы оплаты пациентов за дентальную имплантацию были у пациентов таких категорий (по объемам помощи), как имплантация, ортопедическая и сопутствующая хирургическая стоматологическая помощь (3650,0 руб.), имплантация и хирургическая подготовка к ней (7833,33 руб.), хирургическая, терапевтическая санация полости рта и дентальная

имплантация (7500,0 руб.), хирургическая стоматологическая помощь и имплантация (6500,0 руб.).

При этом от объема полученных стоматологических услуг зависел и такой показатель, как количество посещений ЛПУ. Это число складывалось из числа посещений для выполнения непосредственно дентальной имплантации и числа посещений для выполнения подготовительного и сопутствующего стоматологического лечения (терапия, хирургия, ортопедия). Так, у пациентов, получивших полный объем стоматологической помощи, общее число посещений ЛПУ было самым большим и достигало 223 посещений, на втором месте – пациенты с большим объемом хирургических и ортопедических мероприятий, сопутствующих дентальной имплантации – такие объемы помощи, как хирургическая, ортопедическая помощь и дентальная имплантация (15,0 посещений), хирургическая и ортопедическая помощь (12,0 посещений), имплантация, хирургическая помощь и зубопротезирование (10,7 посещений). Количество посещений для выполнения только лишь дентальной имплантации составило в среднем 3,9.

В среднем для выполнения имплантационных мероприятий число посещений стоматологического ЛПУ составляет $4,65 \pm 0,5$, при этом взаимосвязь данного показателя с различными видами стоматологической помощи нами не получено; вероятно, число посещений по поводу имплантации определяется только клиническими условиями у каждого конкретного пациента (число имплантатов, сложность клинической ситуации и т.д.), а не организационными факторами.

Литература

1. Вагнер В.Д. Прогноз и тенденции развития стоматологии с позиций специалистов и населения: автореф. дис. ... к.м.н. – Омск, 1998. – 23 с.
2. Вагнер В.Д., Захаров А.В. Экспертная оценка стоматологических учреждений при лицензировании и текущем контроле за их деятельностью // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2001. – № 3 (5). – С. 43–45.
3. Вощина Е.И., Янушевич О.О., Гринин В.М., Лезгишвили А.Э. Роль некоторых маркетинговых параметров в работе стоматологических организаций разных форм собственности в современных условиях // Стоматология для всех. – 2009. – № 3. – С. 36–39.
4. Гринин В.М., Лезгишвили А.Э., Кузьмина А.В., Кузнецова Н.К., Плиев А.В. Основные социально-демографические особенности стоматологической обращаемости в государственные и частные лечебные учреждения в современных условиях // Дентал форум. – 2009. – № 3 (31). – С. 54–57.
5. Крутер И.В., Гринин В.М., Абакаров С.И. Социально-гигиеническая характеристика населения в условиях муниципального района г. Москвы // Дентал форум. – 2010. – № 1–2. – С. 72–75.
6. Леонтьев В.К., Безруков В.М. Стоматология в XXI веке. Попытка прогноза // Стоматология. – 2000. – Т. 79. – № 6. – С. 4–5.
7. Леонтьев В.К., Золотусская И.Б., Шиленко Ю.В. Экономика стоматологии как научная дисциплина // Новое в стоматологии. – 1997. – № 7. – С. 3–6.



Экономика и организация в стоматологии

Организация стоматологической помощи инвалидам на дому

Резюме

В статье представлена организация стоматологической помощи инвалидам на дому в условиях городской стоматологической поликлиники.

Изложены основные проблемы состояния и организации стоматологической помощи инвалидам, показаны объемы принятых пациентов-инвалидов на дому и в поликлинике в 2006–2008 гг., представлена характеристика обслуженных в 2006–2008 гг. инвалидов по полу, возрасту, группе инвалидности, а также медицинская помощь, оказанная в лечебно-хирургическом отделении.

Ключевые слова: городская стоматологическая поликлиника, стоматологическая помощь на дому, инвалид, инвалид-колясочник.

The organization of the dental health service to invalids at home

O.G. Lyubenko

Summary

The organization of the dental health service to invalids at home, its state and main problems, the volumes of the accepted of patients-invalids at home and in polyclinic in 2006–2008, the character of the patients-invalids (sex, age, disability group) in 2006–2008 and medical care in surgical department of the polyclinic are presented in this article.

Keywords: municipal dental polyclinic, dental health service at home, invalid, immovable.

С получением инвалидности у человека неизбежно возникает целый ряд проблем, связанных не только с изменением величины доходов, но и с привыканием к новому социальному статусу, приспособлением материально-вещевой среды к снижающимся физическим возможностям, возникновением дополнительных бытовых трудностей [1].

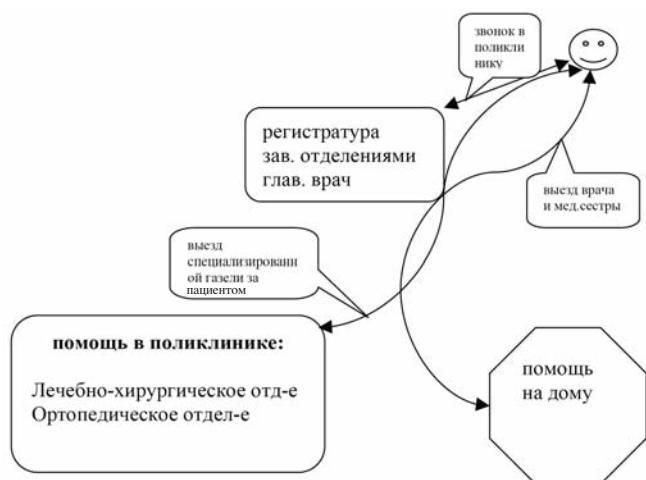
Городская стоматологическая поликлиника (ГСП) № 50 г. Москвы – пока единственное стоматологическое учреждение, в котором организована стоматологическая помощь инвалидам с тяжелыми функциональны-

О.Г. Любенко, главный врач городской стоматологической поликлиники № 50, к.м.н.
Департамент здравоохранения г. Москвы

Для переписки:
107140, г. Москва, ул. Верхняя Красносельская, д. 19
Тел.: +7 (499) 264-09-47, факс: +7 (499) 264-65-21
E-mail: sp50@mosgorzdrav.ru

ми нарушениями, в том числе и прикованным к инвалидному креслу, причем эта помощь может оказываться как в самой стоматологической поликлинике, так и на дому у пациента (схема 1).

Схема 1. Взаимодействие ГСП № 50 и пациента



В поликлинике организована служба по транспортировке пациентов-колясочников в поликлинику. В регистратуре ведется учетная запись выездов машины, график которых расписан на 2–3 месяца вперед. После того как пациентом сделана заявка на прием к стоматологу, за ним выезжает автомобиль "Газель", приспособленный для перевозки людей в инвалидной коляске и имеющий специальный подъемник. В нем достаточно места для двух людей в инвалидной коляске и двух людей, сопровождающих их.

Для приема у врача-стоматолога пациент должен иметь справку об общем состоянии здоровья от терапевта из поликлиники, в которой он состоит на учете, и о том, что ему не противопоказано лечение у стоматолога. Справка заверяется главным врачом поликлиники. Пациент обязательно должен иметь сопровождающего. Пациентам, не имеющим, но нуждающимся в инвалидных колясках, их предоставляет поликлиника. Прием в поликлинике врачами осуществляется в отдельных кабинетах, имеющих свободный подъезд инвалидного кресла к стоматологическому.

Вызов врача-стоматолога начинается со звонка в регистратуру. Звонки перенаправляются заведующим

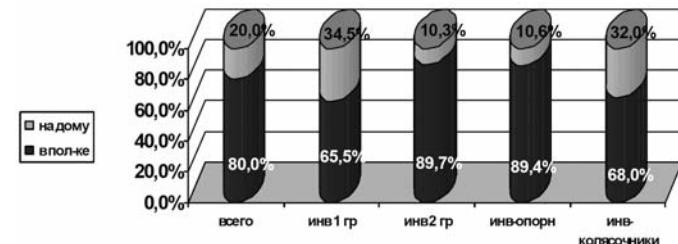


тех отделений поликлиники, которым соответствуют жалобы пациента. Сделанные вызовы записываются в журнал помощи на дому и оформляются медицинскими сестрами (собираются анамнез, жалобы), обсуждаются условия выезда (необходимость наличия справки о состоянии здоровья, присутствия сопровождающего). Полученные заявки в этот же день рассматриваются и обсуждаются главным врачом поликлиники и заведующими отделений. Выезд на дом осуществляется врачом-стоматологом той специализации (хирург, терапевт, ортопед), которой требуют жалобы пациента, в сопровождении медицинской сестры согласно графику выездов. На каждый день планируется не более двух посещений на дому, после чего бригада возвращается в поликлинику и ведет прием в амбулаторных условиях [2].

За период 2006–2008 гг. врачами ортопедического отделения ГСП № 50 было проведено лечение на дому 72 инвалидов, что составило 20% от всех обслуженных за эти годы инвалидов. Из общей численности инвалидов 1 группы, пролеченных стоматологами-ортопедами в 2006–2008 гг., доля обслуженных на дому составила около трети – 34,5%. Доля инвалидов 2 группы была гораздо меньше – 10,3%, то есть только каждый десятый инвалид 2 группы получил стоматологическую

помощь на дому. Из всех инвалидов с заболеванием опорно-двигательной системы были пролечены в

Рис. 1. Объемы принятых пациентов-инвалидов на дому и в поликлинике в 2006–2008 гг.



домашних условиях 10,6%, доля инвалидов-колясочников составила 32% (рис. 1).

На сегодняшний день анализ состояния существующих подходов к обоснованию объемов стоматологической помощи населению свидетельствует о том, что необходимо учитывать истинный уровень потребления населением стоматологических услуг, зависящий от уровня возрастно-половой структуры и стоматологической заболеваемости.

В таблице 1 представлена половозрастная характеристика и некоторые аспекты инвалидности принятых в 2006–2008 гг. пациентов-инвалидов.

Таблица 1. Характеристика обслуженных в 2006–2008 гг. инвалидов

	Стоматологическая помощь оказывалась					
	На дому		В поликлинике		На дому	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего	72	100%	287	100%	359	100%
Половая структура						
Мужчины	24	33,3%	91	31,7%	115	32,0%
Женщины	48	66,7%	196	68,3%	244	68,0%
Возрастная структура						
моложе 55 лет	7	9,7%	37	12,9%	44	12,3%
55–64	7	9,7%	41	14,3%	48	13,4%
65–74	22	30,6%	84	29,3%	106	29,5%
75–79	6	8,3%	54	18,8%	60	16,7%
старше 80 лет	30	41,7%	71	24,7%	101	28,1%
Инвалидность						
Инвалидов 1-й группы	50	69,4%	95	33,1%	145	40,4%
Инвалидов 2-й группы	22	30,6%	192	66,9%	214	59,6%
Инв. с заболеванием опорного ап-та	22	30,6%	161	56,1%	183	51,0%
Инвалидов-колясочников	8	11,1%	17	5,9%	25	7,0%

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Контингент обслуживавшихся на дому инвалидов представляет собой людей гораздо более старшей возрастной группы, чем те, которые были приняты в отделении. Так, среди них лица моложе 55 лет составляли лишь 9,7%, а среди обслуживавшихся в поликлинике лишь каждый восьмой пациент был из этой возрастной группы. Немного меньше половины обслуженных на дому были старше 80 лет (41,7%). Среди принятых в поликлинике лишь четвертая часть была данной возрастной категории (24,7%). Наибольшее число пациентов, которым стоматологическая помощь оказывалась дома, были в возрасте от 80 лет и старше. Большинство инвалидов – пациентов поликлиники – имели возраст 65–74 года (29,3%).

Доли мужчин и женщин среди инвалидов, обслуживавшихся на дому и в поликлинике, приблизительно равные – 33,3% мужчин и 66,7% женщин, пролеченных в домашних условиях, и 31,7% мужчин и 68,3% женщин, пролеченных амбулаторно.

Пациенты, принятые на дому, имели более тяжелые характеристики инвалидности, чем люди, обслуживавшиеся в поликлинике. Так, среди получивших помощь дома 69,4% были инвалидами 1-й группы (среди получивших помощь в поликлинике их гораздо меньше – 33,1%), на дому инвалидов-колясочников пролечено почти вдвое больше (11,1%), чем в поликлинике (5,9%).

Помощь на дому оказывалась не только врачами-стоматологами ортопедического отделения, но с 2007 г. также и стоматологами терапевтического и хирургического профилей.

За 2007–2008 гг. врачами лечебно-хирургического отделения было осуществлено 447 выездных дней,

чуть больше половины из них – в 2007 г.: 230 (51,5%) и несколько меньше в 2008 г. – 217 (48,5%) (табл. 2). За эти годы лечение получили более 600 пациентов, из них преимущественно женщины – 72% в 2007 г. и 64% в 2008 г. Выезды зачастую осуществлялись повторно, поскольку помимо сложных и запущенных случаев у людей, имеющих ограниченный доступ к стоматологической помощи, лечение в домашних условиях занимает гораздо больше времени и затягивается на несколько дней. Таким образом, только около четверти пролеченных на дому инвалидов в 2007–2008 гг. были первичными пациентами – 25,6%, из них две трети женщин и 32,1% мужчин.

Социально-экономические преобразования, происходящие в стране, привели к расслоению пациентов по доходам. Поэтому должны быть четко определены "бесплатный минимум" стоматологической помощи и получающие его слои населения, в том числе инвалиды, соответствующий объем и способы предоставления помощи. Социальная дифференциация в стоматологическом обслуживании должна осуществляться на основе научно-обоснованных подходов, что создаст условия для реального доступа населения, особенно инвалидов, к качественному лечению.

Литература

1. Леонтьев В.К. Социальная стоматология на современном этапе / В.К. Леонтьев, Ю.В. Шиленко // Стоматология. – 1999. – № 1. – С. 5–9.
2. Гринин В.М. Клинико-организационные формы оказания терапевтической стоматологической помощи населению крупного города на современном этапе / В.М. Гринин, И.Г. Полозова // Стоматология для всех. – 2004. – № 4. – С. 39–41.

Таблица 2. Помощь на дому, оказанная врачами ЛХО

	2007	2008	Итого
выездных дней всего	230	217	447
принято пациентов	313	296	609
в т.ч. мужчин	87	106	193
в т.ч. женщин	226	190	416
в т.ч. первичных	74	82	156
в т.ч. мужчин	21	29	50
в т.ч. женщин	53	53	106



Экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС

Резюме

В статье представлены элементы оценки качества медицинской помощи с помощью внеинституционального и институционального контроля в целях разработки рекомендаций для улучшения качества медицинских услуг.

Ключевые слова: оценка качества медицинской помощи, контроль качества, внеинституциональный контроль, институциональный контроль, обязательное медицинское страхование, страховая медицинская организация.

Examination of the quality of care in a system of compulsory medical insurance

O.O. Yanushevich, B.V. Grigoryan

Summary

This article presents the elements for assessing the quality of care through extradepartmental and departmental control in purposes for improvement of the quality of services.

Keywords: assessment of quality of care, quality control, extra supervision, departmental control, mandatory medical insurance, health insurance organization.

Медицинская экспертиза в системе ОМС – оценка объема и (или) качества оказанной медицинской помощи (медицинской услуги) на любых этапах ее оказания и оформления документации о ее оказании. Экспертиза качества оказанной медицинской помощи (ЭКМП) методологически выполняется в виде целевой экспертизы качества медицинской помощи и плановой экспертизы качества медицинской помощи.

Целевая ЭКМП является вариантом медицинской экспертизы в системе ОМС с целью оценки оказания качества и объемов медицинской помощи застрахованному гражданину индивидуально.

Предметом целевой ЭКМП является медицинская и иная документация, в которой отражены факты оказания застрахованному медицинской помощи.



О.О. Янушевич, ректор
МГМСУ, д.м.н.,
заслуженный врач РФ,
профессор

Б.В. Григорьян, к.м.н.,
врач-стоматолог

Московский государственный медико-стоматологический университет

Для переписки:
E-mail: beache@rambler.ru

Целевая ЭКМП в обязательном порядке должна назначаться:

- по жалобе застрахованного (пациента), его родственников, адвоката или представителя;
- по постановлению суда, прокуратуры, органов дознания;
- по факту летального исхода;
- по факту первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- по факту повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение месяца;
- по факту повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение семи дней со дня завершения амбулаторно-поликлинического лечения (кроме хронических, рецидивирующих заболеваний);
- по факту внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- по факту наличия в диагнозе признаков причинения вреда здоровью застрахованного при оказании ему медицинской помощи;
- по факту взаимного несоответствия различных данных реестра застрахованных.

Плановая ЭКМП является вариантом медицинской экспертизы в системе ОМС с целью общей системной оценки оказания качества и объемов медицинской помощи отдельным группам застрахованных граждан по виду оказанной медицинской помощи, нозологической форме, возрасту, социальному положению, уровню учреждения здравоохранения и т.д.

Предметом плановой ЭКМП является меди-

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

цинская и иная документация, в которой отражены факты оказания застрахованному медицинской помощи.

Плановая ЭКМП должна назначаться:

- по запросам и жалобам страхователя, связанным с оказанием медицинской помощи его работникам;
- по фактам отклонения в ту или иную сторону от сложившихся средних статистических показателей объемов оказания медицинской помощи;
- по фактам превышения контрольных сроков госпитализации по сравнению со сложившимися средними статистическими показателями (превышение срока госпитализации в 1,5 раза по сравнению с контрольным, установленным стандартом или средне сложившимся, для всех застрахованных в отчетном периоде);
- с целью изучения и экспертной оценки оказания медицинской помощи по отдельному подразделению, виду медицинской деятельности, отдельной нозологической форме, методу диагностики или технологии оказания медицинской помощи при отдельной нозологии;
- при наличии ранее выявленных дефектов оказания медицинской помощи.

Ненадлежащее качество оказанной медицинской помощи определяется наличием недостатка медицинской услуги, нарушением безопасности медицинской услуги, наличием конкретного дефекта оказания медицинской помощи.

Оценка качества медицинской помощи включает в себя элементы контроля. Целью контроля качества медицинской помощи (услуги) является выработка рекомендаций для оперативного улучшения качества услуги и создание программы повышения качества и эффективности медицинской услуги.

Контроль качества медицинской помощи осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава РФ и ФФОМС N 363/77 от 24.10.96 "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации" и положением о контроле качества медицинской помощи, утверждаемым на территории субъекта Российской Федерации.

Контроль может быть разделен на ведомственный и вневедомственный.

Ведомственный контроль качества медицинской помощи производится в соответствии с положением о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации. Результаты ведомствен-

ного контроля качества медицинской помощи могут использоваться и сопоставляться с данными вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи.

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения независимо от их форм собственности, а также частнопрактикующими врачами (специалистами, работниками), осуществляется на основании положения о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Его могут осуществлять следующие организации:

- 1) лицензионно-аккредитационные комиссии;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) территориальные фонды обязательного медицинского страхования (в случаях выполнения ими функции страховщика);
- 4) страхователи;
- 5) исполнительные органы Фонда социального страхования РФ;
- 6) профессиональные медицинские ассоциации;
- 7) общества (ассоциации) защиты прав потребителей.

Вневедомственный контроль может осуществляться в виде:

- * предупредительного контроля;
- * контроля результата;
- * целевого контроля;
- * планового контроля;
- * повторного контроля (медэкспертиза).

Страховые медицинские организации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (выполняющие функции страховщика) осуществляют вневедомственный контроль за объемом, сроками и качеством медицинской помощи, оказанной застрахованному в системе обязательного медицинского страхования.

К компетенции страховой медицинской организации в части вневедомственного контроля относятся:

- организация и осуществление в рамках заключенных договоров ОМС контроля качества, объемов и сроков медицинской помощи штатными экспертами, а также путем привлечения внештатных экспертов, входящих в регистр, экспертов на договорной основе;

- определение соответствия выставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги их истинному объему и качеству и территориальной программе ОМС с правом частично или пол-

нностью не возмещать затраты по оказанию данных услуг;

– предъявление претензий и исков ЛПУ по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам.

Основные причины назначения вневедомственной медицинской экспертизы для страховых медицинских организаций:

– жалобы пациентов или страхователей на качество и культуру оказания медицинской помощи;

– неблагоприятный исход заболевания, связанный с недостатками проведения медицинских мероприятий;

– несоответствие предоставленных счетов на оплату медицинских услуг территориальным медико-экономическим стандартам или включение в счет медицинских услуг, не входящих в территориальную программу ОМС;

– наличие многочисленных дефектов в оказании медицинской помощи у отдельных специалистов, подразделений, учреждений;

– несоответствие проведенного лечения диагнозу заболевания, повлиявшее на стоимость.

Для унификации принципов организации и механизмов осуществления контроля качества медицинской помощи, предоставляемой застрахованным по ОМС, Федеральный фонд ОМС разработал Методические рекомендации "Организация вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе ОМС РФ", утв. 13.05.99 № 2504/30-Зи.

Ведомственный контроль качества медицинской помощи, который осуществляется должностными лицами системы здравоохранения, является наиболее массовым и приближенным к исполнителям медицинских услуг. В связи с этим возникает необходимость взаимодействия ведомственной и вневедомственной экспертиз качества медицинской помощи. Поэтому в Положение о контроле качества медицинской помощи в системе ОМС субъекта РФ, входящего в вышеуказанные методические рекомендации, вносится требование, чтобы выставленные к оплате реестры пролеченных больных содержали результаты ведомственного контроля качества медицинской помощи по каждому случаю оказания медицинской помощи. В случае согласия с ними субъекты вневедомственного контроля качества медицинской помощи могут принимать необходимые решения или соответствующие меры, в том числе уменьшение размеров оплаты по конкретному случаю оказания

медицинских услуг без проведения дополнительной экспертизы.

Страховщик вправе частично или полностью не возмещать медицинскому учреждению затраты по оказанию медицинской помощи согласно утвержденному перечню нарушений и размеров уменьшения оплаты лечебных услуг в случаях:

– выявления нарушений при первичном экспериментальном контроле предъявленных к оплате счетов;

– выявления нарушений условий договора на предоставление медицинских услуг по ОМС, в части их объема и качества.

Частичная или полная неоплата затрат по оказанию медицинских услуг осуществляется путем уменьшения на соответствующую сумму медицинскому учреждению последующего платежа в счет финансирования его деятельности с оформлением справки-уведомления об изменении финансирования.

Таким образом, использование системного подхода при оценке качества оказания медицинской помощи, включающего экспертизу качества и элементы ведомственного и вневедомственного контроля для решения задач эффективного управления в системе обязательного медицинского страхования, является актуальным. Успешное продвижение в данном направлении позволит заложить в российской медицине прочный фундамент системы эффективного управления качеством медицинской помощи, основанной на доказательствах, и даст организаторам здравоохранения механизм, позволяющий рационализировать использование ресурсов.

Литература

1. Борисов А.И. О контроле качества медицинской помощи / А.И. Борисов, А.А. Борисова // Здравоохранение Российской Федерации. – 1999. – № 3.
2. Ластовецкий А.Г. Проблемы развития системы качества медицинской помощи / А.Г. Ластовецкий // Главный врач. – 2003. – № 1.
3. Методические рекомендации "Организация вневедомственного контроля качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации", утв. Федеральным фондом ОМС 12.05.99.
4. Приказ Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24.10.96 № 363/77 "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации".



Экономика и организация в стоматологии

Станет ли стоматологическая помощь эффективнее после телевизионных выпадов?

Резюме

В статье рассматривается проблема достоверности диагностики стоматологических заболеваний и методов, обеспечивающих ее эффективность.

Ключевые слова: врач-стоматолог, пациент, методы диагностики, достоверность результата.

Will dental health service become more effective after TV criticism

I.V. Pavlenko

Summary

The problems of the trustworthiness of diagnostics to treatment of the stomatological diseases and its methods were considered in this article.

Keywords: dentist, patient, methods of the diagnostics, reliability of the result.

Несколько телевизионных каналов показали почти идентичные сюжеты: бессовестные стоматологи "выкачивают деньги" за здоровые зубы, лечат заболевания, которых нет. Волна звонков возмущенных и негодующих стоматологов заставила задуматься о том, как противостоять таким необоснованным обвинениям – не эмоционально, а аргументированно, профессионально.

Если начать обсуждать конкретные случаи, показанные в передачах, привлечь экспертов, каждый из них, в зависимости от представляемой стороны будет утверждать, что кариес в стадии пятна все-таки является кариесом, но его лечение не является предметом большого счета. Врач-стоматолог, полагаясь исключительно на свой опыт и квалификацию, не будет "истиной в последней инстанции" для пациента, особенно в условиях формирования недоверия к специальности со стороны ряда СМИ. Вроде бы ситуация "патовая" – стоматологов ругают, а для защиты аргументов маловато.

Давайте посмотрим, как расчетливые "бюргеры" доверяются стоматологам в других странах? Кто их убеждает в достоверности результата. Как решается вопрос субъективизма врача за границей? Очень просто: стандартом первичного осмотра.

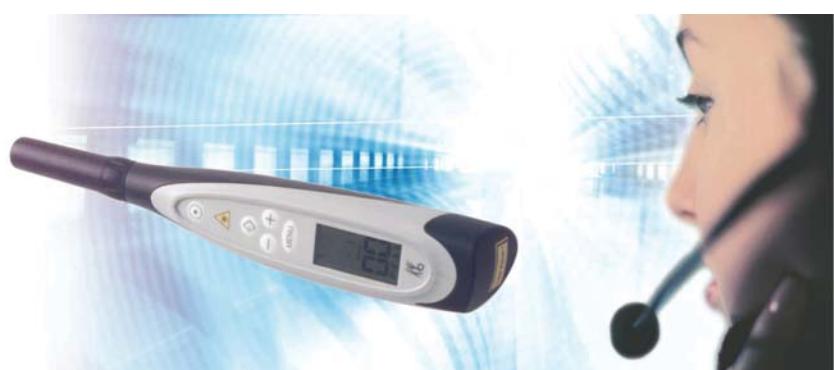


Для переписки:
E-mail:info@dent.ru

И.В. Павленко,
генеральный директор
компании
"Стома-Денталь",
вице-президент РоСИ

Вопрос достоверности диагностики в стоматологии далеко не праздный. Какие методы есть в арсенале стоматолога? Их несколько: от банально известных до высокотехнологичных, от пробы на холод до электронных кариес-детекторов.

Первичный прием, например, в США – процедура жестко протокольная: начиная с заполнения карты и документов на страховку и заканчивая 21-м пунктом "check list" – перечнем механических манипуляций, которые доктор должен произвести при осмотре. Список может быть официально сокращен в случае применения надлежащей аппаратуры. Самым наглядным в данном контексте является прибор DIAGNODENT. По протоколу стоматолог должен своими действиями исключить любую возможность и вероятность "не



найти заболевание" и описать, что именно он предпринимал: постукивание шпателем, пробы на холод, пробы "Показатель кровотечения Papillen – Blutungs – Index" и т.д. Альтернатива – записать результаты работы прибора или зафиксировать фото с видеокамеры, снять показания с Florida Probe. Выбор простой – или сам неси ответственность, или подели ее с объективными приборами.

Когда прибор определения кариеса DIAGNODENT появился на российском рынке, многие стоматологи сказали, что за такие деньги сами любой кариес найдут. Да и продавцы недоумевали – как продавать прибор,



который таким сложным технологическим путем определяет то, что стоматолог способен определить и без него? Для объективности отметим, что DIAGNODENT позволяет находить значительно больше конкретных, чем при исключительно ручном обследовании.



Действие прибора "KaVo DIAGNOdent pen" основано на различии флюоресценции здоровой и поврежденной субстанций зуба. Таким образом, могут выявляться очень небольшие поражения, даже при отсутствии видимой кариозной полости. Коэффициент распознавания кариеса – 90%. С прибором "KaVo DIAGNOdent" это становится возможным благодаря лазерному лучу зонда для обследования апраксимальной поверхности: он преломляется призмой на 100°, так что для него не остается скрытых мест вокруг точки контакта. Лазерно-флюоресцентный метод прибора DIAGNODENT признан в научном мире "Золотым стандартом" диагностики в области фиссур.

Опять реклама, скажете вы. Да, конечно, элемент рекламы здесь есть, но это честная реклама, когда есть

что сказать. А главное – все это важно сказать пациенту. Не "на вскидку" и "на глазок", и даже не на "профессиональный взгляд" (николько не умаляя его важность – ведь лечить все-таки стоматологу), а на основании показателей и замеров прибора. Таким образом, выход есть. Добавим к этому возможность ранней диагностики, экономии для пациента, сохраненные зубы. Многие стоматологи уже сегодня все это применяют, осваивают новые специальности, новую аппаратуру, тратят деньги на обучение, искренне переживают в случае неуверенности в диагнозе – просто делают работу ВРАЧА!

И теперь, когда мы вступаем в эру страховой медицины, персональной материальной ответственности, мы как нельзя лучше начинаем понимать своих коллег за рубежом. Ведь лучше потратить средства на техническое оснащение, и тем самым застраховать себя от атак недобросовестных пациентов, их адвокатов, страховых компаний, а в перспективе и налоговой инспекции. Список приборов, которые помогут стоматологу и пациенту, можно продолжать. С каждым годом он пополняется. Вот только как объяснить пациентам, а, главное, телеведущим, любящим "жареные факты" о "врагах-стоматологах", что чем сильнее загонять врача в ситуацию недоверия и вынуждать его "превентивно обороняться", тем дороже станет лечение – увы, риски и оборудование стоят денег!

И.Ю. Баркан, к.м.н., ассистент кафедры

ортопедической стоматологии Омской

государственной медицинской академии, г. Омск

М.Н. Булыгина, клинический ординатор кафедры

ортопедической стоматологии Омской

государственной медицинской академии, г. Омск

В.М. Семенюк, заслуженный деятель науки РФ,

заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, зав.

кафедрой ортопедической стоматологии Омской

государственной медицинской академии, г. Омск

Е.В. Шишкин, врач-стоматолог ортопед, директор

негосударственной стоматологической клиники,

г. Омск

Для переписки:

644043, г. Омск, ул. Волочаевская, д. 21-А, ГКСП № 1,
кафедра ортопедической стоматологии ОмГМА

Тел.: +7 (3812) 23-45-70

E-mail: stas12000@mail.ru

Мнение населения – критерий качества стоматологической ортопедической помощи

Резюме

Методом социологического исследования изучено мнение населения о качестве стоматологической ортопедической помощи в негосударственных лечебных учреждениях. Выявлены ведущие критерии мотивации обращаемости населения г. Омска за ортопедической помощью в негосударственные стоматологические клиники.

Ключевые слова: социологическое исследование, качество помощи, критерии мотивации, негосударственные учреждения.

Population opinion is the factor of merit of prosthetic dental health service

I.Yu. Barkan, M.N. Buligina, V.M. Semenyuk, E.V. Shishkin

Summary

The population opinion about the quality of stomatologic

orthopaedic assistance at private health service establishments was studied by the sociological method of investigation. The chief criteria of motivation of Omsk population appealability for orthopaedic assistance to some private health service clinics have been revealed.

Keywords: sociological investigation, quality of assistance, motivation criteria, private establishments.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Проводимая в России реформа стоматологической службы требует решения одной из наиболее важных задач – обеспечение гарантий качества стоматологической помощи населению. Использование разнообразных методологических подходов к решению вопросов обеспечения гарантий качества стоматологической помощи свидетельствует о сложности и многогранности данной проблемы [3].

На протяжении последних лет при анализе состояния и тенденций развития и совершенствования стоматологической службы используется метод социологического опроса населения. Изучение мнения населения является хорошим стимулом совершенствования стоматологической ортопедической помощи и улучшения работы лечебных учреждений [1–5].

Мнение населения служит основополагающим фактором, характеризующим обращаемость к тому или иному специалисту-стоматологу. Отсюда во многом его престиж и, в конечном итоге, конкурентоспособность на рынке стоматологических услуг. В результате стоматолог либо преуспевает, либо прекращает свою деятельность из-за падения спроса на его услуги [1].

Учитывая вышеуказанные обстоятельства, мы провели специальное социологическое исследование по изучению критериев мотивации обращаемости пациентов в возрасте 20–50 лет в стоматологические негосударственные клиники г. Омска. Анкеты заполнялись респондентами добровольно и анонимно. Анкета состояла из 18 вопросов, сгруппированных в блоки. В опросе принимали участие 615 жителей г. Омска (мужчин – 43,5%, женщин – 56,5%).

Согласно [3], ведущими критериями мотивации обращаемости населения России за стоматологической помощью являются: качество стоматологической услуги в конкретном учреждении, уровень цен на стоматологические вмешательства, социальное положение человека и уровень его доходов.

Анализ 530 структурированных анкет показал: в частные клиники чаще всего обращаются служащие (84,0%); домохозяйки, рабочие и студенты (16%). Среди респондентов 69,8% имели высокий уровень дохода и 30,2% – средний.

На вопрос "Устраивают ли Вас цены на стоматологические услуги?" положительно ответили 89,9% респондентов, отрицательно – 7,2%, затруднились с ответом 2,9%. Среди причин обращения за стоматологической помощью в стоматологические негосударственные клиники респондентами названы возможность получения высококвалифицированной стоматологической ортопедической помощи (97,3%) и высокий уровень сервиса (2,7%).

Респонденты нуждались в следующих конструкциях: одиночные металлокерамические коронки – 15,3%; несъемные металлокерамические мостовидные протезы – 27,3%; съемные бюгельные протезы с опорно-удерживающими кламмерами – 54,8%; сочетанные конструкции (несъемные и съем-

ные) – 6,1%.

Качество оказанной стоматологической ортопедической помощи респонденты оценили: на "отлично" – 87,3%, на "хорошо" – 12,7%. Следует отметить, что 92,3% опрошенных ранее имели опыт неудачного протезирования в стоматологических государственных учреждениях.

Останавливая свой выбор на негосударственных клиниках, респонденты руководствовались следующими критериями: хорошее оборудование (26,4%); высокий уровень помощи, отсутствие очередей, спокойная и деловая атмосфера (21,8%); короткие сроки изготовления зубных протезов (18,6%); внимательное отношение лечащего врача-ортопеда и персонала (12,5%); безболезненное протезирование и выполнение максимального объема работы при высоком ее качестве, в одно посещение (8,6%); возможность получения всех видов стоматологической помощи – терапевтической, хирургической и ортопедической (12,1%).

Культурой обслуживания в лечебных учреждениях довольны 98,3% опрошенных. Из числа заполнивших анкеты 81,6 % отметили, что врач стоматолог-ортопед на приеме обсуждал с ними конструкцию протеза, ознакомил с преимуществами и недостатками, возможными осложнениями ортопедического лечения.

Таким образом, результаты анкетирования показали, что негосударственные клиники пользуются спросом у населения и поток первичных пациентов остается стабильно высоким. Задача же медицинского персонала состоит в неуклонном повышении качества стоматологических услуг. Именно этот показатель является единственно верным критерием успешной деятельности стоматологической клиники.

Литература

1. Алиева Р.К., Алимский А.В. Изучение доступности населению стоматологической помощи // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2000. – № 2. – С. 88–89.
2. Гуненкова И.В., Вагнер В.Д. Уровень мотивации пациентов Сибирского региона к проведению ортодонтического лечения // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2002. № 2. – С. 45–47.
3. Алимский А.В. [и др.] Мотивационные предпосылки и особенности обращаемости населения за ортопедической помощью в ЦНИИС (результаты социологических исследований) // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2004. – № 1. – С. 56–61.
4. Баркан И.Ю., Борзов А.Н., Жеребцова В.С. Оценка качества стоматологической ортопедической помощи по результатам социологического опроса пациентов // Омский научный вестник. – 2004. – С. 261–262.
5. Косоруков Н.В., Струев И.В., Захаров А.В. Мотивационные предпосылки обращаемости пациентов в стоматологическую клинику "СибДент" г. Омска // Проблемы стоматологии. – 2006. – № 5. – С. 41.



Ортопедическая стоматология

Определение преимуществ лабораторного способа изготавления культевых штифтовых вкладок методом сравнительного анализа

Резюме

В работе проведен сравнительный анализ прямого и лабораторного методов изготовления культевой штифтовой вкладки. В результате исследования выявлены преимущества лабораторного метода перед прямым. Приведены современные требования, предъявляемые на клиническом этапе изготовления, а также дана характеристика старым и новым материалам, из которых отливаются культевые штифтовые вкладки.

Ключевые слова: разрушение коронковой части зуба, культевая штифтовая вкладка, лабораторный способ, оттиск корневого канала, прямой метод.

Defining an advantage of making inlay-cores by laboratory method with a comparative method of inquiry

A.V. Kuznetsova, A.Y. Nurmagomedov, M.Z. Kaplan

Summary

In this work we have done a comparative analysis of different technologies of making inlay-cores and also we give a characteristic to old and new stuffs which inlay-cores are founded.

Keywords: destruction of a crown, inlay-core, laboratory method, impression of the root canal.

В результате кариозных, реже некариозных заболеваний – патологической стираемости и травмы нарушается целостность твердых тканей зубов.

При значительном разрушении коронковой части зуба, а также при полном ее отсутствии дефект можно восстановить штифтовой культевой вкладкой, впоследствии покрыв ее коронкой.

Вкладка – микропротез, изготовленный лабораторным путем. В отличие от пломбы она вводится в подготовленную



А.В. Кузнецова, врач-интерн кафедры ортопедической стоматологии РУДН



А.Ю. Нурмагомедов, к.м.н., ассистент кафедры ортопедической стоматологии РУДН



М.З. Каплан, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой ортопедической стоматологии РУДН

Для переписки:
E-mail: alisadentist@yandex.ru

полость не в пластичном состоянии, а в твердом, что позволяет избежать ряда значительных недостатков, присущих пломбам, в частности, компенсировать усадку, и, следовательно, улучшить краевое прилегание и уменьшить вероятность рецидива кариеса.

Под микропротезом следует понимать такую конструкцию, которая восстанавливает нарушенную целостность зуба, изготавливается чаще всего вне полости рта из различных материалов и может использоваться для фиксации всевозможных видов протезов.

Культевая штифтовая вкладка ("Inlay-core", "покрывная") – литая конструкция, состоящая из штифта и культи, фиксирующаяся в каналах корня зуба, покрывается коронкой и может служить как опора мостовидного протеза.

Показания к применению культевых штифтовых вкладок:

– значительное разрушение коронковой части зуба (невозможность восстановить дефект пломбированием), как правило более 2/3;

– полное отсутствие коронки.

Клинические и технические правила, предъявляемые к корню зуба:

– корень должен выстоять над десной или быть на одном уровне с ней;

– корень должен быть устойчив в лунке;

– в области верхушки корня не должно быть воспалительных изменений;

– стенки корня должны иметь достаточную толщину и не иметь кариозных поражений или других патологических процессов;

– корневой канал должен быть распломбирован на 2/3 длины.

Восстанавливать зубы культевыми штифтовыми вкладками нужно только при полной уверенности в надежности корня и при отсутствии каких бы то ни было воспалительных



процессов.

Корень должен иметь длину большую, чем высота будущей коронки. Стенки должны иметь достаточную толщину (не менее 1,5 мм), чтобы противостоять жевательному давлению.

Подготовка канала и полости зуба

Сначала обрабатывается культи зуба. Подготовка культи зависит от степени разрушения коронки зуба. При сохранении части естественной коронки возможны два варианта подготовки: первый предусматривает полное сошлифование разрушенной культи, второй – наиболее щадящий – сохранение прочных стенок разрушенной коронки. При этом хрупкие, истонченные и размягченные стенки коронки зуба сошлифовываются. В первом варианте все сохранившиеся стенки зуба необходимо снять до уровня 1–2 мм над десной. Иногда необходимо прибегнуть к коагуляции или лазерной абляции десны, чтобы обнажить поддесневую часть корня.

При обработке полости культи зуба ей придается ящикообразная форма. Далее обрабатываются каналы. Подготовка канала для штифта значительно облегчается, если запломбирована только верхушечная треть корневого канала. Если канал полностью запломбирован, то он распломбированывается на 2/3. Устье канала расширяется до 1,5–2 мм гейтсглиденом, после этого канал обрабатывается разверткой.

Этап подготовки канала и полости зуба одинаков для прямого и лабораторного методов, изготовления кульевой штифтовой вкладки. После подготовки необходимо правильно выбрать метод изготовления вкладки.

Для одноканальных зубов вкладки можно изготавливать как прямым, так и лабораторным способами. Кульевые штифтовые вкладки для многоканальных зубов должны быть разборными, то есть состоять из основного штифта, соединенного с культей, и второго штифта, который цементируется отдельно, занимая нужное положение в канале. Трехштифтовые вкладки применяются крайне редко – двух разнонаправленных штифтов вполне достаточно. Разборные вкладки изготавливаются лабораторным методом.

Схема лечения кульевыми штифтовыми вкладками с последующим восстановлением дефекта мостовидным протезом приведена на рис. 1,2.

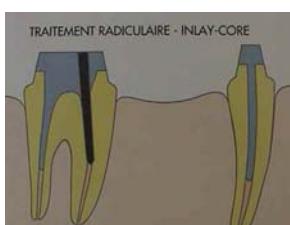


Рис. 1. Объективно: 4.6 зуб отсутствует, коронковая часть 4.5 и 4.7 зуба разрушена. Для восстановления разрушенной коронковой части 4.7 зуба изготвлена разборная кульевая штифтовая вкладка

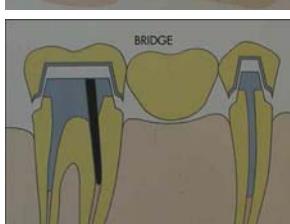


Рис. 2. Восстановление дефекта мостовидным протезом с опорой на зубы 4.7, 4.5.

Изготовление вкладки прямым способом – очень длительная и утомительная как для пациента, так и для врача процедура. При этом приходится работать в полости рта расплавленным моделировочным воском или пластмассой, горячими инструментами – можно с легкостью обжечь слизистую пациента. Зато в литье передается уже готовая смоделированная вкладка, что позволяет избежать технического этапа, сэкономив время работы техника.

Вкладка, изготовленная прямым методом, не припасовывается предварительно на гипсовой модели и не обрабатывается в отличие от вкладки, изготовленной лабораторным способом, поэтому удлиняется ее время припасовки в полости рта. Очень много времени у врача уходит на обработку такой вкладки: припасовку в канале, обработку на моторе, обработку фрезами, борами. При непрямом методе вкладка предварительно припасовывается и обрабатывается техником, что значительно экономит время работы стоматолога. Вкладку, изготовленную техником, остается только примерить и зацементировать.

Лабораторный метод

Главную роль при изготовлении вкладки косвенным способом играет слепок. Он должен отличаться высокой точностью.

Необходимо получить оттиск корневого канала. Снимается двухфазный слепок силиконовой массой. Можно снимать в два этапа, можно одномоментно, главное корректирующим слоем силиконовой массы проснять корневые каналы.

Для армирования слепочного материала в корневом канале нельзя использовать эндодонтические иглы, скрепки и тому подобные предметы, так как у данных металлических элементов отсутствует "память формы", что может привести к определенным проблемам – при извлечении из полости рта они деформируются и не принимают первоначальную форму. Существует методика снятия двуслойного оттиска с использованием беззольных штифтов. У них, в отличие от металлических предметов, есть "память формы".

Методика двухэтапного снятия оттиска

Снимается базисный слой, излишки массы подрезаются скальпелем. Замешивается корректирующий слой. С помощью каналонаполнителя он вносится в каналы и на основной слой одновременно.

Заполненную ложку помещают в полость рта. При ее извлечении материал может несколько деформироваться, но затем принимает первоначальную форму, так как у силиконовой слепочной массы тоже есть "память формы".

Одноэтапное снятие оттисков

Двухфазный оттиск можно снимать одноэтапно. Для этого одновременно замешивается базисный и корректирующий материал. В канал корня из шприца или каналонаполнителем нагнетают силиконовый оттискный материал (корректирующий) и вводят в него припасованный штифт из беззольной пластмассы (у беззольных штифтов есть "память формы"). Затем накладывают корректирующую массу на корень зуба с введенным в него штифтом и базисной массой снимают

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

окончательный оттиск. Слепок передается в лабораторию, где техник отливает модель из супергипса.

Далее начинается моделирование вкладки. Модель изолируется изоколом. Для работы техником используются беззольные штифты, моделировочный воск и электрошпатель.

Сначала техником припасовывается штифт: примеряется в канале и подрезается по длине. Затем на него постепенно наносится воск. Моделируется культевая часть вкладки. Если изготавливается разборная модель вкладки, то моделировка производится на одном штифте, в культеве формируется отверстие, а второй штифт отливается отдельно. Разборная вкладка со вторым штифтом соединяется только в полости рта.

Далее вкладка передается в литье. Устанавливается литьник, вкладка помещается в специальный контейнер и заливается огнеупорной массой. Отлитая вкладка обрабатывается в пескоструйном аппарате.

После обработки готовая вкладка передается врачу. Производится примерка и цементировка. У разборной вкладки сначала цементируется основная часть, а потом и второй штифт, занимая нужное положение в канале.

Прямой метод изготовления вкладок

Прямой метод изготовления вкладки производится в полости рта у пациента. Используется моделировочный воск или моделировочная пластмасса.

Подготовленный под культою корень изолируется от слюногенитальным тампоном. Полость для штифта освобождается от опилок струей воздуха.

Припасовывается штифт. Полость изолируется вазелином. На штифт наносится воск и отжимается в канале. Из канала вынимается штифт вместе с восковой каемочкой и снова помещается в канал. Далее постепенно наносим воск и моделируем культою. Смоделированная вкладка вынимается с помощью зонда и передается в литье.

Цементировать коронку на штифтовую культевую вкладку можно только в следующее посещение — через несколько дней.

Выбор сплава для отливки культевых штифтовых вкладок

Сплавы должны обладать следующими качествами: биоинертностью; твердостью; способностью противостоять деформирующему нагрузкам (упругостью); малой усадкой при литье; иметь низкий коэффициент термической проводимости.

Для производства вкладок применяются материалы, которые условно можно разделить на две группы (табл. 1).

С точки зрения биоинертности предпочтителен титан, но обладая большой твердостью, он имеет некоторую хрупкость.

Бактерицидными свойствами обладают серебряные и серебряно-палладиевые сплавы. Однако после применения серебряных культевых штифтовых вкладок нередко наблюдается пигментация окружающей зуб десны, особенно в случае восстановления корней, разрушенных ниже уровня десны.

Хромоникелевый сплав обладает большой усадкой и, кроме того, никель имеет цитотоксическое действие.

Хромокобальтовый сплав обладает высокой твердостью, малой усадкой, но труден в обработке.

Золотой сплав по своим характеристикам наиболее оптимален.

Результаты и выводы

Культевая штифтовая вкладка позволяет восстановить полностью отсутствующую коронку и в дальнейшем использовать зуб как опору для ортопедических конструкций. Она состоит из культуры и штифта, однородна и полностью отлита из одного металла. Штифтовая культевая вкладка, в отличие от пломбировочного материала, который применяется с различными штифтами: титановыми, стекловолоконными, — вводится в подготовленную полость не в пластичном состоянии, а в твердом, что позволяет избежать ряда значительных недостатков, присущих пломбировочным материалам, таких, как усадка и недостаточное краевое прилегание, и, таким образом, снизить риск отлома коронки.

Краевое прилегание зависит от точности моделирования вкладки, ее обработки. Более точный способ изготовления культевой штифтовой вкладки — лабораторный. У техников есть все необходимые инструменты, в частности, электрошпатель, который намного облегчает моделирование вкладки. Техник может повернуть модель под любым удобным ему углом и выбрать любое удобное для работы расстояние.

Вкладка, смоделированная в лаборатории, припасовывается на модели. Фактически врачу остается ее только зацементировать.

В лаборатории отсутствуют "экстремальные условия" полости рта: слюна, движущийся язык; да и пациент — живой человек, он не может, замерев, просидеть час в одном положении с открытым ртом, чтобы не испортить работу.

Качественно выполненная культевая штифтовая вкладка будет служить долгие годы. Искусственную культуру можно неоднократно использовать для протезирования. К примеру, при изменении цвета коронки, ее дефекте искусственную коронку можно снять и заменить, при удалении рядом стоящего зуба наружную коронку можно снять, а культуру вновь использовать, но уже для опоры мостовидного протеза.

Таблица 1. Материалы, применяемые для производства вкладок

Благородные	Неблагородные
Золотой сплав: золото 750 пробы с содержанием 10 % платины	Хромоникелевый сплав
Серебряно-палладиевый сплав	Хромокобальтовый сплав
	Титан



СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

СТЕЛЛС-СТОМ

[www. stells-stom.ru](http://www.stells-stom.ru)



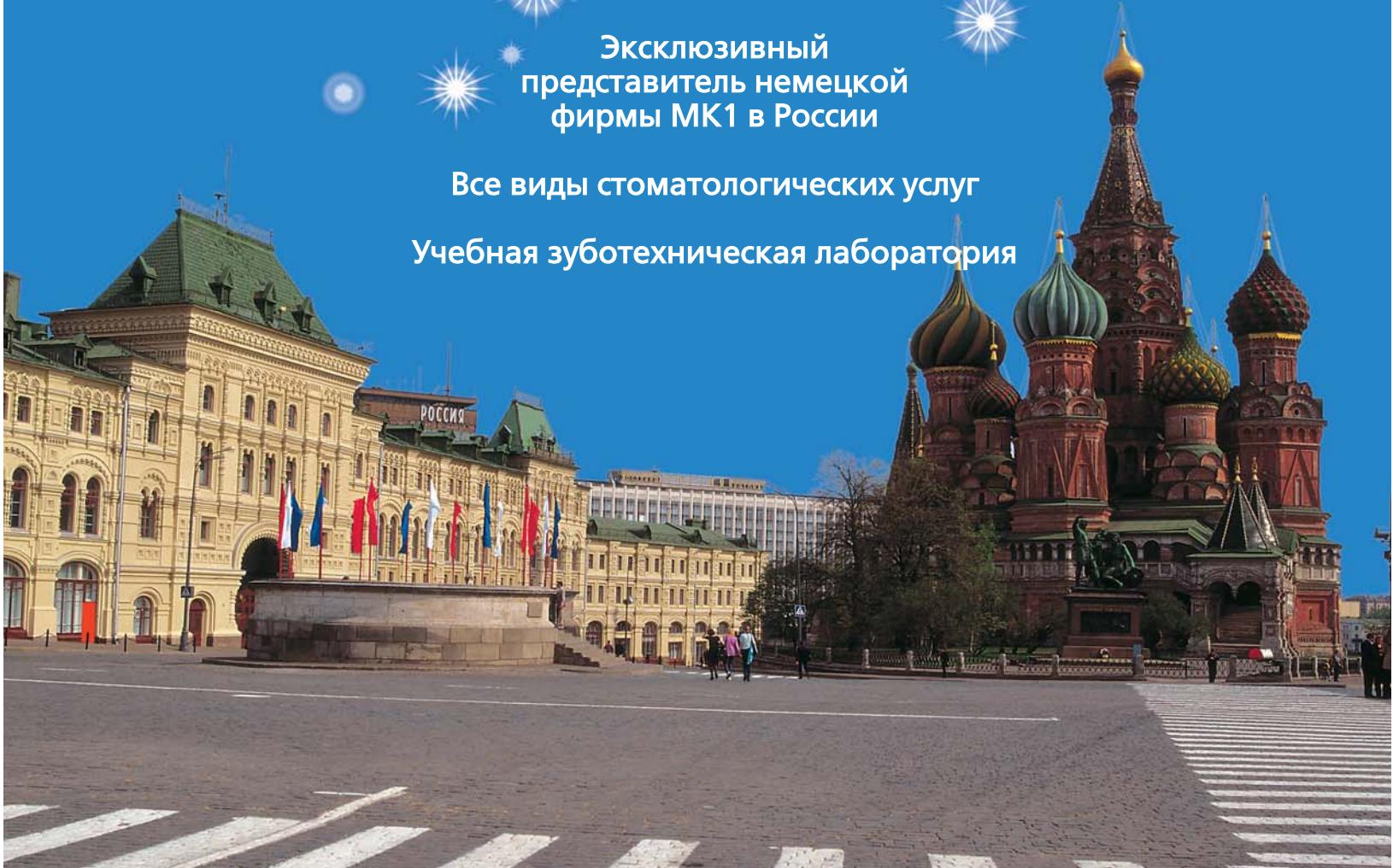
Москва, Красная площадь, 5. Тел. (495) 980-20-12; тел/факс (495) 980-20-13

Москва, ул. Мясницкая, 24/7, стр. 1, п. 10. Тел. (495) 624-64-86, (495) 624-68-78

Эксклюзивный
представитель немецкой
фирмы МК1 в России

Все виды стоматологических услуг

Учебная зуботехническая лаборатория





Лазеры в стоматологии

К 55-летию применения лазерных систем в стоматологии

Резюме

Разработка лазеров основана на открытии А. Эйнштейном фотоэффекта – освобождения электронов твердого тела (или жидкости) под воздействием электромагнитного излучения. Он также установил основы квантовой теории света и основные законы фотоэффекта. Эти исследования были удостоены Нобелевской премии (1921 г.).

Впоследствии лауреаты Нобелевской премии академики А.М. Прохоров и Н.Г. Басов сконструировали гелий-неоновый лазер, который начал успешно применяться в стоматологии. В дальнейшем лауреат Нобелевской премии академик Ж.И. Алферов разработал гетероструктурные диодные лазеры, в которых лазерное излучение формировалось путем излучения составляющих элементов излучателя, например, в стоматологическом лазерном аппарате "Оптодан" диодный излучатель состоит из кристаллов фтора и галлия.

Ключевые слова: фотоэффект, диодные лазерные излучатели, лазерное импульсное излучение.

Dedicated to 55-th anniversary of laser usage in dentistry

N.A. Zhizhina, A.A. Prokhonchukov

Summary

Development of lasers is based on the A. Einstein's discovery of photoelectric effect – release of electrons of a solid body or liquid under the influence of electromagnetic radiation. He also stipulated the basis for the quantum theory of light and principal laws of photoelectric effect. These researches culminated in the Nobel prize (1921).

Nobel prize Winners academicians A.M. Prokhorov and N.G. Basov further designed a helium-neon laser which was successfully made use of in the dentistry. Thereafter the Nobel prize Winner academician G.I. Alferov developed close-confinement lasers, diode lasers, where laser radiation was generated through emission of the elements of emitter, for example, in the dentistry laser device "Optodan" a diode emitter consists of the crystals of fluorine and gallium.

Keywords: photoelectric effect, diode laser emitters, laser pulse emission.



Н.А. Жижина, д.м.н., профессор, разработчик лазерных и магнито-лазерных методик в стоматологии

А.А. Прохончуков, д.м.н., профессор, заместитель директора по НИОКР

Научно-производственное предприятие "ВЕНД", г. Москва

Для переписки:
119992, Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 16
ЦНИИС и ЧЛХ
Тел.: +7 (499) 245-05-73
E-mail: reception@cniis.ru

После присуждения в 1964 г. известным физикам, академикам А.М. Прохорову и Н.Г. Басову Ленинской и Нобелевской премий за открытие лазеров в нашей стране сформировалась и начала бурно развиваться новая отрасль науки и техники – лазерные технологии. По постановлению Правительства Министерством обороны и электронной промышленности был организован Институт общей физики (его директором стал А.М. Прохоров), который вместе с Физическим институтом им. П.Н. Лебедева (директор – академик Н.Г. Басов) возглавил разработку новой лазерной техники, в том числе медицинской. Были также организованы новые институты по разработке лазеров в ряде городов страны (Черноголовка, Троицк, Обнинске, Пущино-на-Оке, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Рязани, Калуге, Дятьково (Брянская обл.), Шатуре и т.д.) [3, 4, 5].

В официальных академических изданиях, например, Большой медицинской энциклопедии (3-е изд.) указано, что медицинские лазеры начали применять в 1955 г. [5].

Вместе с тем, как указывает в своих публичных лекциях, опубликованных в Интернете 12 и 13 апреля 2010 г. [1], один из разработчиков лазеров, лауреат Нобелевской премии, академик Ж.И. Алферов, разработка лазеров тесно связана с деятельностью известного физика Альберта Эйнштейна. А. Эйнштейн изучал фотоэффект – освобождение электронов твердого тела (или жидкости) под действием электромагнитного излучения. Существуют 4 вида фотоэффекта: 1) внешний фотоэффект – испускание электронов под воздействием света (фотоэлектронная эмиссия); 2) внутренний фотоэффект – увеличение электропрово-



димости полупроводников или диэлектриков под воздействием света (фотопроводимость); 3) вентильный фотоэффект – возбуждение ЭДС на границе между металлом и полупроводником, или между разнородными полупроводниками; 4) фотоэффект вследствие фотоионизации газов [1].

В своих исследованиях по квантовой теории света А. Эйнштейн установил основные законы фотоэффекта, предсказал индуцированное (мазерное, лазерное) излучение. Эти исследования, в частности, открытие законов фотоэффекта, являющегося основой мазерного и лазерного излучений, были удостоены Нобелевской премии (1921 г.). Принцип лазерного излучения был сформулирован А. Эйнштейном в 1919 г. [1].

Большим достижением в конструировании лазерных аппаратов и систем стало открытие лазерного излучения гетероструктур: арсенид галлия, галлий-алюминий-мышьяк, германий-кремний. Ж.И. Алферов обозначил это достижение как своеобразную "Полупроводниковую революцию". Применение гетеросистем из двух и более компонентов позволяет использовать эти составляющие в качественном и количественном соотношениях практически в бесчисленных сочетаниях, при которых можно формировать различного типа лазерные излучения.

В 1955 г. А.М. Прохоров и Н.Г. Басов сконструировали гелий-неоновые лазеры для применения в медицине [4, 9].

Лазерное излучение получило применение в светофиодах для освещения производственных и жилых помещений и солнечных батареях (в первом случае под воздействием лазерного излучения происходит свечение кристаллов вещества, во втором – под воздействием солнечного света в кристаллах возникает ЭДС).

После начала разработки первых лазерных технологий применительно к медицине сотрудники ЦНИИС установили творческое сотрудничество с разработчиками лазерной техники во главе с Н.Г. Басовым. В ЦНИИС развернулись комплексные научные исследования в

нескольких направлениях по использованию лазеров в стоматологии:

1) изучение механизмов профилактического и лечебного действия лазерного излучения на ткани полости рта с учетом их особенностей (ротовая жидкость с ее обильной микрофлорой и т.п.);

2) разработка совместно с предприятиями отечественной электронной (оборонной) промышленности лазерной медицинской техники для профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний;

3) клиническая апробация лазерной техники и способов профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний;

4) проведение расширенных клинических испытаний;

5) разработка инструкций и методических рекомендаций для широкого внедрения лазерных методик;

6) патентование;

7) утверждение разработанных лазерных методик в Министерстве здравоохранения РФ;

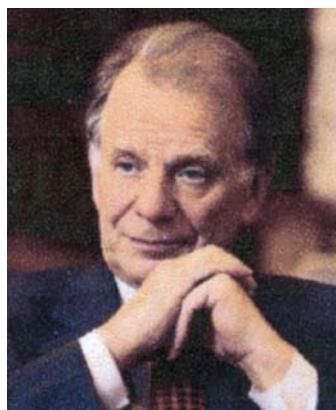
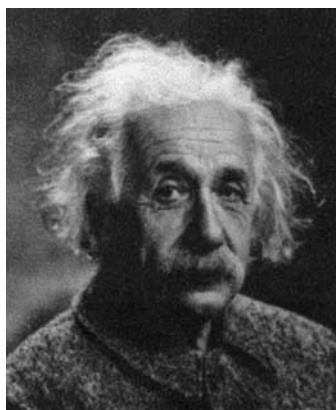
8) обучение врачей в ЦНИИС, в учебно-методических центрах в ряде городов страны, на выездных методических семинарах, на кафедрах стоматологии Центрального института усовершенствования врачей (ныне – Российская медицинская академия последипломного образования) [5, 9];

9) проведение методических семинаров по обмену опытом внедрения лазерных методик на базе павильона "Здравоохранение" ВВЦ (ВДНХ), Всесоюзного НИИ медицинских инструментов и оборудования и т.п.;

10) доклады на национальных и зарубежных конференциях, съездах и конгрессах.

В исследованиях по изучению механизмов профилактического и лечебного действия лазеров различного типа активно участвовали сотрудники лаборатории экспериментальной и клинической патофизиологии (М.Т. Александров, В.П. Зайцев, А.Г. Колесник, Н.К. Логинова, К.В. Милохов, Е.П. Милохова, В.А. Сапрыкина, Ю.С. Алябьев и др.), лаборатории пато-

Рис. 1. Лауреаты Нобелевской премии (слева направо) А. Эйнштейн (1921), А.М. Прохоров, Н.Г. Басов (1964), Ж.И. Алферов (2002)



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

морфологии (В.В. Паникаровский, А.С. Григорьян, З.П. Антипова и др.), биохимии (М.М. Персиц), микробиологии (В.Ф. Кускова, В.В. Хазанова, Л.В. Морозова), а также сотрудники клинических подразделений института (Г.В. Банченко, Р.И. Михайлова, В.Н. Ребров, Р.Э. Шатахян и др.) [3, 4].

Активное участие в разработке и проведении расширенных клинических испытаний новой лазерной техники и способов профилактики и лечения стоматологических заболеваний приняли коллективы ряда стоматологических учреждений: МГМСУ (Е.В. Боровский, Н.А. Жижина, Л.А. Вилкова, Л.Н. Неживенко и др.), Воронежа (А.А. Кунин, М.А. Губин, В.И. Вахтин, В.Ф. Ермолов и др.), Перми (Л.А. Мозговая, А.Б. Виноградов и др.), Чебоксар (А.Ф. Павлов и др.), Твери (В.В. Богатов и др.), Ульяновска (Л.И. Никогда), Рязани (Э.С. Тихонов). В проведении расширенных клинических испытаний новой лазерной техники и разработанных способов профилактики и лечения участвовали стоматологи ряда республик, в том числе Н.Ф. Данилевский, Н.А. Кодола (Киев), Г.П. Соснин (Минск), Л.Я. Зазуловская (Алма-Ата) [3, 4].

Участие в разработке новой лазерной техники для стоматологии приняли сотрудники ведущих предприятий электронной промышленности страны: Г.С. Седов (НПО "Плазма", Рязань), В.П. Беляев, Н.И. Степанищева (НПО "Исток", Фрязино), В.И. Швейкин, Б.Н. Малышев, Н.Ф. Зеленев (НИИ "Полюс", Москва), М.И. Растворгусев, А.Д. Гусаров, О.М. Рудакова (ПО "Восход", Калуга), А.И. Ларюшин, Я.М. Мардер (ПО "Электроламповый завод", Ульяновск), К.В. Васильев, М.А. Метельников (НИИ "Венд", Саратов) и др. [9].

Все указанные выше специалисты внесли существенный вклад в развитие лазерных способов профилактики и лечения стоматологических заболеваний. Главная оценка их работы — это благодарность многих сотен тысяч больных, которые излечились с применением лазерных средств и техники.

Благодаря замкнутому циклу "научные исследования — внедрение в практику" отечественной электронной промышленностью за сравнительно короткое время в стоматологических учреждениях страны были внедрены оригинальные лазерная техника и способы профилактики и лечения.

Отличительным качеством лазерных способов лечения, особенно наиболее распространенного — лазерной физиотерапии, является широкий профилактический и лечебный диапазон, обусловленный уникальными механизмами многофакторного патогенетического действия низкоинтенсивного лазерного излучения. Даже по сравнению с широким комплексом различных лекарственных средств лазерное излучение обладает преимуществами, которые трудно переоценить [9].

Дальнейшие исследования показали высокую

эффективность сочетанного применения низкоинтенсивного импульсного лазерного излучения и постоянного магнитного поля (напряженностью 35–50 мТл), что является не просто суперпозицией двух физических факторов, а представляет новый вид профилактического и лечебного действия, обеспечивающий более высокую эффективность по сравнению с действием его отдельных составляющих [9].

В первый период разработки новой лазерной техники и способов ее применения в стоматологии использовали лазерные аппараты типа "Ягода", "Узор", "Скальпель", "Квант-15" и др. [4, 6].

В последнее десятилетие началась разработка лазерной техники для стоматологии на основе открытия полупроводниковых гетерогенных лазеров [9].

В стране был наложен выпуск комплекса специализированной лазерной техники нового поколения: лазерный аппарат "Оптодан" для лазерной и магнитолазерной физио- и рефлексотерапии; лазерные хирургические аппараты "Стокос" для стоматологических поликлиник районного уровня и "Ланцет" с компьютерным управлением в основном для хирургических вмешательств на костном скелете лица; лазерный технологический аппарат "Квант-155" для изготовления зубных протезов [9].

В 1990 г. в ЦНИИС был организован Научно-практический центр "Компьютерные и лазерные автоматизированные системы в стоматологии", который осуществлял разработку новых лазерных технологий и способов лечения и профилактики стоматологических заболеваний [5].

В клинических подразделениях ЦНИИС успешно работают более 65 лазерных аппаратов "Оптодан", 2 хирургических лазерных аппарата "Ланцет" [4, 6, 7].

Обширными репрезентативными клиническими исследованиями подтверждена высокая эффективность медицинской лазерной техники в профилактике и лечении кариеса зубов (в том числе у детей), пульпита, периодонтита, пародонтита, заболеваний слизистой оболочки полости рта, одонтогенных воспалительных процессов ЧЛО и шеи (особенно при гнойно-деструктивных формах), в профилактике осложнений при установке дентальных имплантатов, в адаптации костной ткани челюстей к жевательной нагрузке после наложения протезов, в профилактике пародонтальных осложнений при протезировании металлокерамическими мостовидными протезами, в адаптации опорных зубов к повышенной жевательной нагрузке после протезирования мостовидными протезами, в ортодонтии — при аномалиях зубов для профилактики осложнений и ускорения их перемещения, в стимуляции прорезывания ретинированных зубов, в профилактике кариеса при использовании брекетных систем и др. [7–10].

Принципиально новые возможности были реализованы на основе открытия Ж.И. Алферовым гетерогенных

Поздравляем! Юбилей профессора Н.А. Жижиной

21 ноября 2010 г. исполнилось 80 лет со дня рождения профессора Н.А. Жижиной, автора свыше 360 научных работ, 8 патентов, активного участника комплексных исследований по лазерным и информационным системам в стоматологии, внесшей весомый вклад в изучение механизмов профилактики и лечебного действия лазерных аппаратов.

Редакция журнала "Стоматология для всех" поздравляет юбиляра и желает ей здоровья, бодрости и дальнейших творческих успехов.

полупроводниковых диодных лазеров на фториде натрия. Позже этот аппарат был модернизирован по двум форматам: введена система постоянного магнитного излучателя и усовершенствована система управления магнито-лазерным излучением прибора. Результат – 15-летнее применение этого аппарата при лечении стоматологических заболеваний и факторов риска.

К настоящему времени выпущено более 6000 аппаратов "Оптодан", который успешно применяют почти во всех стоматологических ЛПУ страны и за рубежом [8].

Наиболее эффективными и перспективными являются автоматизированные компьютерно-лазерные системы, позволяющие поставить дифференциальный диагноз, определить показания и план лечения с применением многофакторной патогенетической терапии, определить оптимальные параметры и режимы лазерного излучения, а также объективно оценить эффективность лечения и степень излечения (реабилитации) [2, 3, 8, 9, 10, 11].

Лазерная техника нового поколения отечественного производства отличается высокой профилактической и лечебной эффективностью, надежностью в эксплуатации и долговечностью. Важно отметить, что ее стоимость и период окупаемости в несколько раз меньше, чем у зарубежной.

За время применения лазеров в стоматологии (уже более 55 лет) разработано 30 инструкций и методических рекомендаций по применению различных лазерных способов во всех разделах стоматологии, опубликовано более 350 работ, сделано более 380 докладов, выполнено 18 докторских и 22 кандидатских диссертаций. Разработанные лазерные способы лечения и профилактики защищены 2 авторскими свидетельствами СССР и 20 патентами России, отмечены 8 медалями ВДНХ.

Сегодня в ЦНИИС и ЧЛХ проводится обучение (специализация) преподавателей стоматологических вузов и врачей-стоматологов различным лазерным методикам по всем разделам стоматологии с выдачей диплома государственного образца по лицензии Минздрава РФ [5].

Литература

1. Алферов Ж.И. <http://www.kprfnsk.ru=inform=news=4731>.

2. Кулаков А.А., Прохончуков А.А., Соболева С.Е. и др. Обеспечение обезболивания и безопасности операционного периода в дентальной имплантологии // Стоматология. – 2002. – № 4. – С. 48–56.
3. Прохончуков А.А. 30 лет с лазерами // Лазер Инфо. – 1994. – № 62. – С. 5–8.
4. Прохончуков А.А. Лазеры в стоматологии – 40 лет // Известия ЦНИИС. – 2003. – № 10. – С. 1–2.
5. Прохончуков А.А. Возможности и перспективы стоматологии в реализации национальных проектов "Здоровье" и "Образование" // Стоматология сегодня. – 2007. – № 6 (66). – С. 40–43.
6. Прохончуков А.А., Григорьянц Л.А., Рогинский В.В. и др. Способы комплексного лечения стоматологических заболеваний с применением лазерных аппаратов с компьютерным и автоматизированным управлением "Ланцет" и "Оптодан" // Стоматология сегодня. – 2007. – № 8 (68). – С. 34–35.
7. Прохончуков А.А., Жижина Н.А., Григорьянц Л.А. и др. Лечение заболеваний пародонта и слизистой оболочки рта с применением лазерного и магнито-лазерного излучений // Пародонтология. – 2008. – № 4. – С. 36–42.
8. Прохончуков А.А., Жижина Н.А., Колесник А.Г. и др. Механизмы профилактического и лечебного воздействия лазерного скальпеля на ткани зубочелюстной системы; возможности и перспективы // Стоматология для всех. – 2008. – № 4. – С. 26–30.
9. Прохончуков А.А., Жижина Н.А., Колесник А.Г. и др. 15-летний опыт применения стоматологического полупроводникового диодного аппарата "Оптодан" для магнито-лазерной профилактики и лечения стоматологических и сопутствующих заболеваний (факторов риска) // Стоматология для всех. – 2009. – № 1. – С. 36–38; 2009, № 2. – С. 38–41.
10. Прохончуков А.А., Жижина Н.А., Матвеева А.И. и др. Пародонтальные осложнения при протезировании мостовидными цельнолитыми и металлокерамическими протезами // Клиническая стоматология. – 2009. – № 4. – С. 58–62.
11. Прохончуков А.А., Жижина Н.А., Мозговая Л.А и др. Способы повышения эффективности дентальной имплантации с помощью магнито-лазерного излучения // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2003. – № 1. – С. 54–58.
12. Прохончуков А.А., Матвеева А.И., Климашин Ю.И. и др. Адаптация периодонта опорных зубов к повышенной жевательной нагрузке и профилактика пародонтальных осложнений при протезировании несъемными мостовидными зубными протезами // Панорама ортопедической стоматологии. – 2010. – № 4. – С. 62–71.



Эстетическая стоматология

Особенности формообразования моляра верхней челюсти с учетом редукционных процессов зубочелюстной системы и этнических особенностей строения

Резюме

В данной работе наглядно продемонстрированы одонтологические признаки строения первого верхнего моляра, присущие той или иной национальности, которые могут быть использованы при восстановлении первого верхнего моляра.

Ключевые слова: эстетика, форма зуба, одонтологические признаки.

The peculiarities of upper jaw molar forming in respect to the dentition reduction processes and the ethnic peculiarities of the dental structure

I.M. Rasulov, R.G. Karabekov

Summary

This paper demonstrates the odontologic signs of the upper first molar structure typical of different ethnic nationalities, which could be used when restoring the upper first molar.

Keywords: esthetics, tooth form, jdontologic signs.

Моделирование формы зубов на сегодняшний день происходит по законам бионики – науки о построении природной формы зубов.

До широкого внедрения в практической стоматологии композитных материалов и керамических масс основной задачей, которая стояла перед врачами-стоматологами, было восстановление функции зубочелюстного аппарата.

С возможностью широкого применения светополимеризующихся пломбировочных материалов, металлокерамических коронок, цельнокерамических зубных вкладок, виниров у врачей-стоматологов появилась возможность решения не только задач восстановления функции жевательного аппарата, но и восстановления природной формы зубов, что и способствовало развитию эстетической стоматологии.



И.М. Расулов,
докторант



Р.Г. Карабеков,
аспирант

Кафедра ортопедической стоматологии ФПДО МГМСУ

Для переписки:
127473, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4
E-mail: irasulov77@mail.ru

Задача эстетической стоматологии заключается не в воссоздании анатомической формы зуба, а в правильном восстановлении природной формы зубов, присущей именно данному контингенту населения, что влечет за собой и полное восстановление функции зубочелюстной системы, так как одно зависит от другого.

Плохо восстановленные зубы создают проблемы, связанные не только с эстетикой и функцией зубочелюстного аппарата, но и с желудочно-кишечным трактом, слизистой и т.д. Множество болезней других органов начинаются именно со стоматологических проблем. Инфекции часто заносятся через ротовую полость [4].

Несомненно, в формообразование зубочелюстной системы в целом и зубов в частности свои корректиры вносит эволюционный процесс. На протяжении многих тысячелетий основным направлением эволюции зубной системы была редукция размеров зубов, уменьшение размеров ряда морфологических элементов вплоть до полной их утраты, упрощение и обеднение рельефа поверхностей зубов [1].

По мнению А.А. Зубова (1973), многоэтапность хода эволюции зубов человека породила тип зубной системы, в котором существуют древнейшие признаки и особенности совсем недавнего происхождения. Эти факты имеют весьма важное значение для антропологии. При любом исследовании, в частности в работах из области этнической одонтологии, древность признака и темп его эволюционных изменений обязательно должны быть приняты во внимание [1]. Взаимосвязь и взаимообусловленность всей зубочелюстной системы очевидна, а неправильное восстановление формы зубов, то есть восстановление по общепринятым правилам, так, как того пожелает зубной техник, ее разрушает.

Л.М. Ломиашвили и Л.Г. Аюпова [2] отмечают, что



для создания правильной конфигурации зубов, зубного ряда врачам-реставраторам необходимы подробные сведения о морфологических параметрах коронок зубов, знание их формы, одонтоглифики и других особенностей строения. Неправильное моделирование формы зуба приводит к нарушению его функции, в результате чего меняется функция как зубного ряда, так и всей зубочелюстной системы в целом.

Ранее нами было проведено обследование жителей республики Дагестан различных национальностей. В состав обследованных групп вошли представители русской, аварской, даргинской, кумыкской, лакской и лезгинской национальностей. Всего было обследовано по 600 человек каждой национальности. Обследование населения заключалось в снятии оттисков верхней и нижней челюстей и получении гипсовых моделей челюстей. В дальнейшем непосредственно на гипсовых моделях проводилось одонтологическое и одонтоглифическое исследование. На основании проведенного исследования была создана таблица одонтологических признаков первых верхних постоянных моляров различных этнических групп республики Дагестан [3] (табл. 1).

Таблица 1. Одонтологические признаки первых верхних постоянных моляров различных этнических групп Республики Дагестан

	Аварцы	Даргинцы	Кумыки	Лакцы	Лезгинцы	Русские
Степень выраженности бугорка Карабелли	3	4	(1)	1	2	(1)
Степень редукции Метаконуса	(1)	(1)	1	2	2	1
Степень редукции Гипоконуса	(4-)	(4-)	(4-)	(4-)	(4-)	(4-)
Выраженность дистального бугорка	(2)	(1)	2	(1)	1	(1)



В основе оценки редукции метаконуса лежит принцип сравнения с эконусом по 4-х балльной системе (А.А. Зубов, 1968).

Степень выраженности метаконулюса (дистальный краевой бугорок) определяется шкалой, предложенной А.А. Зубовым и Н.И. Халдеевой (1993), где 1 балл – отсутствие признака, от 2-х до 5-ти баллов – наличие признака.

Общая форма первого верхнего моляра определяется в основном редукцией гипоконуса. Редукция гипоконуса нами определялась по шкале А. Дальберга (1963), которая состоит из 4 баллов редукции бугорка.

Бугорок Карабелли (пятый дополнительный бугорок) имеет 5 баллов развития признака (А.А. Зубов, Н.И. Халдеева, 1993).

Одно дело, когда человек создает форму, а другое, когда форма зубов определяется природой. В своей работе мы на основании изучения формы верхнего моляра попытались объединить навыки обоих "мастеров" и отметить особенности моделирования с учетом этнических особенностей и эволюционных процессов и предложить моделировку зубов, представив наглядно изображение фантомных работ с выраженным одонтологическими признаками, характерными для обследованных национальностей.

У представителей аварской национальности бугорок Карабелли (рис. 1а) характеризовался наличием небольшого бугорка с отдельной вершиной, что соответствует 3 баллам развития признака. Метаконус у аварцев был равен эконусу или незначительно пре-восходил его по размерам (рис. 1б), что соответствует 1 баллу по шкале редукции метаконуса. Редукция гипоконуса (рис. 1в) составила 4 балла, что характеризует гипоконус как бугорок меньший метаконуса и не образующий выступа в дистолингвальном направлении, хотя его еще можно назвать одним из больших бугорков. Степень выраженности дистального бугорка (мета-

Рис. 1

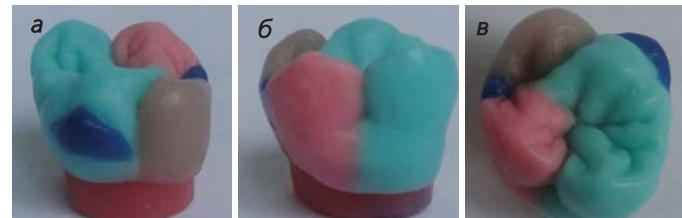
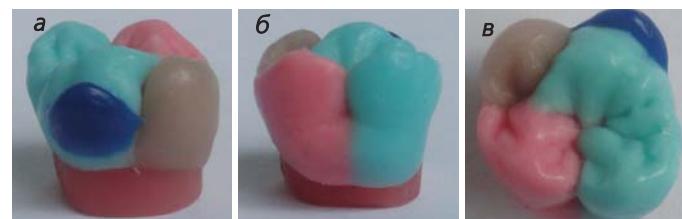


Рис. 2



ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

конулюса) составила 2 балла развития признака, что говорит о его наличии на зубе (рис. 1в).

Самый крупный бугорок Карабелли (рис. 2а) из всех обследованных групп населения республики Дагестан был выявлен у представителей даргинской национальности (4 балла). Степень редукции метаконуса у лиц даргинской национальности отсутствовала, метаконус был равен эоконусу или незначительно превосходил его по размерам (1 балл) (рис. 2б). Гипоконус у даргинцев был меньше метаконуса и не образовывал выступа в дистолингвальном направлении (4 балла) (рис. 2в). Дистального бугорка выявить не удалось, что соответствует развитию признака в 1 балл (рис. 2в).

У представителей кумыкской национальности бугорок Карабелли (рис. 3а) характеризовался наличием признака без заметного вздутия поверхности, что соответствует 1 баллу развития признака. Редукция метаконуса у кумыков составила 1 балл (рис. 3б), что свидетельствует о том, что метаконус был равен эоконусу или незначительно превосходил его по размерам. 4 балла выраженности редукции гипоконуса было выявлено у лиц кумыкской национальности (рис. 3в). Выраженность дистального бугорка (метаконулюса) составила 2 балла, что говорит о его наличии на дистальном крае жевательной поверхности между метако-

нусом и гипоконусом.

Бугорок Карабелли у лиц лакской национальности (рис. 4а) характеризовался наличием признака без заметного вздутия поверхности (1 балл). Метаконус у лакцев был меньше эоконуса (рис. 4б), но различие между ними невелико и не сразу бросалось в глаза, что соответствует 2 баллам редукции бугра. Степень редукции гипоконуса составила 4 балла (рис. 4в), что характеризует его как бугор меньший метаконуса и не образующий дистолингвального выступа. Дистальный бугорок (метаконулюс) у обследованных лакцев отсутствовал (1 балл) (рис. 4в).

На рис. 5а видно, что бугорок Карабелли у лезгин характеризовался отчетливо выраженным вздутием поверхности без отдельной вершины (2 балла). Метаконус у лакцев был меньше эоконуса, но различие между ними было невелико (рис. 5б), что соответствует 2 баллам по шкале А.А. Зубова (1968). Редукция гипоконуса соответствовала 4 баллам редукции бугра (рис. 5в), а наличие дистального бугорка (метаконулюса) не было диагностировано у представителей лезгинской национальности, что соответствует 1 баллу (рис. 5в).

У представителей русской национальности бугорок Карабелли характеризовался наличием признака без заметного вздутия поверхности (1 балл) (рис. 6а). На

Рис. 3

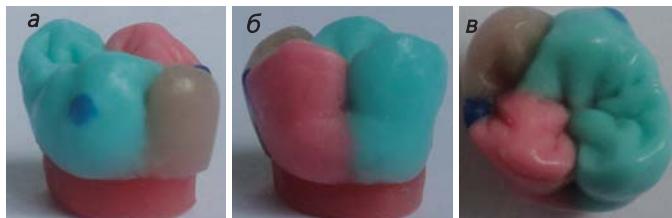


Рис. 6



Рис. 4



Рис. 7



Рис. 5



рис. 6б мы видим, что метаконус равен эоконусу или незначительно превосходит его (1 балл). Степень редукции гипоконуса у лиц русской национальности составила 4 балла, что говорит о том, что метаконус равен эоконусу или незначительно превосходит его по размерам (рис. 6в); наличие дистального бугорка не было выявлено (1 балл) (рис. 6в).

Наиболее широкий размах выраженности изучаемых признаков был выявлен у пятого дополнительного бугорка (буторок Карабелли). На рис. 7а, б, в, г видны четкие различия между: а – русские, лакцы и кумыки, б – лезгины, в – аварцы, г – даргинцы.

На основании полученных данных мы видим, что на зубах обследованного населения республики Дагестан имеются как одинаковые признаки, так и различные. Эти данные могут свидетельствовать как о единстве происхождения, так и о том, что народы Кавказа являются народами, пришедшими из других регионов.

Таким образом, форму первого верхнего моляра можно охарактеризовать как четырехбуторковую с признаками редукции. Выявленные особенности, по-видимому, подтверждают тезис о том, что восстановление коронок зубов как в практике терапевтического, так и ортопедического лечения необходимо проводить строго с учетом индивидуальных и этнических особен-

ностей конкретного пациента. Лечение, проведенное с учетом этих особенностей, будет способствовать как восстановлению формы, так и функции конкретного зуба и всей зубочелюстной системы в целом.

На основании проведенного исследования можно предположить, что эволюционные процессы могут зависеть от места жительства или этнической принадлежности населения. Результаты исследования могут быть использованы в практической стоматологии, врачами-терапевтами и врачами-ортопедами, а также в зуботехнической лаборатории для восстановления формы коронок первого моляра верхней челюсти с учетом одонтологических особенностей строения зубов.

Литература

1. Зубов А.А. Этническая одонтология. – М.: Наука, 1973.
2. Ломиашвили Л.М., Аюпова Л.Г. Художественное моделирование и реставрация зубов. – М.: Медицинская книга, 2008.
3. Расулов И.М., Ибрагимов Т.И. Одонтологический анализ первого постоянного моляра верхней челюсти // Форум стоматологии. – 2010. – № 1–2. – С. 52–55.
4. Цыбина О. Скульптор человеческих улыбок // Стоматологический вестник. – 2008. – № 4. – С. 40–44.

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



Рентгеностоматология

Клинико-рентгенологические аспекты и проблемы отличительного распознания заболеваний челюстно-лицевой области

Резюме

На основании литературных данных и собственного опыта приведены клинико-рентгенологические аспекты (пол, возраст, особенности локализации) и их значение в отличительном распознавании различных заболеваний.

Учет всего комплекса позволяет высказать предположительный диагноз или диагностический ряд. При подозрении на злокачественную опухоль окончательный диагноз ставится лишь на основании гистологического заключения.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, кисты, опухоли.

Clinico-rentgenological aspects and problems of differential diagnosis of diseases of jaw-facial region

Yu.I. Vorobiev

Summary

On the basis of the literary data and our expirience are resulted clinico-rentgenological aspects (sex, age, spetialties of localisation) and their significance in discriminating recognition of various diseases of jaw-facial region.

The accounting of all complex allowes to detect the hypothetical diagnosis or diagnostic layer. In case of suspicion on malignant tumor the final diagnosis detects on the basis of the histodiagnosis.

Keywords: differential diagnosis, cysts, tumours.

Диагностика заболеваний челюстно-лицевой области представляет значительные сложности, что обусловлено как топографо-анатомическими особенностями, так и многообразием патологических процессов и, подчас, схожестью их клинико-рентгенологического проявления. Наряду с заболеваниями, встречающимися в других отделах, одонтогенные процессы характерны только для этой области.

В настоящей работе мы пытались суммировать литературные данные и собственный опыт с учетом рентгенологической картины, возраста, пола и особенностей локализации патологического процесса (табл. 1).

Так целый ряд заболеваний встречается преимущественно у мужчин. К ним относятся: амелобластома, остеомиелит, ряд кистозных образований (резидуальные кисты, кисты резцового канала, шаровидно-верхнечелюстные кисты), рако-



Для переписки:
127322, Москва, ул. Яблочкива,
д. 35, кв. 168
Тел.: +7 (495) 610-73-92;
+7 (495) 611-27-44

Ю.И. Воробьев,
д.м.н., профессор
кафедры лучевой диаг-
ностики МГМСУ

вые опухоли, ретикулосаркома, остеогенная саркома, саркома Юинга (в 2 раза чаще), хондросаркома, фиброзная дисплазия (херувизм), болезнь Педжета.

Синдром Олбрайта (фиброзная дисплазия) наблюдается только у девочек, херувизм чаще у мальчиков.

Остеокластома – соотношение ж/м= 2,4/1, гемангиома наблюдаются чаще у женщин, гиперпаратиреоидизм – в 7 раз чаще, мисломная болезнь – в 3 раза чаще.

Преимущественно в возрасте до 20–30 лет диагностируются одонтомы, фиброзная дисплазия, включая херувизм, внутрикостные гемангиомы, фолликулярные кисты, травматические кисты, остеокластомы, остеогенная саркома.

Амелобластомы, раковые опухоли слизистой оболочки полости рта и верхнечелюстной пазухи наблюдаются у пациентов, как правило, старше 40 лет.

Нижняя челюсть поражается преимущественно при следующих заболеваниях: амелобластома (в 80%), остеомиелит (в 7 раз чаще), фиброзная дисплазия (в 7 раз чаще), внутрикостные гемангиомы (в 65%), кератомисты (в 80%), остеокластомы (в 70%), остеогенная саркома (в 95%), метастазы. Излюбленная локализация аденокистозной карциномы и опухолей мелких слюнных желез – линия А – на границе мягкого и твердого неба.

Радикулярные кисты у взрослых локализуются преимущественно у корней верхних фронтальных зубов, шаровидно-верхнечелюстные – между боковым резцом и клыком. Фиброзная дисплазия – соотношение 4/3.

Одиночные очаги деструкции костной ткани различных размеров и четкости контуров имеют место при периодонтиях, радикулярных, фолликулярных и травматических кистах, кистах резцового отверстия, при кератокистах, амелобластомах, остеокластомах, внутрикостных гемангиомах и метастазах злокачественных опухолей в нижнюю челюсть. Наличие склеротического ободка по периферии свидетельствует о торpidном характере течения процесса.

При ряде заболеваний (кератокиста, амелобластома, остеокластома, внутрикостная гемангиома, фиброзная дисплазия, метастазы в челюсти, миксома, гиперпаратиреоидизм, ретикулосаркома) встречаются и политозные характе-



ры поражения. Рентгенологическая картина может меняться по мере прогрессирования или регрессии патологического процесса. Так ячеисто-трабекулярная форма остеокластомы после лучевой терапии может переходить в кистозную. При фиброзной дисплазии в конечном итоге возникает картина матового стекла.

Характер деформации нижней челюсти при патологических процессах в определенной степени определяется ее анатомическими особенностями. Патологические процессы в боковых отделах челюсти вызывают деформацию в щечную сторону (щечная кортикальная пластинка тоньше язычной). При патологических процессах, расположенных в области угла, деформация происходит в язычном направлении (язычная кортикальная пластинка тоньше).

Пациенты с одонтомой, фолликулярными кистами, иногда с амелобластомой обращаются с жалобами на задержку прорезывания. В большинстве случаев причиной является нарастающая деформация лица, жалобы на онемение кожи подбородка и губы (симптом Венсана).

Нечеткость контуров очагов деструкции имеет место при остеомиелите, фиброзной дисплазии, при метастазах злокаче-

ственных опухолей, при миксоме, при внутрикостных гемангиомах.

Амелобластома нижней челюсти локализуется в 70% случаев в области угла и ветви, в 20% – в зоне премоляров и в 10% – в подбородочном отделе.

В определенной степени при решении диагностических затруднений может помочь выявление характера периостальных наслоений на тангенциальном выполненных рентгенограммах. При воспалительных процессах характерны линейные периостальные наслоения, хорошо видимые по нижнему и заднему краям нижней челюсти. На щечной и язычной кортикальных пластинках они выявляются на снимках нижней челюсти вприкус и становятся видимыми через 10–14 дней от начала воспалительного процесса. При раках слизистой оболочки альвеолярного отростка при прорастании в кость периостальные наслоения отсутствуют. Нет периостальных реакций и у больных с лучевым остеомиелитом. При саркомах челюстей на рентгенограммах, выполненных в тангенциальной проекции, выявляются периостальные реакции в виде спикул или козырька.

При различных кистах и доброкачественных опухолях периостальные реакции отсутствуют. Они могут проявиться

Таблица 1. Распределение заболеваний челюстно-лицевой области с учетом пола, возраста, локализации и рентгенологической картины патологического процесса

Заболевание	Пол	Возраст (в годах)	Локализация	Рентгенологическая картина
Остеомиелит (хронический)	чаще М	Старше 40	н.ч./в.ч.=7/1	Очаги деструкции, секвестры, линейный периостит
Одонтома (рис. 1, 2)	–	До 20	Сложные на н.ч. Составные на в.ч.	Конгломерат тканей зуба на разной стадии формирования, полоса просветления по периферии
Амелобластома (рис. 3, 4)	Чаще М	Средний возраст 40	80% на н.ч.	Кистозная и поликистозная формы
Миксома	М=Ж	Средний возраст	в.ч./н.ч.=3/4	Ячеисто-трабекулярное строение, нечеткие контуры
Кисты: Радикулярная (рис. 5)	М=Ж	–	У взрослых чаще во фронтальном отделе в.ч.; у детей в области нижних моляров Чаще у 8Т8	Округлой или овальной формы очаг деструкции с четкими контурами, расположены периапикально
Фолликулярная (рис. 6)	–	20–30		Очаг деструкции костной ткани с четкими контурами, весь здаток или его часть в полости кисты
Носо-небного канала	М/Ж=3/1	–	Выше корней 1.1 и 2.1	Округлой или овальной формы очаг деструкции, зубы интактны
Кератокиста (рис. 7)	М в 56,9%	Ср. возр. 28	н.ч. в 65%	Очаг деструкции с четкими фестончатыми контурами
Травматическая	Чаще М	Моложе 30	чаще н.ч.	Очаг деструкции с четкими контурами ниже интактных нижних резцов
Остеома	Ж/М=2/1	10–20	Стенки в/ч пазухи, язычная поверхность н.ч.	Губчатые, корковые, смешанные остеомы
Гемангиома (внутрикостная)	Ж/М=2/1	10–20	В 65% н.ч.	Кистозные, поликистозные, картина колеса со спицами
Остеокластома (рис. 8)	Ж/М=2,4/1	Средний возраст 20	В 70% н.ч.	Кистозная, ячеисто-трабекулярная, литическая формы
Фиброзная дисплазия (Ф.Д.)	М=Ж	10–20	Н.ч./в.ч.=3/1	Очаги разрежения с участками склероза; в итоге – картина матового стекла
Синдром Олбрайта (Ф.Д.)	Ж	До 20	В.ч. несколько чаще	Картина фиброзной дисплазии
Херувизм (Ф.Д.) (рис. 9)	Чаще в.ч.	2–20	Верхняя стенка в/ч пазухи, область углов и ветви н.ч.	Поликистозный характер поражения
Болезнь Педжета	Чаще М	Старше 40–50	Чаще в.ч.	"ватный" рисунок
Рак (рис. 10)	М/Ж=5/1	Ср. возраст 65	Н.ч./в.ч.=3/1	Краевой очаг деструкции с нечеткими контурами
Остеогенная саркома (рис. 11)	Чаще М	Ср. возраст 27	Чаще н.ч.	Остеолитическая, остеопластическая и смешанная формы. Спикулы
Метастазы злокачественных опухолей	Ж/М=3/2	40–60	Н.ч./в.ч.=7/1	Остеолитические, остеопластические формы

Сокращения: в.ч. – верхняя челюсть; н.ч. – нижняя челюсть; в/ч пазуха – верхнечелюстная пазуха; м – мужчины; ж – женщины.

ВОЗМОЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ

при присоединении вторичного воспалительного процесса.

Сочетание очагов деструкции и остеосклероза имеет место при остеомиелите, фиброзной дисплазии, при остеогенной саркоме и при болезни Педжета.

Наиболее патогномонична рентгенологическая картина одонтомы — высокой интенсивности тень, обусловленная комплексом зубных тканей на разной стадии формирования, с четкими бугристыми контурами и полосой просветления по периферии за счет наличия капсулы. Составные одонтомы в большинстве случаев локализуются на верхней челюсти во фронтальном отделе, сложные — на нижней челюсти в области моляров. Клинико-рентгенологический диагноз, как правило, не вызывает сомнений.

Довольно характерна и картина фиброзной дисплазии (херувизм) при двустороннем поражении нижней челюсти. В области углов и ветви кость вздута вследствие образования множества кистевидных полостей различной формы и величины, корковый слой истончен и на отдельных участках прерывается.

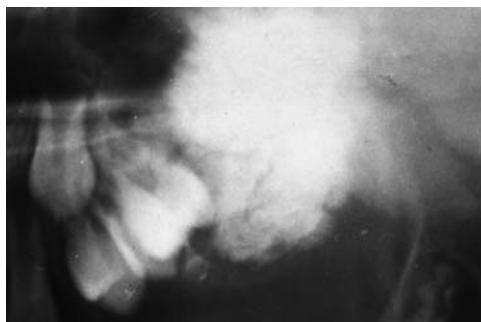


Рис. 1. Ортопантомограмма (фрагмент). Высокой интенсивности негомогенная тень с бугристыми контурами и полосой просветления в нижнем отделе. Сложная одонтома в области 27–28 зубов

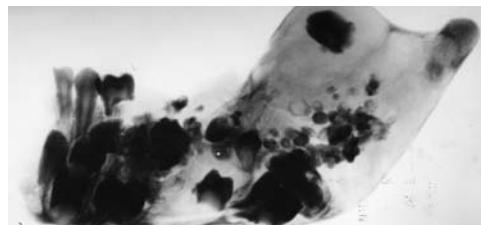


Рис. 2. Рентгенограмма препарата левой половины нижней челюсти в боковой проекции. Множество зубоподобных образований и зубов на разной стадии формирования на фоне участков разрежения. Челюсть увеличена в объеме за счет вздутия в области ветви, включая отростки, корковый слой истончен, реакция надкостницы отсутствует. Составная одонтома

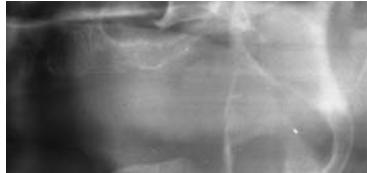


Рис. 3. Ортопантомограмма (фрагмент). Поликистозная амелиобластома (гистологическая верификация) в области угла и ветви нижней челюсти слева

При подозрении на фиброзную дисплазию и гистиоцитоз X может помочь рентгенологическое исследование костей свода черепа, таза, ребер. Полиосальный характер поражения подтверждает диагноз. Однако, следует учитывать, что встречаются и моносальные формы.

Кажущаяся простота диагностики периапикальных (радикулярные кисты) и перикоронарных патологических процессов (фолликулярные кисты) может ввести в заблуждение. Амелобластома, остеокластома, метастатические поражения также могут располагаться периапикально и перикоронарно.

Патологические процессы, расположенные по краю альвеолярного отростка с поражением межзубных перегородок: пародонтит, пародонтоз, гистиоцитоз X, эпulis, рак. При заболеваниях пародонта происходит снижение высоты межзубных перегородок. Гистиоцитоз X вызывает деструкцию альвеолярного отростка, и зубы как бы висят в воздухе. Рак слизистой оболочки встречается преимущественно на беззубых участках и вызывает краевую деструкцию с нечеткими неровными контурами.



Рис. 4. Ортопантомограмма. В области угла и ветви нижней челюсти слева овальной формы очаг деструкции костной ткани с четкими контурами. Зачаток 38 зуба смещен книзу, целостность коркового слоя по нижнему краю нарушена. Солидная амелиобластома (гистологическая верификация)

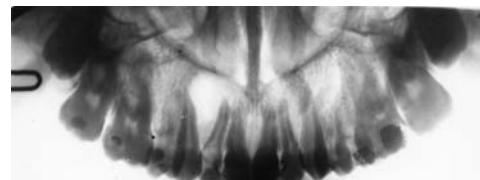


Рис. 5. Увеличенная панорамная рентгенограмма верхней челюсти в прямой проекции. Радикулярная киста у верхушек корней 1.1, 1.2 и 1.3. Глубокий кариес коронки 12



Рис. 6. Ортопантомограмма. Зачаток 23 зуба находится в полости кисты, проросшей в левую верхнечелюстную пазуху. Нарушено положение зачатков 24 и 25 зубов. Фолликулярная киста

Все вышеприведенные клинико-рентгенологические аспекты позволяют в большинстве случаев выстроить дифференциально-диагностический ряд возможных заболеваний. Однако при подозрении на злокачественную опухоль окочанчательный диагноз ставится лишь на основании гистологического заключения. Оно помогает не только в постановке диагноза, но и в выборе метода лечения и, в частности, в определении объема хирургического вмешательства, в выборе дозы при лучевой терапии и препарата при химиотерапии.

Литература

1. Бажанов Н.Н. Стоматология. – М.: Медицина, 1990.
2. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Трутень В.П. Лучевая диагностика в стоматологии. – М.: Медика, 2007.
3. Воробьев Ю.И. Рентгенография зубов и челюстей. – М.: Медицина, 1989.
4. Воробьев Ю.И. Рентгенодиагностика в практике врача-стоматолога. – М.: МЕДпресс-информ, 2004.
5. Зедгенидзе Г.А., Шилова-Механик Р.С. Рентгено-диагностика заболеваний зубов и челюстей. – М.: Медгиз, 1952.
6. Зедгенидзе Г.А. Клиническая рентгенология. Т.3. Рентгенодиагностика заболеваний костного скелета. – М.: Медицина, 1983.
7. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Предраковые состояния, опухоли, подобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи. – М., 1993.
8. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. – М.: МИА, 1999.
9. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Атлас рентгенограмм. – М.: МИА, 2002.
10. Терновой С.К., Араблинский А.В., Синицын В.Е. Современная лучевая диагностика заболеваний придаточных пазух носа. – М., 2004.
11. Чибисова М.А., Дударев А.Д., Караска А.А. Лучевая диагностика в амбулаторной стоматологии. – СПБИС, 2002.
12. Шехтер И.А., Воробьев Ю.И., Котельников М.В. Рентгенодиагностика заболеваний зубов и челюстей в норме и патологии. – М.: Медицина, 1968.



Рис. 7. Ортопантомограмма (фрагмент). По нижнему краю нижней челюсти в области 37, 38 зубов овальной формы очаг деструкции костной ткани с четкими склерозированными контурами. Кератокиста (гистологическое подтверждение)

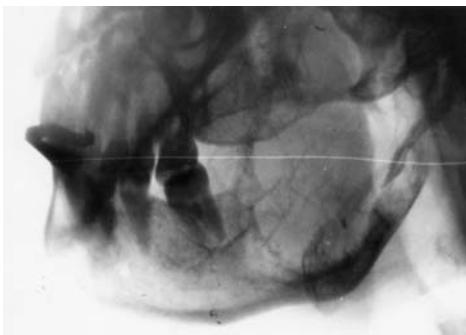


Рис. 8. Рентгенограмма левой половины нижней челюсти в боковой проекции. Ячеисто-трабекулярная перестройка структуры костной ткани в области угла и ветви (вздутие). Остеокластома (гистологическое подтверждение)

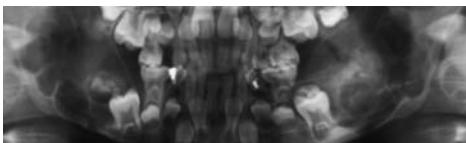


Рис. 9. Ортопантомограмма мальчика 4 лет. Поликистозные образования в области углов и ветвей нижней челюсти с обеих сторон, с объемным увеличением этих отделов и истончением коркового слоя. Херувизм (фиброзная дисплазия)

стика заболеваний зубов и челюстей. – М.: Медгиз, 1952.

6. Зедгенидзе Г.А. Клиническая рентгенология. Т.3.

Рентгенодиагностика заболеваний костного скелета. – М.: Медицина, 1983.

7. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н.

Предраковые состояния, опухоли, подобные поражения и

кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи. – М., 1993.

8. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в

стоматологии. – М.: МИА, 1999.

9. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Стоматология и челюстно-

лицевая хирургия. Атлас рентгенограмм. – М.: МИА, 2002.

10. Терновой С.К., Араблинский А.В., Синицын В.Е.

Современная лучевая диагностика заболеваний придаточных

пазух носа. – М., 2004.

11. Чибисова М.А., Дударев А.Д., Караска А.А. Лучевая диаг-

ностика в амбулаторной стоматологии. – СПБИС, 2002.

12. Шехтер И.А., Воробьев Ю.И., Котельников М.В.

Рентгенодиагностика заболеваний зубов и челюстей в норме

и патологии. – М.: Медицина, 1968.

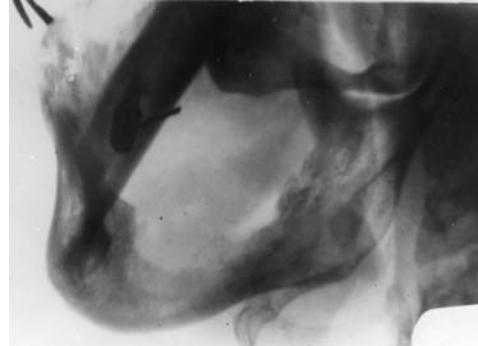


Рис. 10. Рентгенограмма левой половины нижней челюсти в боковой проекции, деструкция альвеолярной части нижней челюсти в области отсутствующих 34–37 зубов с нечеткими контурами. Плоскоклеточный рак с ороговением слизистой десны (гистологическая верификация)



Рис. 11. Рентгенограмма нижней челюсти слева в боковой проекции. Деструкция альвеолярной части нижней челюсти сзади от 36 зуба, выраженные остеопластические процессы, корковый слой по нижнему краю истончен. Выраженные спикулообразные периостальные наслонения. Остеогенная саркома, остеопластический вариант (гистологическая верификация)



Детская стоматология

Хронобиологический подход к профилактике и лечению начальных форм кариеса

Резюме

Проведена оценка эффективности пролонгированной хронотерапии (днем и ночью) поверхностного кариеса у детей 7–15 лет биопленками растительного происхождения. Лучшие результаты получены в группе ночной хронотерапии, что, по-видимому, связано с обменом кальция как созидающего элемента в период покоя, сна.

Ключевые слова: хронобиология, поверхностный кариес, дети.

Chronobiological way in the superficial caries prevention and treatment

T.F. Kosyreva, E.S. Zaporozhskaya-Abramova

Summary

Assessment of prolonged chronotherapy (day and night) of caries superficialis in children 7–15 years old was made with biofilms containing herbal extract and Calcium. The best results were obtained in the group of night chronotherapy, which must be related to calcium metabolism as a creative element in a period of sleep.

Keywords: chronobiology, children, caries superficialis.

В настоящее время проблема лечения и профилактики кариеса у детей остается актуальной почти во всех странах (Леус П.А., 2008). Неблагоприятная экологическая обстановка, некачественная вода и пища, нерациональная антибиотикотерапия создают условия для развития дисбактериоза кишечника и полости рта, снижения защитных иммунных сил организма, аллергизации детей и взрослых, активизации хронических бактериальных инфекций. По результатам стоматологического обследования населения России в 2009 г., проведенного по методике ВОЗ, была выявлена высокая распространенность стоматологических заболеваний у детей школьного возраста, требующая разработки и внедрения эффективных методов профилактики (Кузьмина Э.М., 2009).

Большое внимание уделяется профилактике начальных форм кариеса зубов – деминерализации эмали, что особенно важно в период прорезывания и минерализации постоянных зубов (Боровский Е.В., Леонтьев В.К., 1991; Назукина И.Г., 1993; Кузьмина И.П., 1996).



Т.Ф. Косырева, зав. каф. стоматологии детского возраста с курсом ортодонтии, д.м.н.



Е.С. Запорожская-Абрамова, аспирант

Российский университет дружбы народов

Для переписки:
Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8, РУДН, медицинский факультет
Тел.: +7 (495) 787-38-03; +7 925-500-77-90 (моб.)
E-mail : kosyreva@med.rudn.ru

Хронофармакология является разделом новой науки – хронобиологии. Изучение закономерностей ритмических процессов, происходящих в организме, должно лежать в основе лекарственной терапии различных заболеваний, что обещает максимальную оптимизацию лечебных мероприятий (Чибисов С.М., 2001). Уже доказано, что лекарство, принятое в разное время суток, действует по-разному. Причем зависит это не только от ритма выработки ферментов и транспортных веществ, доставки и переработки данного лекарства, но и от того, что временем приема лекарства предопределается реакция клеток. Благодаря этому открытию удалось отойти от стандартных схем лечения. Гораздо меньшая доза препарата, принятая в то время, когда это действительно нужно, принесет большую пользу. Кроме того, в этом случае наблюдается гораздо меньше побочных эффектов.

Целью нашего исследования было определение лечебного эффекта в случаях начальных форм кариеса у школьников при применении лекарственного препарата природного происхождения в виде аппликационных лекарственных биопленок пролонгированного действия с желатиновой основой и экстрактами шести трав (зверобоя, тысячелистника, шалфея, цветков календулы, плодов шиповника, корня солодки) и глицерофосфата кальция в различные периоды времени суток (днем или ночью).

Материал и методы. С целью оценки сравнительной эффективности хронотерапии очагов деминерализации зубов в виде белых пятен нами было обследовано 30 детей с начальными формами кариеса в возрасте от 7 до 15 лет, которые были распределены на две равноценные группы по 15 человек в каждой. Каждая группа подраз-



делялась на две подгруппы в зависимости от степени интенсивности очагов деминерализации (табл. 1): группы 1А и 2А включали по 7 детей в возрасте 7–15 лет со степенью деминерализации эмали 4–5 баллов; группы 1Б и 2Б включали по 8 школьников в возрасте 7–15 лет со степенью деминерализации 6–10 баллов.

Таблица 1. Результаты эффективности хронотерапии поверхности кариеса (в баллах) у детей 7–15 лет растительными биопленками пролонгированного действия

Параметры	До лечения	Через 10 дней	Через 20 дней	Через 30 дней	Через 40 дней
Гр. 1А	4,6	2,1	2,1	0,5	0
Гр. 1Б	7,8	3,3	1,2	0,7	0
Гр. 2А	4,6	4,5	4,0	2,4	1,1
Гр. 2Б	7,7	7,6	6,9	3,5	1,8

У каждого пациента определяли индекс гигиены, и с помощью визуального метода исследования были определены очаги деминерализации эмали. Интенсивность очага деминерализации эмали выявляли на предварительно очищенных от налета и высушенных зубах путем нанесения на пятно на 3 минуты 2% водного раствора метиленового синего. После промывания водой и высушивания поверхности зуба определяли степень прокрашивания очага по контрольной градационной 10-польной полутоновой шкале (Аксамит Л.А., 1978). Оценивали степень прокрашивания по следующей схеме: от 1 до 3 баллов – низкая степень окрашивания очага, от 4–5 баллов – средняя степень окрашивания и от 6 до 10 баллов – высокая степень окрашивания очага деминерализации.

Результаты исследования.

После обследования проведены профессиональная гигиена полости рта и обучение пациентов индивидуальной гигиене полости рта. Интенсивность очагов деминерализации эмали в каждой из групп была равной: 1А и 2А – средняя степень деминерализации; 1Б и 2Б – высокая степень деминерализации. Всем пациентам был назначен трехнедельный курс лечения: полоскания раствором морской соли и аппликации биопленок растительного происхождения.

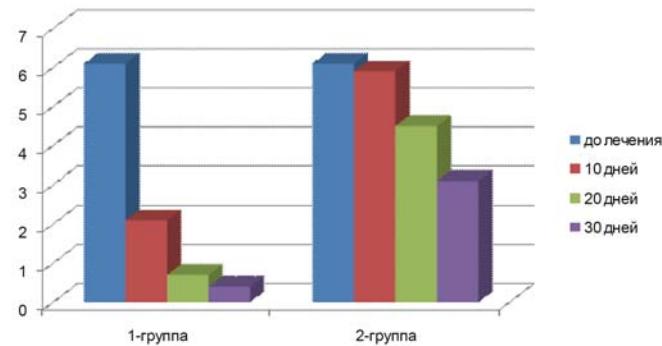
Пациентам 1-й группы накладывали биопластины пролонгированно в области преддверия полости рта и шеек зубов обеих челюстей на ночь в течение 9–10 часов сна. Пациентам 2-й группы накладывали биопленки в течение 3–4 часов 2 раза днем.

Через 10 дней курса лечения у детей 1-й группы появились клинические признаки реминерализации деминерализованных участков эмали, через 30–40 дней – полное восстановление структуры эмали. Во 2-

й группе детей признаки реминерализации появились через 20–30 дней, значительное восстановление структуры эмали – через 40 дней. По окончании лечения в последнее посещение всем пациентам была проведена обработка фторсодержащим лаком, поскольку фтор как микроэлемент способствует фиксации кальция в тканях зуба (Федоров Ю.А., 2009) (рис. 1).

Выводы. Полученные результаты дают нам возможность рекомендовать применение реминерализующей терапии в виде биопленок растительного происхождения с кальцием на основе желатина пролонгированно в течение ночного сна. Лучшие результаты можно объяснить биоритмическими обменными особенностями организма человека, так как известно, что кальций, относящийся к созидающим веществам в организме, работает в состоянии покоя, сна.

Рис. 1. Средняя интенсивность окрашивания очагов деминерализации у детей 7–15 лет 1 и 2 групп в период хронотерапии



Литература

1. Кузьмина И.П. Профилактика ранних форм кариеса в период прорезывания постоянных зубов у детей: автореф. ...канд. мед. наук. – М., 1996. – 28 с.
2. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. – М.: Медицинская книга, 2008. – 443 с.
3. Максимовская Л.Н., Кузьмина Э.М., Вагнер В.Д., Васина С.А., Кисельникова Л.П. Основные направления развития школьной стоматологии в России; МГМСУ, Стоматологическая ассоциация России // Российская стоматология. – 2009. – № 1. – С. 60–62.
4. Чибисов С.М. Основные аспекты хронофармакологии и хронотерапии // Новая аптека. – 2001. – № 3. – С. 42–49.
5. Суханов А.В. Хронобиологические характеристики метаболизма костной ткани интактных и поврежденных костей: автореф. дис. ...канд. мед. наук. / Рос. НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена. – СПб., 1999. – 16 с. ил. – Библиогр.: с. 15–16.
6. Таболи В.А., Неудахин Е.В. Хронофармакологические принципы терапии заболеваний у детей: труды 2 Рос. нац. конгр. "Человек и лекарство". Москва, 10–15 апр., 1995. – М., 1996. – С. 94–107.
7. Федоров Ю.А. Еще один шаг к решению проблемы кариеса // Стоматология сегодня. – 2009. – № 4 (84). – С. 34–35.
8. Estabrook R.W., Srere P. Biological cycles . Ed.: – N.Y.: Academic Press, 1981. – 573 p. – (Current topics cellular regulation; Vol. 18).



15 лет "Клубу 32"

26 ноября 2010 г. в Белом зале Дома Кино (ул. Васильевская, 13) состоялся киноконцерт, посвященный 15-летию "Клуба 32" и 30-летию творческой биографии доктора медицинских наук, поэта-песенника Геннадия Сорокоумова. Организаторами мероприятия были Союз кинематографистов РФ, Гильдия актеров кино России, Комитет по культуре и Департамент здравоохранения Правительства Москвы, редакция журнала "Стоматология для всех".

"Клуб 32" и его бессменного президента Г.Л. Сорокоумова приветствовали генеральный директор Гильдии актеров кино России В.А. Гущина, нар. арт. СССР А.Н. Пахмутова и Н.Н. Добронравов, нар. арт. России Заур Тутов, В.Я. Шайнский, Леонид Серебренников, Бари Алибасов, Бедрос Киркоров, академик В.К. Леонтьев, нар. арт. России Алексей Петренко, нар. арт. России Роксана Бабаян, засл. арт. России Ян Осин, политик Алексей Митрофанов, засл. арт. России Владимир Лебедев, нар. арт. России Геннадий Юхтин, Симон Осиашвили, нар. арт. России Зинаида Кириенко, композиторы Олег Иванов, Эдуард Ханок, нар. арт. России Александр Пятков, а также певица Анастасия, Владимир Вишневский, телеведущий Олег Марусев, композитор Владимир Михайлов, заслуженный артист России Игорь Славянов, заслуженный артист России Александр Савин, писатель Леонид Жуховицкий, поэтесса Л.Н. Козлова (супруга Михаила Танича), д.м.н., проф. С.Л. Дарьялова (супруга Аркадия Вайнера), молодой писатель Александр Искандер (сын Ф. Искандера) и ряд других членов и друзей "Клуба 32".

Свои поздравления передали нар. арт. СССР, композитор Оскар Фельцман, нар. арт. СССР И.Д. Кобзон, нар. художник СССР А.М. Шилов, нар. арт. СССР Е. Дога, нар. арт. России Л.Ю. Казарновская, компози-



тор Александр Журбин, нар. арт. СССР Э.А. Быстрицкая, А.А. Ширвиндт, М.М. Державин, Л.И. Хитяева, нар. арт. России Александр Михайлов, д.м.н., телеведущая Елена Малышева, композитор А. Богословская (супруга Н. Богословского), нар. арт. СССР Людмила Лядова, нар. арт. России С.И. Бэлза, стихотворное поздравление прислала Ирина Понаровская.

Орден "Слава России" Г.Л. Сорокоумову вручили генерал-лейтенант А.Ф. Мельников и председатель комиссии Правительства Москвы по сфере услуг С.П. Айсина, Памятную медаль Фонда нар. арт. СССР М.И. Пуговкина – И.К. Пуговкина.

Ведущими вечера были нар. арт. России Тамара Семина и засл. арт. России Алексей Москалев.

Со сцены и с экрана звучали всенародно любимые стихи, песни, музыка, сопровождаемые аплодисментами переполненного зала, и конечно же, интереснейшие выступления коллег о роли стоматологической культуры в нашей жизни.

Отличительной особенностью 15-летнего юбилея "Клуба 32" было то, что, пожалуй, впервые в таком большом объеме прозвучали стихи Г.Л. Сорокоумова в исполнении автора и знаменитых гостей юбилея и

В Доме Кино чествуют "Клуб 32"





песни на его стихи.

В зале присутствовали и принимали заслуженные поздравления врачи и сотрудники стоматологического центра "Клуб 32".

Стоматологическая общественность была представлена академиком В.К. Леонтьевым, профессорами В.Н. Олесовой и И.А. Шугайловым, главным редактором журнала "Стоматология для всех" А.В. Конаревым. Не смогли присутствовать, но передали свои поздравления президент СТАР В.Д. Вагнер и президент Московской стоматологической ассоциации Ю.М. Максимовский.

О Г.Л. Сорокоумове Из предисловия к книге Г.Л. Сорокоумова "Стоматологические стихи, или Арбатское небо"

Геннадий Сорокоумов родился 31 мая 1964 г. в Москве. Его отец, Лев Ефимович, подполковник в отставке, офицер-танкист, во время войны был ранен, контужен, горел в танке, участник "Дороги жизни", инвалид 1-й группы, имеет 3 высших образования. Мама, Лидия Петровна, ветеран Великой Отечественной войны, работала на заводе "Серп и молот", испытывала сталь для танков, в течение многих лет была старшим инженером Института Генплана Москвы. Бабушка, Варвара Ивановна, работала во время войны на ткацкой фабрике. Дедушка, Петр Иванович, погиб на финской войне. Его брат, Борис Иванович, до войны был журналистом в газете "Известия", в 1941 г. погиб под немецкими танками под Волоколамском. Прабабушка, Акулина Ивановна, жила в деревне Заслонино под Можайском, во время бомбардировки ей оторвало часть ноги.

В 1981 г. Геннадий окончил школу с похвальной грамотой и поступил в Московский медицинский стоматологический



Выступают Заур Тутов, Алексей Петренко, Леонид Серебренников, Зинаида Кириенко



В ответ на приветствия часто звучали стихи



На юбилее «Клуба 32» выступают Симон Осиашвили, Бедрос Киркоров, Алексей Митрофанов

институт (теперь Московский государственный медико-стоматологический университет), в 1986 г. успешно окончил его, в 1987 г. окончил интернатуру.

Занимался бегом, кандидат в мастера спорта по легкой атлетике, неоднократно был чемпионом Москвы, в составе команды ММСИ в 1986 г. был победителем первенства СССР среди вузов, проходившего в Северной столице.

Работал врачом-стоматологом в медсанчасти № 32 в Москве и в греческой православной миссии в Иерусалиме.

В 1995 г. основал уникальный стоматологический клуб с целью становления и продвижения стоматологической культуры как части общей культуры человека. Среди членов и друзей клуба много выдающихся людей нашей страны — М.А. Ладынина, Н.В. Богословский, Ч.К. Айтматов, А.А. Вайнер, А.Г. Битов, О.Г. Чухонцев, Б.А. Хмельницкий, М.И. Пуговкин, В.С. Лановой, Э.Г. Климов, Ф.А. Искандер, Э.А. Быстрицкая, Л.А. Чурсина, Т.П. Сёмина, Е.Д. Дога, О.Б. Фельцман, А.Н. Пахмутова, Н.Н. Добронравов, А.Б. Журбин, А.Я. Михайлов, Л.А. Лядова, Л.Ю. Казарновская, Г.Г. Юхтин, А.А. Пятков и многие другие.

С 1995 г. и по настоящее время Геннадий Сорокоумов — бессменный президент клуба, главный врач стоматологического центра "Клуб 32". Многие члены клуба — его пациенты, сохраняющие с его помощью свое стоматологическое здоровье как неотъемлемый элемент высокого качества жизни и профессиональных достижений.

Примером их благодарности и уважения могут быть слова Фазиля Искандера из нашей с ним беседы, опубликованной в журнале "Стоматология для всех", № 1, 2004 г., сказанные о "Клубе 32" и Геннадии Сорокоумове: "Геннадий Львович — мой друг и мой врач... Хочу сказать добрые слова "Клубу 32", в котором мы сегодня беседуем. Это прекрасный Клуб. Кроме всего прочего, я здесь познакомился со многими людьми художественных профессий, с которыми я бы так до конца жизни, может быть, и не встретился. Это какой-то прекрасный перекресток, место встречи... Мы все любим это место и чувствуем себя здесь

невероятно уютно.

Геннадий Львович
вставил мне клавиши новых зубов
и настроил меня,
как обновленный рояль.
Рука мастера
даже в твоем собственном рту,
как халва.

Да пребудут мастера на Руси!"

Г.Л. Сорокоумов — автор свыше 60 публикаций в научных и научно-популярных изданиях, доктор медицинских наук, член редакционного совета журнала "Стоматология для всех", член Стоматологической Ассоциации России, награжден орденом "За заслуги перед стоматологией" II степени.

Всегда элегантный, выдержаный и спокойный, и в то же время загорающийся, тонко чувствующий музыку, поэзию, восхищающийся полотнами художников, готовый в любую минуту дня и ночи прийти на помощь — таким знают Геннадия Сорокоумова члены "Клуба 32", его друзья, пациенты. Общаясь с ним в самой разной обстановке и в самых разных местах — во время бесед в "Клубе 32" или на творческих чествованиях знаменитых членов Клуба в престижных залах столицы России, на приеме в связи со столетием Всемирной федерации стоматологов в Париже или на открытии выставки "Эксподентал" в Милане, я всегда ощущаю в нем истинного русского интеллигента — думающего, сопереживающего, стремящегося дойти до сути мыслей, событий, чувств, явлений.

Уважение и добрые чувства вызывают отношения Геннадия с его женой Валентиной Сорокоумовой, верным помощником, другом и соратником во всех делах.

Патриотизм, Вера и христианское мироощущение, страстная, увлеченность избранным делом жизни — стоматологией — и любимым детищем — "Клубом 32" — вот, пожалуй, доминанты личности Геннадия Сорокоумова. К ним, безусловно, относится и поэтическое творчество, представляющее в выходящей книге стихов, написанных в разные годы.

Геннадий Сорокоумов начал писать стихи в 16 лет. Любовь к



Дружеское приветствие А. Пяткова

Родине и любовь к женщине, исторические корни, судьба русского народа, подвиги отцов, Москва, где в роддоме в Леонтьевском переулке он родился, вдохновляющая красота Новгорода, Воронежа, других уголков нашей необъятной страны, трепетно-уважительной отношение к старшим и трогательно-добрые чувства к молодому поколению – в своей поэзии он смело касается самых сложных и важных тем. Среди них особое место занимает поэтическое осмысление значения профессии врача и врачебного долга. В 2003 г., когда по приглашению академика Н.Д. Ющука, тогда ректора, а ныне президента Московского государственного медико-стоматологического университета, я стал главным редактором газеты "Вестник МГМСУ", разбирая немногие сохранившиеся выпуски газеты двадцатилетней давности, я не мог не обратить внимание на стихи "Мы надели белоснежные халаты..." студента 3-го курса стоматологического факультета Геннадия Сорокоумова. Тогда же, учась на 3-м курсе, Геннадий начинает заниматься врачебной практикой, осваивает сложнейшие навыки протезирования под руководством выдающегося российского стоматолога, профессора Алексея Ивановича Дойникова.

Путь к вершинам профессионального мастерства Г.Л. Сорокоумова, о которых так образно сказал Ф. Искандер начинался именно тогда. По этому пути Геннадий Сорокоумов идет со стихами. Если говорить более точно – идет поэт Геннадий Сорокоумов.

В 2009 г. знаменитый автор всенародно любимых "Ландышей", "Черное море мое", "На пыльных тропинках далеких планет", член "Клуба 32" О.Б. Фельцман написал 12 песен на стихи поэта Г. Сорокоумова, которые были исполнены народным артистом России Леонидом Серебренниковым и записаны на диск, представленный на творческом вечере О.Б. Фельцмана в концертном зале Галереи народного художника России А.М. Шилова.

Суждения Г. Сорокоумова в стихах и в жизни порой неожиданны, в чем-то парадоксальны, но всегда искренни и глубоки. В них есть мальчишеская наивность и мудрость разносторонне зрелого человека. Наверное, за эту мудрость член "Клуба 32" Чингиз Айтматов в своем послании, присланном в



Ведущие Тамара Семина и Алексей Москалев

2004 г. из Брюсселя, подчеркнул "выдающиеся по истине, а не по фамилии качества Г. Сорокоумова".

И еще один штрих. Как-то несколько лет назад в разгар одной клубной встречи народный артист России Михаил Михайлович Державин, собираясь уехать, прощаясь, сказал: "Ну, попрощаюсь со Львовичем, и поеду". Позже из уст многих известных на всю страну людей,уважаемых и любимых миллионами, называвших Г.Л. Сорокоумова и Геной, и Геннадием, и Геннадием Львовичем, "за глаза" я слышал это уважительно-доброжелательное "Львович". Во время регистрации делегатов Конгресса стоматологов в Париже, посвященного 100-летию FDI (Всемирной федерации стоматологов) это "Львович" удивительным образом материализовалось, когда сотрудники секретариата FDI, англичане (штаб-квартира FDI тогда находилась в Лондоне, а конгресс проводился в Париже, где 100 лет назад FDI была создана), долго разбираясь с нашими сложными для понимания русскими фамилиями-именами-отчествами, выдали наконец бэджи-пропуска: *Alexandr Konarev* и *Lvovich Sorokoumov*!

По возвращении из Парижа мы много спорили о том, какой термин лучше – прижившийся в русском языке "стоматолог" или имеющий французские корни "дантрист". Пришли к тому, что в развитии русского языка из этих двух заимствованных иностранных слов "стоматолог" более точно соответствует квалифицированному зубному врачу и вытесняет повсеместно "дантиста". А вот в поэтической речи преимущества "дантиста" вслед за В. Высоцким ярко продемонстрировал член "Клуба 32", композитор Александр Журбин, прия на юбилей Г. Сорокоумова с эпиграммой:

Поэт в России больше, чем поэт,

Будь это Иванов или Рабинович.

Дантрист в России больше, чем дантрист!

Нам это доказал Геннадий Львович.

В 2009 Львовичу исполнилось 45.

Добрый путь ему, его делу и стихам!

Главный редактор
журнала "Стоматология для всех" **А.В. Конарев**



На конференции "Современные аспекты профилактики стоматологических заболеваний"

12 ноября 2010 г. в конгресс-центре "Holiday Inn Лесная" состоялась II Всероссийская конференция с международным участием "Современные аспекты профилактики стоматологических заболеваний", организатором которой выступила кафедра профилактики стоматологических заболеваний МГМСУ.

В работе конференции приняли участие врачи-стоматологи из Москвы и других регионов России, преподаватели вузов, организаторы стоматологической службы.



Проф. Э.М. Кузьмина и проф. В.Д. Вагнер отвечают на вопросы участников конференции

нер; проректор МГМСУ по научной работе, проф. И.Ю. Лебеденко; директор НИМСИ МГМСУ, проф. В.Н. Царев; мэтр отечественной стоматологии, проф.

В конференции приняли участие (в первом ряду слева направо) к.м.н. Е. Фабрикант, директор НИМСИ МГМСУ, проф. В.Н. Царев, проректор МГМСУ, проф. С.А. Рабинович, декан стомат. факультета, проф. А.В. Митронин, ректор МГМСУ, проф. О.О. Янушевич



С приветствиями к участникам обратились: зав. кафедрой профилактики стоматологических заболеваний МГМСУ, проф. Э.М. Кузьмина; ректор МГМСУ, заслуженный врач РФ, проф. О.О. Янушевич; президент СТАР, проф. В.Д. Вагнер; профессор кафедры стоматологической профилактики МГМСУ, проф. И.Ю. Лебеденко; директор НИМСИ МГМСУ, проф. В.Н. Царев; мэтр отечественной стоматологии, проф.

Е.В. Боровский, президент ассоциации содействия научной стоматологии в Баварии, д-р Антон Ойба (Мюнхен, Германия).

Программа конференции включала доклады ведущих отечественных и зарубежных специалистов в области профилактики стоматологических заболеваний и смежных направлений стоматологии:

комплексный доклад кафедры профилактики стоматологических заболеваний МГМСУ, включавший презентацию проф. Э.М. Кузьминой "Современные



Активное знакомство с информационными материалами в перерыве между заседаниями

аспекты профилактики стоматологических заболеваний" и выступления молодых сотрудников кафедры – "Модель индивидуализированной программы профилактики кариеса зубов" (к.м.н. И.Н. Кузьмина), "Оптимизация выбора зубных щеток для гигиенического ухода за полостью рта" (к.м.н. Б.Ф. Абдусаламова), "Эффективность применения ополаскивателей при воспалительных заболеваниях пародонта" (к.м.н. А.В. Лапатина), "Озон. Новые возможности в профилактической стоматологии" (к.м.н. П.А. Кузнецов);

доклады проф. К. Экстранда "Современные принципы воздействия на кариес зубов, включая запечатывание фиссур и инфильтрацию", д-ра Е. Кристиансен "Как сохранить здоровье зубов у детей и подростков? Индивидуализированное неоперативное лечение кариеса. Клинический опыт" (Копенгаген, Дания); проф. И. Данилы "Программа профилактики стоматологических заболеваний в Румынии"; проф. К. Амариеси "Оценка величины индекса CPITN" (Румыния); проф. П.А. Леуса "Возможности разработки и практической реализации коммунальных программ профилактики стоматологических заболеваний на уровне страны и/или региона" (Беларусь);



президента Лиги защитников пациентов А.В. Саверского "Декларация о правах пациента в России"; сообщение В.А. Крутихина (компания Colgate, Москва) о новых технологиях в профилактике и лечении повышенной чувствительности зубов.



Выступает мэтр российской стоматологии проф. Е.В. Боровский

Интерес для участников конференции, как и в прошлом году, представляла заключительная часовья дискуссия, в ходе которой слушателям и докладчикам представилась возможность обсудить не только представленные доклады, но и более широкие проблемы, касающиеся особенностей организации стоматологической помощи в разных странах. Взаимопониманию специалистов разных стран и непринужденной атмосфере обсуждения немало способствовал квалифицированный перевод к.м.н. И.Н. Кузьминой.

В рамках конференции на протяжении всего дня была организована тематическая выставка современных средств для профилактики и лечения стоматологических заболеваний, новейшего инструментария и медицинской техники.

Проведение конференции позволило стоматологам ознакомиться с последними достижениями и опытом различных стран в области организации стоматологической службы, а также профилактических и лечебных программ, обменяться мнениями с коллегами.

Генеральным спонсором конференции была компания "Проктер энд Гэмбл".

НИЖНЕВОЛЖСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

• 10 Всероссийская специализированная выставка «Дентал-Экспо.Волгоград»
- оборудование, установки
- инструмент, материалы

• Межрегиональный клинический симпозиум

• Мастер-классы, обучающие семинары

Организаторы:

ВЦ «ВолгоградЭКСПО»
Тел./факс: (8442) 55-13-17
E-mail: stom@volgogradexpo.ru
www.volgogradexpo.ru

DENTALEXPO
Тел./факс: (495) 921-40-69
E-mail: region@dental-expo.com
www.dental-expo.com

Официальная поддержка

Генеральный информационный спонсор

Генеральный информационный партнер

5-7 АПРЕЛЯ 2011 ВОЛГОГРАД

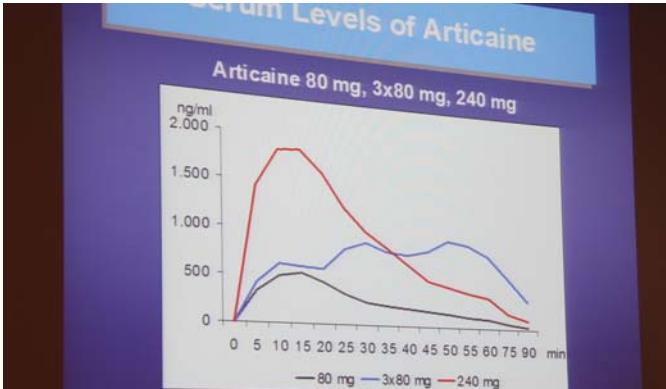


EFAAD 2010



Sedation et chirurgie dentaire
Evian-les-bains 14–15 octobre 2010

На Конгрессе EFAAD в Эвиане, Франция



11–14 октября 2010 г. в Эвиане (Франция) прошел очередной ежегодный Конгресс EFAAD – Европейской федерации по развитию обезболивания в стоматологии. В работе Конгресса приняла участие российская делегация во главе с проректором МГМСУ, профессором С.А. Рабиновичем. В состав делегации входили также декан ФПДО МГМСУ, проф. С.Т. Сохов, гл. редактор журнала «Стоматология для всех» А.В. Конарев, доцент Е.В. Зорян и доцент С.Л. Кутаренкова. Проф. С.А. Рабинович и проф. С.Т. Сохов выступили с докладами.

В выступлениях В. Якобса, М. Даублендер, С.А. Рабиновича и других участников были подчеркнуты преимущества артикаин-содержащих анестетиков в местном обезболивании.

С.А. Рабинович, являясь элект-президентом EFAAD, изложил помимо научного доклада основные положения своей программы действий на посту президента



Dr. W. Jakobs (Germany) выступает в докладом о безопасности местных анестетиков



С.А. Рабинович, С.Л. Кутаренкова и С.Т. Сохов на заседании Конгресса

EFAAD в 2011–2012 гг., которые были одобрены участниками Конгресса.



Избранный президент EFAAD С.А. Рабинович, президент EFAAD J.-F. Andre (France) и гл. редактор журнала «Стоматология для всех» А.В. Конарев



Участники Конгресса (слева направо): Е.В. Зорян (Россия), G. Zanette (Italy), E. Kaufman (Israel), E. Facco (Italy), W. Jakobs (Germany), С.А. Рабинович

УЛЬТРАКАИН®[®] (артикаин + эpineфрин) Современная классика безопасности



• Ультракайн® Д

Рег. удост. №ЛС-001358 от 03.03.2006

Для детей с 4-х лет¹, пациентов группы анестезиологического риска^{2,3}, пациентов без сопутствующих патологий при стоматологических вмешательствах до 20 минут¹

• Ультракайн® ДС

Рег. удост. П №015119/01 от 13.08.2008

Для детей с 4-х лет¹, пациентов группы анестезиологического риска^{2,3}, пациентов без сопутствующих патологий при стоматологических вмешательствах до 45 минут¹

• Ультракайн® ДС Форте

Рег. удост. П №015117/01 от 13.08.2008

Для пациентов без сопутствующих патологий при стоматологических вмешательствах до 75 минут¹

С подробной информацией о препарате
ознакомьтесь в инструкции по применению



sanofi aventis

Главное – здоровье

Представительство АО «Санофи-авентис групп» (Франция)

Адрес: 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2.

Тел.: (495) 721-1400 факс: (495) 721-1411 www.sanofi-aventis.ru

RU.ART.10.06.01

* Время продолжительности анестезии

1. Инструкция по медицинскому применению. 2. Зорян Е. В., Рабинович С. А., Анисимова Е. Н., Лукьянов М. В. Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с факторами риска: Методические рекомендации. - М., МЗ РФ ВУНМЦ, 1999. - 44 с. 3. Зорян Е. В., Рабинович С. А. Выбор местного обезболивания с учетом соматического состояния пациента и взаимодействия лекарств. Клиническая стоматология, №1, 2010, с.6.



Сотрудничество МГМСУ и Женевского университета (Швейцария)



В рамках сотрудничества между МГМСУ и Женевским университетом (Швейцария) состоялся визит в г. Женеву российской делегации во главе с проректором МГМСУ, зав. кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии, проф. С.А. Раби-



новичем.

В состав делегации входили также декан ФПДО МГМСУ, проф. С.Т. Сохов, доцент Е.В. Зорян, доцент С.Л. Кутаренкова, главный редактор журнала "Стоматология для всех" А.В. Конарев.

Как подписать на журнал "Стоматология для всех"

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

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

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

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

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

Информация для авторов

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

Требования к материалу для публикации

Статья принимается одновременно в печатном и электронном вариантах (по E-mail достаточно только электронной версии). Текст должен быть записан в формате Word, иллюстрации – в формате jpg или tiff (отдельными файлами) с разрешением не менее 300 dpi. Статья должна включать аннотацию и ключевые слова на русском и английском языках. Название статьи и фамилии авторов также следует указать на русском и английском языках. К информации на электронном носителе необходимо приложить распечатанные текст статьи и иллюстрации.

Желательно указать титулы и звания авторов, приложить цветные фотографии авторов в формате jpg или tiff.

Обязательно укажите свои контакты – ФИО (полностью), телефон, адрес электронной почты (если есть), выделив ту часть адресной информации, которая будет опубликована с пометкой "Для переписки".

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

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

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

Главный редактор: Конарев Александр Васильевич

Подписано в печать: 6 декабря 2010 г.